

Uso do retalho livre ântero-lateral da coxa para reconstrução de extremidades: experiência de 10 anos do Hospital Universitário Cajuru

FELIPE NASCIMENTO MATEUS, ALAN JEZIOROWSKI, CHRISTIAN LUIZ KAIMOTO, ROGÉRIO DE CASTRO BITTENCOURT, ANA CAROLINA DOS SANTOS CHOCIAI, VERUSKA MOSCATTO DE BIAGI

Objetivo

Apresentar a aplicação do retalho livre ântero-lateral da coxa na reconstrução de diferentes defeitos de membros superiores e inferiores.

Método

Vinte e sete pacientes foram submetidos a reconstrução de membros superiores e inferiores com retalho livre ântero-lateral da coxa, entre abril de 2004 e maio de 2013. A média de idade dos pacientes foi de 30 anos, variando de 7 anos a 51 anos. Vinte e quatro pacientes eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino. O transplante do retalho foi realizado para reconstruções de defeitos após diferentes mecanismos de trauma, como atropelamento, colisão, queda de nível, queimaduras e reconstruções após infecções, incluindo osteomielite crônica e pós-ressecção de condrossarcoma. A demarcação cutânea foi realizada com o paciente em decúbito dorsal. Normalmente, a artéria perfurante foi encontrada em uma área compreendida em um raio de 3 cm, localizada no ponto médio entre uma linha imaginária que liga a espinha ilíaca ântero-superior e a borda súpero-lateral da patela. Essa área serviu como centro para o desenho do retalho. Em apenas 3 pacientes foi utilizado Doppler para a identificação prévia dos vasos perfurantes. Os demais foram identificados durante a própria dissecação, utilizando-se cautério bipolar, material de microcirurgia apropriado e lupas cirúrgicas com aumento de 4x. A dissecação iniciou-se da face lateral para medial, progredindo até a identificação dos vasos perfurantes. Em 24 pacientes, a fáscia foi incluída

em toda a extensão do retalho. Em 3 pacientes, a dissecação foi suprafascial, mantendo-se a fáscia em área circular ao redor dos vasos perfurantes, para diminuir a espessura do retalho. Em 4 pacientes, os vasos eram septocutâneos, portanto a dissecação ocorreu diretamente pelo septo intermuscular, entre os músculos reto femoral e vasto lateral, até a identificação do ramo descendente da artéria circunflexa femoral lateral. Em 23 pacientes, a dissecação das perfurantes foi intramuscular, de distal para proximal. O músculo vasto lateral era meticulosamente dissecado, seguindo-se o sentido de suas fibras musculares, tomando-se cuidado para adequada cauterização dos ramos musculares emitidos pelas perfurantes. A manipulação dos vasos perfurantes foi a mínima possível, mantendo-se os mesmos intermitentemente irrigados com soro fisiológico e observando-se a adequada pulsação da artéria perfurante, com o objetivo de evitar-se o espasmo vascular e consequente trombose. Os vasos septocutâneos ou musculocutâneos foram dissecados até o ramo descendente da artéria circunflexa femoral lateral. Este era isolado e a dissecação progredia cranialmente, em direção à emergência da artéria circunflexa femoral lateral da artéria femoral profunda, tomando-se precaução de não lesar o nervo motor do músculo vasto lateral. A secção do pedículo vascular ocorreu mais cranialmente possível, praticamente na emergência dos ramos dos vasos femorais profundos. A anastomose entre o pedículo vascular e os vasos receptores foi feita com mononáilon 9-0 e com auxílio de microscópio.

Resultados

Dos 27 retalhos, 24 foram fasciocutâneos. Três dos retalhos tiveram sua elevação realizada por técnica de dissecação suprafascial (retalho cutâneo), em decorrência da grande espessura do tecido gorduroso. O retalho ântero-lateral da coxa variou de 14 cm a 22 cm de comprimento e de 6 cm a 12 cm de largura. Em 23 (85,2%) casos, o retalho era vascularizado por perfurantes musculocutâneas. Destes, 2 retalhos apresentavam 2 perfurantes e 21 apenas 1 perfurante. Em 4 (14,8%) pacientes, as perfurantes eram septocutâneas. Nesses 4 pacientes, a perfurante era única. A anastomose microvascular arterial foi término-lateral em 16 (59,2%) pacientes e término-lateral em 11 (40,8%). A anastomose microvascular venosa foi término-terminal em todos os pacientes. A área doadora do retalho foi fechada primariamente em 18 (66,6%) pacientes, e em 9 (33,4%) casos foi necessária enxertia de pele parcial. Um paciente necessitou reenxertia de pele em área doadora, por perda parcial do enxerto. Não houve comprometimento funcional da área doadora, mesmo nos casos em que houve necessidade de enxertia de pele. O resultado estético foi aceitável, principalmente nos casos de fechamento primário.

Conclusão

O retalho ântero-lateral da coxa representou excelente opção para cobertura de defeitos de extremidades de membros superiores e inferiores. Destaca-se o pedículo vascular longo, extremamente útil para realizar a anastomose longe da zona de trauma.