

Análises subjetiva e objetiva da morbidade da área doadora do retalho de fíbula

LINCOLN SAITO MILLAN, PEDRO HENRIQUE DE SOUZA SMANIOTTO, BRUNO COELHO, MARINA LEAL CORBISSIER, LUIZ CARLOS ISHIDA, MARCUS CASTRO FERREIRA

Introdução

O retalho livre de fíbula vem se popularizando cada vez mais na reconstrução de mandíbula após ressecções por câncer. Descrito inicialmente por Taylor e colaboradores, em 1975, para uso no membro inferior contralateral, o retalho de fíbula foi descrito para uso em reconstrução de mandíbula, por Hidalgo, em 1989. Suas vantagens principais são forma e comprimento do osso adequados, distância dos campos receptores, e doadores e reabilitação com implantes osteointegrados. A pouca morbidade de área doadora também é advogada como uma de suas principais vantagens. Hidalgo, em 1996, publicou uma série de 60 casos, na qual a única morbidade de área doadora descrita foi cicatrização prolongada quando se perdia o enxerto de pele. Recentemente, Ling publicou uma revisão sistemática, na qual conclui que se pode esperar um baixo preço a ser pago com o retalho de fíbula, com experiência cirúrgica, refinamentos na técnica cirúrgica e cuidados pós-operatórios adequados. Porém, os fatores de risco para a morbidade da área doadora e seu real efeito na vida diária do paciente são pouco estudados.

Objetivo

O objetivo do presente estudo é analisar a morbidade da área doadora do retalho de fíbula em nossos pacientes e avaliar os fatores de risco associados.

Método

Foram incluídos 15 pacientes atendidos no Ambulatório de Reconstrução de Cabeça e Pescoço entre 1º de fevereiro de 2012 e 31 de janeiro de 2013, que tinham sido submetidos a retalhos livres de fíbula. Todos os pacientes tinham, pelo menos,

6 meses de seguimento pós-operatório. Desses, 10 eram do sexo masculino e 5, do sexo feminino. A idade na data da cirurgia variou de 23 anos a 67 anos, com média de 46,5 anos. Todos os pacientes foram operados seguindo a mesma padronização e com a supervisão do autor LCI. Foram colocadas talas gessadas em todos os pacientes, mantendo o tornozelo a 90 graus; os pacientes eram orientados a mantê-la por duas semanas e só então era liberada a deambulação, inicialmente com uso de muleta. Todas as áreas doadoras foram examinadas nas posições neutra, dorsiflexão do tornozelo, extensão dos dedos e extensão do hálux. Foram observadas a movimentação do membro e a presença de enxerto de pele. Todos os pacientes responderam ao questionário *Point Evaluation System* (PES). Para análise de correlação entre idade e pontuação no questionário PES, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (R de Pearson). A comparação das médias de idade dos pacientes que apresentavam ou não déficit de movimentação foi analisada pelo teste *t* de Student.

Resultados

Foi encontrada correlação estatística entre a idade e a pontuação pelo PES (R de Pearson = 0,32). As análises pelo teste *t* não encontraram diferença significativa entre as idades dos pacientes que apresentavam ou não enxerto ou déficit de movimentação.

Discussão

Quando comparado ao retalho de crista ilíaca, o retalho de fíbula apresenta inúmeras vantagens, como facilidade de dissecação, distância do sítio receptor e menor morbidade de área doadora. Por isso, é considerado por

muitos a melhor opção para a reconstrução maxilofacial. Em nossa casuística, a maioria (80%) dos pacientes teve a perna enxertada. Essa escolha foi feita no intraoperatório; quando era impossível, foi feito fechamento primário da área doadora. Essa escolha pelo método de fechamento deveu-se, provavelmente, às características de nossos pacientes, que normalmente apresentavam doenças localmente avançadas e necessidade de grandes ilhas de pele para reconstrução da mucosa. Apenas um paciente teve, na avaliação objetiva, déficit que poderia comprometer a marcha, que é a dificuldade de dorsiflexão do tornozelo. Esse achado contrasta-se com o encontrado no questionário PES, no qual 6 (40%) pacientes queixaram-se de alteração funcional. Provavelmente, alguns pacientes sentem-se incomodados com a incapacidade de extensão do hálux (presente em 7 pacientes; 46,7%) ou dos dedos (2 pacientes; 13,4%) durante a marcha. A avaliação subjetiva, feita pelo questionário PES, foi a única correlacionada com a idade dos pacientes. Um R de Pearson = 0,32 evidencia correlação positiva, porém fraca, entre as duas variáveis. O mesmo não foi demonstrado na comparação entre a presença de déficit de movimentação e a idade dos pacientes. Essa avaliação objetiva, apesar de não considerar fadiga nem força na movimentação, avaliou os movimentos básicos de tornozelo e dedos que podem ser afetados pela dissecação do retalho.

Conclusão

O retalho de fíbula apresenta pouca morbidade de área doadora. A idade é um fator de risco quando a morbidade é medida de forma subjetiva, mas não quando é medida de forma objetiva.