

# RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA APÓS ESTERNECTOMIA PARCIAL DE CÂNCER DE MAMA COM NEO-COSTELA

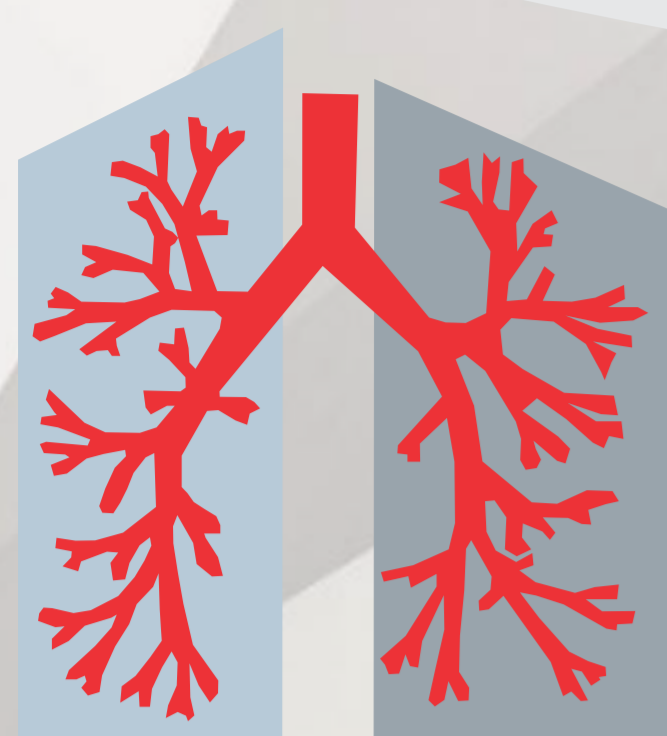
RECIDIVA ULCERADA DE

LEONARDO C. S. OLIVEIRA, FRANCISCO MATHEUS T. F. VIEIRA, RYAN N. LIMA, DAVI S. CYPRIANO, NATHALIA S. E S. ZACARIAS

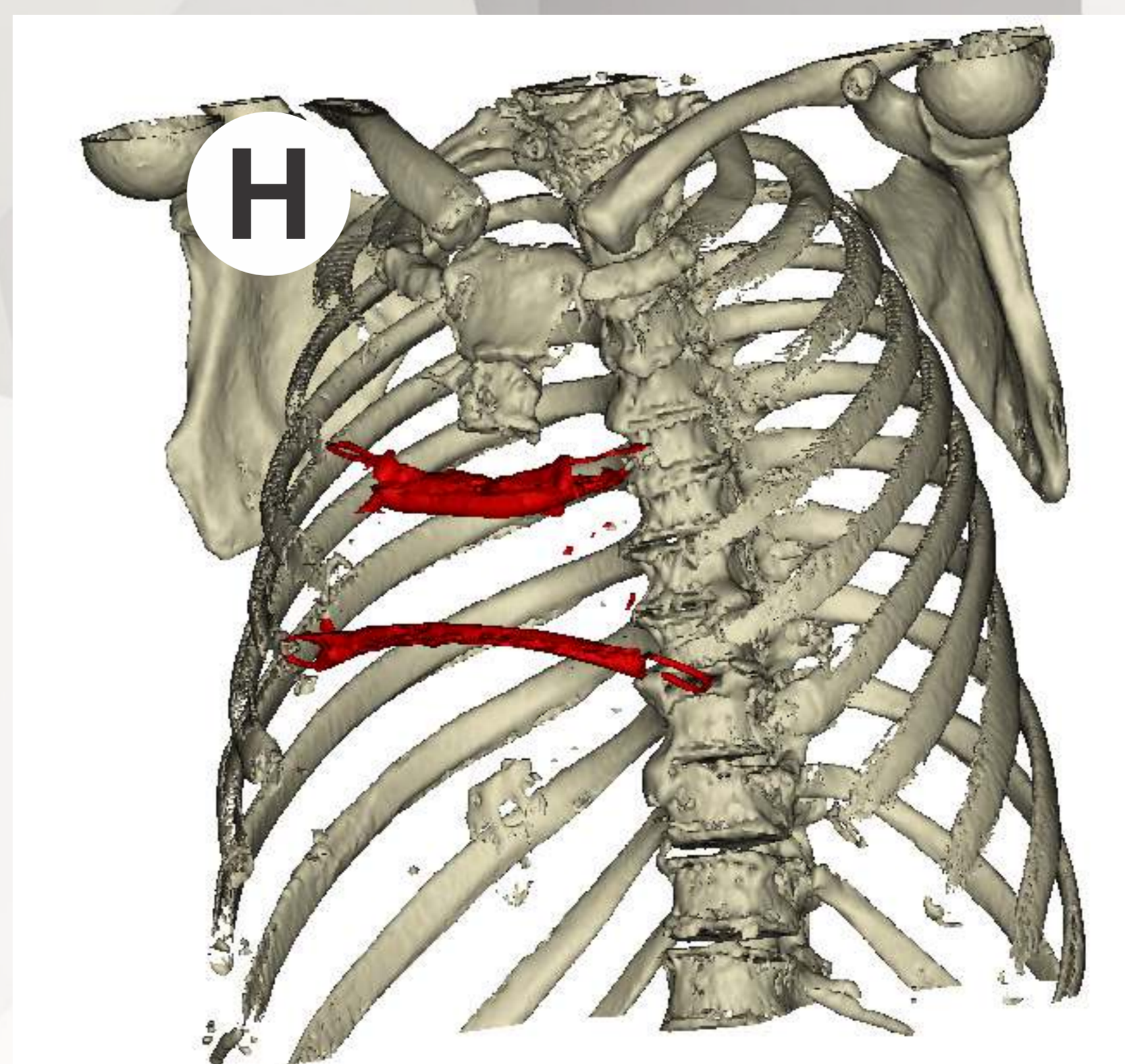
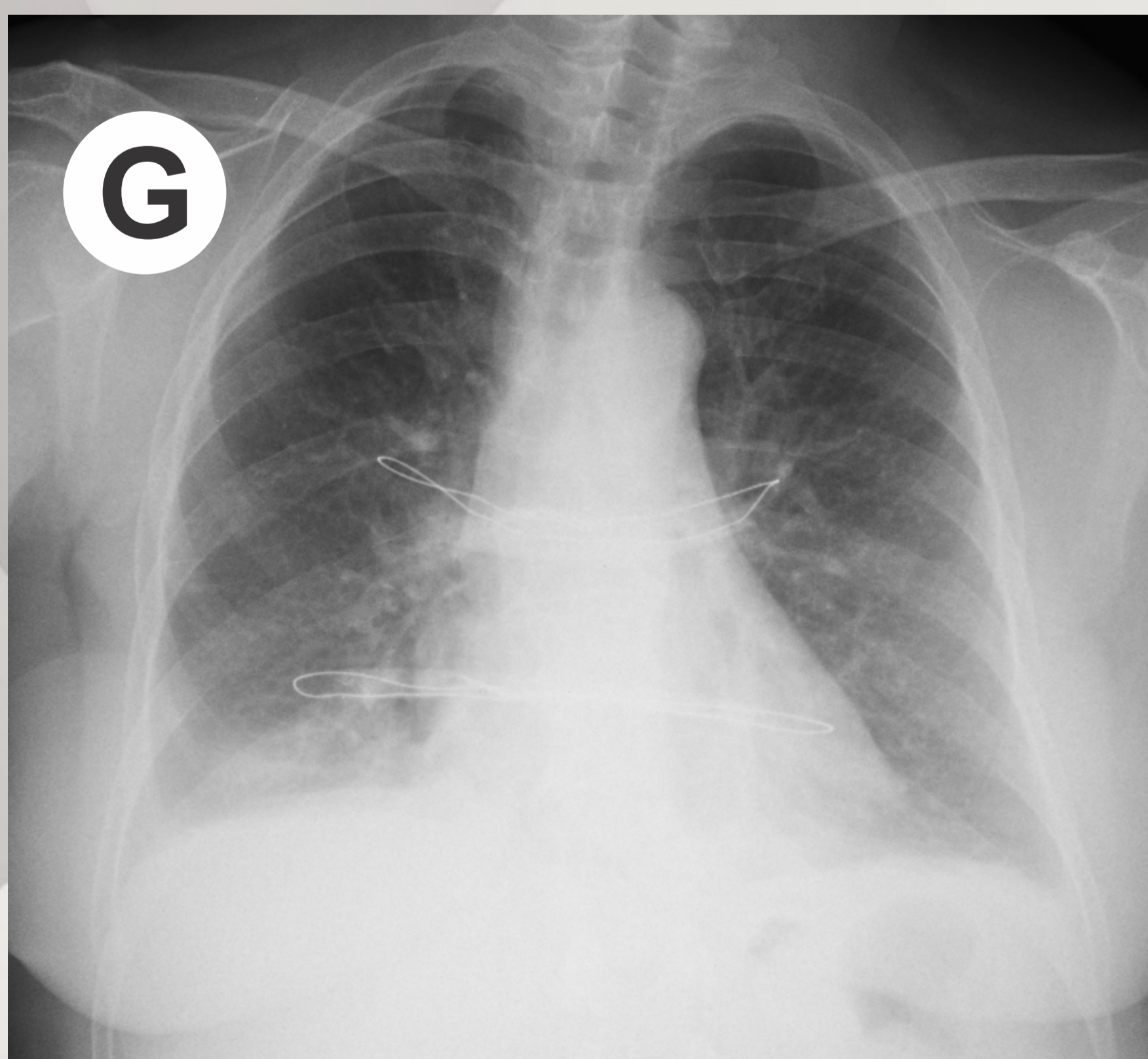
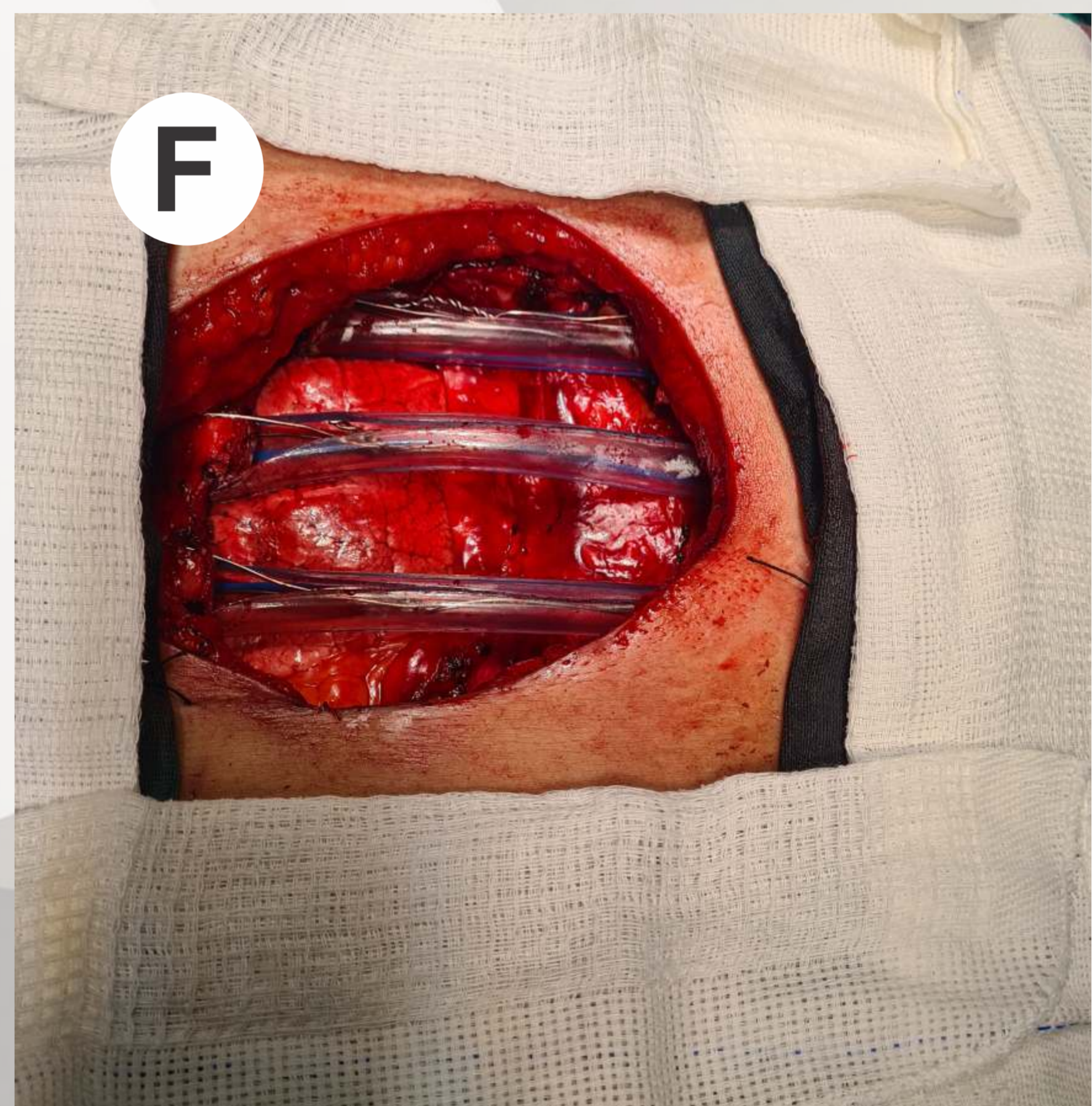
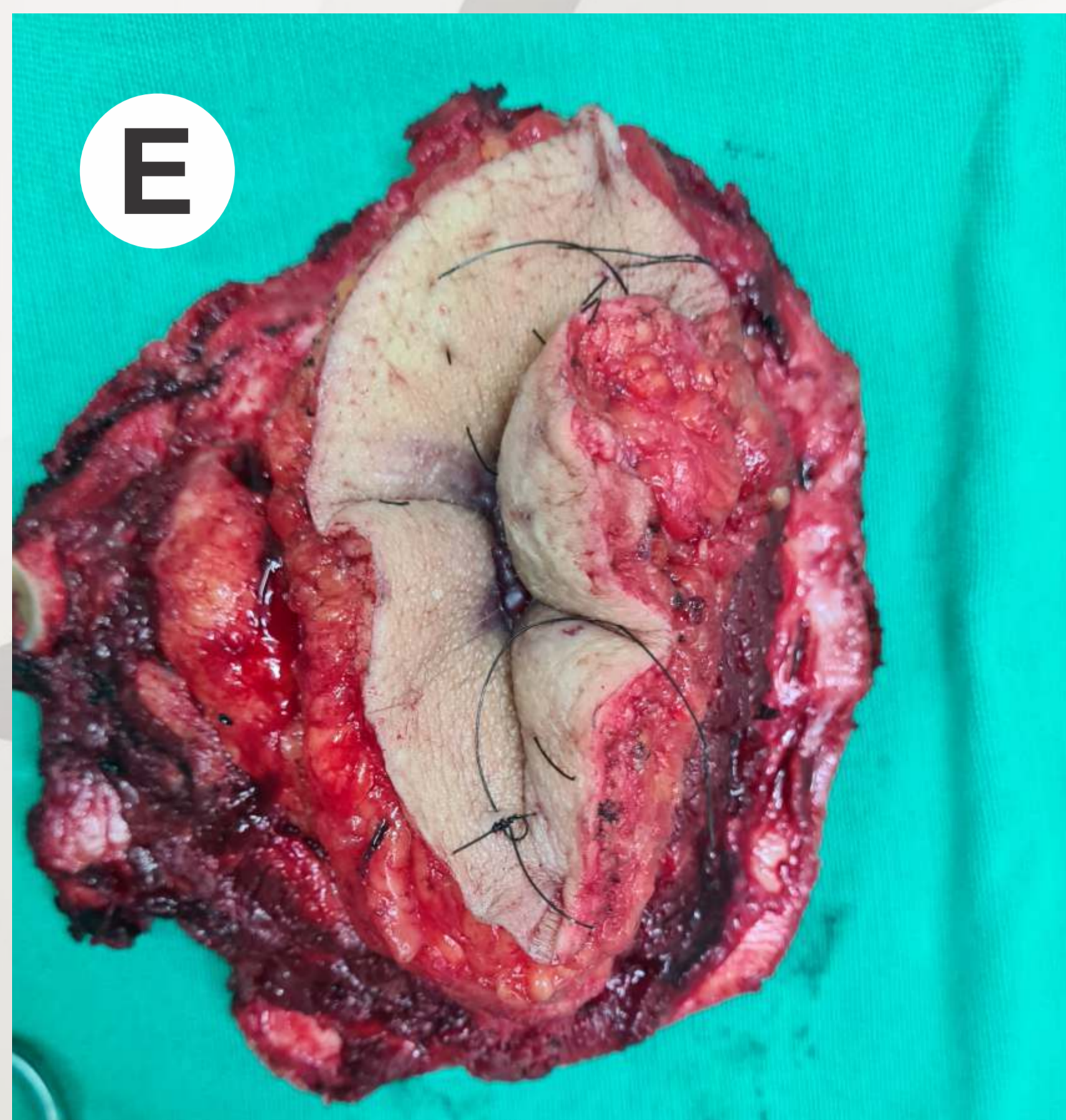
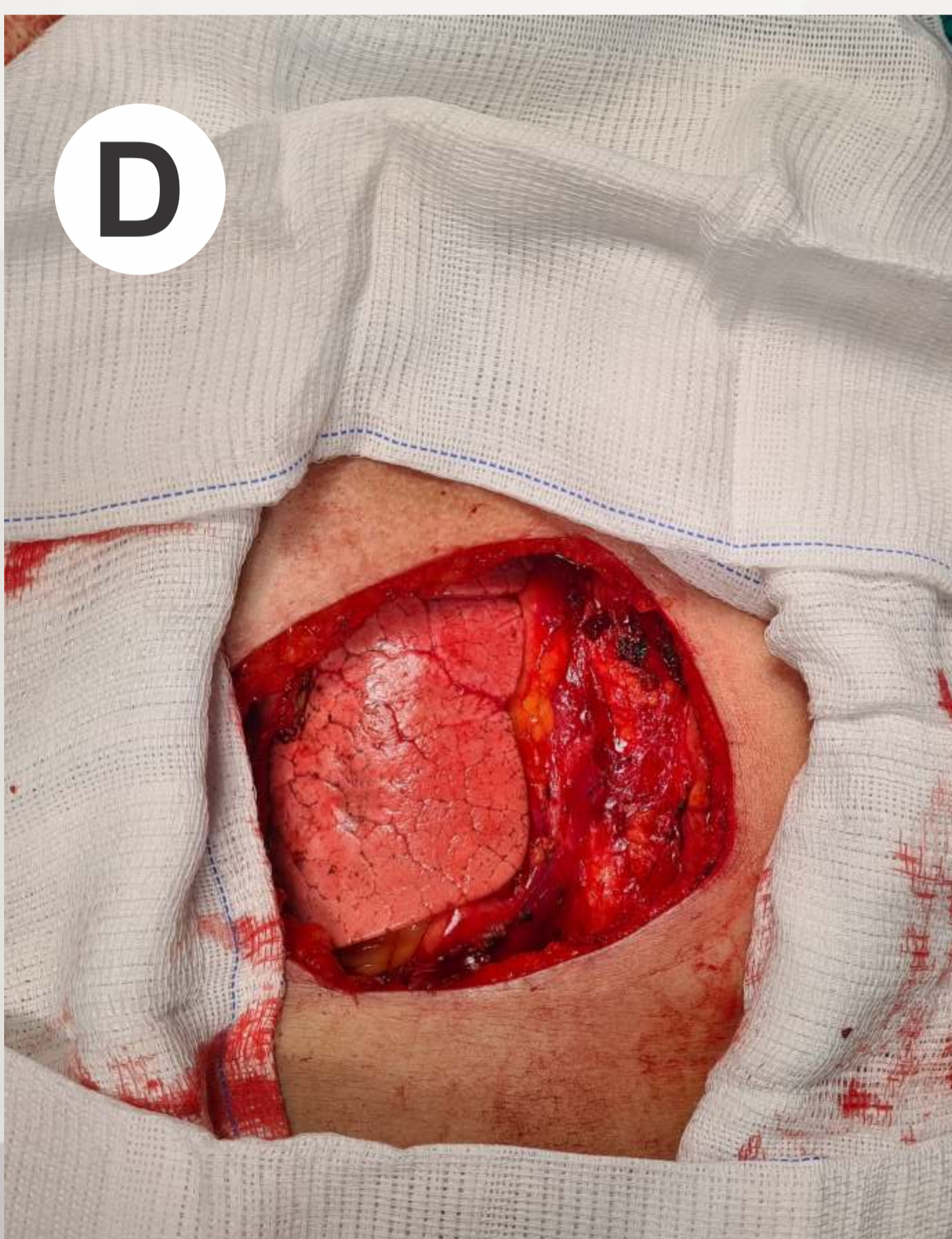
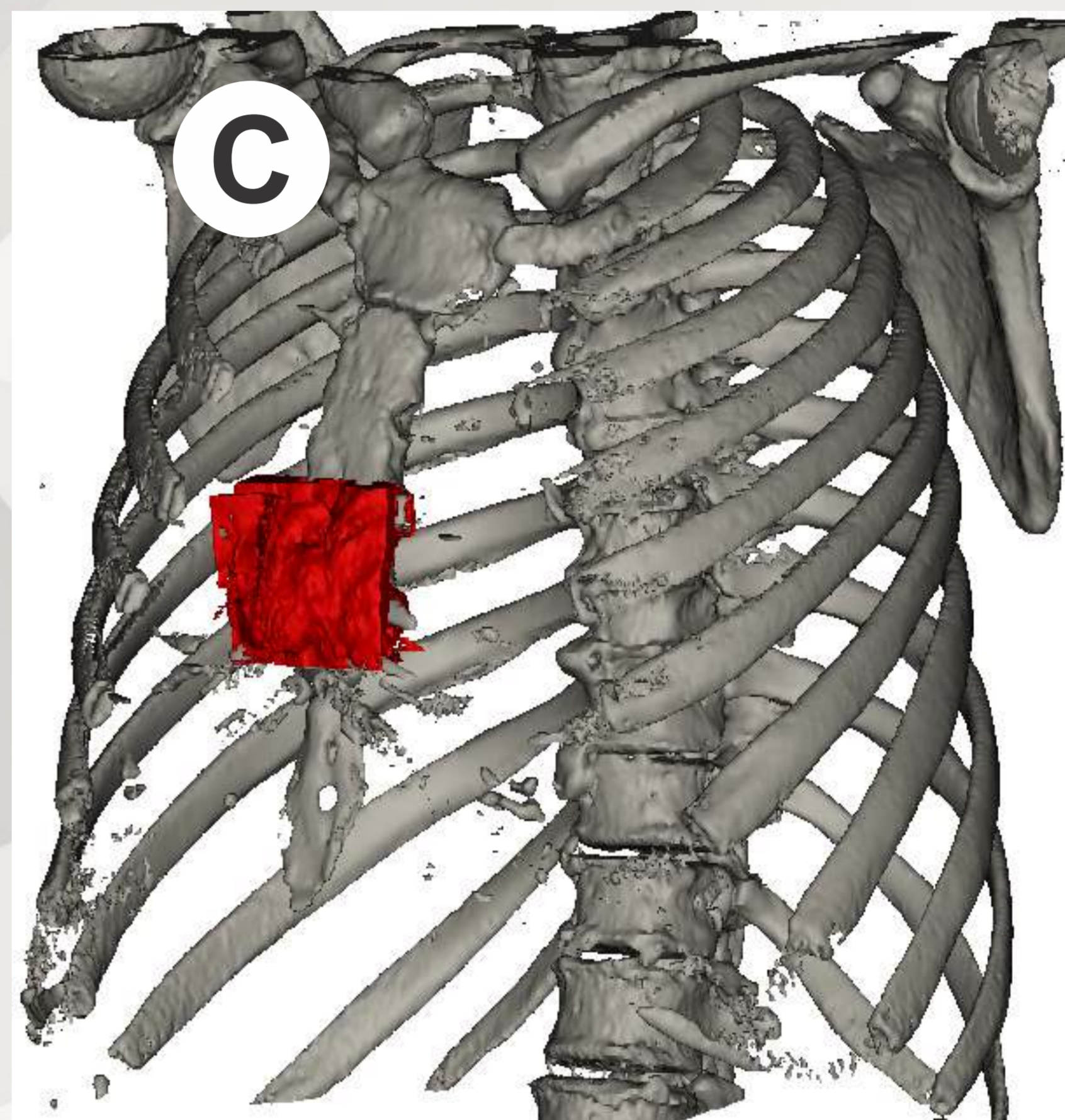
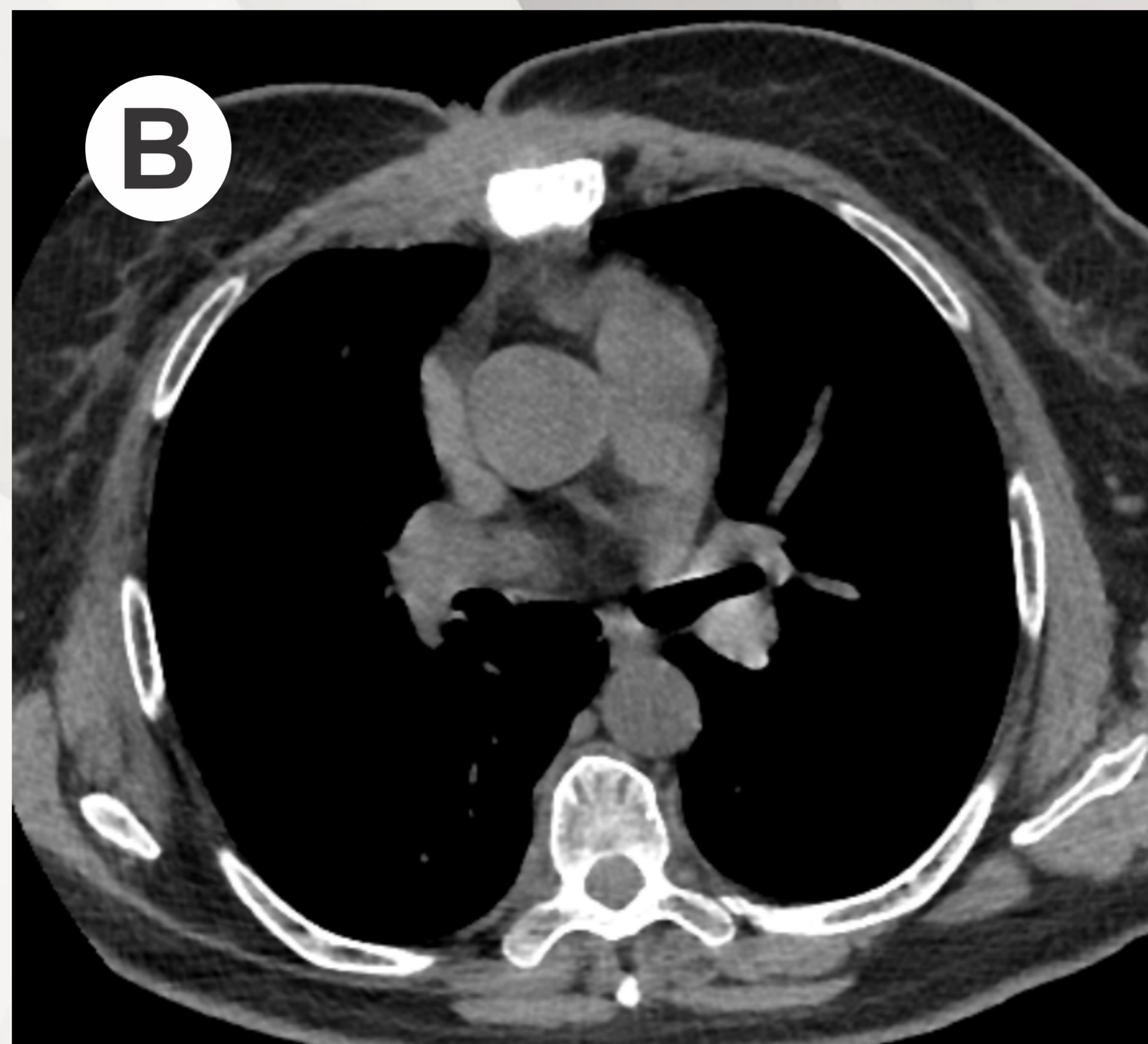
Contato: Leonardo Oliveira - leonardo@toracica.med.br

## RELATO DE CASO

Mulher, 57 anos, com história de câncer de mama 8 anos antes tratado com quimioterapia neoadjuvante seguida de mastectomia à direita e radioterapia adjuvante. Apresentou-se no serviço com relato de ferida ulcerada na região esternal distal há cerca de 1 ano (FIGURA 1 A e B). Biópsia confirmou recidiva de carcinoma invasivo de mama no esterno. Apesar das tentativas de tratamento local não cirúrgico a ferida nunca havia cicatrizado, determinando mau cheiro e necessidade de curativos. Estadiamento sistêmico mostra múltiplas metástases ósseas. Foi feita ressecção higiênica no esterno distal em bloco, incluindo a pele em volta da lesão ulcerada, musculatura, esterno e cartilagens costais (FIGURA 1 C, D e E). Após a ressecção ficava nítida a fácil cobertura com pele e derme, mas a falta de estrutura rígida que pudesse proteger o precórdio (FIGURA 1 F). Foi realizada reconstrução utilizando a técnica de neo-costela (neo rib) modificada com uso de fio de aço cirúrgico número 5 e metilmetacrilato para possibilitar arcabouço rígido para proteção do precórdio (FIGURA 1 G e H). Depois então os planos musculares, dérmicos e epidérmicos foram suturados. O pós-operatório ocorreu sem complicações sem infecção de ferida. Tomografia realizada 6 meses após mostrou enxertos tópicos cobrindo o coração. A paciente evoluiu, apesar do tratamento oncológico com piora de metástase ao nível da coluna cervicotorácica com infiltração de medula que determinou paraplegia mesmo tendo sido realizada laminectomia da região pelo serviço de neurocirurgia de outro hospital. Atualmente segue em cuidados paliativos sem evidência de ulceração aberta no local do esterno. O uso de neo-costela permitiu boa reconstrução da parede torácica após esternectomia parcial oferecendo rigidez e proteção adequada ao coração, sem necessidade de uso de telas ou grande placas de metilmetacrilato, principalmente na existência de infecção local e é opção viável para reconstrução do esterno.



**CIRURGIA TORÁCICA**  
HOSPITAL DE MESSEJANA  
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes  
Fortaleza - Ceará



**FIGURA 1:** Ulceração e invasão da pele (A); Tomografia mostrando invasão da parede (B); Reconstrução da tomografia com área para ressecção em vermelho (C); Aspecto final da área de ressecção em bloco (D); Peça ressecada em bloco (E); Preparação para confecção da neocostela com uso de fio de aço 5 e segmentos de dreno de tórax - ao final excluímos o enxerto do meio (F); Raio X 2 meses após a reconstrução (G); Reconstrução da tomografia 3 meses após a cirurgia - em vermelho os enxertos (H)

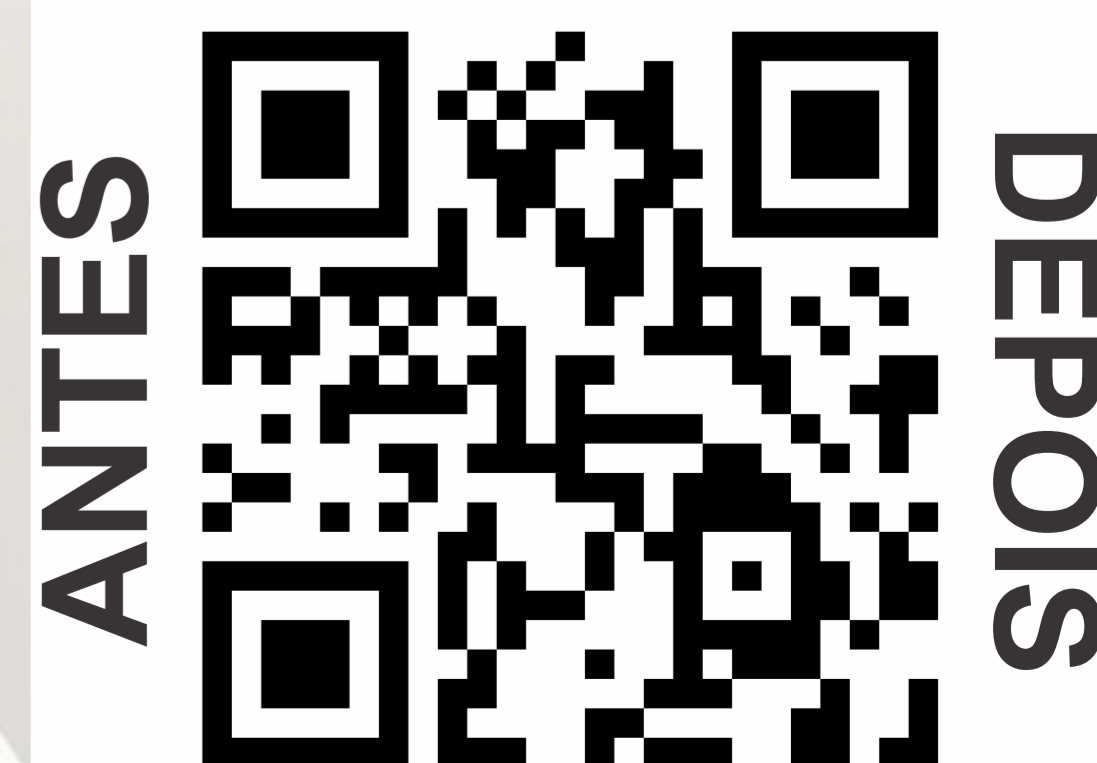
## DISCUSSÃO

O comprometimento neoplásico de parede torácica pode ocorrer por câncer de mama, câncer pulmonar, metástases de câncer renal e os sarcomas primários, entre outras, sendo as duas primeiras as mais frequentes. Essas invasões por câncer de mama podem evoluir para formas ulceradas e levam a um desafio uma vez que a existência de infecção local pode dificultar as reconstruções, principalmente na necessidade de esternectomia (1, 2). O uso de grandes placas de metilmetacrilato (MMA) colocadas em sanduiche um telas de polipropileno determinam próteses com risco de infecção local aumentado e rigidez exagerada. O uso de próteses menores deve melhorar a mobilidade da parede torácica. O uso de barras e placas metálicas tem custo elevado (3, 4, 5). A adaptação do uso da técnica de neo-costela de MMA nas esternectomias parece ser uma opção viável e adequada (6, 7). No caso relatado a neo-costela substituiu 2/3 do esterno evitando a necessidade de placas extensas de MMA e oferecendo proteção ao precórdio e boa movimentação da parede torácica.

## REFERÊNCIAS

1. David EA, Marshall MB. Review of chest wall tumors: a diagnostic, therapeutic, and reconstructive challenge. *Semin Plast Surg.* 2011;25(1):16-24.
2. Ferraro P, Cugno S, Liberman M, Danino MA, Harris PG. Principles of chest wall resection and reconstruction. *Thorac Surg Clin.* 2010;20(4):465-73.
3. Girotti A, Rosa F, Ferrotto M, Girotti P, Pastorino U. Mechanical behavior of a total chest wall prosthesis with rib-like features. *Computer Methods in Biomechanics and Biomedical Engineering.* 2017;20(15):1581-8.
4. Girotti P, Leo F, Bravi F, Tavecchio L, Spano A, Cortinovis U, et al. The "Rib-Like" Technique for Surgical Treatment of Sternal Tumors: Lessons Learned From 101 Consecutive Cases. *The Annals of Thoracic Surgery.* 2011;92(4):1208-16.
5. Gonfiotti A, Salvicchi A, Voltolini L. Chest-Wall Tumors and Surgical Techniques: State-of-the-Art and Our Institutional Experience. *J Clin Med.* 2022;11(19).
6. Suzuki K, Park BJ, Adusumilli PS, Rizk NP, Huang J, Jones DR, et al. Chest Wall Reconstruction Using a Methyl Methacrylate Neo-Rib and Mesh. *Ann Thorac Surg.* 2015;100(2):744-7.
7. Dahan M, Brouchet L, Berjaud J, Garcia O. [Surgery of chest wall tumors]. *Annales de chirurgie plastique et esthétique.* 2003;48(2):93-8.

VÍDEO



ANTES

DEPOIS

TOMOGRAFIAS