

Incisão cervical horizontal única na prega cervical superior para esvaziamentos cervicais nos tratamentos de metástases de tumores malignos de cabeça e pescoço

Single horizontal neck incision inside the superior cervical crease, for neck dissection to treat metastasis of the malignant tumor of the head and neck

Cláudio Eduardo de Oliveira Cavalcanti¹
 Fernando Antônio Gomes de Andrade²
 Carlos Augusto Costa Pires de Oliveira³
 Carlos Augusto de Oliveira Cavalcanti⁴
 Renata Pedrosa Pinheiro⁵
 Vanine Nascimento Pessoa Leite⁵
 Emilson de Queiroz Freitas⁶
 Lenine Garcia Brandão⁷

RESUMO

Introdução: As incisões cervicais sempre foram motivo de preocupação de diversos autores quanto ao aspecto funcional. Os pacientes, por sua vez, questionam por uma cicatriz cosmeticamente aceitável, fato que é de suma importância para o bem estar psicológico dos que se submetem a cervicotomias. As incisões mais anatômicas para a região cervical são as incisões cervicais transversas únicas, pois proporcionam uma boa exposição cirúrgica das estruturas anatômicas em todos os níveis de linfonodos e respeitam as linhas naturais de tensão da pele. **Objetivos:** Avaliar as incisões cervicais transversas únicas, rigorosamente colocadas na prega cervical superior (PCS) ou sulco cervical superior (SCS), realizadas em cirurgias de cabeça e pescoço para tumores malignos, observando às dificuldades técnicas, complicações, cura, funcionalidade e por último a estética. **Métodos:** Foram estudados 20 pacientes submetidos a cervicotomias na PCS ou SCS para esvaziamentos cervicais radicais clássicos (seis casos), modificados (quatro) e supraomoióideos (10). As abordagens cirúrgicas foram realizadas com incisões horizontais únicas sobre as pregas cervicais superior. **Resultados:** Todas as abordagens cervicais tiveram boas exposições sem dificuldades técnicas para as cirurgias programadas. Não houve complicação. Os pacientes seguiram sem recidiva loco-regional da doença. **Conclusões:** Não houve dificuldades técnicas ou complicações. Os pacientes tiveram excelentes resultados funcionais e estéticos.

Descritores: Neoplasias de Cabeça e Pescoço. Pregas Cutâneas.

ABSTRACT

Introduction: The neck incision usually was a concern by several authors regarding the functional aspects. The patients by their turn claim for aesthetic scar. This matter is very important due to the psychological aspects. The best incision in the head and neck cervical skin is horizontal. It contemplates important aspects as the anatomical, good exposition of the organ and all lymph nodal levels in the neck and it respects the natural tension skin fibers. **Objective:** To observe the single horizontal incisions, fitted inside the superior cervical crease (SCC). It was done to treat neck metastasis of the head and neck malignant tumor. The technical difficulty, complications, function and the aesthetic aspects were observed. **Methods:** Twenty patients submitted to a single horizontal cervical incision in the SCC for radical neck dissection (6 patients), modified radical neck dissection (4) and supra omohioid lymph node clearance (10) were studied. **Results:** All procedures had good expositions of the anatomical structures, without technical difficulty for the programmed treatment. There was no complication. **Conclusions:** There was no technical difficulty or complications. All patients presented excellent functional and aesthetic results.

Key words: Head and Neck Neoplasms. Skinfold Thickness.

INTRODUÇÃO

As incisões cervicais permaneceram inalteradas por vários anos, quando a terapia objetivava somente a cura¹. Associam-se à funcionalidade, sempre motivo de preocupação de diversos autores¹⁻⁴. Os pacientes questionam por uma cicatriz cosmeticamente aceitável, associada à cura e à funcionalida

de, fato que é de indubitável importância para o bem estar psicológico dos que se submetem a cervicotomias, melhorando a qualidade de vida¹⁻⁴.

Desde o século 19, Kocher (1880) e Keuttner (1898) descreveram incisões únicas para acesso aos níveis linfáticos do pescoço². Em 1906, Crile descreveu uma incisão em "Y" para esvaziamento cervical radical. Desde então, vários autores

1) Pós-Doutor pela Universidade de Brasília (UnB); Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL).

2) Doutor em Cirurgia Plástica pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; Chefe da Disciplina de Cirurgia Plástica da FAMED/UFAL.

3) Pós-Doutor em Medicina pela Harvard University. Chefe da Disciplina e do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina e do Hospital Universitário da UnB.

4) Doutor em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas UNICAMP; Professor Adjunto da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

5) Acadêmico do Curso de Medicina da FAMED da Universidade Federal de Alagoas.

6) Titular da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCa-MS-RJ. Professor Associado do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço da PUC-RJ.

7) Professor Livre Docente da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL).

Correspondência: Cláudio Cavalcanti, Rua Íris Alagoense, 267, Maceió/AL. E-mail: cclaudiocavalcantii@hotmail.com.

Recebido em: 15/10/2008; aceite para publicação em: 30/12/2008; publicado online em: 10/03/2009.

Conflito de interesse: nenhum. Fonte de fomento: nenhuma.

descreveram diversas técnicas variando essa incisão inicial³. Em 1953, McFee descreveu incisões horizontais paralelas, para melhor acesso às estruturas do pescoço com funcionalidade e estética. As principais vantagens dessas incisões são a boa funcionalidade, sem retrações, o excelente resultado cosmético e não formar ângulos ou intersecções³.

Nos esvaziamentos cervicais, diversos serviços utilizam as incisões arqueadas (Figura 1) ou em forma de "U" (*apron flap*), isoladas, associadas ao "S ítálico" ou um corte vertical inferiormente, indo até o ponto médio da clavícula (Figura 2). As incisões arqueadas promovem proteção da artéria carótida e têm a desvantagem de ocasionar edema e congestão venosa no terço inferior do retalho³. As associadas ao "S" têm a desvantagem de formar um ponto de trifurcação sobre a carótida, onde há grande risco de necrose da pele e exposição da artéria³.



Figura 1 – Cicatriz de incisão clássica para esvaziamento cervical supraomoióideo, descrita por Edgerton (1957), Faar (1969) e (Lorè, 1988), seta.



Figura 2 – Cicatriz de incisão para esvaziamento cervical radical Clássico, descrito por Conley (1966) e Lorè (1970), visão lateral, setas.

A incisão ideal deve promover exposição adequada das estruturas anatômicas. Deve permitir ao cirurgião ampliá-la para mudar o curso da cirurgia, na dependência dos achados intra-operatórios¹.

Os esvaziamentos cervicais têm mostrado bons resultados no tratamento de linfonodos metastáticos, com redução de morbidade e mortalidade⁴. Apesar dessas vantagens, essas cirurgias ainda apresentam grandes cicatrizes, mutilações e deformidades cervicais⁴ (Figuras 1, 2 e 3).

Em 1998, Shaw modificou a incisão original de McFee, fazendo duas incisões côncavas com o objetivo de diminuir as complicações das mesmas, com ausência de contraturas, tendo resultados cosméticos satisfatórios³.

Diversos autores publicaram uma incisão cervical transversa única, paralela as linhas de força da pele do pescoço (Figura 4) para cervicotomias em diversos tipos de esvaziamentos cervicais^{1,3,5}. Em nosso meio, foi publicado recentemente um trabalho com esse mesmo propósito⁴. Essa incisão proporcionou uma boa exposição cirúrgica das estruturas anatômicas do pescoço e dos grupos de linfonodos em todos os níveis cervicais, como também um excelente resultado funcional e estético. Esses cortes respeitaram as linhas de tensão natural da pele, levando a uma recuperação rápida e completa da cicatriz^{1,3-5}.

nou uma boa exposição cirúrgica das estruturas anatômicas do pescoço e dos grupos de linfonodos em todos os níveis cervicais, como também um excelente resultado funcional e estético. Esses cortes respeitaram as linhas de tensão natural da pele, levando a uma recuperação rápida e completa da cicatriz^{1,3-5}.



Figura 3 – Cicatriz de incisão para esvaziamento cervical radical clássico, descrito por Conley (1966) e Lorè (1970), visão anterior, setas.

Quando uma incisão é colocada rigorosamente "dentro" de uma prega cervical, acredita-se que em geral os resultados funcionais são melhores^{1,4,8}, já que a cicatriz fica em uma área cervical de menor tensão⁷. Com essa mesma idéia no resultado estético, a cicatriz torna-se imperceptível, simulando a própria prega cervical ou escondida pela mesma^{1,4-8} (Figuras 5, 6 e 7).

Foi estudada a presença no pescoço de três sulcos ou pregas cervicais horizontais muito nítidas (Figura 4)⁷: a prega cervical superior (PCS), a prega cervical média (PCM) e a prega cervical inferior (PCI). A PCS foi observada e descrita por Jank *et al.*⁹ Descreveram como sendo a prega cervical (PC) que se localiza na área da fúrcula da cartilagem tireóide e limita a porção inferior do nível II, látero-posterior. Pode existir uma ou duas pregas cervicais, cranialmente a cartilagem tireóide⁶⁻⁹.

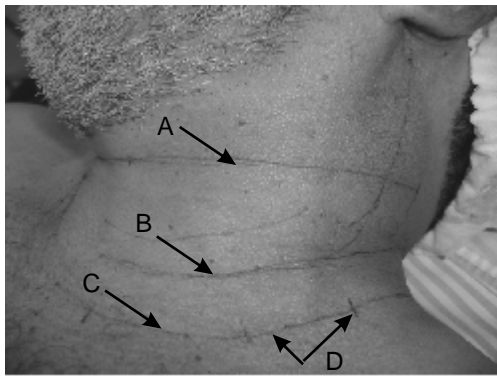
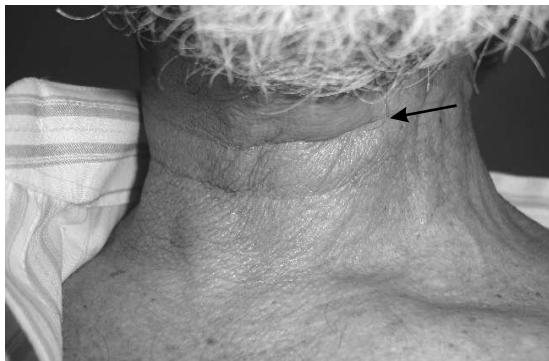


Figura 4 – Marcações das incisões na PCS (a), PCM (b) e PCI (c). Marcações complementares, d. Tumor nível II e Va, TxN3M0.



Figuras 5 e 6 – Cicatriz de incisão na PCS proposta para esvaziamento cervical radical ou radical modificado. Após um ano da cirurgia, setas.

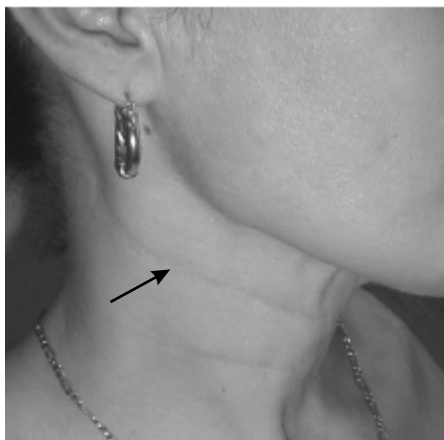


Figura 7 – Cicatriz de incisão proposta na PCS para esvaziamento cervical supraomoióideo, seta.

A PCM foi relacionada com a cartilagem cricóide⁶⁻⁸. A sua localização foi descrita por Cha *et al.*¹⁰ como a prega mais caudal em relação à cartilagem tireóide, estando relacionada à membrana crico-tireóide e a cartilagem cricóide. Esses autores relacionaram em 71% dos casos com o tubérculo anterior (tubérculo carótico ou de Chassaignac) do processo transverso da sexta vértebra cervical¹⁰. Essa vértebra está no nível da cartilagem cricóide¹¹. A prega cervical inferior (PCI) foi observada por Cavalcanti *et al.* e Morabito *et al.* como sendo aquela que se encontra na porção mais inferior do pescoço, e relaciona-se com a fúrcula esternal^{6-8,12}.

Esse estudo teve como objetivo avaliar as incisões cervicais transversas únicas, rigorosamente colocadas na prega cervical superior, realizadas em diversos tipos de esvaziamentos cervicais para cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço. Foram observadas as dificuldades técnicas, as complicações, a funcionalidade e a estética.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, qualitativo e descritivo, onde foram analisados 20 pacientes submetidos a cirurgias de cabeça e pescoço com incisões transversas e únicas sobre o sulco cervical superior (SCS) ou PCS. Foram realizados: esvaziamento cervical radical clássico (seis casos), esvaziamento cervical radical modificado (quatro) e esvaziamento cervical seletivo supraomoióideo (10). Foi considerado para critério de inclusão o tempo de seguimento mínimo livre de doença de 22 meses, através de exames físicos, laboratoriais e radiológicos (tomografia computadorizada). Não houve nenhum caso com radioterapia prévia. Analisou-se o grau de dificuldade cirúrgica, o resultado funcional e estético da incisão. O grau de dificuldade cirúrgica foi mensurado empiricamente por um único observador (cirurgião), através de uma escala de cruzes: O+ (ausente); + (mínima); ++ (pequena); +++ (moderada) e ++++ (elevada). A funcionalidade foi analisada quanto à ausência de limitação dos movimentos da cabeça, a flexão da coluna cervical e a presença de retrações ou bridas. A estética final foi avaliada pela observação empírica das cicatrizes, sendo estas classificadas em imperceptível e presente. A segunda subdividida em cosmeticamente aceitável ou hipertrófica.

Todos os pacientes foram suturados em dois planos com fios absorvíveis (ácido poliglicólico). No primeiro plano o platisma, com pontos separados (3 a 4) de ancoramento dérmico para a armação do retalho e, a seguir, sutura contínua com pontos ancorados. No segundo plano, a pele com sutura intradérmica contínua com fio absorvível incolor.

RESULTADOS

Nas cirurgias realizadas na PCS, o grau de dificuldade nos procedimentos para tumores de boca, com pescoço negativo (esvaziamento cervical seletivo I, II e III, Figura 7) foi ausente (0+). Nos procedimentos das neoplasias malignas de boca, oro e rinofaringe, para os esvaziamentos cervicais radicais clássicos e radicais modificados (Figuras 4, 8, 9 e 10), o grau de dificuldade inicialmente foi pequeno (++) a moderado (+++) nos níveis IV e V. Porém, quando a incisão estendeu-se para o músculo trapézio e/ou para contralateral, a dificuldade caiu para mínima (+) a pequena (++).

(esvaziamento cervical seletivo I, II e III, Figura 7) foi ausente (0+). Nos procedimentos das neoplasias malignas de boca, oro e rinofaringe, para os esvaziamentos cervicais radicais clássicos e radicais modificados (Figuras 4, 8, 9 e 10), o grau de dificuldade inicialmente foi pequeno (++) a moderado (+++) nos níveis IV e V. Porém, quando a incisão estendeu-se para o músculo trapézio e/ou para contralateral, a dificuldade caiu para mínima (+) a pequena (++).

Quanto à funcionalidade não houve nenhuma complicação maior em todos os casos operados, apenas paresias temporárias do nervo acessório. Todos os pacientes tiveram a integridade desse nervo retornada. Não houve qualquer alteração nos movimentos da cabeça, bem como retração cicatricial, mostrando a preservação da funcionalidade na totalidade dos casos.

Quanto ao aspecto estético as cicatrizes apresentaram resultados excelentes, simulando a prega cervical superior – Figuras 5,6 e 7.



Figura 8 – Espécime cirúrgico de esvaziamento cervical radical, preservado nervo espinhal



Figura 9 – Incisão na PCS, níveis III, IV e V esvaziados

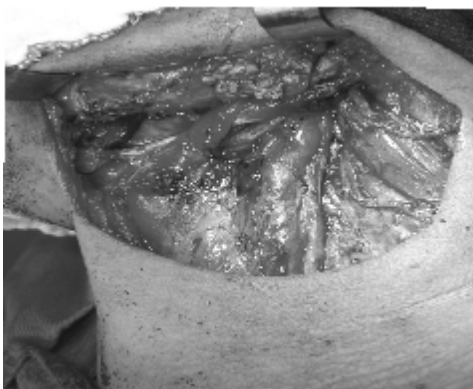


Figura 10 – Incisão na PCS, níveis I, II e III esvaziados

DISCUSSÃO

A PCS foi descrita como sendo a prega cervical que se localiza na área da fúrcula da cartilagem tireóide e limita a porção inferior do nível II látero-posterior⁹ (Figura 4). Existem várias incisões que são recomendadas para as cervicotomias nos esvaziamentos cervicais¹³. A escolha da PCS nesse estudo foi de acordo com o diagnóstico e a patologia, baseada no critério de proximidade dos órgãos acometidos.

Nos tumores malignos (boca, orofaringe, rinofaringe e tumores primários desconhecidos) foram realizadas incisões na PCS para esvaziamentos cervicais supraomoióideos, radicais ou radicais modificados. A idéia inicial era abordar os níveis I, II e III, como também se chegar ao ponto das massas tumorais nas regiões de boca e orofaringe com mais facilidade e nitidez, favorecendo a uma melhor abordagem com a radicalidade oncológica garantida. A incisão na PCS fica mais próxima da cavidade oral, faringe e mandíbula, facilitando o acesso a essas regiões anatómicas.

Se houvesse a necessidade de uma melhor exposição dos nível IV ou V, como ocorreu em alguns pacientes, poderíamos realizar uma segunda incisão paralela na prega cervical inferior, transformando a cervicotomia em incisão de McFee¹³. Então, essa provável segunda incisão na prega cervical inferior teria uma extensão mínima necessária para atingir-se o nível desejado, IV e/ou V. Na marcação das incisões realizadas antes de iniciar-se a cirurgia, confeccionamos inicialmente as paralelas de McFee com marcador de pele. Na PCS, a incisão principal e na PCI a provável incisão complementar (Figura 4). O desenho da marcação inferior era látero-posterior e o mínimo necessário para abordar os níveis IV e V, caso houvesse necessidade. No entanto, como já observado^{1,4,5}, não foi necessária em nossos casos a cervicotomia inferior complementar. Realizamos a extensão da incisão superior na PCS, ora em direção ao trapézio quando a dificuldade era no nível V, ora para o lado contralateral ultrapassando a linha média, para uma melhor abordagem do nível IV.

Foram realizadas incisões transversas únicas, seguindo as linhas de tensão da pele, sem haver a preocupação em localizar a incisão em cima ou “dentro” de uma PCS ou PCM nas abordagens horizontais únicas para esvaziamentos cervicais^{1,4,5}, sem qualquer dificuldade em abordar os níveis mais inferiores (IV e V) com uma única incisão transversa. Esses autores escolheram o ponto médio do pescoço entre a mandíbula e a clavícula e realizaram a extensão da incisão cervical ora em direção ao trapézio, ora para o lado contralateral, ultrapassando a linha média para atingir aqueles níveis (IV e V)^{1,4,5}.

As complicações foram as próprias inerentes das cirurgias realizadas, preconizadas na literatura, como paresias temporárias do nervo espinhal acessório. Não houve caso de infecção ou outra complicação maior. Um autor⁴ realizou incisões transversas únicas para esvaziamento cervical radical em quinze pacientes e somente um caso apresentou complicação pós-operatória, através de deiscência parcial da sutura, porém, este paciente tinha tratamento prévio de radioterapia.

Algumas incisões tradicionais usadas nas ressecções cervicais promovem excelentes exposições. Um exemplo é a variedade de incisões trifurcadas, que promovem acessos para todas as áreas do pescoço, mas são propensas à necrose na junção das mesmas, deiscência de sutura^{1,3}.

Quanto à funcionalidade dos pacientes operados, não houve qualquer retração cicatricial com a conseqüente alteração nos movimentos do pescoço. Dessa forma, as incisões horizontais únicas mostraram a preservação da funcionalidade na totalidade dos casos. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores^{1,4-6,8}. As incisões trifurcadas promovem a contratura cicatricial, por cruzarem as linhas de tensão da pele do pescoço nas suas porções verticais^{1,3,14}.

O resultado estético das cicatrizes foi excelente na totalidade

dos casos, ficando a cicatriz imperceptível após seis meses.
dos casos, ficando a cicatriz imperceptível após seis meses.
As incisões cervicais transversas têm muitas vantagens, pois situam-se no mesmo sentido das pregas cutâneas¹⁴, proporcionando rápida cicatrização, firme e de aspecto estético excelente. Quando essa incisão é colocada sobre ("dentro") uma prega cervical, esse resultado é ainda melhor, já que a cicatriz fica imperceptível, simulando a própria prega cervical^{1,4-8}.
No seguimento de todos os pacientes tratados, não houve recidiva cervical. Poder-se-ia questionar a dificuldade de acesso nos dois últimos níveis (IV e V), onde existiria o risco de recidiva. Segundo Mysiorek e Becker (1991)⁵, em humanos os linfonodos não têm a capacidade de regeneração nem podem ser encontrados em áreas nas quais foram cirurgicamente extirpados. Por essa razão, a recorrência da linfonodopatia não acontecerá em ressecções cervicais nas quais todos os níveis de linfonodos foram removidos adequadamente⁵. Esses autores apresentaram extensa série de pacientes operados com esvaziamentos cervicais por incisão cervical horizontal única, seguidos por mais de cinco anos, sem recidiva regional.

CONCLUSÕES

As incisões cervicais transversas únicas, rigorosamente colocadas na PCS, podem ser realizadas em cirurgias de esvaziamentos cervicais para tumores malignos de cabeça e pescoço. Os princípios dos tratamentos oncológicos foram respeitados. As dificuldades técnicas foram mínimas ou pequenas. Não houve complicações significativas. A observação empírica da funcionalidade e do aspecto estético final foram muito superiores às descrições das técnicas clássicas. Outros estudos semelhantes devem ser realizados para a confirmação desses resultados.

REFERÊNCIAS

1. Kademani D, Dierks EJ. A straight-line incision for neck dissection: technical note. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005;63(4):563-5.
2. Appiani E, Delfino MC. Plastic incisions for facial and neck tumors. *Ann Plast Surg*. 1984;13(4):335-52.
3. Acar A, Dursun G, Aydin Ö, Akba YJ. **Incision in Neck Dissections**. *J Laryngol Otol*. 1984;112(1):55-60.
4. Chagas JFS, Pascoal MBN, Aquino JLB, Braga, JL. Incisão transversa estendida e única para esvaziamento linfonodal cervical radical. *Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço*. 2006;35(1):41-3.
5. Mysiorek D, Becker GD. Extended single transverse neck incision for composite resections: does it work? *J Surg Oncol*. 1991;48(2):101-5.
6. Cavalcanti CEO, Cavalcanti CAO, Gomes FA, Brandão LG, Cavalcanti PTP, Manso G. Mini-incisão na prega cervical média para tireoidectomias. *Rev Col Bras Cir*. 2005;32(supl):205.
7. Cavalcanti CEO, Gomes FA, Azevedo RB, Oliveira CACP, Cavalcanti CAO, Nascimento LA, Nunes DLP, Cavalcanti BCTM, Machado AAL, Freitas EQ, Brandão LG. Estudo das evidências das pregas cervicais para cirurgias de tumores de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007;36(4):191-5.
8. Cavalcanti CEO, Cavalcanti CAO, Cavalcanti PTP, Amaral IS, Gomes FA. Incisão minimamente invasiva para tireoidectomias: cirurgia funcional e estética [resumo]. *Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. 2001. Apresentado no XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço; 2001 Set 3-6; Recife.
9. Jank S, Robatscher P, Ermschoff R, Strobl H, Gojer G, Norer B. The diagnostic value of ultrasonography to detect occult lymph node involvement at different levels in patients with squamous cell carcinoma in the maxillofacial region. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2003;32(1):39-42.
10. Cha YD, Lee SK, Kim TJ, Han TH. The neck crease as a landmark of Chassaignac's tubercle in stellate ganglion block: anatomical and radiological evaluation. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002;46(1):100-2.
11. Gray FRS, Goss CM. Anatomia topográfica e de superfície. In: Gray FRS, Goss CM, editores. *Anatomia*. 29ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1977. p. 44-79.
12. Morabito A, MacKinnon E, Alizai N, Asero L, Bianchi A. The anterior mediastinal approach for management of tracheomalacia. *J Pediatr Surg*. 2000;35(10):1456-8.
13. Lorè JM. The neck. In: Lorè JM, ed. *Atlas of head and neck surgery*. 3ª ed. Philadelphia: Saunders; 1988. p. 645-707.
14. Arai M, Abe S, Kitamura S, Okada M, Ide Y, Wakatsuki E. Morphometric study of skin grooves of the head and neck. *Bull Tokyo Dent Coll*. 1998;39(2):109-18.

Morphometric study of skin grooves of the head and neck. *Bull Tokyo Dent Coll*. 1998;39(2):109-18.