



## Tração cutânea como complemento ao retalho paraescapular em grande perda oncológica: relato de caso

### *Cutaneous traction as a complement to the parascapular flap in major cancer loss: case report*

MARCELO ROSSETO<sup>1,2</sup>  
LUANA GRAZIELA BATISTA<sup>1</sup>  
FRANCO SILVA MARTINEZ<sup>2,3\*</sup>  
BLANCA SILVA MARTINEZ<sup>3</sup>  
CAROLINA MARIA STARTARI  
SACCO<sup>4</sup>  
LETÍCIA SUEMI ARAKAKI<sup>2</sup>  
MICAEL VIANA AZEVEDO<sup>2</sup>  
LUIZ FERNANDO ALVES DE  
OLIVEIRA<sup>2</sup>

Instituição: Hospital do Câncer  
de Campo Grande Alfredo Abrão,  
Campo Grande, MS, Brasil.

Artigo submetido: 19/11/2022.  
Artigo aceito: 13/06/2023.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2023RBCP0768-PT

### INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular (CEC) é um tumor maligno dos queratinócitos epidérmicos que invade a derme, podendo gerar metástases. Possui maior incidência em indivíduos com mais de 50 anos, sendo as principais etiologias: exposição solar e a agentes carcinógenos<sup>1</sup>.

Os locais mais afetados são couro cabeludo, dorso das mãos, lábio inferior, orelhas, face, mucosa bucal e genitália externa<sup>1</sup>.

As características clínicas da lesão apresentam-se desde pápulas ou placas eritematosas com superfície escamosa ou crostosa a nódulos hiperkeratósicos, muitas vezes com aparência verrucosa<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Introdução:** O carcinoma espinocelular (CEC) é um tumor maligno dos queratinócitos epidérmicos e está intimamente relacionado à exposição solar. Quando diagnosticado, por meio de biópsia, deve ser realizado seu estadiamento, ressecção tumoral com margens de segurança oncológica, podendo ser feito esvaziamento ganglionar e tratamento de metástases, caso presentes. **Relato de Caso:** Reporta-se a utilização da tração cutânea como complemento ao retalho paraescapular, utilizado reconstrutivamente pós excisão de CEC de grande dimensão em ombro esquerdo. **Conclusão:** A técnica utilizada mostrou-se eficaz para correção satisfatória de grandes deiscências em pós-operatório de retalho paraescapular, promovendo fechamento parcial do defeito, tempo reduzido para realização e correção do defeito residual em tempo único.

**Descritores:** Retalhos cirúrgicos; Neoplasias cutâneas; Carcinoma espinocelular; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Cirurgia plástica

### ABSTRACT

**Introduction:** Squamous cell carcinoma (SCC) is a malignant epidermal keratinocyte tumor closely related to sun exposure. When diagnosed, through biopsy, its staging, tumor resection with oncological safety margins must be performed, and lymph node dissection and treatment of metastases, if present, may be performed. **Case Report:** Skin traction is reported as a complement to the parascapular flap, used reconstructively after the excision of a large SCC in the left shoulder. **Conclusion:** The technique used proved effective for the satisfactory correction of large dehiscence in the postoperative period of the parascapular flap, promoting partial closure of the defect, reduced time to perform, and correction of the residual defect in a single step.

**Keywords:** Surgical flaps; Skin neoplasms; Carcinoma, squamous cell; Reconstructive surgical procedures; Surgery, plastic.

<sup>1</sup> Hospital de Câncer de Campo Grande Alfredo Abrão, Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>3</sup> Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

O diagnóstico é confirmado por meio de biópsia, sendo então realizado o estadiamento pela tabela TNM, podendo, além da ressecção tumoral, ocorrer esvaziamento ganglionar e tratamento das metástases, caso necessário<sup>2</sup>.

O objetivo deste trabalho é descrever a sutura de Góes et al.<sup>3</sup> como complemento ao retalho paraescapular<sup>4</sup>, utilizado reconstrutivamente pós-excisão de CEC.

## RELATO DE CASO

Paciente, 50 anos, sexo masculino, branco e auxiliar de construção civil, procurou atendimento devido a lesão ulcerada, com dimensões de 5,7 x 5,2cm no ombro esquerdo, com aspecto de CEC, confirmado por biópsia (Figura 1).

Exames pré-operatórios (laboratoriais e cardiológicos) foram realizados, sendo normais e com risco cirúrgico grau 1. Após demarcação da área tumoral com margens de segurança oncológicas, o paciente foi submetido a anestesia geral e posicionado em decúbito lateral direito (Figura 2).

A lesão foi ressecada com margens oncológicas e enviada para exame anatomopatológico, com resultado de carcinoma espinocelular invasivo grau 3 de diferenciação, invasão até o tecido subcutâneo (Classe V), margens livres, sem acometimento angiolinfático detectado e ausência de invasão perineural.

Foi demarcado retalho paraescapular<sup>4</sup>, com dimensões de (21cm x 6,5cm), baseado na artéria paraescapular; ramo da artéria axilar esquerda (Figura 3).

O retalho foi elevado e rodado para atingir a região de ombro esquerdo (Figuras 4 e 5), sendo realizada sutura do mesmo ao seu novo leito com nylon 3-0 e nylon 4-0. Este cobriu totalmente a área da ressecção tumoral.

A área doadora do retalho foi reparada através de avanço dos retalhos locais e sutura com nylon 3-0 e 2-0 (Figura 6).

Após 24 horas, houve deiscência de sutura na parte distal do retalho e sofrimento da extremidade deste, devido à congestão venosa (Figura 7).

Utilizou-se a tração cíclica e contínua das margens cutâneas<sup>3</sup> para realizar o fechamento parcial da área cruenta e pequena parte deixou-se para cicatrização por segunda intenção (Figura 8).

A extremidade distal do retalho paraescapular<sup>4</sup> com a congestão venosa evoluiu para necrose seca de uma área maior que a inicial, a qual não necessitou de desbridamento (Figura 9).

Procedeu-se acompanhamento do paciente, sendo necessária realização de tratamento radioterápico, com boa evolução e adequada cicatrização da ferida operatória (Figuras 10 e 11).



Figura 1. Lesão ulcerada com dimensão de 5,7 x 5,2cm.



Figura 2. Paciente em posicionamento cirúrgico.

## DISCUSSÃO

A literatura cita inúmeros métodos para cobertura do defeito relatado, entre eles: enxerto de pele<sup>5</sup>, retalho miocutâneo do músculo grande dorsal<sup>6</sup>, retalho miocutâneo do trapézio<sup>7</sup> e retalhos microcirúrgicos<sup>8</sup>. A preferência pelo retalho paraescapular<sup>4</sup> é devido à maior capacidade de cobertura de grandes áreas, além



Figura 3. Demarcação do retalho paraescapular.

da preservação muscular em relação aos outros retalhos miocutâneos, que geram grande perda funcional, necessitando de longos períodos para compensação, caso dos retalhos grande dorsal<sup>6</sup> e trapézio<sup>7</sup>.

O tratamento com microcirurgia<sup>8</sup> é altamente especializado, não havendo em nosso Serviço os devidos equipamentos, motivo pelo qual ficamos impossibilitados de realizá-lo.

Devido à profissão do paciente (auxiliar de construção civil), o enxerto de pele<sup>5</sup> fatalmente sofreria perda com a atividade laboral, ocasionando mau prognóstico.

O retalho paraescapular<sup>4</sup> é descrito na literatura com comprimento de até 30cm. Considerando a altura de 1,82m do paciente, o comprimento do retalho estava adequado para sua utilização, tendo como vantagem a garantia de cobertura espessa - resistente a traumas e



Figura 4. Elevação e rotação do retalho paraescapular.



Figura 5. Elevação e rotação do retalho paraescapular.

sem mobilização de músculos, possibilitando o retorno precoce do paciente às atividades.

O fechamento da ferida por tração cutânea, preconizado, em 2004, por Carlos Henrique Fröner S. Góes e colaboradores<sup>3</sup>, foi realizado em enfermaria no segundo dia de pós-operatório para corrigir a deiscência. Para tanto, utilizou-se fio Prolene 2, com inserção em área posterior ao descolamento, exteriorizando-a no interior da ferida, em direção à outra margem, sendo encapado



Figura 6. Reparo da região doadora com nylon 3-0 e 2-0.



Figura 8. Utilização da Sutura de Góes para fechamento parcial da deiscência.



Figura 7. Deiscência em extremidade distal do retalho paraescapular.



Figura 9. Necrose seca em extremidade distal do retalho paraescapular.



Figura 10. Pós-operatório tardio após realização de radioterapia.



Figura 11. Pós-operatório tardio após realização de radioterapia.

o fio através da agulha com segmento de cateter. Por meio do retorno do fio de maneira inversa, completou-se um “U” bilateralmente. Tracionou-se os dois fios de cada margem simultaneamente, aproximando as bordas com determinado ponto de tensão máxima. Por meio de repetidas trações, promoveu-se maior relaxamento da pele e possibilidade de fechamento parcial. Isso evitou a realização de novo procedimento em centro cirúrgico, fato que ocasionaria grande estresse emocional ao paciente e maiores custos à instituição mantenedora.

A sutura mostrou-se um método eficiente, promovendo fechamento parcial do defeito (80% da área de deiscência), facilidade e tempo reduzido para realização. Além da correção do defeito residual em tempo único.

## CONCLUSÃO

A sutura proposta por Góes et al.<sup>3</sup> mostrou-se um complemento ao retalho paraescapular<sup>4</sup> na cobertura de ressecção de grandes áreas tumorais, tendo como vantagens o baixo custo e fácil realização. Além disso, a tração cutânea promoveu uma correção satisfatória de grandes deiscências em pós-operatório de retalho paraescapular<sup>4</sup>.

## COLABORAÇÕES

- MR** Conceitualização, Realização das operações e/ou experimentos.
- LGB** Redação - Revisão e Edição.
- FSM** Aprovação final do manuscrito, Conceitualização, Concepção e desenho do estudo, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição.
- BSM** Redação - Preparação do original, Supervisão.
- CMSS** Redação - Preparação do original.
- LSA** Redação - Preparação do original.
- MVA** Redação - Preparação do original.
- LFAO** Validação.

## REFERÊNCIAS

1. Simis T, Simis DRC. Doenças da pele relacionadas à radiação solar. *Rev Fac Ciênc Méd (Sorocaba)*. 2006;8(1):1-8.
2. Silva RD, Dias MAI. Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2017;5(2):228-34.
3. Góes CHFS, Kawasaki MC, Mélega JM. Fechamento de feridas por tração cutânea intra-operatória: análise de 23 casos. *Rev Bras Cir Plást*. 2004;19(2):63-74.

4. Nassif TM, Vidal L, Bovet JL, Baudet J. The parascapular flap: a new cutaneous microsurgical free flap. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69(4):591-600.
5. Lofêgo Filho JA, Dadalti P, Souza DC, Souza PRC, Silva MAL, Takiya CM. Skin grafts in cutaneous oncology. *An Bras Dermatol.* 2006;81(5):465-72.
6. Tavares-Filho JM, Franco D, Moreto L, Porchat C, Franco T. Utilização do retalho miocutâneo de grande dorsal, com extensão adiposa, nas reconstruções mamárias: uma opção para preenchimento do polo superior. *Rev Bras Cir Plást.* 2015;30(3):423-8.
7. Sbalchiero JC, Graziosi GB. Retalho miocutâneo inferior pediculado do músculo trapézio nas reconstruções após cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço, e tórax. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(3):346-51.
8. Andrade FAG, Servant JM, Ferreira LM, Revol M, Traber H, Nascimento Júnior CP, et al. Decúbito Dorsal no Retalho Microcirúrgico do Músculo Grande Dorsal - Técnica de J. M. Servant. *Rev Bras Cir Plást.* 2000;15(2):35-46.

---

**\*Autor correspondente:** **Franco Silva Martinez**  
Rua Petrópolis, 585, Caiçara, Campo Grande, MS, Brasil  
CEP: 79090-234  
E-mail: francosmartinez99@gmail.com