

RETALHOS: O PAPEL DO ENFERMEIRO EM CIRURGIA DE ORL E CCP

Andreia Cristiana Matos da Silva

Serviço de Cabeça e Pescoço/Otorrinolaringologia, IPO-Lisboa

Maria Mercedes Gudiño Aguilera

Unidade de Cuidados Intensivos, IPO-Lisboa

Susana Sofia Abreu Miguel

Serviço de Cabeça e Pescoço/Otorrinolaringologia, IPO-Lisboa

Com este artigo pretende-se proporcionar um momento de reflexão dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados para a manutenção e viabilidade de um retalho em cirurgia na área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia.

No Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia (SCCP/ORL) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, cirurgias como laringectomias totais, parotidectomias, celulectomias ou encerramento de fístulas, são acompanhadas frequentemente por plastias de maior ou menor dimensão com retalho. Os cuidados de enfermagem são uma ponte fundamental para o sucesso da cirurgia com retalho, bem como para a qualidade de vida do doente.

PALAVRAS-CHAVE: retalho; complicações; qualidade de vida; cuidados de enfermagem.

This article aims to transmit and reflect with nurses about health care in the maintenance and viability of flaps on Head and Neck and Otorhinolaryngology Surgery.

At the Head, Neck and Otorhinolaryngology Surgery Unit, surgeries like total laryngectomy, parotidectomy, neck dissections or fistula closure are often followed by bigger or minor reconstructions with flaps. Nursing care is critical to the success of flap surgery, as well as the quality of life of the patient.

KEYWORDS: flaps; complications; quality of life; nursing cares .

Introdução

A cirurgia oncológica na área de Cabeça e Pescoço (CCP) e Otorrinolaringologia (ORL) origina, frequentemente, grandes transformações no doente, por vezes mesmo mutiladoras, que implicam a perda de funções importantes, como falar, mastigar, deglutir, cheirar, respirar, com repercussões na expressão facial e alterações da imagem corporal (Liu et Shah 2010).

Pela complexidade inerente a este tipo de tumores, o tratamento deve seguir uma abordagem multidisci-

plinar sendo que a reconstrução após excisão tumoral é o primeiro passo para a reabilitação e melhoria da qualidade de vida do doente (Disa et al 2001).

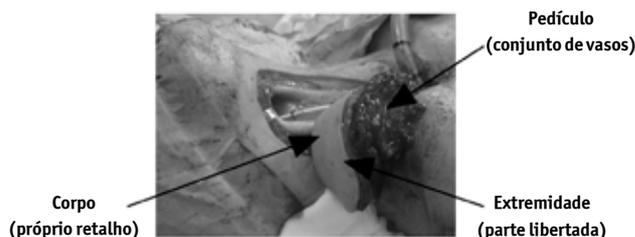
Perante a existência de um defeito cirúrgico decorrente da recessão tumoral, poderá ser feito encerramento directo das suturas, cicatrização por segunda intenção, enxertos ou retalhos, dependendo das necessidades do doente (Wehage e Fansa, 2011).

Na sequência das cirurgias recessivas na área de cabeça e pescoço, surge um novo desafio que se prende com a reconstrução do território lesado. As reconstruções cirúrgicas de cabeça e pescoço em oncologia procuram obedecer aos *princípios oncológicos de radicalidade, funcionalidade do sistema e aspecto estético* (Kato et al, 2007). Durazzo e Brandão (2005) referem que o retalho mais usado em cirurgia de cabeça e pescoço é o retalho miocutâneo do grande peitoral. No Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia (SCCP/ORL) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil a cirurgia com este tipo de retalho tem uma casuística significativa: das 202 cirurgias reconstrutivas com retalho feitas em 2010, 73 envolveram retalhos miocutâneos do grande peitoral.

Perante a complexidade inerente aos cuidados que estes doentes necessitam, consideramos pertinente reflectir criticamente sobre esta temática, fazendo uma breve abordagem sobre os retalhos, sua tipologia e complicações, para posteriormente enquadrar o papel do enfermeiro no cuidado ao doente submetido a cirurgia reconstrutiva com retalho.

Definição de retalho

O termo retalho refere-se ao “...*tecido destacado de uma área do corpo e transferido para a área receptora com parte de ou todo o seu suprimento sanguíneo original intacto ou restabelecido*” (Chandler, 2008). Um retalho, em oposição a um enxerto livre de pele, retém uma rede vascular ligada ao corpo. Deve por isso possuir um sistema vascular, arterial e venoso, capaz de irrigar os seus tecidos efectivamente. Na sua forma mais simples, o retalho pode ser definido como uma porção de tecido que é constituído por pele e uma variedade de planos: subcutâneo, fáscia e músculo. O retalho é constituído pela base ou pedículo (porção através da qual o suprimento sanguíneo se efectua pela extremidade (parte do retalho libertada) e pelo corpo (o próprio retalho).



TIPOS DE RETALHOS

Os retalhos podem ser caracterizados segundo diferentes itens: constituição, suprimento sanguíneo e relação à posição ou forma como devem ser rodados depois de elevados.

CLASSIFICAÇÃO DOS RETALHOS	QUANTO À CONSTITUIÇÃO	RETALHOS SIMPLES – formados por pele e tecido subcutâneo
		RETALHOS COMPOSTOS – constituídos por pele, tecido subcutâneo, músculo, fáscia ou cartilagem
	QUANTO AO SUPRIMENTO SANGUÍNEO	RETALHOS DE PADRÃO ALEATÓRIO – compostos de pele e tecido subcutâneo vascularizado por perfuradores aleatórios com proporção limitada entre a extensão a largura
		RETALHOS DE PADRÃO AXIAL – possuem suprimento arterio-venoso bem definido ao longo do eixo longitudinal
	RELAÇÃO À POSIÇÃO OU FORMA COMO PODEM SER RODADOS APÓS A ELEVAÇÃO	RETALHOS DE AVANÇO – são cortados e avançados para reconstruir o defeito adjacente
		RETALHOS DE TRANSPOSIÇÃO – são avançados ao longo de um eixo que forma um ângulo com a posição original do retalho
		RETALHOS DE ROTAÇÃO – semelhantes aos anteriores, mas são semicirculares e rodam ao longo do eixo maior
		RETALHOS TIPO ILHA – secções isoladas da pele e tecido subcutâneo que são abertos em túnel sob a pele para novos locais
		RETALHOS PEDICULADOS – consistem em pele e músculo subjacente, são muito móveis e podem ser rodados para defeitos distantes
		RETALHOS LIVRES – são uma forma de transplante de tecido, através da utilização de técnicas de microcirurgia, em que uma determinada quantidade de pele, músculo ou osso, pode ser isolada, destacada e refixada aos vasos receptores próximos do novo local

Quadro 1: Classificação dos Retalhos (Chandler, 2008).

Complicações dos retalhos

Muito embora os retalhos representem a forma mais usada de reconstrução de defeitos resultantes das recessões tumorais em cabeça e pescoço, podem ocorrer perdas dos mesmos por comprometimento vascular, infecção, deiscências e fístulas.

Muitos factores contribuem para a sobrevivência do retalho, como comorbidades (diabetes, doença vascular periférica), outros tipos de terapia prévia (quimioterapia e radioterapia), localização do tumor, técnica cirúrgica e a experiência do cirurgião. Das complicações mais comuns, temos a fístula, perda total ou parcial do retalho, deiscência da pele e epidermólise (Kato et al; 2007).

As complicações dos retalhos estão directamente relacionadas com a extensão da área a ser reparada, do local e das doenças associadas, bem como da experiência do profissional. De realçar que muitos doentes estão, à partida, desnutridos, sofrem de doenças pulmonares, insuficiência hepática, entre outras comorbilidades (Wehage e Fansa, 2011).

Durazzo e Brandão (2005) dividem as possíveis complicações dos retalhos naquelas que podem ocorrer na área dadora e na área receptora.

Na área dadora, as complicações mais frequentes são a formação de hematoma e a acumulação de seromas devido à grande extensão dos tecidos descolados. Kaplan (2008), refere que a incidência de hematomas está associada a factores de risco como o uso de corticosteróides, anti-inflamatórios não esteróides ou tabagismo no pré-operatório.

Na área receptora, as possíveis complicações são mais difíceis de controlar. A necrose parcial ou total decorre de insuficiente irrigação vascular, podendo ser consequência da manipulação de vasos na cirurgia, compressão do retalho ou por variações anatómicas do pedículo (Durazzo e Brandão, 2005). No seu estudo, El-Marakby (2006) refere que a necrose parcial (12%) é mais frequente que a total (8%), sendo que o seu tratamento é mais conservador, mediante a observação ou desbridamento de pequenas áreas necróticas.

A deiscência parece ser um fenómeno que se sobrepõe à necrose parcial. As mesmas podem dar origem a fístulas das quais podemos ressaltar as orocu-

tâneas ou faringocutâneas. O mesmo autor refere que todos os doentes com fístulas oro e faringocutâneas haviam sido submetidos a reconstrução de defeitos da cavidade oral.

Como consequência da cirurgia pode surgir o défice funcional dos músculos afectados (tal como no músculo peitoral no retalho do grande peitoral) e o défice motor (como no caso do ombro na recessão do músculo trapézio) (Durazzo e Brandão, 2005).

Pinto et al (2010) distingue as complicações *major*, como as que necessitem de reintervenção cirúrgica ou que resultaram do insucesso da reconstrução, das complicações *minor*, como as que resultaram de uma reconstrução bem sucedida ou que foram tratadas com estratégias mais conservadoras, nomeadamente a execução de pensos.

Cuidados de enfermagem ao doente submetido a cirurgia reconstrutiva com retalho

Segundo Hagood (2000), a intervenção do enfermeiro, independentemente dos cuidados inerentes à própria cirurgia, centra-se em dois aspectos fundamentais: 1.º – Verificar sinais e sintomas de insuficiência na reconstrução do retalho. 2.º – Verificar sinais e sintomas de infecção.

Em relação ao primeiro aspecto, Black e Jacobs salientam que a “...protecção da irrigação sanguínea de um retalho é uma responsabilidade principalmente da enfermagem”. O enfermeiro deve ter atenção ao posicionamento do doente e à forma como o penso é realizado, pois a tensão sobre o retalho pode lesar os vasos sanguíneos e comprometer a irrigação dos tecidos. O primeiro sinal do comprometimento da irrigação é a palidez, que deve ser vigiada. O doente deve ser posicionado para que o retalho permaneça relaxado e em posição elevada para diminuir o edema e a congestão venosa.

Verificar sinais e sintomas de insuficiência na reconstrução do retalho, através da monitorização do mesmo, segundo Hagood (2000), implica:

- Verificar a ferida, o retalho e o tecido circundante de 2 em 2 horas nas primeiras 72 horas e posteriormente de 4 em 4 horas;

- Verificar a cor (vermelho, palidez e cianose), tensão, pressão e hematoma;
- Vascularidade (presente ou ausente);
- Turgescência (presente ou ausente);
- Odor (presença ou não de cheiro fétido).

O quadro seguinte apresenta as principais características a observáveis num retalho viável, com insuficiência arterial ou venosa.

	Viável	Insuficiência Arterial	Insuficiência Venosa
Enchimento	Enchimento capilar normal (3 segundos)	Enchimento capilar diminuído	Enchimento capilar rápido
Cor	Cor da pele de origem	Pálida ²	Violácea ³
Temperatura	Mantida	Diminuída	Morna ou elevada
Sangramento após punção ¹	Sangramento após punção	Ausência de sangramento após punção	Sangramento escuro após punção

Quadro 2: Retalho viável versus comprometimento arterial ou venoso.

¹ Em caso de dúvidas pode-se utilizar a resposta a “Picada”, punccionando o retalho com uma agulha subcutânea.

² O retalho branco verifica-se quando o fornecimento de sangue é limitado ou não existe em virtude da tensão, diminuição da pressão ou oclusão que suprime o fluido sanguíneo. Com a ausência de arterialização, o retalho não tem reabastecimento capilar, tornando-se branco e frio ao toque, (Hagood, 2000).

³ O retalho azul ocorre sempre que o sangue excede o seu débito. Este desequilíbrio ocorre quando a pressão venosa aumenta (exemplo hematoma) ou, na constrição do pedículo vascular, no caso por exemplo do doente estar deitado sobre o retalho ou existir um coágulo no local da anastomose venosa.

Além do que já referimos, a nossa experiência profissional diz-nos que são vários os cuidados necessários à manutenção da viabilidade de um retalho. Tendo por base alguns autores (Long 1999; Hagood, 2000), salientamos:

- Prevenção da acumulação de líquido sob o retalho:
 - Observar o retalho para ver se há bolsas de líquido (seromas e hematomas);

- Vigiar e promover a funcionalidade das drenagens.
- Prevenção da infecção:
 - Lavar as mãos antes de mudar o penso;
 - Utilizar técnica asséptica;
 - Despistar sinais de infecção (rubor, exsudado purulento, calor).
- Imobilização do retalho:
 - Ensinar ao doente para não se deitar sobre o retalho e não comprimir o pedículo;
 - Instruir o doente em técnicas de posicionamento/ mobilidade dos membros superiores e cabeça;
 - Evitar movimentos de fricção sobre o retalho.
- Promoção da circulação sanguínea do retalho:
 - Elevar a região do retalho (quando possível), nas cirurgias de CCP/ORL deve elevar-se a cabeceira da cama 30° a 45°, de forma a evitar ou minimizar o edema.
 - Não fazer compressão sobre o retalho, principalmente na região do pedículo;
 - Evitar fazer hiper-extensão do local do retalho.
- Promoção das condições ambientais:
 - A temperatura do quarto, extremamente fria pode ser um factor a contribuir para a perda do retalho (vasoconstrição).
- Apoio emocional ao doente:
 - Apoiar o doente quando vê o local cirúrgico pela primeira vez (Long, 1999);
 - Encaminhar para profissionais especializados, quando necessário;
 - Acompanhar o doente na adaptação pós-cirúrgica à sua auto-imagem.

Na presença de um doente com hábitos tabágicos, este deverá ser incentivado a não fumar e não deverá estar exposto ao fumo do cigarro durante pelo menos uma semana após intervenção cirúrgica, devido ao forte efeito vasoconstritor da nicotina na microcirculação (Long, 1999). Quando estamos a focar retalhos para cobrir defeitos de Cirurgia em Cabeça, Pescoço

e ORL (dado que um dos fortes causadores destes tumores é o tabaco) torna-se pertinente validar com o doente se este precisa de algum tipo de apoio, seja psicológico, psiquiátrico ou encaminhamento para a consulta de desabitação tabágica.

Conclusão

Com a introdução das técnicas reconstrutivas em cirurgia de CCP/ORL, aumentaram as possibilidades do tratamento cirúrgico dos tumores desta área, já que se tornou possível ampliar as margens de recessão, com sequelas pós-operatórias menores, assim como maior funcionalidade do local afectado.

O sucesso ou não do retalho pode implicar a perda significativa do tecido, constituindo uma experiência devastadora para o doente, quer física, quer emocional, originando em algumas situações diminuição de qualidade de vida.

Conscientes de que os cuidados ao doente submetido a cirurgia com retalho são de extrema importância, a nossa actuação impõe-se como urgente e premente, com vista a maximizar a viabilidade e funcionalidade do retalho, com o objectivo final de conseguir uma melhor qualidade de vida para o doente.

BIBLIOGRAFIA

1. CHANDLER, S. (2008) Cirurgia Plástica e Reconstrutiva. In Rothrock, J. e McEwen, D. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Loures. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-07-9, Cap. 24. pp. 863-905.
2. DURAZZO, M. e BRANDÃO L. (2005) Complicações dos retalhos miocutâneos: artigo de revisão. Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Vol. 34. N.º 1. Jan-Abril. pp. 27-30.
3. HAGGOOD, A. S. (2000) Cancro da Cabeça e Pescoço. In Otto, Shirley. Enfermagem Oncológica. Lusociência. ISBN 972-8383-12-6. Cap.11. pp. 249-292.
4. KATO, A. et al (2007) Reconstrução com retalho de plastima: uma opção viável? Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço – Vol. 36. N.º 3; Julho/Setembro. pp. 174-177.
5. LONG, B. (1999) Intervenções comuns em pessoas com problemas dermatológicos. In Phipps, W. et al. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 972-96610-0-6. Cap 73. pp. 2205-2224.
6. NICOL, N. e BLACK, J. (2005) Management of clients with integumentary disorders. In Black, J. e -Hawks, J. Medical Surgical Nursing. Estados Unidos da América. Elsevier Saunders. Cap. 51. ISBN 0-7216-0221-5. pp. 1389-1432.
7. LIU, J. e SHAH, J. (2010). Surgical Technique Refinements in Head and Neck Oncologic Surgery. Journal Surgical Oncology. June 15; 101(8). pp. 661-668.
8. DISA, J. SANTAMARIA, E. e CORDEIRO, P (2001). General Principles of Reconstructive Surgery for Head and Neck. In Shah, J.; Patel, S. American Cancer Society Atlas of Clinical Oncology – Cancer of Head and Neck. London. BC Decker. ISBN 1-55009-084-4. pp. 330-357.
9. KAPLAN, E et al. Preventing postoperative haematomas in microvascular reconstruction of the head and neck: lessons learnt from 126 consecutive cases. ANZ J. Surg. 2008; 78: pp. 383-388.
10. WEHAGE, I. e FANSA, H. (2011). Complex reconstructions in head and neck cancer surgery: decision making. Head & Neck Oncology. pp. 3-14.