

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

Aloísio Ferreira da Silva Filho¹
Estevão Gomes de Almeida Plentz¹
Gabriel Rabelo Guimarães²
Patrícia Silva Saraiva³
Ilene Maria Guimarães de Siqueira⁴
José Carlos Ribeiro Resende Alves⁵

- 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⁽¹⁾ (1978) descreveram o retalho antebraquial na China. SONG et al.⁽²⁾ (1982) popularizaram seu uso como retalho livre, para reconstrução de cabeça e pescoço. BEIMER E STOCK⁽³⁾ (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 escafoide. 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⁽⁵⁾ (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 basoepinocelular 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 basoepinocelular 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⁽⁵⁾.

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.