

RECONSTRUÇÃO DA REGIÃO CERVICAL E DO TERÇO MÉDIO E INFERIOR DA FACE COM RETALHO LIVRE E EXPANDIDO PARAESCAPULAR PÓS-SEQÜELA DE QUEIMADURA

Reconstruction of neck and medium & inferior third of the face after burn injuries with expanded free paraescapular flap

JASON CÉSAR ABRANTES DE FIGUEIREDO¹, RENATO RODRIGUES NAUFAL², FELIX DONG IK LEE², JOSÉ MARCOS MÉLEGA³

RESUMO

Os autores relatam o tratamento de um paciente com seqüela de queimadura extensa em região cervical e terço médio e inferior de face com uso de retalho livre expandido, fasciocutâneo, paraescapular. A associação das vantagens do uso de expansor cutâneo com a técnica microcirúrgica permitiu a realização de retalho com características de espessura, textura, coloração e dimensões adequadas para o tratamento. A proposta cirúrgica mostrou-se segura, exeqüível, com bom resultado estético e funcional.

Descritores: Traumatismos faciais, cirurgia. Queimaduras, cirurgia. Microcirurgia. Retalhos cirúrgicos. Expansão de tecido.

SUMMARY

The authors report the treatment of a large burn scar concerning the neck, and middle and inferior thirds of the face with a paraescapular fasciocutaneous expanded free flap. The use of a previous cutaneous tissue expander associated to microsurgical technique have allowed carrying out a flap whose thickness, texture, color and size were very suitable option. The surgical purpose has proved secure and feasible with a satisfactory aesthetic and functional result.

Descriptors: Facial injuries, surgery. Burns, surgery. Microsurgery. Surgical flaps. Tissue expansion.

INTRODUÇÃO

Os principais objetivos no tratamento da seqüela de queimadura em face são a reabilitação funcional e melhora estética das cicatrizes.

Várias técnicas e procedimentos cirúrgicos são descritos na literatura com este fim como, por exemplo, os enxertos de pele parcial, uso de expansores de tecidos, retalhos locais e de vizinhança^{1,2}.

Com o desenvolvimento da microcirurgia, treinamento especializado do cirurgião plástico nessa área e a incorporação de novas tecnologias no armamentário cirúrgico, outras opções para abordagem de reconstruções complexas na cirurgia plástica foram vislumbradas^{3,4}.

1. Médico Assistente do Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz.
2. Médico Residente do Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz.
3. Regente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Santa Cruz.

Correspondência para: Renato Rodrigues Naufal
Rua Oscar Freire, 1549, apto. 61 - São Paulo, SP - Brasil - CEP: 05409-010
E-mail: rnaufal@ig.com.br

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 19 anos, procurou atendimento em nosso serviço, em abril de 2003, portando seqüela de queimadura em face por álcool em combustão aos cinco anos de idade. Submetido a vários procedimentos cirúrgicos em outros serviços, desejava nesse momento melhora do aspecto estético das cicatrizes em face.

Ao exame físico, apresentava seqüelas cicatriciais pós-queimadura em região frontal, terço médio e inferior da face, região cervical, esternal e ombros. As cicatrizes eram discretamente hipercrômicas, planas e com discreta tendência a hipertrofias. Não apresentava aderências, bridas ou limitações funcionais (Figuras 1 a 3).

Após avaliação pré-operatória, a proposta cirúrgica foi a substituição da pele alterada por retalho livre expandido fasciocutâneo da região paraescapular direita.

A operação foi realizada para colocação de expansor redondo (volume de 700 ml e diâmetro da base de 15 cm) em plano subfascial na região paraescapular direita, sob anestesia geral, com incisão junto à borda lateral do músculo grande dorsal. No intra-operatório, o expansor foi preenchido com 70 ml de soro fisiológico.

No 14º dia de pós-operatório, iniciou-se a expansão ambulatorial, com intervalos semanais, atingindo volume total de 1000 ml.

No 85º dia de pós-operatório, foi submetido a novo tempo cirúrgico, sob anestesia geral, para ressecção das cicatrizes envolvendo as unidades estéticas do terço médio e inferior da face e região cervical, e cobertura da área cruenta com retalho livre expandido paraescapular à direita.

Com o paciente em decúbito lateral esquerdo, foi retirado o expansor, desenhados os limites do retalho, iniciada sua dissecação de distal para proximal e isolado seu pedículo baseado na artéria e veia circunflexa da escápula. A área doadora foi fechada primariamente por planos.

Com o paciente em decúbito dorsal horizontal, as áreas cicatriciais na face foram infiltradas com solução com adrenalina 1:250.000 e ressecadas. O pedículo receptor escolhido após exame de ultra-sonografia com doppler foi a artéria e veia temporal direita. As anastomoses foram realizadas com microscópio Zeiss modelo S8, com lentes de aumento de 250 mm, utilizando fios de mononylon 9-0 e 10-0. A perfusão do retalho foi imediata e o tempo de enchimento capilar menor que dois segundos. O retalho foi, então, suturado com fio de mononylon 5-0 em toda área cruenta.

Figura 1 – Pré-operatório - vista frontal.



Figura 2 – Pré-operatório - vista oblíqua.

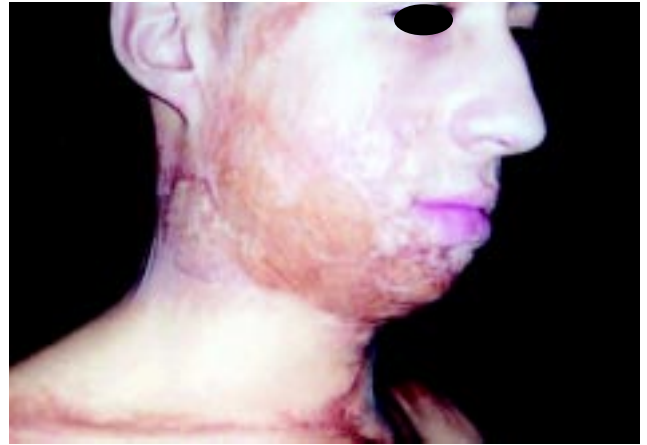


Figura 3 – Pré-operatório - vista perfil.



Figura 4 – Pós-operatório de 3 meses - vista frontal.



Figura 5 – Pós-operatório de 3 meses – vista oblíqua.



Figura 6 – Pós-operatório de 3 meses – vista perfil.



Figura 7 – Pós-operatório de 18 meses de lipoaspiração para contorno mandibular – vista frontal.

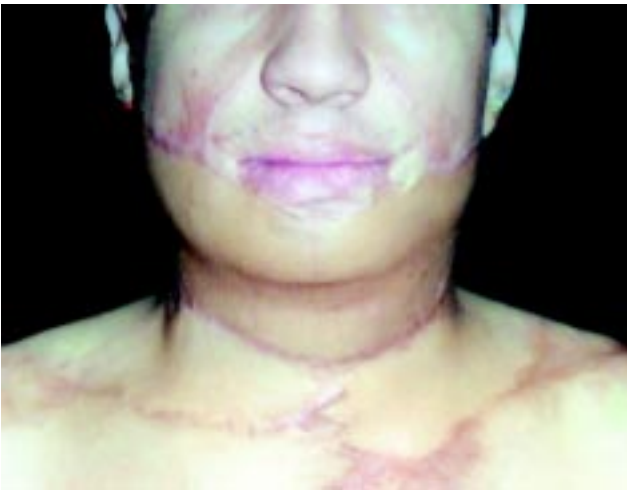


Figura 8 – Pós-operatório de 18 meses – vista oblíqua.



Figura 9 – Pós-operatório de 18 meses – vista perfil.



Figura 10 – Fixação do retalho permitindo melhor abertura da boca.



Figura 11 – Extensão máxima do pescoço sem limitação.



Figura 12 – Área doadora do retalho.



A área doadora e receptora foi drenada, utilizando-se drenos de sistema fechado. O tempo cirúrgico foi de 8 horas e 20 minutos e o tempo anestésico, 8 horas e 55 minutos. O paciente foi extubado em sala, com controles laboratoriais hematimétricos normais, não necessitando de hemoderivados.

Recebeu alta hospitalar com dreno no 2º dia de pós-operatório, sendo retirados no 5º pós-operatório, em seguimento ambulatorial.

Após 7 meses, o paciente foi submetido a lipoaspiração do retalho pela técnica úmida com seringa, revisão de cicatrizes (Figuras 4 a 9) e fixação da região submentoniana, com intuito de impedir o deslizamento do retalho e conferir melhor abertura da boca (Figuras 10 e 11). O volume total lipoaspirado foi 135 ml.

Realizou uso de malhas compressivas em face por 45 dias e 20 sessões de drenagem linfática.

RESULTADOS

O retalho realizado apresentou evolução satisfatória, sem áreas de sofrimento, necrose ou epiteliolise.

A única complicação foi um pequeno hematoma em região submandibular à direita, resolvido após abertura de pontos e drenagem. Não houve necessidade da utilização de hemoderivados durante o tratamento.

A substituição do tecido cicatricial perioral pelo retalho permitiu melhor abertura da boca e o tratamento das unidades

estéticas do terço médio e inferior da face e região cervical proporcionou resultados estéticos otimizados.

O paciente encontra-se satisfeito com os resultados alcançados.

DISCUSSÃO

A descrição das unidades estéticas da face por Gonzalez – Ulloa et al.⁵ permitiu melhor abordagem e o planejamento terapêutico da reconstrução da face com resultados estéticos mais atraentes, tanto com a utilização enxertos, retalhos pediculados ou livres.

Os retalhos pediculados apresentam limitações pela dificuldade em substituir inteiramente uma unidade estética da face⁶, ou então necessitam de vários tempos cirúrgicos para modelagem, como no caso do retalho deltopeitoral⁷.

Desta forma, a utilização do retalho fasciocutâneo paraescapular apresenta grandes vantagens por se tratar de um retalho único e uniforme, com tamanho e espessura adequados.

A utilização do retalho paraescapular como transferência livre foi primeiramente descrita por Nassif et al.⁸, utilizando como pedículo a artéria circunflexa da escápula, além de vislumbrar a possibilidade de adição do músculo grande dorsal para incremento do retalho final.

O uso do retalho microcirúrgico escapular estendido (escapular e paraescapular) para tratamento de seqüelas

pós-queimadura em face tem sido relatado com sucesso na literatura⁹. Entretanto, a necessidade de enxertia da área doadora traz um potencial prejuízo estético para esta região.

A expansão prévia de retalhos, tanto locais, como à distância, permite diminuir a morbidade da área doadora e fornecer tecido em quantidade e qualidade para a correção de extensos defeitos^{10,11}.

No presente estudo, com a utilização de expansão prévia da região escapular, os autores conseguiram otimizar as dimensões do retalho, além do fechamento primário da área doadora e adelgaçamento do retalho.

O uso de expansores de tecidos no tratamento de seqüelas de queimaduras também assegura entre outras vantagens uma melhor vascularização do retalho, uma vez que a cápsula formada junto à pele expandida apresenta uma ampla rede de neovasos¹².

CONCLUSÕES

No tratamento de seqüelas funcionais e estéticas pós-queimaduras na face, a microcirurgia apresentou-se como opção atraente em centro especializado, permitindo solucionar problemas como a escassez de tecidos locais e da vizinhança, além de proporcionar tegumento com qualidade superior aos enxertos de pele total ou parcial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neale HW, Billmire DA, Carey JP. Reconstruction following head and neck burns. *Clin Plast Surg*. 1986;13(1):119-36.
2. Achauer BM. Reconstructing the burned face. *Clin Plast Surg*. 1992;19(3):623-36.
3. Tseng WS, Cheng MH, Tung TC, Wei FC, Chen HC. Microsurgical combined scapular/parascapular flap for reconstruction of severe neck contracture: case report and literature review. *J Trauma*. 1999;47(6):1142-7.
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.
5. Gonzalez-Ulloa M, Castilho A, Stevens E, Alvarez-Fuertes G, Leonelli F, Ubaldo F. Preliminary study of the total restoration of the facial skin. *Plast Reconstr Surg*. 1954;13(3):151-61.
6. Haddad-Tame JL, Chavez-Abraham V, Rodriguez D, Reynoso-Campo R, Bello-Santamaria JA, Sastre-Ortiz N. Reconstruction of the aesthetic units of the face with microsurgery: experience in five years. *Microsurgery*. 2000;20(4):211-5.
7. Conley J, Norris JE. Reconstruction of half of the face. *Arch Otolaryngol*. 1985;111(3):142-5.
8. 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.
9. Angrigiani C, Grilli D. Total face reconstruction with one free flap. *Plast Reconstr Surg*. 1997;99(6):1566-75.
10. Motamed S, Kalantar-Hormozi AJ, Marzban S. Expanded occipito-cervico-pectoral flap for reconstruction of burned cervical contracture. *Burns*. 2003;29(8):842-4.
11. Ninkovic M, Moser-Rumer A, Ninkovic M, Spanio S, Rainer C, Gurunluoglu R. Anterior neck reconstruction with pre-expanded free groin and scapular flaps. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113(1):61-8.
12. Zellweger G, Kunzi W. Tissue expanders in reconstruction of burn sequelae. *Ann Plast Surg*. 1991;26(4):380-8.