



Uso do retalho microcirúrgico anterolateral da coxa na correção de fístula esôfago-cutânea

Use of the microsurgical anterolateral thigh flap to correct esophagocutaneous fistula

ROBERTA FRANÇA SPENER^{1*}
VICTOR HUGO LARA CARDOSO DE
SÁ^{1,2}

ERCOLE SPADA NETO^{1,2,3}

FÁBIO DEL CLARO^{1,2,4}

GERSON VILHENA PEREIRA FILHO¹

■ RESUMO

Introdução: O retalho anterolateral da coxa (RALC) vem se tornando uma ferramenta importante na reconstrução microcirúrgica de defeitos cutâneos e subcutâneos. Tendo em vista que o RALC pode se estender por até 35 cm, ele pode ser utilizado tanto na reconstrução esofágica como em defeitos cutâneos cervicais. **Relato do Caso:** Paciente C.S.M., sexo feminino, 57 anos, apresentando um carcinoma espinocelular de laringectomia total seguido de reconstrução por fechamento primário. Porém, a paciente evoluiu com uma complicação pós-operatória devido à formação de uma fístula esôfago-cutânea cervical, sendo necessária a realização de 4 procedimentos cirúrgicos para fechamento definitivo da fístula. O último procedimento consistiu na realização de retalho microcirúrgico da região anterolateral da coxa para correção da fístula esôfago-cutânea, objeto desse relato. **Conclusões:** O retalho microcirúrgico anterolateral da coxa possui extensa aplicação em diversos campos, baseada nas seguintes características: vascularização confiável, pedículo vascular longo e largo de no mínimo 8 cm, região do retalho extensa e de fácil delimitação, possibilidade de diminuir a espessura primária do retalho em 3 a 5 mm sem risco de comprometer sua vascularização, possibilidade de abordagem dupla simultânea devido à distância entre sítio doador e receptor, possibilidade de fechamento primário sem a necessidade de enxerto de pele. O relato do caso apresentado neste estudo justifica-se com o intuito de ressaltar a possibilidade da utilização microcirúrgica do RALC em sanduíche na correção de fístula esôfago-cutânea de alto débito.

Descritores: Reconstrução; Microcirurgia; Fístula; Esôfago.

Instituição: Faculdade de Medicina do ABC,
Santo André, SP, Brasil.

Artigo submetido: 22/01/2012.
Artigo aceito: 04/03/2012.

DOI: 10.5935/2177-1235.2015RBCP0181

¹ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

³ Hospital Estadual Mário Covas, Santo André, SP, Brasil.

⁴ Hospital de Ensino Anchieta, Santo André, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: The anterolateral thigh (ALT) flap has become an important tool in the microsurgical reconstruction of cutaneous and subcutaneous defects. Since the ALT flap can be up to 35 cm long, it can be used in both, esophageal reconstruction and cervical skin defects. **Case Report:** Patient C. S. M., a 57-year-old woman, presented with squamous cell carcinoma of the larynx and underwent radiotherapy and a total laryngectomy followed by reconstruction by primary closure. However, she developed a postoperative complication due to the formation of a cervical esophagocutaneous fistula that required four surgical procedures to ensure permanent closure. The latter procedure consisted of the creation of a microsurgical ALT flap to correct the esophagocutaneous fistula, the subject of this report. **Conclusions:** The microsurgical ALT flap has extensive applications in various fields based on the following characteristics: reliable vascularization, long and broad vascular pedicle (at least 8 cm long), an extensive and easily delimited flap region, the possibility of reducing the primary flap thickness to 3–5 mm without compromising its vascularization, the possibility of a simultaneously dual approach because of the distance between the donor and recipient site, and the possibility of primary closure without the need for skin grafting. The case report presented in this study emphasizes the possibility of the use of a microsurgical ALT sandwich flap to correct a high output esophagocutaneous fistula.

Keywords: Reconstruction; Microsurgery; Fistula; Esophagus.

INTRODUÇÃO

O papel da cirurgia microvascular reconstrutora em cabeça e pescoço é bem estabelecido^{1,2}. Essas cirurgias têm evoluído focando-se não somente no aspecto funcional e estético, mas também na morbidade da área doadora³. Nesse contexto, o retalho microcirúrgico anterolateral da coxa (RMALC) se tornou a principal ferramenta na reconstrução de defeitos cutâneos e subcutâneos, substituindo diversos outros retalhos nas últimas décadas^{1,3,4}.

As grandes vantagens desse retalho são a possibilidade de levantamento do retalho ao mesmo tempo da ressecção da neoplasia, pedículo vascular longo, espessura moderada a fina, execução mais simples que outros retalhos baseados em vasos perfurantes musculocutâneos, menor morbidade da área doadora e permite a reconstrução de defeitos complexos¹⁻⁴.

O RMALC pode ser confeccionado como um retalho fasciocutâneo ou miofasciocutâneo, dependendo do curso dos vasos perfurantes da artéria femoral circunflexa lateral, podendo ainda ser elevado com

múltiplos componentes (retalho cutâneo anterolateral da coxa, músculo vastolateral, músculo retofemoral, músculo tensor da fáscia lata), formando um retalho quimérico³.

As dimensões do retalho dependem do defeito a ser corrigido e da área doadora, existindo descrições que variam até oito centímetros de largura por 15 cm de extensão com fechamento primário da área doadora⁵. Na presença de defeitos maiores há a possibilidade de enxertia da área doadora^{1,3,4,6}. Outra possibilidade é a pré-expansão da área doadora com expansores cutâneos, visando a síntese primária da mesma após retirado o retalho⁴.

Apesar da melhor escolha para reconstrução esofágica total ser a transferência de um segmento intestinal livre, um retalho cutâneo pode ser utilizado quando houver contra-indicações à laparotomia (paciente idoso, laparotomias prévias com aderências intestinais, inexperiência do cirurgião com transferências intestinais, risco de isquemia prolongada na transferência intestinal)³.

Tendo em vista que o RMALC pode se estender por até 35 cm, ele pode ser utilizado tanto na reconstrução do esôfago cervical como de longos defeitos torácicos desse órgão. A função de deglutição

do esôfago confeccionado com retalho cutâneo é inferior àquela realizada com intestino delgado ou grosso, sendo necessária manipulação do alimento pelo paciente com suas mãos. Outra complicação possível é a estenose da junção cutâneo-mucosa, que pode aparecer anos depois do procedimento cirúrgico. Como desvantagens do RMALC, citam-se variações anatômicas e pilificação em alguns pacientes do sexo masculino³.

A reconstrução da região cervical permanece um problema desafiador em relação à reconstituição da função e estética. Os retalhos livres possuem a vantagem de fornecer tecido com textura e cor similar à pele da região cervical oferecendo bom contorno anatômico com morbidade mínima do sítio doador. Além disso, a adaptabilidade do retalho resulta em excelente mobilidade cervical após a recuperação pós-operatória^{5,6}.

RELATO DO CASO

Paciente C.S.M., 57 anos, sexo feminino, compareceu ao serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) há 4 anos com queixa de disfagia, odinofagia e alteração vocal, sendo diagnosticado um carcinoma espinocelular (CEC) de laringe T1N0M0. Referia ser tabagista de 10 cigarros/dia por 40 anos e etilismo social. Negava outras comorbidades.

Foi submetida à radioterapia neoadjuvante e posterior laringectomia total de resgate, visando à ressecção da neoplasia, e síntese primária. Evoluiu no pós-operatório com uma fístula esôfago-cutânea cervical de alto débito. Após dois meses de observação clínica, uso de sonda nasoenteral e realização de curativos, sem sucesso, optou-se pela tentativa de síntese primária do defeito.

Evoluiu com deiscência precoce e recidiva da fístula, sendo submetida à nova tentativa de ressutura, apresentando nova recidiva precoce. Apresentava, nesse momento, uma fístula esôfago-cutânea, com aproximadamente um centímetro de diâmetro e alto débito (Figura 1). Visando melhora do aporte nutricional, a paciente foi submetida à gastrostomia. Após seis meses de conduta expectante, foi realizada nova tentativa de fechamento da fístula esôfago-cutânea, também pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, com utilização do retalho deltopeitoral de Backanjian. Apresentou nova recidiva precoce, sendo então solicitada avaliação da equipe de Microcirurgia da Cirurgia Plástica do Hospital Estadual Mário Covas da Faculdade de Medicina do ABC.

Optou-se pela realização do retalho microcirúrgico fasciocutâneo anterolateral da coxa em sanduíche, com metade desepidermizada utilizada para reconstrução da parede anterior esofágica e outra metade para



Figura 1. Aspecto clínico inicial da fístula esôfago-cutânea.



Figura 2. Extensão do retalho microcirúrgico anterolateral da coxa após regularização da espessura.

reconstrução da porção cutânea cervical (Figura 2). A paciente evoluiu sem complicações, tendo a dieta via oral liberada após o trigésimo dia de pós-operatório. Encontra-se com um ano e meio de acompanhamento, sem recidiva da fístula (Figura 3). Submetida à endoscopia digestiva alta, não havia sinais de estenose esofágica.



Figura 3. Aspecto final da reconstrução microcirúrgica da fístula esofágica durante o ato operatório.

DISCUSSÃO

Com a evolução da reconstrução microcirúrgica, os índices de sucesso dos retalhos aproximam-se de 100%. Com isso, o refinamento dos resultados estéticos e funcionais, assim como a diminuição da morbidade do sítio doador, tornaram-se as principais preocupações^{5,7}. O retalho microcirúrgico anterolateral da coxa atende a essas exigências; sua extensa aplicação em diversos campos é baseada nas seguintes características: vascularização confiável, pedículo vascular longo e largo, de no mínimo 8 cm, região do retalho extensa e de fácil delimitação, possibilidade de diminuir a espessura primária do retalho em 3 a 5 mm sem risco de comprometer sua vascularização, possibilidade de extração de retalhos combinados que podem incluir músculos, fáscia e osso, possibilidade de abordagem dupla simultânea devido à distância entre sítio doador e receptor, possibilidade de fechamento primário sem a necessidade de enxerto de pele quando a largura for menor do que 8 cm. O sítio doador situa-se em área coberta e sua função motora é minimamente afetada^{1,3,6}.

As contraindicações relativas de um retalho anterolateral da coxa incluem pacientes obesos e como contraindicações absolutas estão arteriosclerose e infecção⁸. Quando existe risco de infecção, deve-se optar por um retalho miocutâneo ao invés de um retalho cutâneo, o qual é baseado em perfurantes septocutâneas ou musculocutâneas⁷. Lesões prévias ou cirurgias com incisões

na região lateral da coxa são também uma contraindicação para o uso do retalho anterolateral da coxa^{1,3,8}.

A versatilidade do retalho anterolateral da coxa torna-o especialmente útil para um grupo heterogêneo de extensos defeitos de tecido mole da cabeça e pescoço. Esta versatilidade é produto da habilidade de adaptação e capacidade de retirar o componente muscular e moderada espessura de pele independentemente¹.

O retalho anterolateral da coxa possui vantagens específicas para reconstrução da região cervical: sua espessura é relativamente fina, sem pilificação, o pedículo do retalho pode chegar acima de 10 cm de comprimento e 2 mm de largura, e o reposicionamento do paciente não é necessário para obtenção do retalho⁹.

O relato do caso apresentado neste estudo justifica-se com o intuito de ressaltar a importância da utilização do RMALC em sanduíche na correção de fístula esôfago-cutânea de alto débito.

REFERÊNCIAS

1. Lueg EA. The anterolateral thigh flap: radial forearm's "big brother" for extensive soft tissue head and neck defects. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130(7):813-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.130.7.813>
2. Chen HC, Tang YB. Anterolateral thigh flap: an ideal soft tissue flap. *Clin Plast Surg.* 2003;30(3):383-401. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298\(03\)00040-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298(03)00040-3)
3. Hallock GG. The preexpanded anterolateral thigh free flap. *Ann Plast Surg.* 2004;53(2):170-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.sap.0000112288.25696.fb>
4. Yang JY, Tsai FC, Chana JS, Chuang SS, Chang SY, Huang WC. Use of free thin anterolateral thigh flaps combined with cervicoplasty for reconstruction of postburn anterior cervical contractures. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(1):39-46. PMID: 12087229 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200207000-00009>
5. Wei FC, Demirkan F, Chen HC, Chuang DC, Chen SH, Lin CH, et al. The outcome of failed free flaps in head and neck and extremity reconstruction: what is next in the reconstructive ladder? *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(5):1154-60.
6. Groth AK, Silva ABD. Reconstrução oromandibular complexa com dois retalhos microcirúrgicos. *Rev Bras Cir Plast.* 2009;24(1):11-21.
7. Nuara MJ, Sauder CL, Alam DS. Prospective analysis of outcomes and complications of 300 consecutive microvascular reconstructions. *Arch Facial Plast Surg.* 2009;11(4):235-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archfacial.2009.46>
8. Kroll SS, Schusterman MA, Reece GP, Miller MJ, Evans GR, Robb GL, et al. Choice of flap and incidence of free flap success. *Plast Reconstr Surg.* 1996;98(3):459-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199609000-00015>
9. Aki FE, Besteiro JM, Pinto FR, Durazzo MD, Cunha AS, S Filho GB, et al. Emprego do retalho microcirúrgico antebraquial na reconstrução em cabeça e pescoço: experiência de 11 casos. *Rev Assoc Med Bras.* 2000;46(2):182-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302000000200014>

*Autor correspondente:

Roberta França Spener

Av. Príncipe de Gales, 821, Santo André, SP, Brasil

CEP 09061-260

E-mail: robertaspener@hotmail.com