

Retalho parametacarpiano ulnar na cirurgia da mão: descrição cirúrgica anatômica e aplicação clínica

Ulnar parametacarpal flap in hand surgery: surgical anatomy description and clinical application

CHANG YUNG CHIA¹

Trabalho realizado na Clinique La Châtaigneraie – Beaumont, França.

Artigo submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 29/11/2009
Artigo aceito: 20/1/2010

RESUMO

O retalho parametacarpiano ulnar foi descrito por Bakhach, em 1995, e divulgado em publicação relativamente restrita, permanecendo desconhecido pelo público médico geral. Baseado na artéria dorso-ulnar, a pele da região medial do dorso da mão pode ser levantada, ilhada, com amplo arco de rotação, alcançando o dorso e a palma. A anastomose distal com a artéria colateral ulnar do quinto dedo permite que o retalho seja de fluxo retrógrado, de pedículo distal, com arco de rotação que atinge os dedos ulnares. O autor revê a anatomia cirúrgica e aplicação clínica desse retalho de fácil e rápida execução e relata três casos clínicos. Os resultados são analisados e discutidos.

Descritores: Retalhos cirúrgicos. Mãos/cirurgia. Artéria ulnar. Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

SUMMARY

Ulnar parametacarpal flap was described by Bakhach, in 1995, and divulgated on a relatively restricted publication, being it unknown by general medical public. The flap is based on the branch of dorsal ulnar artery, and perfuses a wide territory on the dorsal ulnar border of the hand. The flap can be rotated to the palm and the dorso. Based on the constant anastomoses with the collateral ulnar artery at the level of fifth MCP joint, the flap can be reversed and very useful for coverage of small finger. The author does a revision of its surgical anatomy and clinical application. The results are analysed and discussed.

Descriptors: Sugical flaps. Hand/surgery. Ulnar artery. Reconstructive surgical procedures.

INTRODUÇÃO

O retalho parametacarpiano ulnar é um retalho fásquio-cutâneo localizado no aspecto ulnar e dorsal da mão¹⁻³. É vascularizado pela divisão distal do ramo dorsal da artéria ulnar e inervado pelo ramo sensitivo dorsal do nervo ulnar. O retalho pode ser composto, com fragmento de osso ou tendão, e pode ser também microcirúrgico. O pedículo vascular pode ser proximal ou distal, baseado na anastomose com a artéria colateral ulnar do quinto dedo, ao nível da articulação metacarpofalangeana, sendo muito útil na reconstrução dos dedos ulnares. Foi descrito por Bakhach na França, em 1995, e divulgado em publicação de circulação relativamente restrita,

não sendo muito conhecido pelos cirurgiões de mão.

O presente trabalho tem o objetivo de apresentar a anatomia cirúrgica e aplicação do retalho em três casos clínicos. Os resultados são analisados e discutidos.

MÉTODO

O retalho foi utilizado em três pacientes, com idades entre 15 e 89 anos, sendo dois do sexo masculino e um do sexo feminino. Dois pacientes foram operados eletivamente e um caso de urgência, no período de março a maio de 2009, num centro de referência de cirurgia da mão, na França.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Membro da Sociedade Brasileira de Microcirurgia Reconstrutiva; Cirurgião do Serviço de Microcirurgia Reconstrutiva do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro; Cirurgião do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral do Andaraí do Rio de Janeiro.

Anatomia cirúrgica

A vascularização cutânea do dorso da mão é baseada numa rede formada pelas artérias intermetacarpianas, que têm origem na arcada dorsal do carpo, e, esta por sua vez é formada pelas artérias radial, interóssea posterior, e ulnar, mais especificamente, o ramo carpal ou a artéria dorso-ulnar (Figura 1). A artéria dorso-ulnar nasce do aspecto medial da artéria ulnar, na altura do pisiforme, passa por trás do tendão do flexor ulnar do carpo e se dirige ao dorso do carpo, onde se divide em ramos cutâneo ascendente, carpal, ósseo, musculares, tendinosos, e continua como ramo descendente, e termina em três ramos cutâneos: o lateral, o mediano e o medial.

Este último se comunica ao nível da articulação metacarpofalangeana do quinto dedo, com a artéria colateral ulnar do quinto dedo (Figura 2). O retalho metacarpiano ulnar se baseia na artéria dorso-ulnar. Toda a pele do dorso da mão pode ser sustentada por esse pedículo. A anastomose distal constante com a artéria colateral ulnar do quinto dedo permite a confecção do retalho de base distal com fluxo retrógrado, e arco de rotação de 180 graus, alcançando os dedos mínimo e anular (Figuras 3 e 4). O limite medial do retalho é a junção dorso-palmar. Longitudinalmente, estende-se do pisiforme à articulação metacarpofalangeana. O retalho é levantado com a fâscia do músculo abductor do dedo mínimo, podendo levar consigo o ramo dorsal do nervo ulnar, tornando-se sensitivo, e também pode incluir um fragmento do osso do quinto metacarpiano, ou um fragmento do tendão do extensor próprio do quinto dedo. O retalho ainda pode ser microcirúrgico. A área doadora de um retalho de 3 cm de largura e 6 cm de comprimento pode ser fechada primariamente.

Pacientes

Caso 1 - MTG, sexo feminino, 89 anos de idade, portadora de carcinoma cutâneo do dorso da mão. Submetida a exérese, resultando numa ferida de 3 cm no sentido longitudinal e 5 cm no transversal, de espessura total da derme e da fâscia superficial. Foi reconstruída com rotação de retalho ilhado parametacarpiano ulnar reverso, e a área doadora foi fechada primariamente (Figura 5).

Caso 2 - RR, sexo masculino, 83 anos de idade, portador de doença de Bowen, previamente diagnosticado, no dorso da mão. Após exérese, a ferida de aproximadamente de 2 cm no sentido longitudinal e 5 cm transversal foi reconstruída com rotação do retalho parametacarpiano ulnar ilhado reverso, e síntese primária da área doadora (Figura 6).

Caso 3 - LL, sexo masculino, 15 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, deu entrada na emergência com amputação da metade distal do falange distal do dedo anular, e amputação por avulsão do dedo mínimo na metade do falange proximal, ambos da mão esquerda (Figura 7). Após debridamento, a ferida do dedo anular foi fechada com o retalho de

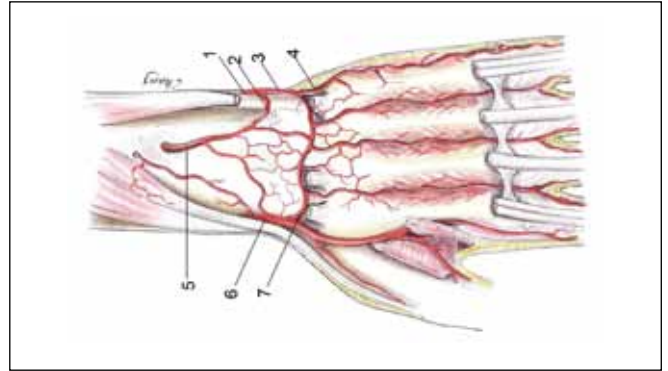


Figura 1 - Vascularização do dorso da mão: (1) Artéria dorso-ulnar; (2) Ramo ascendente da artéria dorso-ulnar; (3) Ramo descendente da artéria dorso-ulnar; (4) Ramo cutâneo medial; (5) Artéria interóssea posterior; (6) Artéria radial; (7) Ramo carpo dorsal da artéria radial.

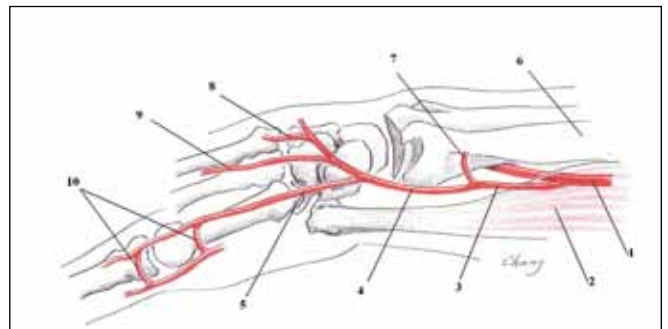


Figura 2 - Anatomia da artéria dorso-ulnar: (1) Artéria ulnar; (2) Músculo flexor ulnar do carpo; (3) Artéria dorso-ulnar; (4) Ramo descendente da artéria dorso-ulnar; (5) Ramo medial; (6) Ulna; (7) Ramo ascendente da artéria dorso-ulnar; (8) Ramo lateral; (9) Ramo intermediário; (10) Anastomoses com a artéria colateral do quinto dedo.

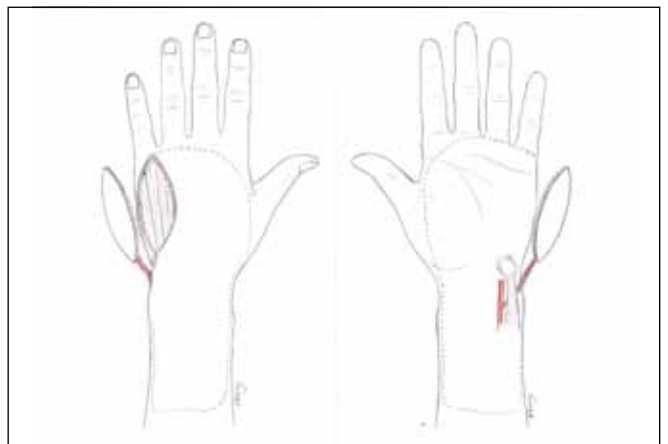


Figura 3 - Arco de rotação do retalho com pedículo proximal (esquerda) dorsal, (direita) palmar.

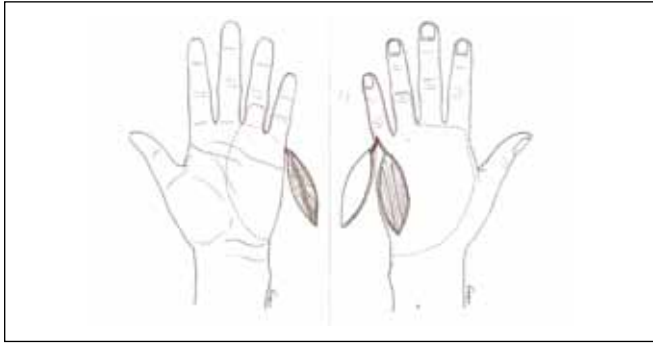


Figura 4 - Arco de rotação do retalho com pedículo distal (esquerda) palmar, (direita) dorsal.



Figura 6 - Doença de Bowen, medindo 2 cm por 5 cm no dorso da mão. Exérese da lesão e rotação do retalho ilhado parametacarpiano ulnar reverso. Resultado pós-operatório imediato e tardio.

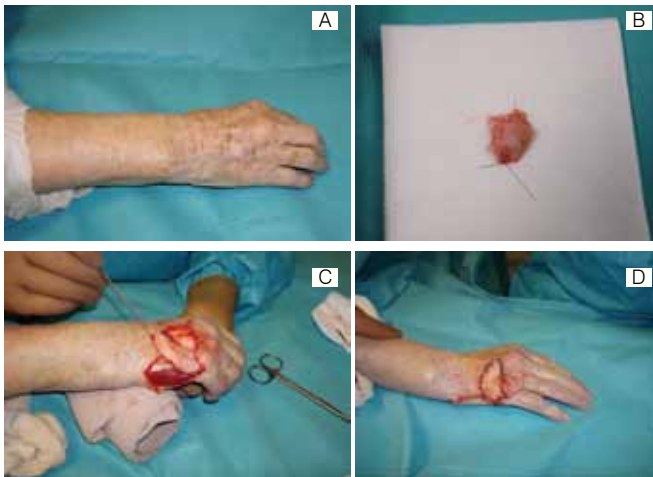


Figura 5 - Carcinoma no dorso da mão, medindo 3 cm por 5 cm. Exérese total da lesão. Rotação do retalho parametacarpiano ulnar ilhado reverso. Resultado pós-operatório imediato.



Figura 7 - Amputação por avulsão dos dedos anular (falange distal) e mínimo (falange proximal) da mão esquerda.

Atasoy, e a exposição óssea do dedo mínimo foi coberta com a rotação do retalho parametacarpiano ulnar ilhado reverso, de 2 cm de largura e 5 cm de comprimento (Figura 8), e a área doadora foi fechada primariamente (Figura 9).

DISCUSSÃO

A vascularização do dorso da mão pela artéria ulnar foi, por muito tempo, considerada como inconstante e acessória à circulação radial. Em 1926, a artéria dorso-ulnar foi descrita pela primeira vez por Dubreuil-Chambardel, e posteriormente, outros autores confirmaram a importância e a anatomia constante da circulação ulnar no dorso da mão.

O retalho parametacarpiano ulnar tem espessura fina, de cor e textura bastante próximas à da palma da mão, e pode ser de dimensão bastante extensa. Tem a versatilidade de ser

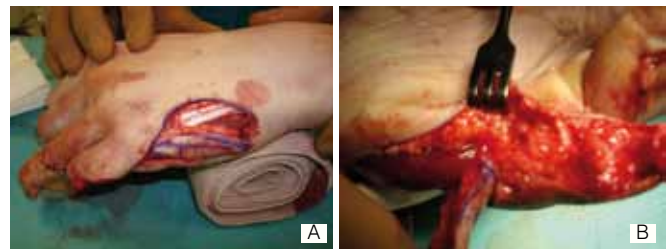


Figura 8 - Confecção do retalho parametacarpiano ulnar fasciocutâneo ilhado reverso, de 2 cm por 5 cm.



Figura 9 - Cobertura da exposição óssea da falange proximal com a rotação do retalho e o fechamento primário da área doadora.

de pedículo proximal de arco de rotação que alcança o antebraço distal, a palma e o dorso da mão, podendo ser sensitivo, levando consigo o ramo dorsal do nervo ulnar. Baseado na constante anastomose com a artéria colateral ulnar, o retalho pode ser de pedículo distal, com arco de rotação de 180 graus, muito útil na cobertura dos dedos ulnares, além da palma e dorso da mão. A área doadora geralmente pode ser fechada por primeira intenção. A presença dos pêlos no dorso da mão pode constituir uma desvantagem.

CONCLUSÃO

O retalho parametacarpiano ulnar é um retalho axial, e pode ser sensitivo, composto e microcirúrgico. Apresenta as características ideais para reconstrução da mão, tais como proximidade, e semelhança de espessura, de cor e de textura. É um retalho relativamente extenso e muito versátil, o seu pedículo pode ser proximal ou distal, com amplo arco de rotação, alcançando a palma, o dorso e os dedos ulnares. Tecnicamente é simples de executar e a área doadora pode ser fechada primariamente. Constitui uma das melhores opções

na reconstrução da mão, evitando ou superando outros retalhos mais complexos ou microcirúrgicos.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao Dr. Tomaz Nassif, chefe do Serviço de Microcirurgia Reconstructiva do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, e ao Dr. Carlos Roxo, chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Federal do Andaraí do Rio de Janeiro, que tornaram possível minha viagem à França e a realização do presente trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Bakhach J, Saint Cast Y, Gazarian A, Martin D, Comtet JJ, Baudet J. Le lambeau parametacarpien ulnaire. Étude anatomique et application clinique. *Ann Chir Plast Esthet.* 1995;40(2):136-47.
2. Bakhach J, Martin D, Baudet J. Le lambeau parametacarpien ulnaire: une expérience de dix cas cliniques. *Ann Chir Plast Esthet.* 1996;41(3):269-76.
3. Khouri RK, Badia A. Reconstructive surgery of individual digits (excluding thumb). In: Mathes SJ, ed. *Plastic surgery.* vol 7. 2nd ed. Philadelphia:Saunders Elsevier;2006. p.231-8.

Correspondência para:

Chang Yung Chia
Av. Sernambetiba, 3.360, bloco 8, apto. 2402 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro, RJ – CEP 22630-010
E-mail: changyc@terra.com.br