

Retalho deltodorsal: nova alternativa em reparação de cabeça e pescoço

JORGE FERREIRA DE AZEVEDO¹, JOSÉ WILSON MOURÃO DE FARIAS²

Unitermos: Retalho deltodorsal. Reconstrução plástica. Cirurgia de cabeça e pescoço.

Key words: Delto dorsal flap. Plastic reconstruction. Head and neck surgery.

RESUMO — Os autores apresentam um retalho fasciocutâneo deltodorsal como opção também em reparação de defeitos na área da cabeça e pescoço. O pedículo é baseado nas quatro primeiras perfurantes intercostais posteriores. Seu amplo arco de rotação atinge qualquer região nesta área. Nos defeitos cutâneos superficiais, proporciona melhor resultado estético. Pode ser usado em associação com o retalho miocutâneo peitoral maior ou, na falha deste, como substituto do retalho deltopeitoral, sabendo-se que as perfurantes da artéria torácica interna são freqüentemente lesadas na confecção do retalho miocutâneo peitoral maior. A ausência de seqüela funcional, a grande facilidade técnica e não necessidade de enxerto de pele nos defeitos com comprimento até de 5cm são as grandes vantagens deste novo procedimento reconstrutivo.

INTRODUÇÃO

Os retalhos miocutâneos realmente constituíram grande avanço na cirurgia reconstrutora da cabeça e pescoço. Porém, eles não estão totalmente destituídos de certos inconvenientes. Seu volume e a perda da função muscular, em algumas situações, podem ser desagradáveis. Noutras, as condições clínicas do paciente requerem retalho de rápida confecção.

O objetivo deste trabalho é apresentar nova técnica reparadora em cabeça e pescoço, utilizando retalho fasciocutâneo deltodorsal baseado nas quatro primeiras perfurantes intercostais posteriores. Sua fácil execução e ausên-

cia de seqüela motora são as grandes vantagens deste novo procedimento reconstrutivo.

ANATOMIA E TÉCNICA CIRÚRGICA

As artérias intercostais posteriores emitem artérias perfurantes ao nível das apófises transversas⁽³⁾. Estas artérias perfurantes se dividem em ramos externos musculares e internos musculocutâneos. Esses ramos musculocutâneos participam também da irrigação dos músculos do dorso e emergem para a pele imediatamente lateral às apófises espinhosas da coluna vertebral. O retalho deltodorsal é baseado nestes ramos perfurantes cutâneos das quatro primeiras artérias intercostais posteriores.

Dissecções realizadas em cadáveres frescos demonstram que estes ramos arteriais têm comprimento de aproximadamente 12cm. Eles se situam sobre a fáscia muscular. O desenho deste retalho tem semelhança com o já conhecido retalho deltopeitoral, com base medial da parte anterior do tórax. A incisão superior compreende uma linha que parta da 7ª vértebra cervical em direção ao acrômio. A 7ª vértebra cervical é a mais proeminente, sendo facilmente palpada na parte inferior da nuca. A incisão inferior é paralela à superior e se inicia ao nível da 5ª vértebra dorsal. O comprimento deste retalho varia de acordo com a distância do defeito. Se necessário, ele pode ser estendido até a face anterior do ombro, atingindo assim

Trabalho realizado no Serviço de Oncologia da Santa Casa de Fortaleza-Ceará-Brasil. Apresentado na XXV Reunião Anual de Cancerologia do Centro de Estudos dos Residentes e IX Encontro dos Ex-Residentes do Hosp. A. C. Camargo, São Paulo, out., 1983.

¹ TCBC em Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Médico Titular do Serviço de Oncologia da Santa Casa de Fortaleza e Cirurgião do Hospital Batista de Fortaleza. Ex-Residente de Cirurgia Oncológica do Hospital A. C. Camargo-São Paulo. Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cancerologia.

² Médico Titular do Serviço de Oncologia da Santa Casa de Fortaleza e Cirurgião do Hospital Batista de Fortaleza. Ex-Residente de Cirurgia Oncológica do Hospital A. C. Camargo-São Paulo. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cancerologia.

qualquer região na cabeça e pescoço. Para isso, é necessário um procedimento de autonomização a partir do acrômio. A largura deste retalho é de aproximadamente 12cm, porém observamos em nossas disseções que a 4ª perfurante participa pouco da irrigação deste retalho, por apresentar trajetória descendente em direção à parte inferior do dorso. Por isso, se necessário, esta artéria poderá não ser incluída no retalho, sem prejuízo de sua irrigação. Nesse caso, o retalho terá largura de aproximadamente 8-10cm. Realizadas as incisões, o mesmo é elevado juntamente com a fáscia muscular do dorso.

DESCRIÇÃO DO CASO

F.C.S., 46 anos, masculino, agricultor, deu entrada em nosso Serviço em janeiro de 1983, apresentando extenso carcinoma espinocelular de pele parotídea-massetérica direita sem metástases cervicais. Foi submetido a ressecção ampla da lesão com parotidectomia total, conservando apenas o ramo frontotemporal do nervo facial, associado à linfadenectomia cervical radical homolateral, conservando o nervo espinhal. O defeito cutâneo foi reparado com retalho miocutâneo peitoral maior. Durante sua confecção, a 3ª e 4ª perfurante da artéria torácica interna foram inevitavelmente lesadas. Houve necrose total do retalho, devida a trombose venosa no pedículo do retalho. O mesmo foi removido e, após controle da infecção, o defeito foi reparado com o retalho deltodorsal previamente autonomizado conforme técnica descrita (figs. 1 e 2). O paciente evoluiu bem e no 21º P.O. o pedículo foi seccionado e retornado à área doadora, sem necessidade de enxerto de pele (figs. 3 e 4).

DISCUSSÃO

O retalho deltodorsal apresenta espessura adequada para reparação de defeitos cutâneos superficiais, mesmo nos indivíduos obesos. Esse retalho atinge qualquer região na cabeça e pescoço (fig. 5). Pode ser útil também em reparação da porção inferior do dorso. Apresenta grande facilidade técnica e nenhuma seqüela motora. Em defeitos de até 5cm de comprimento, a área doadora pode ser fechada primariamente. A prévia autonomização para defeitos acima do plano do zigoma e a necessidade de outro tempo cirúrgico para secção de seu pedículo são inconvenientes deste retalho. Além disso, tem largura padronizada, portanto com menor versatilidade. Naqueles pacientes com idade avançada e em condições clínicas precárias, com risco cirúrgico alto, que necessitem uma cirurgia ligeira, a reconstrução com este retalho encontra grande indicação, por ser de rápida confecção. Inclusive, o procedi-



Fig. 1 — Aspecto do defeito cirúrgico na região parotídea-massetérica direita.

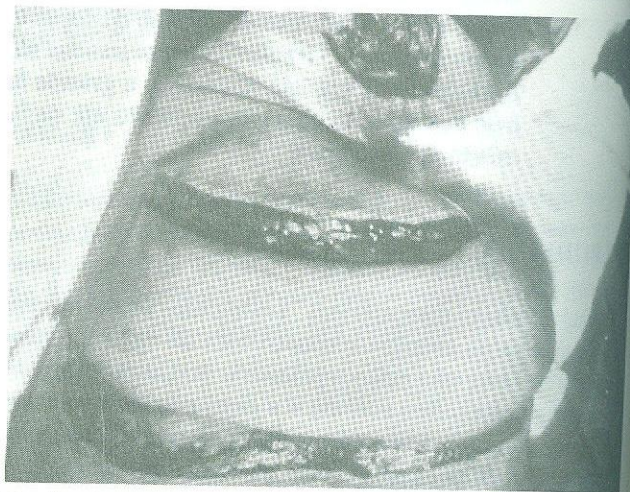


Fig. 2 — O retalho sendo confeccionado.

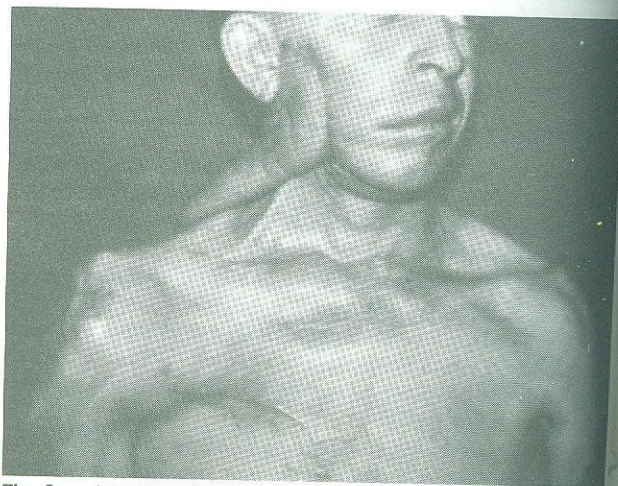


Fig. 3 — Aspecto pós-operatório tardio (21º dia). Um carcinoma baso-celular na região esternal também havia sido excisado.

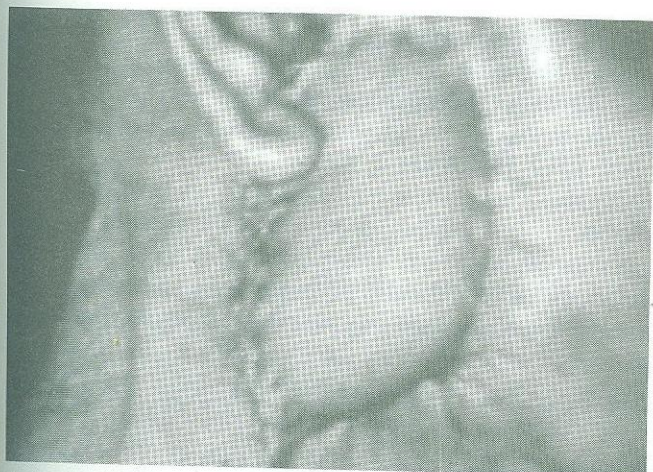


Fig. 4 — Aspecto pós-operatório tardio, após secção do pedículo.

mento de autonomização prévia pode ser realizado sob anestesia local.

Nos pacientes musculosos, trabalhadores braçais ou atletas, a perda da função muscular após confecção de um retalho muscular ou miocutâneo tem que ser muito bem analisada, porque pode vir a ser um sério problema. Além disso, o volume de um retalho miocutâneo poderá levar a resultado inestético nos defeitos superficiais. Nesses casos, um retalho fasciocutâneo não apresentaria esses inconvenientes desagradáveis. Nos pacientes que apresentam defeitos complexos e necessitem de dois retalhos para sua reparação, também acreditamos não serem adequados dois resultados miocutâneos, principalmente se forem feitos por músculos de importante função. Nesses casos, pelo menos um dos retalhos deveria ser fasciocutâneo.

Pelo mesmo motivo, um retalho fasciocutâneo seria bem indicado após falha de um retalho miocutâneo. Se a falha do retalho miocutâneo fora com o do peitoral maior⁽¹⁾, o retalho deltopeitoral de Bakamjian⁽²⁾, que poderia ser excelente opção, geralmente não é aplicável. Isso porque as perfurantes da artéria torácica interna que servem de pedículo deste retalho são freqüentemente lesadas durante a confecção do retalho miocutâneo peitoral maior. Somente nas ilhas cutâneas de 5cm x 5cm é que ainda podemos conservar as suas três primeiras perfurantes. Nas ilhas de pele maiores, freqüentemente a 3ª perfurante é também lesada, não sendo assim confiável o retalho de Bakamjian. O mesmo raciocínio é válido quando se tenta utilizar estes dois retalhos em associação. A nosso ver, nestes casos o retalho deltodorsal é uma boa alternativa.



Fig. 5 — Dissecção em cadáver mostrando o amplo arco de rotação do retalho deltodorsal.

SUMMARY

The authors describe a fascialcutaneous deltodorsal flap as another option in repairing defects in the head and neck area. The pedicle is based in the first four posterior perforating intercostal arteries. Its wide arc of rotation reaches any region in this area. It gives a better result in the superficial cutaneous defect. It can be used in association with a pectoralis myocutaneous flap, or in the failure of this, as a substitute for the deltopectoral flap, knowing that the perforating of the internal thoracic artery are frequently severed when raising the pectoralis major myocutaneous flap. The absence of functional defect, the great technical feasibility and the non-necessity of skin grafts in the defects with a length up to 5cm are the great advantages of this new reconstructive procedure.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARIYAN, S. — The pectoralis major myocutaneous flap: a versatile flap for reconstruction in the head and neck. *Plast. Reconstr. Surg.* 63: 73, 1979.
2. BAKAMJIAN, V.Y.; CULF, N.K. & BALES, H.W. — Versatility of the deltopectoral flap in reconstruction following head and neck cancer surgery. *Transactions of the Fourth International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery. Amsterdam, Excerpta Medica, 1967. p. 808.*
3. TESTUT, L. & JACOB, O. — Tratado de anatomia topográfica con aplicaciones medicoquirúrgicas, 8ª ed. Barcelona, Salvat, 1979. 603 p.