

# Retalho Livre Radial do Antebraço com Preservação de Veia Cefálica em Reconstrução Cérvico-Craniana: Relato de Caso

Aloísio Ferreira da Silva Filho<sup>1</sup>  
Estevão Gomes de Almeida Plentz<sup>1</sup>  
Gabriel Rabelo Guimarães<sup>2</sup>  
Patrícia Silva Saraiva<sup>3</sup>  
Ilene Maria Guimarães de Siqueira<sup>4</sup>  
José Carlos Ribeiro Resende Alves<sup>5</sup>

- 1] Assistente de Cirurgia Plástica
- 2] Assistente de Otorrinolaringologia
- 3] Residente (MEC) de Cirurgia Plástica
- 4] Residente em Cirurgia Plástica
- 5] Chefe da Segunda Clínica de Cirurgia Plástica

Trabalho da Segunda Clínica de Cirurgia Plástica  
Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte, MG

Endereço para Correspondência:

Aloísio Ferreira da Silva Filho

R. Uberaba, 418 sala 202  
Belo Horizonte - MG  
30180-080

**Unitermos:** retalho livre antebraquial; veia cefálica; reconstrução de cabeça e pescoço; microcirurgia; retalho chinês.

## RESUMO

*Os autores apresentam um caso de reconstrução microcirúrgica cérvico-craniana, em paciente com carcinoma basoespinocelular de couro cabeludo invadindo o crânio, na qual se utilizou o retalho antebraquial radial com preservação da veia cefálica em todo o seu trajeto. Tal manobra cirúrgica deveu-se à dificuldade técnica no pré-operatório, caracterizada por leito venoso receptor inadequado, decorrente de esvaziamento cervical prévio.*

*O retalho antebraquial radial foi transferido para a área receptora na região cérvico-craniana, onde foi feita a anastomose microcirúrgica da artéria radial com a artéria facial, sendo desnecessária a anastomose venosa devido à preservação da veia cefálica.*

## INTRODUÇÃO

YANG, BOAQUI E YUZHI<sup>(1)</sup> (1978) descreveram o retalho antebraquial na China. SONG et al.<sup>(2)</sup> (1982) popularizaram seu uso como retalho livre, para reconstrução de cabeça e pescoço. BEIMER E STOCK<sup>(3)</sup> (1983) utilizaram o mesmo retalho, com pedículo reverso para reconstrução de mão.

O retalho antebraquial radial, também chamado retalho chinês, baseia-se na artéria radial e nos ramos perfurantes fasciocutâneos. Seu território estende-se do terço inferior da região anterior do braço à linha de flexão do punho. Distalmente, sua largura vai do tendão do músculo extensor longo do polegar ao tendão do músculo extensor ulnar do carpo; proximalmente, vai do epicôndilo lateral ao medial do úmero.

Em seu planejamento, traça-se uma linha que parte de um ponto 1 cm abaixo do centro da fossa antecubital ao tubérculo do escafóide. Essa linha corresponde na superfície ao trajeto anatômico da artéria radial e do septo intermuscular anterolateral, funcionando como o eixo vascular do retalho.

A dissecação é iniciada de distal para proximal, do lado ulnar para o lado radial, incluindo a fáscia profunda e preservando os ramos fasciocutâneos que emergem pelo septo intermuscular.

Em revisão da literatura encontramos o relato de um caso feito por NAKAYAMA<sup>(5)</sup> (1986), em que o mesmo procedimento de preservação da veia cefálica foi utilizado, devido a leito receptor venoso inapropriado. Em tais circunstâncias, enxertos venosos podem ser utilizados para fazer a conexão com vasos do leito receptor. Entretanto, os enxertos venosos longos são críticos e propensos à trombose.

## RELATO DE CASO

Paciente masculino, 37 anos, branco, chegou ao nosso serviço em agosto de 1994 com história de já ter sido submetido a 4 operações para exérese de tumor do couro cabeludo, região do vértice, com recidivas. No último ato cirúrgico, o fechamento foi efetuado com retalho local, usando-se dreno exteriorizado na região mastóidea esquerda. Apresentava recidiva tumoral no couro cabeludo e presença de nova lesão na região retroauricular esquerda, que supuzemos tratar-se de sementeira do tumor no trajeto do dreno.

Submeteu-se em agosto de 1994 à ressecção da lesão

do couro cabeludo e da porção subjacente da calota craniana. O exame anátomo-patológico revelou carcinoma basoepitelial com infiltração óssea e margens cirúrgicas livres. No mesmo ato operatório foi realizada ressecção da lesão tumoral retroauricular esquerda aderida à mastóide, com resultado anátomo-patológico de carcinoma basoepitelial removido com margens livres.

Em 18 de dezembro de 1994, o paciente retornou com reaparecimento do tumor retroauricular esquerdo na parte superior da cicatriz cirúrgica, sendo submetido à exérese do mesmo.

Em 9 de março de 1996 o paciente apresentou recidiva das lesões cutâneas no couro cabeludo nas regiões retroauricular esquerda e temporal. Foi submetido, em 12 de março de 1996, à excisão das lesões, a esvaziamento cervical radical pósterolateral, incluindo a veia jugular interna, a veia jugular externa, e os músculos esternocleidomastóideo e omo-hióideo. Na região temporal foi realizada craniectomia. A área cruenta foi fechada num primeiro tempo com retalhos em avanço da vizinhança e com enxerto de pele parcial proveniente da coxa esquerda. O exame anátomo-patológico revelou carcinoma de células basais e escamosas infiltrante acometendo pele, subcutâneo, tecido muscular subjacente e tecido ósseo; margens cirúrgicas livres e ausência de metástase em 14 linfonodos estudados.

Em 14 de março de 1996, num segundo tempo operatório, foi submetido à reconstrução com retalho microcirúrgico antebraquial radial. Devido à ausência de leito venoso receptor adequado para a anastomose microcirúrgica, foi feita a dissecação da veia cefálica até sua confluência na veia subclávia. O retalho chinês foi então transposto para a região da cabeça e pescoço através de um túnel subcutâneo dissecado na região supraclavicular. Na área receptora realizou-se a anastomose entre as artérias radial e facial. A área doadora antebraquial foi fechada com enxerto de pele parcial também proveniente da coxa esquerda.

O período pós-operatório evoluiu sem complicações e o paciente foi submetido à radioterapia temporal e cervical.

## RESULTADO

O último controle ambulatorial foi realizado em julho de 1997, estando o paciente livre de recorrências e em boas condições de saúde.

## DISCUSSÃO

O retalho chinês é bem conhecido e largamente usado em reconstrução microcirúrgica. No caso apresentado, o leito receptor venoso era crítico, pois já tinha havido esvaziamento cervical. O enxerto venoso que poderia ser usado também seria perigoso, pois, sendo longo, estaria propenso à trombose.

Optamos, então, pela preservação da veia cefálica, dissecando-a em todo seu trajeto até sua desembocadura na veia subclávia, sendo desnecessária a anastomose venosa para drenagem do retalho. Achávamos tratar-se de algo original, porém em revisão da literatura encontramos um caso semelhante relatado por NAKAYAMA<sup>(5)</sup>.

## CONCLUSÃO

Em reconstrução cérvico-craniana microcirúrgica de pacientes com leito venoso receptor inapropriado, pensamos que o retalho antebraquial livre com preservação da veia cefálica é não apenas realizável como também eficiente.

## AGRADECIMENTO

Gostaríamos de agradecer a Jorge Affonso Ribeiro de Rezende Alves por sua grande ajuda na revisão do manuscrito em inglês.

## BIBLIOGRAFIA

1. YANG G, BOAQUI C, YUZHIG. Free Forearm Skin Transplantation. Natl. Med. J. China. 1981;61:139.
2. SONG R, GAO Y, SONG Y et al. The Forearm Flap. Chin. Plast. Surg. 1982;9:21.
3. BEIMER E, STOCK W. Total Thumb Reconstruction: A One Stage Reconstruction Using an Osteocutaneous Forearm Flap. Br. J. Plast. Surg. 1983;36:52.
4. STRAUCH B, YU HL, CHEN ZW, LIEBLING R. Atlas of Microvascular Surgery; Anatomy and Operative Approaches. Thieme Medical Publishers, New York, 1993;49-52.
5. NAKAYAMA Y, SOEDA S, IINO T. A Radial Forearm Flap Based on an Extended Dissection of the Cephalic Vein: The Longest Venous Pedicle? Br. J. Plast. Surg. 1986;39:454-457.