

# USO DO RETALHO MIOCUTÂNEO VERTICAL POSTERIOR DO MÚSCULO TRAPÉZIO PARA COBERTURA DE DEFEITOS APÓS RESSECÇÃO RADICAL DE TUMORES DE ORELHA

THE USE OF TRAPEZIUS MUSCULOCUTANEOUS POSTERIOR VERTICAL FLAP FOR COVERAGE OF DEFECTS AFTER RADICAL RESECTION OF EAR TUMORS

<sup>1</sup>GONÇALVES, Gabriel Amoretti - MD; <sup>2</sup>ABDALLA, Stella Crescenti - MD; <sup>3</sup>ACCIOLI VASCONCELLOS, Zulmar Antonio - MD - PhD; <sup>4</sup>ACCIOLI VASCONCELLOS, João Justino - MD; <sup>5</sup>VIEIRA, Vilberto José - MD; <sup>6</sup>BINS-ELY, Jorge - MD - MSc - PhD; <sup>7</sup>d'ÊÇA NEVES, Rodrigo - MD;

<sup>1</sup>Medico residente do 3º ano de Cirurgia Plástica do NCP-HU-UFSC, <sup>2</sup>Cirurgiã Plástica, Staff do NCP-HU-UFSC, <sup>3</sup>Professor Adjunto, Staff do NCP-HU, <sup>4</sup>Cirurgião Plástico, Staff do NCP-HU-UFSC; <sup>5</sup>Cirurgião Plástico, Staff do NCP-HU-UFSC; <sup>6</sup>Professor Adjunto, Vice-Regente NCP-HU-UFSC; <sup>7</sup>Professor Titular, Regente do NCP-HU-UFSC

Núcleo de Cirurgia Plástica do HU-UFSC  
Universidade Federal de Santa Catarina  
gabrielamoretti@ibest.com.br

## DESCRITORES

trapézio, retalho, reconstrução, face, pescoço, câncer

## KEYWORDS

trapezius, flap, reconstruction, face, neck, cancer

## RESUMO

**Introdução:** o trapézio é um músculo que, dividindo-se em três terços, pode-se utilizar seus dois terços inferiores para confecção de um retalho. O uso deste retalho é bem indicado nas reconstruções de defeitos na cabeça, pescoço e dorso torácico superior. **Objetivo:** demonstrar o uso do retalho miocutâneo de trapézio, descrever a técnica empregada, a segurança do pedículo vascular e as complicações do procedimento. **Métodos:** foi analisada uma série de sete pacientes submetidos à ressecção radical da orelha, por neoplasias malignas, nos quais optou-se, para a reconstrução dos defeitos resultantes, pelo uso do retalho de músculo trapézio. **Resultados:** todos pacientes evoluíram clinicamente bem, sem nenhum caso de complicação maior, ou seja, necrose do retalho e duas complicações menores, de deiscência suturas parciais, sendo um da área doadora e o outro da área receptora. Houve cobertura satisfatória dos sítios receptores, em todos os casos. **Conclusão:** o retalho miocutâneo de trapézio demonstrou ter pedículo vascular seguro, com bons resultados funcionais e em complicações maiores e com baixo índice de complicações menores 28,54%.

## ABSTRACT

*Background: the trapezius is a muscle separated into three parts, where we use the low two thirds to make the flap. It is useful for reconstructing defects of head, neck and upper posterior thorax. Objective: to demonstrate the use of trapezius musculocutaneous flap, describe the technique used, the vascular pedicle security and the complications of the procedure. Methods: we studied a serie of seven patients underwent to radical*

*resection of ear due to malignant neoplasia, it was chosen to reconstruct the defects with trapezius muscle flap. Results: the patients clinical evolution were satisfactory, there wasn't any case of total necrosis, there were two minor complications of partial suture deiscence of donor site (1 case) and receptor site (1 case). There was satisfactory coverage in all cases. Conclusion: the trapezius muscle flap demonstrated to be a flap with a vascular pedicle security, there was a good functional result and few minor complications.*

## INTRODUÇÃO

O trapézio é um músculo grande, triangular, bilateral e simétrico, localizado no dorso torácico, que pode ser dividido, anatomicamente, em três terços: superior, médio e inferior e é inervado pelo XI par craniano. Classicamente, seu retalho miocutâneo é classificado como tipo II, por Mathew-Nahai, ou seja, com vascularização por um pedículo dominante, o ramo descendente da artéria cervical transversa, e vários pedículos secundários menores, perfurantes intercostais posteriores. Mais recentemente, alguns autores <sup>1,2</sup> que demonstraram outro vaso nutridor dominante, a artéria escapular dorsal, possuindo, portanto, dois pedículos dominantes, fato que o classificaria como tipo IV. As funções deste músculo são: manutenção do ombro em posição anatômica, auxiliar na sua elevação e rotação (principalmente o terço superior) e aproximação das escápulas em direção à linha média (o terço médio). O retalho miocutâneo vertical posterior do trapézio é a técnica de escolha para o fechamento de defeitos nas regiões: occipital, parotídea (lateral da face), cervical posterior e terço superior do dorso torácico <sup>3, 4, 5</sup>.

## OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é demonstrar o uso do retalho miocutâneo de trapézio, para cobertura de grandes defeitos da região lateral da face, após ressecção radical de grandes tumores de orelha, em 07 pacientes consecutivos, demonstrando a técnica empregada, seu grau de segurança vascular e suas complicações.

## MÉTODOS

Sete pacientes foram submetidos à ressecção radical da orelha, por neoplasias malignas, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), entre setembro de 2005 a Junho de 2006, sendo que seis foram operados pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia, e um, pela equipe da Neurocirurgia. Além da ressecção da orelha, foi associada mastoidectomia, em 6 casos, parotidectomias, em 4 casos e craniotomia com meningectomia, em 1 caso, sendo que, neste último, foi confeccionado retalho de fáscia temporal, para cobertura do córtex cerebral. A extensão das lesões variou de 7 a 15 cm em seu maior diâmetro.

Os pacientes tinham entre 50 e 83 anos, com média de 71 anos, seis eram do sexo masculino e um, do sexo feminino e todos eram brancos. Foi realizada biópsia pré-operatória, em todos os pacientes, que diagnosticou carcinoma basocelular, em três deles, e carcinoma espinocelular, em quatro.

Foi utilizado retalho miocutâneo vertical posterior de músculo trapézio, para o fechamento do defeito resultante após a ressecção oncológica, pela equipe da Cirurgia Plástica do HU-UFSC, em todos os pacientes. O retalho foi baseado no terço médio e inferior do músculo, evitando o uso de sua porção superior, para que não houvesse prejuízo da sua função de manter o ombro em posição anatômica.

A cirurgia foi iniciada com a demarcação da pele do retalho, na região entre a escápula e a coluna, longitudinalmente, e entre o ombro e 5 cm abaixo da ponta da escápula, alcançando, em alguns casos, medida de 25cmx8cm (figura 1). Uma vez determinada a área do retalho, foi realizada a incisão na pele, inferiormente, elevando-se a porção abaixo da escápula, separando-a da fáscia do músculo grande dorsal. A borda inferior do trapézio, então, foi identificada e elevada juntamente com o retalho, separando-se o trapézio de sua inserção vertebral, tendo-se o cuidado de evitar lesão dos músculos rombóides, profundamente ao nível da escápula, não os elevando junto com o retalho (figura 2). Nesse ponto, o ramo descendente da artéria cervical transversa, na face posterior do músculo trapézio, pode ser identificado. Preservando-se o terço superior do trapézio, no intuito de evitar seqüelas posturais, foi realizada a elevação do retalho, e, então, sua rotação (figura 3). A área doadora foi fechada primariamente (figura 4).

Este retalho pode ser realizado em um tempo cirúrgico (2 primeiros casos da série) ou dois tempos (5

casos da série). Quando feito em dois tempos, o pedículo pode ser separado após 3 a 4 semanas, em pacientes com área receptora não irradiada, e 6 a 8 semanas nos que sofreram irradiação (4) (figuras 5 e 6).

Os pacientes foram acompanhados, no pós-operatório, por ambas as equipes, ou seja, a que realizou a ressecção do tumor e a responsável pela reconstrução.



Figura 01: retalho demarcado



Figura 02: retalho levantado



Figura 03: retalho rotado



*Figura 04: área doadora fechada primariamente*



*Figura 07: Pós-operatório 1º tempo cirúrgico*



*Figura 05: 1º tempo cirúrgico*



*Figura 08: Pós-operatório 1º tempo cirúrgico*



*Figura 06: 2º tempo cirúrgico*



*Figura 09: Pós-operatório 2º tempo cirúrgico*

## RESULTADOS

O retalho miocutâneo vertical posterior de músculo trapézio forneceu boa cobertura de pele e fechamento do defeito, em 100% dos pacientes, sem necessidade de associação com outro retalho ou enxertia de pele. O tempo operatório para a realização do mesmo variou de 90 a 180 minutos, diminuindo conforme a progressão da curva de aprendizado.

Todos os pacientes apresentaram boa evolução clínica, no pós-operatório. Não houve nenhum caso de necrose total do retalho, ocorrendo um caso (14,28%) de deiscência da borda superior do retalho associada à infecção local, no sítio receptor, que foi resolvida com debridamento, resutura e antibioticoterapia e um caso (14,28%) de deiscência de sutura da área doadora, associada à tensão excessiva, resolvida, também, com debridamento e resutura simples. O resultado final, no pós-operatório tardio (6 meses), foi considerado satisfatório, em 100% dos casos, pois houve cobertura total das áreas receptoras, não houve prejuízo funcional em nenhum caso na área receptora.

## DISCUSSÃO

O fechamento de extensos defeitos, gerados por ressecções oncológicas, na região lateral da face e base do crânio são verdadeiros desafios, para a Cirurgia Plástica. Neste contexto, o retalho miocutâneo vertical posterior de músculo trapézio apresenta-se como excelente opção, por apresentar vascularização segura, abranger área de pele de significativa dimensão, com curva de aprendizado pequena, tempo operatório relativamente curto e ausência de complicações importantes.

## CONCLUSÃO

O estudo permite concluir que o retalho miocutâneo vertical posterior de músculo trapézio:

- é um retalho com vascularização segura, já que não houve nenhum caso de necrose;
- fornece cobertura de pele suficiente para o fechamento total de defeitos extensos;
- apresenta bom resultado funcional, já que não gera deformidades na área doadora, nem prejuízo das funções primordiais do músculo trapézio, de elevação e rotação do ombro e sua manutenção na posição anatômica, quando bem indicado e executado;
- é isento de complicações graves
- é procedimento cirúrgico de eleição, nos casos em que a cirurgia curativa de tumores de pele, em estágio avançado, é extremamente mutilante e gera extensas áreas a serem cobertas(2,3,4,5).

## REFERÊNCIAS

- 1 - Weiglein, A.H. and cols: *Anatomic basis of the lower trapezius musculocutaneous flap. Surg Radiol Anat. 18 (4): 257-61, 1996.*
- 2 - Tan, K. and cols: *Extended lower trapezius island myocutaneous flap: a fasciomyocutaneous flap based in the dorsal scapular artery. Plast Reconstr Surg 105(5): 1758-63. 2000.*
- 3 - Ugurlu, K., and cols: *Extended vertical trapezius myocutaneous flap in head and neck reconstruction as a salvage procedure. Plast. Reconst. Surg. 114(2): 339-50. 2004.*
- 4 - Hagan, K., Mathes, S. J.: *Trapezius muscle and musculocutaneous flaps. In Grabb's Enciclopedia of flaps. 2° ed, Vol 1, Head and neck, chap: 123, 461-6, Lippincott-Ravens Pub. 1998.*
- 5 - Mathes, D. W.; Thornton, J. F.; Rohrich, R. J.: *Management of posterior trunk defects. Plast Reconstr Surg 118 (3): 73e – 83e, 2006.*