

# Tratamento da amputação da ponta de dedo em crianças: revisão da literatura e relato de dois casos

HELIO NOBRE DA SILVA RAMOS, CHANG YUNG CHIA, TOMAZ NASSIF, HELIO NOBRE, OTO SAUCEDO, BARBARA ROSAS

## Objetivo

O autor faz uma revisão da literatura em relação ao tratamento da amputação distal em crianças e relata 2 casos de reimplante microcirúrgico da falange distal do dedo em crianças de 1 ano e 2 anos. No primeiro caso, a amputação foi na falange distal, sendo realizado reimplante com anastomose microvascular. No segundo caso, a amputação foi na metade da falange distal, sendo realizado enxerto composto com difusão plasmática ampliada distal no plano dérmico palmar.

## Método

Foi realizada busca da literatura no PubMed com o termo “Finger Tip Amputation in Children”, na língua inglesa, e na Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. Caso 1 – Paciente do sexo masculino, 2 anos de idade, sofreu amputação completa da metade distal da falange distal do dedo mínimo direito, tipo I de Ishikawa, com avulsão da unha. O reimplante foi realizado em 6 horas, sob anestesia geral, e os cotos foram cuidadosamente limpos e examinados com o auxílio de microscópio cirúrgico. Como não se encontraram vasos passíveis de anastomose, o enxerto composto foi a solução. O autor procedeu à sutura minuciosa do coto distal e do leito ungueal, à reinserção da unha avulsionada para sua proteção, e à decorticação de uma área de aproximadamente 5 mm x 5 mm da extremidade distal do coto enxertado e de uma área semelhante na região hipotenar. As duas superfícies decorticadas

foram suturadas, como uma segunda área de enxertia, aumentando a área de difusão. A mão foi imobilizada com calha gessada; após 72 horas, o curativo foi aberto e o enxerto se encontrava com boa coloração. Depois de 12 dias do procedimento, o enxerto se apresentava em boas condições e a ponta do dedo foi separada da palma. Com 199 dias de pós-operatório, o crescimento da unha é normal, sem nenhuma deformidade. Não houve sequelas na área decortificada e a cicatriz é pouco perceptível. Caso 2 – Paciente do sexo masculino, 1 ano de idade, sofreu amputação incompleta da parte distal do dedo mínimo direito. Ao exame, a ponta do dedo se encontrava isquêmica, amputada, salvo o tendão flexor profundo. A radiografia identificou fratura na extremidade distal da falange média. A amputação pode ser classificada como na zona III de Yamano, segundo o padrão vascular, ou imediatamente proximal à zona II, na classificação de Tamai. Foi indicado o reimplante, por se tratar de amputação de dedo simples na zona I. Iniciou-se exploração com microscópio cirúrgico (Vasconcelos) e isquemia por garrote no braço, com anestesia geral, 8 horas após, estando a parte amputada, durante esse período, em isquemia “quente”. Encontrada uma única artéria passível de anastomose e um nervo colateral ulnar com lesão parcial. O osso foi fixado com 2 agulhas, uma longitudinal e a outra cruzada, por não haver fio de Kirchner de pequeno calibre no momento. Após a anastomose da artéria com 4 pontos sim-

ples com fio 10-0 e agulha de 75 microns de calibre, foi desfeita a isquemia para a procura da veia. Porém, não foi possível identificação da veia, em decorrência do sangramento abundante e difuso da ponta do dedo rearterializada. Sob isquemia, uma única veia, lateral ao leito ungueal, foi encontrada e anastomosada com 3 pontos simples. A duração da cirurgia foi de 4 horas. Nos dias subsequentes, não apresentava área de sofrimento. Por falta de reparo do tendão extensor, o paciente apresenta “dedo em martelo”, porém com articulação livre. Foi encaminhado para fisioterapia, com posterior programação de cirurgia secundária.

## Resultados

A busca no PubMed resultou em 27 artigos, sendo 6 artigos sobre amputação em crianças (um artigo na língua alemã), 1 artigo de amputação em camundongo, e 7 artigos não relacionados com o assunto. Na Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, foi encontrado 1 artigo sobre reimplante de amputação da ponte de dedo em criança de 1 ano de idade.

## Conclusão

Apesar de os calibres vasculares serem consideravelmente menores em crianças pequenas, isso não constitui um fator impeditivo de anastomose microvascular arterial e venosa, e o tempo cirúrgico prolongado se justifica. A criança tem maior capacidade de adaptação e recuperação funcional, mas aparentemente tem prognóstico igual na sobrevivência do reimplante.