

Aplicações Clínicas do Retalho Antebraquial na Microcirurgia Reconstructiva

Daniel Álvaro Alvarez Lazo¹
Olímpio Colicchio Filho²
Ricardo Martins Gomes da Silva²
Marcelo Tadashi³
Salomão Chade³

- 1] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
- 2] Membro Associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
- 3] Membro Associado da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

Endereço para correspondência:

Serviço de Microcirurgia e Cirurgia Plástica de
Ribeirão Preto

Av. 9 de Julho, 1818

Ribeirão Preto - SP

14020-170

Fone: (16) 636-8356 – Fax: (16) 620-0297

Unitermos: Reconstrução; microcirurgia; retalho antebraquial.

RESUMO

O Retalho Radial Antebraquial é extremamente versátil. Tem sido utilizado como ilha cutânea, retalho livre simples ou pré-moldado. O grande problema tem sido sua área doadora; isto, no entanto, é um problema maior para os cirurgiões do que para os pacientes. Este trabalho discute suas aplicações clínicas numa série de 48 pacientes que tiveram indicações para reconstrução de cabeça e pescoço, reconstrução de pênis ou na cirurgia reconstructiva das extremidades, em que retalhos inervados foram necessários; como na reconstrução do polegar, da mão ou dos membros inferiores.

INTRODUÇÃO

Em 1978, os Doutores Yang Guo Fang, Chen Baoqui e Gao Yuzhi⁽⁸⁾, do Shenyang Military General Hospital, descreveram o Retalho Antebraquial baseado na artéria radial⁽⁸⁾; inicialmente empregado como Retalho Livre e, posteriormente, em Ilha

Pediculado. Fouche, Biemer e Stock⁽⁵⁾, na década passada, o empregaram amplamente nos traumatismos graves do membro superior.

O Retalho Radial Antebraquial, além de possuir um

grande território cutâneo, é muito versátil, podendo ser programado conforme a necessidade⁽¹⁾ (pré-fabricado, pré-moldado, como retalho composto com tendões, músculos, ossos, e/ou nervos vascularizados).

O objetivo deste trabalho é fazer uma análise retrospectiva do Retalho Radial Antebraquial utilizado pelo grupo de Microcirurgia Reconstructiva de Ribeirão Preto, no período de abril de 1994 a junho de 1998.

CASUÍSTICA E MÉTODO

No período de abril de 1994 a junho de 1998, 48 retalhos foram realizados em 48 pacientes; sendo 40 do sexo masculino e 8 do feminino. As intervenções cirúrgicas foram realizadas pelo grupo de Microcirurgia Reconstructiva nos hospitais que o solicitaram (HC – FMUSP; Hospital São Lucas; Santa Casa e Instituto Santa Lydia, em Ribeirão Preto).

O desenho do Retalho é variável, dependendo do tamanho e do local a ser reconstruído. O Teste de Allen foi realizado em todos os pacientes, sendo que em cinco associamos o Doppler e a Arteriografia Digital devido à magnitude do trauma. A dissecação é iniciada na extremidade proximal do Retalho, a artéria radial é localizada entre o músculo braquiorradial e o músculo flexor radial do carpo⁽³⁾; a seguir é preparada a veia cefálica até a fossa cubital, onde também isolamos o nervo cutâneo lateral do antebraço responsável pela sensibilidade da ilha cutânea. Posteriormente é realizada uma incisão na borda ulnar do Retalho até a fáscia muscular; fáscia esta que é suturada à derme com náilon 5-0; a dissecação é realizada até atingir a borda lateral, o músculo flexor superficial dos dedos. A dissecação da borda radial é realizada até atingir a extremidade medial do tendão do braquiorradial, onde é realizada a liberação do pedículo vascular em profundidade; posteriormente é realizada a dissecação progressiva do Retalho, com hemostasia cuidadosa dos numerosos ramos musculares⁽⁷⁾.

Na área doadora são realizadas suturas com náilon 4-0 nas bordas do defeito para diminuir a área. Proximalmente, o músculo braquiorradial e o músculo flexor radial do carpo são aproximados; no segmento distal do antebraço, o paratendão é cuida-

dosamente preservado para permitir uma boa integração do enxerto de pele, que é suturado com náilon 5-0 às bordas da ferida. Sobre a área enxertada realiza-se curativo de Brown, que é retirado no sétimo dia de pós-operatório.

RESULTADOS

O sacrifício da artéria radial não levou a nenhuma complicação isquêmica do membro superior⁽⁹⁾. Dos 48 pacientes operados, obtivemos bons resultados em 42. A grande maioria das complicações estão relacionadas com traumatismos dos membros inferiores, o que atribuímos sempre à PTVD (Doença Vascular Pós-Traumática) que ocorre com muita frequência nesses pacientes⁽⁴⁾.

O seguimento operatório variou de 4 a 48 meses. Em 3 casos houve demora na cicatrização da área doadora por causa da perda parcial do enxerto de pele; os 3 pacientes foram tratados de forma conservadora, não tendo sido notada exposição de tendão ou seqüela funcional importante. As figuras 1 a 6 ilustram alguns dos resultados obtidos.

DISCUSSÃO

O Retalho Antebraquial tem sido utilizado há 20 anos^(3, 4), mostrando ser eficaz e seguro na microcirurgia reconstructiva. Com o passar do tempo, novas técnicas desenvolveram-se, permitindo resultados funcionais e estéticos cada vez melhores.

A larga aceitação do Retalho Microcirúrgico Antebraquial deve-se ao fato de que ele permite ao cirurgião muitas variações técnicas, além de sua anatomia ser mais constante do que a de outros retalhos⁽³⁾.

A grande preocupação dos cirurgiões em relação a este retalho tem sido a cicatriz da área doadora. Nesta revisão, deste grupo jovem de microcirurgiões, ficou claro que a cicatriz incomodou mais aos cirurgiões do que aos pacientes.

Com isso, é experiência dos autores que o Retalho Antebraquial se mostrou seguro e eficiente, tanto na reconstrução de cabeça e pescoço, como na reconstrução peniana e/ou cirurgia reconstructiva das extremidades quando existe indicação de retalhos

inervados⁽²⁾.

CONCLUSÃO

O Retalho Antebraquial tem sido utilizado há 20 anos, mostrando ser eficaz e seguro na microcirurgia reconstrutiva. Sua larga aceitação deve-se ao fato de que ele permite ao cirurgião muitas variações técnicas, além de sua anatomia vascular ser constante^(5, 6, 10). É experiência dos autores que a preocupação com

a cicatriz da área doadora do Retalho Antebraquial incomodou mais aos cirurgiões do que aos pacientes e que ele continua sendo, junto com o retalho do músculo reto abdominal e a fíbula, um dos três grandes cavalos de batalha da Microcirurgia Reconstrutiva.

BIBLIOGRAFIA

Vide pág. 41.