

Retalho antebraquial radial: série de casos e revisão das indicações

LUCIANA EL HALAL SCHUCH, LUIZ FERNANDO FRANCIOSI, ANTONIO KUPLICH IGLESIAS

Introdução

Os traumatismos com perda de substâncias cutânea e muscular, expondo estruturas nobres, exigem a cobertura por meio de retalhos locais, regionais e pediculados distantes ou de retalhos livres. O retalho antebraquial, conhecido também como retalho “chinês”, é uma técnica descrita inicialmente como um retalho livre ou de pedículo proximal, pelos médicos chineses Yang Goufan, Chen Baoqui e Gao Yuzhi, desenvolvida no Hospital Militar Shenyang, em 1978, e popularizado no Ocidente por Song, Yang e colaboradores, em 1981, descreveram a transferência de 60 retalhos antebraquiais, com a perda de apenas um deles. Em 1982, Lu descreveu, pela primeira vez, esse retalho com pedículo distal. Song, em 1981, descreveu 31 casos de retalho antebraquial para tratar contraturas de queimadura no pescoço e Shaw, em 1982, descreveu um caso para reconstrução de nariz em um só tempo. No mesmo ano, Stock reportou um retalho antebraquial de pele em ilha, neurovascular, para cobrir defeitos na mão, técnica que foi estendida como um retalho osteocutaneovascular para reconstrução do polegar. Logo após, foi descrito para reconstrução da cavidade oral, por ser um retalho de pele maleável, fino e com poucos pelos.

Objetivo

Pela sua versatilidade em relação a tamanho, forma e local a ser coberto,

os autores relatam sua experiência com retalho antebraquial radial, com diferentes locais a serem reconstruídos (mucosa oral, região frontal e região plantar), e a revisão de suas indicações.

Método

São relatados 5 casos de reconstrução com as seguintes características: média de idade de 41,5 anos, média do tamanho do retalho de 7,5 cm x 4 cm, todos do sexo masculino. O retalho braquiorradial é um retalho fasciocutâneo baseado na artéria radial. Sua drenagem venosa provém de duas veias concomitantes que acompanham a artéria e as veias subcutâneas, que drenam para as veias cefálica, basilica e cubital média. Qualquer parte do antebraço volar pode ser utilizada, mas a presença de pelos influencia essa escolha. Antes da cirurgia, é importante realizar o teste de Allen, para avaliar a qualidade do fluxo sanguíneo da mão sem a artéria radial. O curso da artéria radial no antebraço é palpado e marcado, o retalho apropriado é desenhado e, após, inflado o garrote. As margens do retalho são incisadas profundamente à fáscia profunda e elevado subfascialmente, atentando para manter os paratendões intactos. O plano de dissecação abaixo da fáscia profunda assegura que a artéria radial será elevada conjuntamente. O septo intermuscular que passa profundamente à fáscia profunda deve ser dividido. A dissecação subfascial é completa, sepa-

rando-se a fáscia profunda do músculo braquiorradial e isolando o nervo radial, deixando-o intacto. Nesse ponto, o retalho prende-se pelos vasos radiais distal e proximalmente. Após liberar o garrote, revisa-se a hemostasia e a viabilidade do retalho antes de sua separação e transferência.

Resultados

Todos os casos tiveram sucesso quanto à viabilidade do retalho. O local doador é coberto com enxerto de pele parcial, e não foi observado, na prática, distúrbio funcional da mão do lado doador, apesar do risco teórico de ocorrer tal situação.

Discussão

Apesar da deformidade de contorno, relacionada diretamente à confecção do retalho, as vantagens desse método de reconstrução se sobrepõem ao resultado estético. O suprimento sanguíneo interrompido da artéria radial para a mão é substituído pelo fluxo ulnar, facilmente identificado por exame clínico pré-operatório ou, quando este não é possível, por enxerto interposicional venoso.

Conclusão

O retalho do antebraço é versátil e proporciona um local doador com pouca dor, baixa morbidade pós-operatória, e que não restringe a mobilidade precoce do membro.