

Autores:

Flávio Barbosa Luz¹
Luciana Antunes Chagas²

¹ Professor adjunto de dermatologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

² Acadêmica do 6º ano do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

Correspondência para:

Dr. Flávio Barbosa Luz
Rua Guapiara, 78 - Tijuca
20521-180 – Rio de Janeiro – RJ
E-mail: flavioluz@dermatologista.net

Recebido em: 26/08/2011

Aprovado em: 28/02/2012

Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói, RJ

Suporte financeiro: Nenhum
Conflitos de interesse: Nenhum

RESUMO

M-plastia pós-ajustada pode ser usada em qualquer defeito cirúrgico passível de fechamento por aproximação direta das bordas, evitando formação de protruções apicais. É realizada sem planejamento prévio, sendo retirado tecido somente quando houver protrução percebida pelo cirurgião no ato cirúrgico. Possui as vantagens de poupar tecido sadio, adaptar as incisões às linhas de força, rugas e unidades de junção cosmética de cada paciente, além da possível utilização do pedículo do M como pequeno retalho de avanço. Neste trabalho, é relatado o passo a passo desse procedimento cirúrgico, evidenciando suas diferenças e vantagens quando comparado à M-plastia tradicional.

Palavras-chave: procedimentos cirúrgicos menores; procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; técnicas de fechamento de ferimentos abdominais.

ABSTRACT

Post-adjusted M-plasty can be used in any surgical defect that can be closed by direct approximation of the borders to avoid the formation of apical protrusions. It is performed without prior planning; the tissue is removed only if the surgeon detects a protrusion during surgery. This method offers the advantage of sparing healthy tissue by adjusting the incisions to each patient's skin's tension lines, wrinkles and junctions of cosmetic units, in addition to the possible use of the "M's pedicle as a small advancement flap. This study describes the procedure step by step, highlighting the differences and advantages compared to traditional M-plasty.

Keywords: surgical procedures, minor; ambulatory surgical procedures; abdominal wound closure techniques.

INTRODUÇÃO

A M-plastia, inicialmente descrita por Webster em 1976,¹ é técnica de fechamento cirúrgico na qual a área a ser excisada é previamente demarcada, com a presença de desenho do M em uma ou ambas extremidades das feridas cirúrgicas. É utilizada na prevenção de protruções apicais ("orelhas de cachorro", dog ears) causadas em fechamentos por simples aproximação das bordas de lesões circulares. Essas protruções ocorrem porque tal aproximação gera forças compressivas sobre o tecido, principalmente nos pontos de angulação, provocando seu deslocamento para cima e para fora. A M-plastia foi descrita como alternativa à excisão fusiforme, pois resulta em menor perda de tecido saudável e cicatriz mais curta.

Em 1984, Salasche² utiliza a técnica da M-plastia com o objetivo principal de reparar formações de dog ear, ou seja, aplica a técnica após surgimento da protrução. Dessa forma, a técnica para a M-plastia pós-ajustada foi inicialmente estabelecida.

Alguns aprimoramentos foram introduzidos à técnica da M-plastia. Asken, em 1986,³ propõe a formação da aba do M após excisão fusiforme da ferida. Em 1998, Camacho⁴ propõe a assimetria no tamanho e forma dos braços do M em uma mesma extremidade do defeito cirúrgico. Wisco and Wentzell, em 2009,⁵ sugerem o aumento da distância entre os braços do M, podendo ser superior a 30°.

A M-plastia pós-ajustada é realizada através da mesma técnica da M-plastia tradicional ou modificada, com a exceção de que não há planejamento prévio. Sendo assim, o tecido lesado é excisado normalmente e, se ao início do reparo houver percepção de elevação de tecido nas extremidades, ele é excisado nos moldes das técnicas de M-plastia supracitadas. Isso permite não apenas eliminar as protruções apicais, como proposto por Salasche,² mas melhor posicionar as incisões nas linhas de força, rugas ou unidades de junção cosmética, além de poupar tecido sã. O objetivo principal dessa variante da técnica é um melhor resultado estético pós-cirúrgico.

TÉCNICA

O passo a passo da M-plastia pós-ajustada é demonstrado pela sequência fotográfica a seguir (Figura 1):

- A. Defeito cirúrgico
- B. Após descolamento do tecido ao redor da ferida cirúrgica, realiza-se sutura central para aproximação das bordas
- C. Após sutura central, tornam-se evidentes as protruções apicais (*dog ears*) formadas
- D. Incisões laterais realizadas com a angulação adequada para menor perda possível de tecido saudável ou para evitar ultrapassar estruturas anatômicas
- E e F. Secções dos triângulos e consequente formação do M
- G. Aproximação medial e ancoragem do pedículo do M, podendo até mesmo ser realizado certo avanço por tensão
- H. Sutura de toda a extensão do defeito operatório com pontos simples

DISCUSSÃO

A M-plastia pós-ajustada pode ser realizada em qualquer situação que seja possível aproximação direta das bordas dos tecidos. Sob grande tensão também é possível a utilização dessa técnica, desde que seja feito extenso descolamento do tecido adjacente. Os principais objetivos da técnica são: 1) poupar tecido excisado na reconstrução; 2) diminuir a extensão final das cicatrizes; 3) melhorar o resultado estético final pelo melhor posicionamento final das cicatrizes.

De acordo com Webster,¹ o máximo de angulação permitido para recorte dos triângulos seria de 30°, já que excisões com angulação apical inferior a esse valor evitariam a formação de *dog ears*, embora houvesse maior perda de tecido saudável. Segundo Wisco and Wentzell,⁵ esse modelo original de M-plastia não leva em conta a dinâmica de movimentação do tecido. Segundo Salasche,² após confecção do defeito cirúrgico, ele frequentemente assume uma forma mais ovalada devido às linhas de tensão naturais da pele. Com a distribuição dessas forças de tensão, após a sutura central e o descolamento dos tecidos adja-

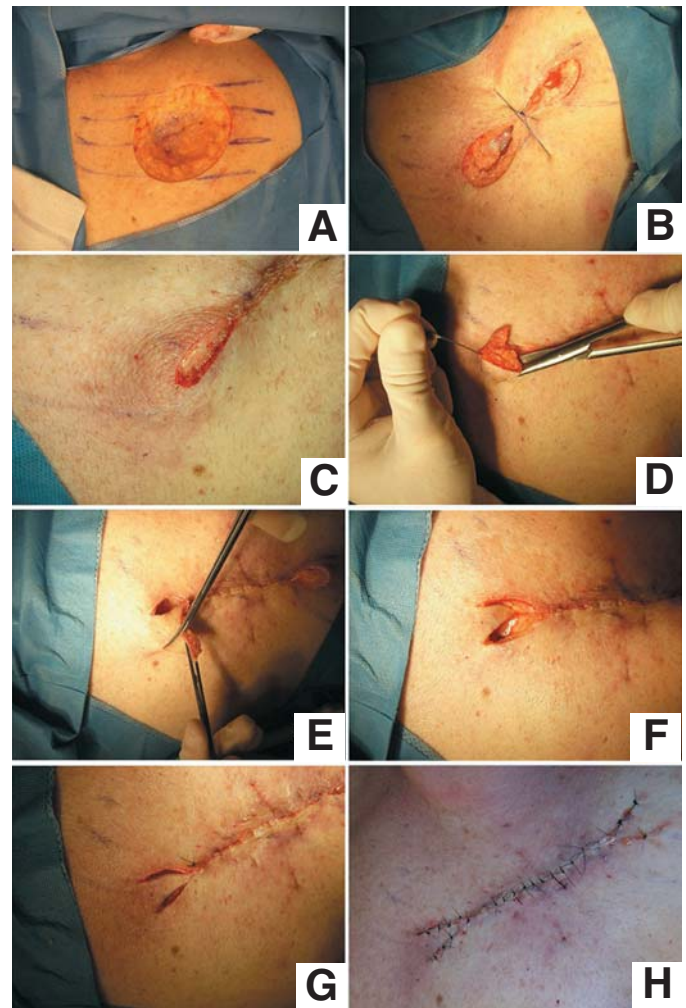


Figura 1: A. Defeito cirúrgico; B. Sutura central para aproximação das bordas; C. Protruções apicais (*dog ears*) formadas; D. Incisões laterais; E e F. Secções dos triângulos e consequente formação do M; G. Aproximação medial e ancoragem do pedículo do M; H. Síntese da ferida

centes, ficam evidentes a quantidade de tecido a ser excisado e a angulação necessária para recorte dos braços do M. Por isso é vantajosa a confecção da M-plastia após esse ajuste inicial próprio do tecido, fazendo com que os principais objetivos da M-plastia pós-ajustada sejam alcançados.

Wisco and Wentzell⁵ propõem a realização da M-plastia inicialmente como descrito por Webster;¹ entretanto, os braços do M são localizados a uma distância igual ou superior à altura do defeito cirúrgico. Com o aumento da distância entre os braços do M, o ângulo apical é alargado, fazendo com que os vetores de força desse local se tornem progressivamente mais divergentes, resultando em diminuição das forças compressivas nas abas.

Na M-plastia modificada,³ é realizada inicialmente uma excisão fusiforme e, posteriormente, uma incisão paralela e lateral ao defeito cirúrgico, em um ou em ambos os polos, dependendo da localização da lesão. Forma-se uma aba na extremidade desejada, nos moldes da M-plastia, encurtando a excisão e

adaptando melhor a cicatriz às linhas de forças locais. Isso é particularmente importante nas áreas periorbitárias, evitando distorções nos tecidos vizinhos, e na região nasal, em que a contração da cicatriz pode levar à deformidade da asa do nariz.

Camacho⁴ propõe outra alteração na M-plastia tradicional, com bons resultados estéticos: a modificação no tamanho e forma dos braços do M em uma mesma extremidade da ferida, permitindo a retirada de dois triângulos de tamanhos diferentes, possibilitando a manutenção do tecido em sua posição natural ou respeitando os sulcos naturais de cada paciente.

Outro ponto importante é a utilização do pedículo do M como um pequeno retalho de avanço. Wisco and Wentzell⁵ ainda descrevem a fixação do pedículo em direção ao centro da ferida operatória, após seu fechamento central, sem avançar o pedículo mais que o necessário para sua acomodação. Com o avanço medial da aba como retalho, há diminuição das forças de tensão na região próxima ao centro da ferida operatória, havendo melhor acomodação do tecido e, conseqüentemente, melhor estética da cicatriz cirúrgica.

Diferentemente do proposto por Webster,¹ e descrito por Star, em 2001,⁶ a “vertical mattress tip stitch” foi utilizada na M-plastia pós-ajustada, para ancoramento do pedículo. Ela proporciona melhor fechamento, sem provocar protrusões na ponta da aba, mantendo íntegro o suprimento vascular do pedículo, além de evitar eversão da borda do defeito cirúrgico. A sutura é iniciada com padrão longe-longe, devendo estar localizada na derme reticular a alguns milímetros da borda

cirúrgica. Na volta, adota-se o padrão perto-perto, com a sutura em torno de 1mm das bordas da ferida e sem ultrapassar a derme papilar em profundidade. A ponta da aba do M deve ser horizontalmente transfixada na etapa perto-perto, alcançando a outra borda.

Em linhas gerais, a M-plastia pós-ajustada consiste na introdução dos conceitos de modificação da M-plastia, sugeridos por Asken³ e Camacho,⁴ à técnica de reparo de dog ears proposta por Salasche.² Ampliando essa conceituação, o pedículo do M pode, eventualmente, ser tracionado em direção ao centro, funcionando como um pequeno retalho de avanço, diminuindo a tensão medialmente na cicatriz. Conseqüentemente, a M-plastia pós-ajustada não apenas repara dog ears, mas desempenha papel ativo de reconstrução da ferida, dissipação das tensões envolvidas e melhor posicionamento das cicatrizes cirúrgicas.

CONCLUSÃO

A M-plastia pós-ajustada permite que maior quantidade de tecido íntegro seja poupada. Como não há marcação prévia na tentativa de evitar as protrusões apicais, é excisada exatamente a área de tecido protrusa. Esse procedimento resulta em melhor ajuste da técnica a cada paciente e maior precisão no reparo, já que permite respeito às linhas de tensão da pele. Além disso, há possibilidade de utilizar o pedículo do M como um pequeno retalho de avanço, resultando em melhor efeito estético da cicatriz. ●

REFERÊNCIAS

1. Webster RC, Davidson TM, Smith RC, Kitchens GG, Clairmont AA, Schwartzenfeld TH, et al. M-plasty techniques. *J Dermatol Surg.* 1976;2(5):393-6.
2. Salasche SJ, Roberts LC. Dog-ear correction by M-plasty. *J Dermatol Surg Oncol.* 1984;10(6):478-82.
3. Asken S. A. Modified M-plasty. *J Dermatol Surg Oncol.* 1986;12(4):369-73.
4. Camacho FM, Garcia-Hernandes MJ, Perez-Bernal AM. M-plasty in the treatment of carcinomas located on the interglabellar region. *Eur J Dermatol.* 1998;8(8):548-50.
5. Wisco OJ, Wentzell JM. When an M is a V: vector analysis calls for redesign of the M-plasty. *Dermatol Surg.* 2009;35(8):1271-6.
6. Star J. Surgical Pearl: The vertical mattress tip stitch. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44(3):523-4.