

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Hospital Walter Cantídio
Serviço de C.C.P



RECONSTRUÇÃO EM CCP

Apresentador: Selinaldo Amorim Bezerra
Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Introdução



- Opção pelo método mais simples
- A depender da experiência do cirurgião
 - Enxertos
 - Retalhos locais
 - Retalhos distantes
 - Fechamento por 2^a intenção
 - Próteses



Enxertia



Prótese



Retalhos locais



- São os mais usados
- Segurança e versatilidade
- Reconstrução de defeitos mais complexos
- Principais vantagens
 - Cor e espessura similares
 - Procedimentos pequenos
 - Fechamento primário
 - Pouca perda
 - Resultados muito bons
- Desvantagens
 - Limitados em jovens
 - **Novas cicatrizes**

Rotação de couro cabeludo e área doadora cruenta





Retalhos locais



- Classificação quanto a irrigação
 - Axiais
 - Randomizados
- Quanto ao modo de transferência
 - Rotação
 - Transposição
 - Avanço

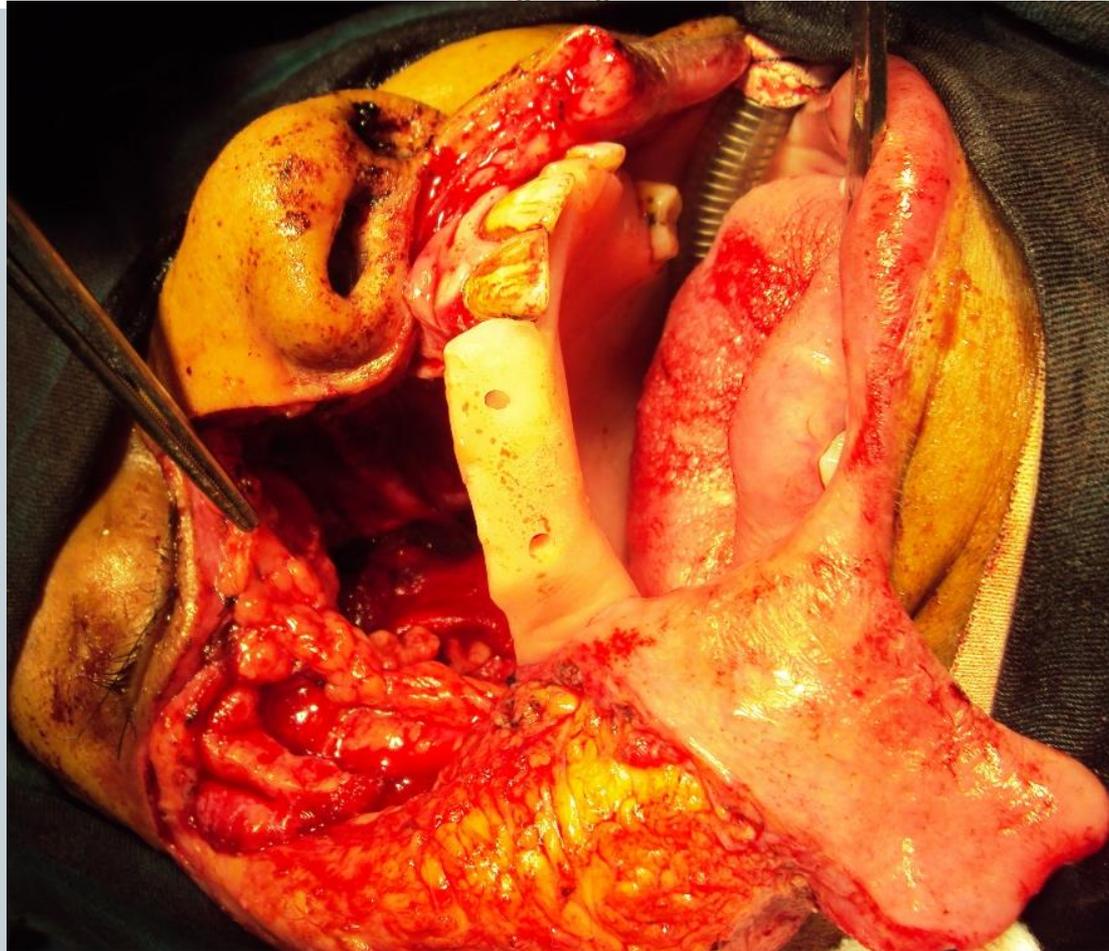


Retalho rombóide (Limberg)





Retalho de gordura de Bichat para anteparo do globo ocular



Retalho de rotação

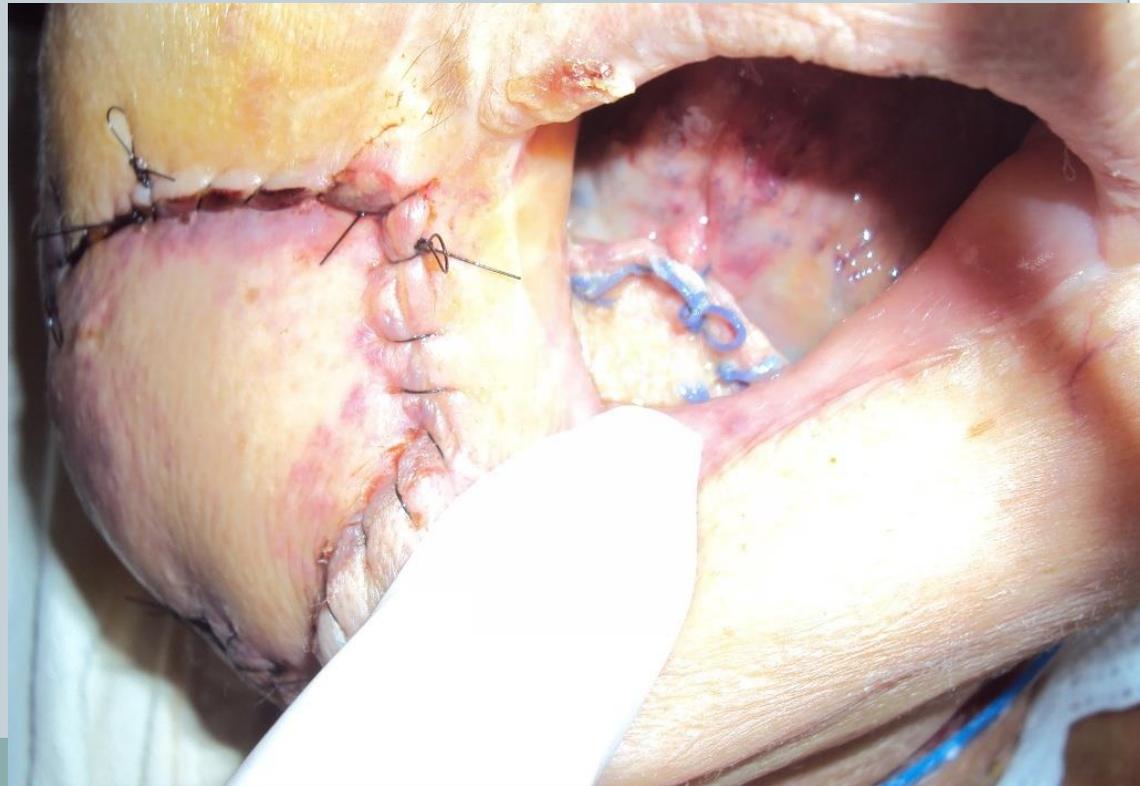
- Retalho de couro cabeludo – área doadora



Retalhos à distância



- Transplantes pediculados transferidos de um segmento a outro
- Indicações
 - Extensas ressecções
 - Nas falhas
 - Reconstruções complexas



Retalhos à distância



- Classificação quanto a transferência

- Direta

- ✦ Deltopeitoral
- ✦ Cérvico-acromial
- ✦ Peitoral
- ✦ Trapézio
- ✦ Braquial
- ✦ Antebraquial
- ✦ **Temporal**

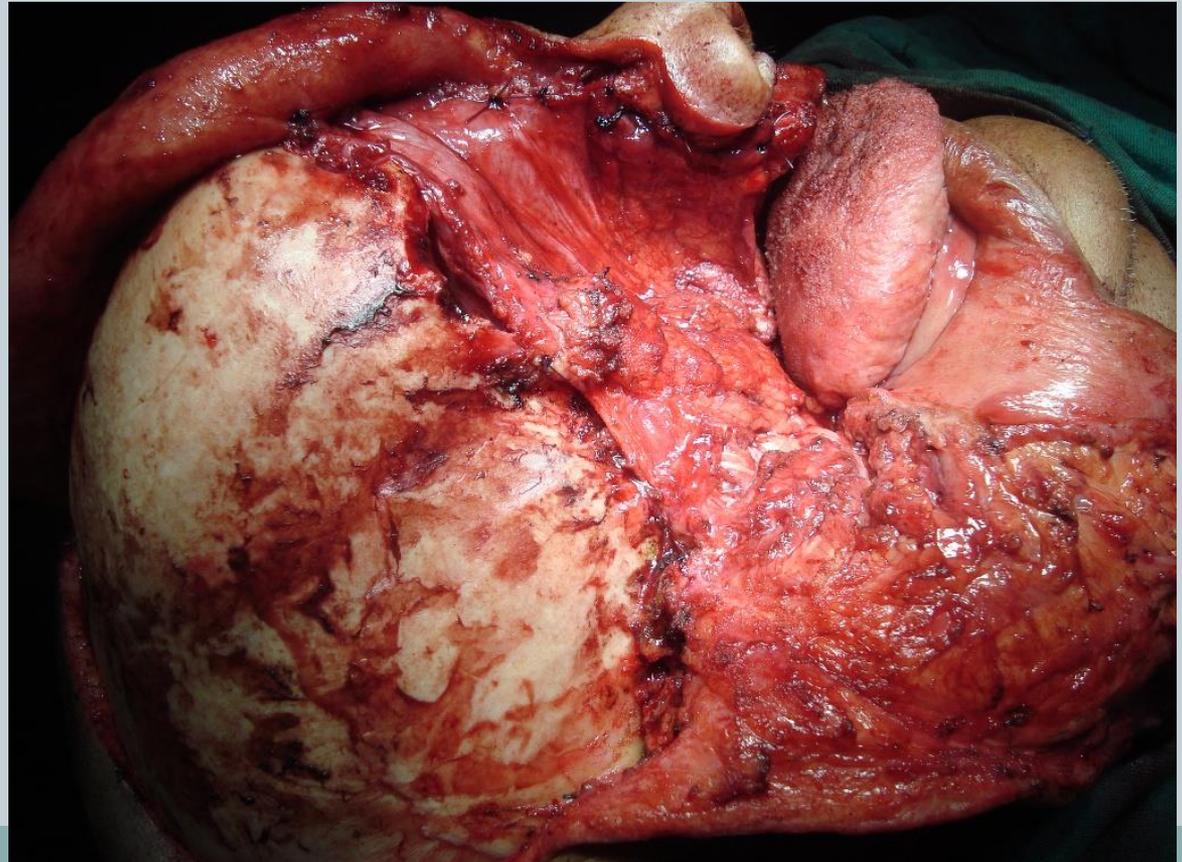




Fig. 1 – Área doadora no antebraço demarcada. Notar a extensa área cutânea do retalho.

Retalhos à distância



- Classificação quanto a transferência
 - Microcirurgia
 - ✦ Escapular
 - ✦ Paraescapular
 - ✦ Serrátio
 - ✦ Costal
 - ✦ Reto abdominal
 - ✦ Inguinal
 - ✦ Ilíaco
 - ✦ Fibular
 - ✦ Dorsal do pé
 - Indireta - migração múltipla através de vetor (antebraço)



Área doadora



Retalhos à distância



- Indicações¹

- Restabelecimento da função e se possível da forma
- Proteção das estruturas nobres
- Melhora do aporte vascular dos tecidos
- Preparo local para possíveis re-intervenções
- Extensas ressecções
- Nas falhas das reconstruções
- Nas reconstruções complexas envolvendo mais de um tecido

Retalhos à distância



- Retalho delto-peitoral
 - Descrito por Bakanjian em 1965
 - Anatomia
 - ✦ Vascularização: ramo cutâneo da artéria tóraco-acromial
 - ✦ Ramos principais
 - Perfurantes superiores (primeiro ao quarto)
 - ✦ Drenagem venosa acompanha os ramos arteriais
 - Técnica
 - ✦ A dissecação se inicia pela margem inferior
 - ✦ Prossegue-se lateralmente
 - ✦ Disseca-se a região do pedículo
 - ✦ A área doadora é reparada com enxerto de pele

Retalhos à distância

- Retalho delto-peitoral
 - Aplicações
 - Complicações
 - ✦ Necroses parciais
 - ✦ Deiscências
 - ✦ Desinserção do retalho

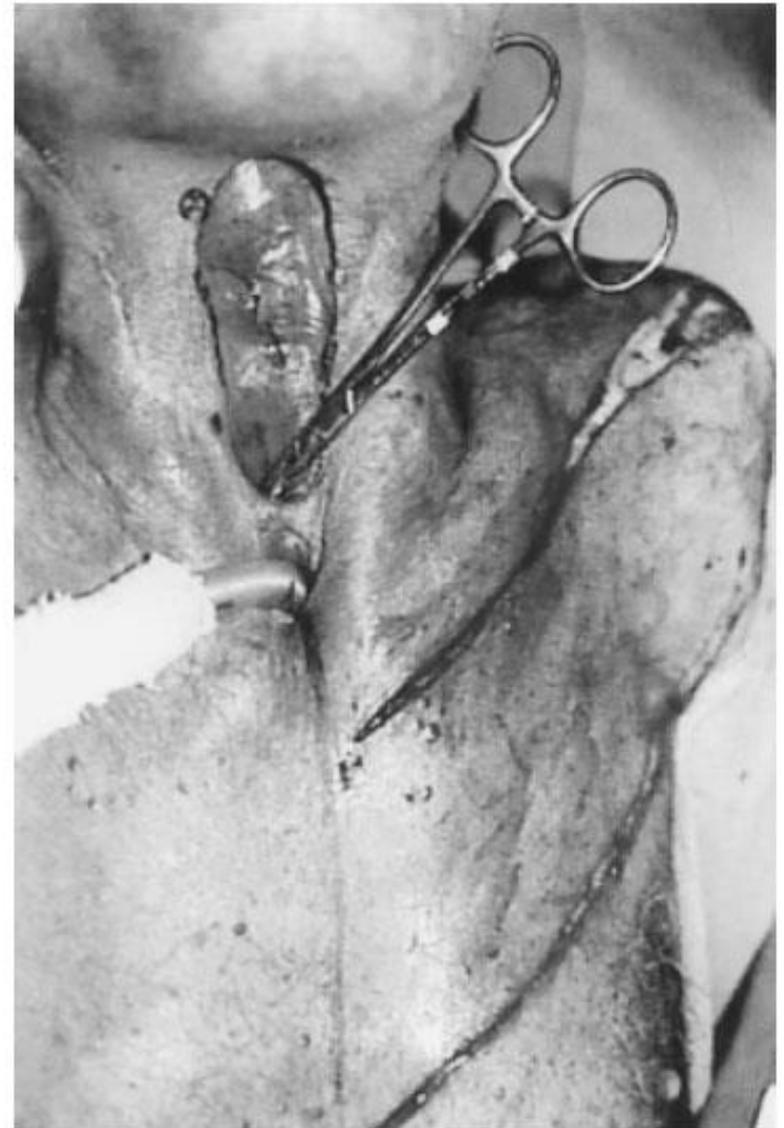


Figura 5 — Retalho fasciocutâneo deltopeitoral para reconstrução de defeito cutâneo em região cervical anterior.

Retalhos à distância



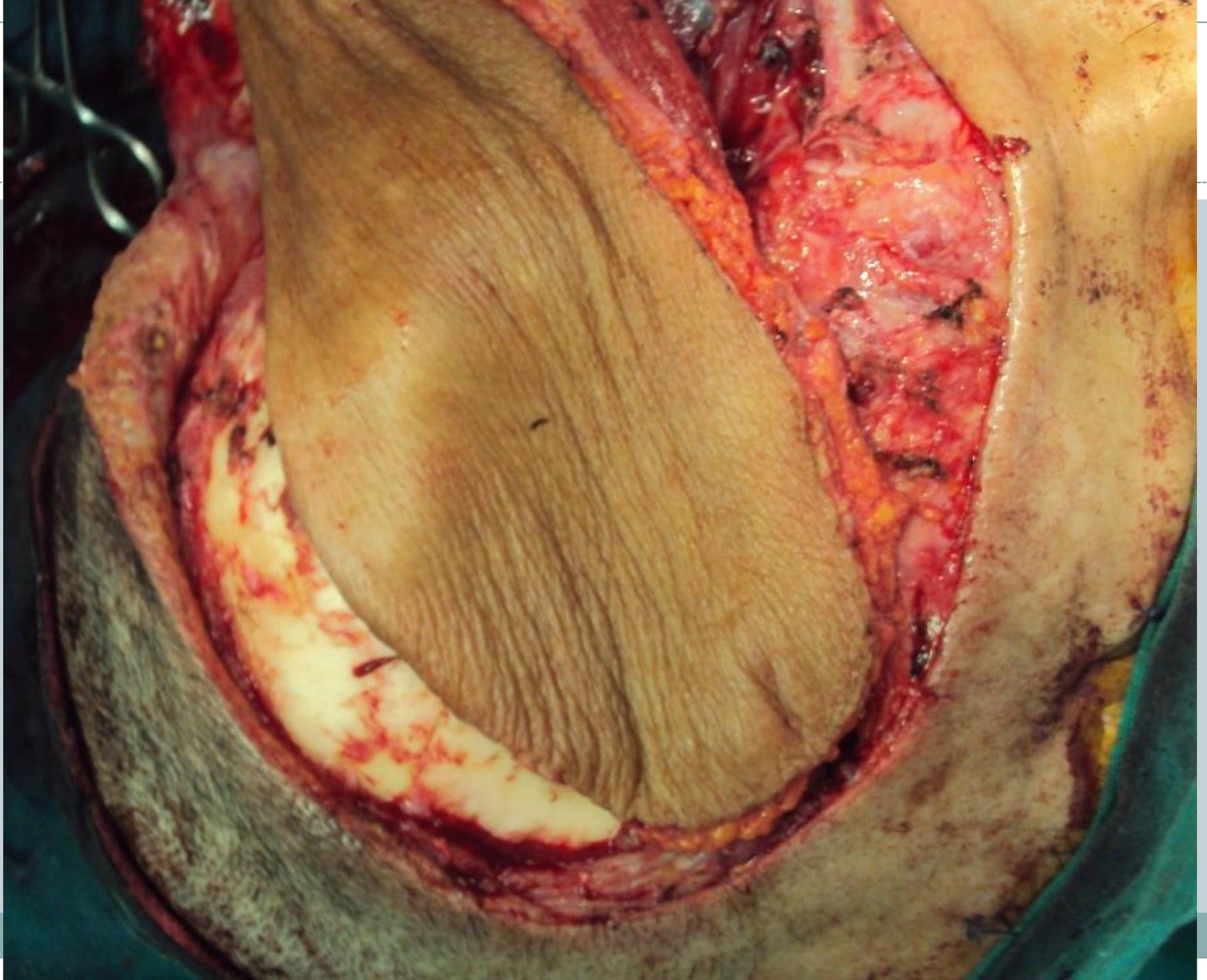
- Peitoral maior
 - Descrito por Hueston em 1968 e modificado por Aryian em 1979
 - Vascularização
 - ✦ Pedículo dominante ramo da artéria acrômio-torácica
 - ✦ Distribui ramos p/ o músculo e perfurando a fáscia anterior penetram no tecido subcutâneo
 - ✦ Pedículos secundários: ramos da mamária interna e em menor número também da externa
 - ✦ A drenagem venosa acompanha os trajetos arteriais sendo tributárias das veias subclávia e mamárias

Retalhos à distância



- Peitoral maior
 - Indicações: regiões temporal, parietal, zigomática, maxilar, mandibular e ainda para as cavidades oral, laríngea, e faringoesofágica
 - Contra-indicações: mulheres com mamas desenvolvidas e firmes e também na presença excessiva de pelos quando das reconstruções cavitárias
 - Técnica
 - ✦ não ultrapassar em mais de 2 a 3 cm o limite inferior do músculo
 - ✦ inicia-se a dissecação do músculo pela borda lateral
 - ✦ Evitar a tração excessiva e acotovelamento
 - ✦ Pode-se incluir o complexo aréolo mamilar para posteriormente recolocá-lo na posição











Retalhos à distância



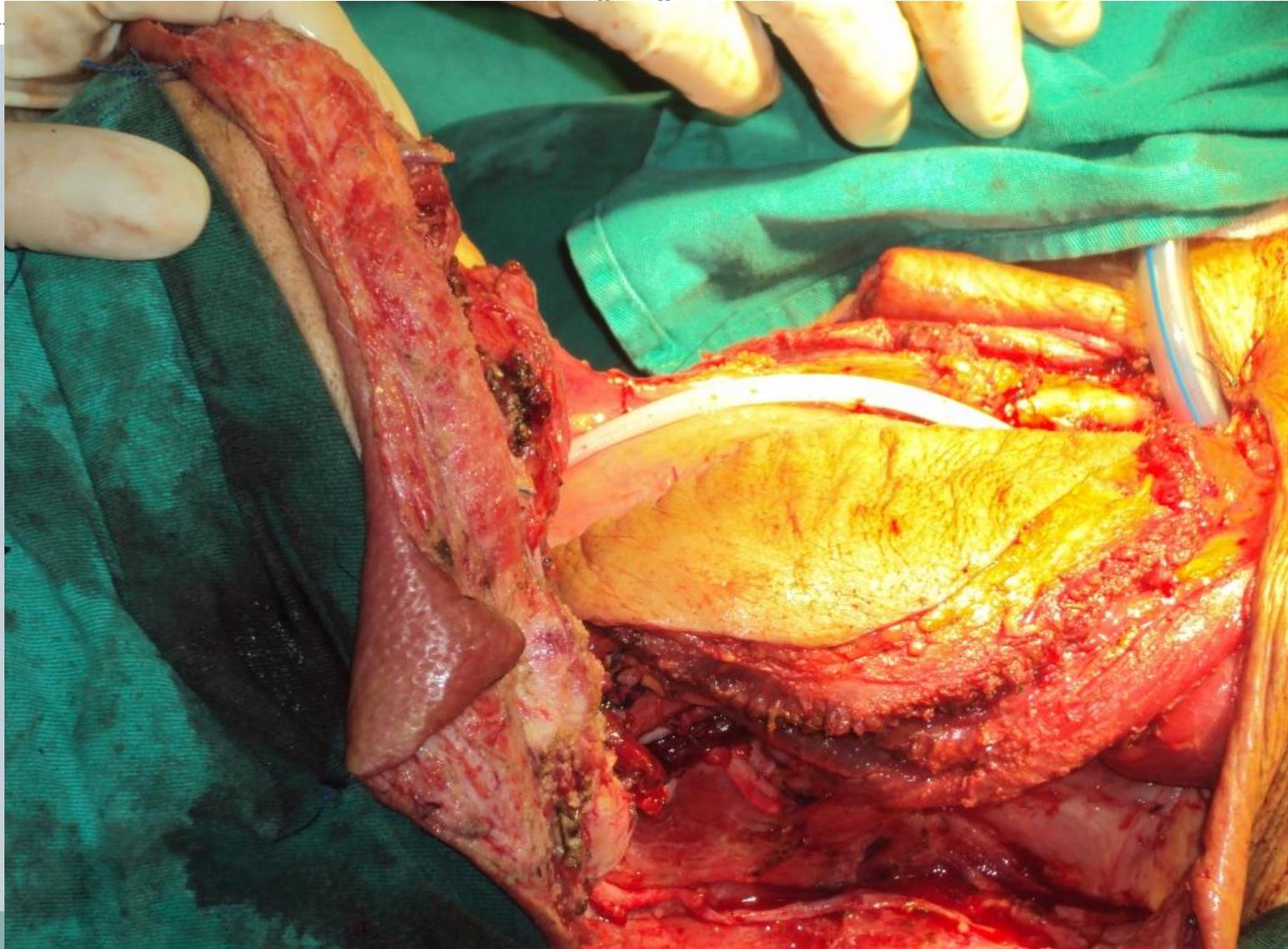
- **Músculo trapézio**
 - Descrito por Conley em 1972 e modificado por Demergazzo em 1974
 - Vascularização: A cervical transversa mas a mais importante é a supra-escapular²
 - Indicações
 - ✦ Região occipital, temporal, parietal, terço médio da face, pescoço, cavidades laríngea, e faringo-esofágica
 - ✦ Indicação limitada nos esvaziamentos linfonodais cervicais radicais

Reconstrução pós-faringolaringectomias



- Adequar a técnica de reconstrução
 - Extensão do defeito/extensão dos esvaziamentos cervicais
 - ✦ Preservação da parede posterior
 - Varias técnicas
 - Retalhos miocutâneos
 - ✦ Reconstrução circunferencial
 - Transposição de jejuno
 - Retalho livre gatrooental ou levantamento de estomago
 - Características do paciente
 - ✦ Radioterapia prévia
 - ✦ Avaliar risco/ expectativa de sobre vida
 - Disponibilidade de recursos

“Manchão”



Reconstrução pós-faringolaringectomias



- Principais técnicas de reconstrução
 - Retalhos miocutâneos
 - ✦ Vantagens
 - Facilidade de execução
 - Cobertura e proteção a carótida
 - Proteção na presença de fístulas
 - ✦ Grande peitoral
 - ✦ Trapézio lateral
 - Desvantagens
 - Retalho mais elaborado na sua dissecação
 - Fechamento da área doadora pode ser mais laborioso

Reconstrução pós-faringolaringectomias



- Principais técnicas de reconstrução
 - Retalhos miocutâneos
 - ✦ Grande dorsal
 - Desenvolvido por Tansini ainda no século XIX
 - Longo arco de rotação do pedículo
 - Grandes ilhas de pele
 - Indicações
 - Crânio
 - Porções altas da face
 - Couro cabeludo
 - Falhas de outras técnicas

Reconstrução pós-faringolaringectomias



- Principais técnicas de reconstrução
 - Retalhos livres
 - ✦ Jejuno - escolha nas reconstruções totais
 - ✦ Principal vantagem: peristaltismo e secreção
 - ✦ Desvantagens: necessidade de equipe habilitada, maiores custos, maior risco de complicações e morbidade relacionada a laparotomia
 - Retalho gástrico
 - Reconstruções viscerais

Reconstrução pós-faringolaringectomias



- Reconstruções viscerais
 - Não são usados rotineiramente
 - Indicações
 - ✦ Necessidade de ressecção simultânea de todo o esôfago
 - Estômago: vantagem é a realização de uma só anastomose cervical
 - Cólon: quando se necessita de uma anastomose muito alta

Referências Bibliográficas



- Orlando Parise e col. Diagnóstico e Tratamento Câncer de Cabeça e Pescoço São Paulo: Âmbito Editores, 2008
- Carvalho, Marcos Brasilino de. Tratado de cirurgia de e pescoço e otorrinolaringologia – São Paulo: Editora Atheneu, 2001
- Gonçalves A. J., Alcadipani F. A. M. C. Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço – São Paulo: Editora Tecmedd, 2005