

Alternativas de retalhos cutâneos para lesões dermatológicas na perna

Skin flap alternatives for dermatological lesions on the leg

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2017931077>

RESUMO

A utilização de retalhos de pele para a cobertura de lesões é melhor opção do que o enxerto de pele, considerando-se a heterogeneidade do leito receptor após a ressecção do tumor e a maior segurança oferecida. Para melhor resultado devem ser levados em consideração também o local e a extensão da lesão, além da segurança da vascularização. Foram realizadas três ressecções com diferentes técnicas de cobertura. Os pacientes apresentaram excelente evolução, sem necroses ou deiscências.

Palavras-chave: procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; retalhos cirúrgicos; retalhos de tecido biológico; cirurgia plástica; dermatopatias

ABSTRACT

The use of skin flaps for covering lesions is a better option than skin grafts, due to the diversity of the receptor area after the tumor's resection and the greater degree of safety. For better results, the lesion's location and extent, as well as the safety of the vascularization, should also be taken into account. Three resections were performed, with different coverage techniques. The patients had excellent development, without necrosis or dehiscence.

Keywords: reconstructive surgical procedures; surgical flaps; free tissue flaps; plastic surgery; skin diseases

INTRODUÇÃO

As lesões da perna podem ser de diversas etiologias, desde traumáticas e infecciosas, até as neoplásicas. Podem ser de apresentação superficial ou profunda, com comprometimento muscular e/ou ósseo, em que podem residir graves infecções. Dependendo da etiologia, da evolução, do tipo de lesão e das características anatômicas da perna, diferentes reconstruções são propostas, com diferentes estruturas envolvidas, tais como músculo, fáscia, septo e pele ou uma composição delas.¹ A localização e a dimensão da lesão também são fatores importantes na escolha da reconstrução. Por sua característica vascular anatômica superficial, em que grande parte da distribuição de sangue se dá por meio de vasos perfurantes musculocutâneos, provenientes de vasos profundos, os retalhos cutâneos utilizados para as reconstruções são baseados nos territórios vascularizados por esses vasos perfurantes.² Quanto ao câncer da pele, sua incidência tem aumentado nas últimas décadas. A possibilidade de desenvolver câncer da pele durante a vida é multifatorial, como por exemplo por exposição solar, tipo de pele e fenótipo, e história familiar.³ Os cânceres da pele têm maior incidência nas áreas mais expostas ao sol. São

Artigo de Revisão com Notas Técnicas do Autor

Autores:

Douglas Haddad Filho¹
José Víctor Siervo²
Juliana Nascimento Brunhara³
Erika Leide da Silva³
Luiza Vieites³

¹ Professor titular de cirurgia plástica da Universidade de Santo Amaro(Unisa) – São Paulo (SP), Brasil.

² Professor adjunto da disciplina cirurgia plástica da Universidade de Santo Amaro (Unisa) – São Paulo (SP), Brasil.

³ Acadêmica de medicina da Universidade de Santo Amaro (Unisa) – São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência para:

Luiza Vieites
Rua José Luís Monteiro 689,
apt. 14 / Jardim das Camélias
04829-240 – São Paulo-SP
E-mail: cirurgioplastica@dhclinica.com.br

Data de recebimento: 10/08/2017

Data de aprovação: 21/09/2017

Trabalho realizado na Universidade de Santo Amaro (Unisa) – São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

representados pelo carcinoma basocelular, espinocelular e melanoma. Os carcinomas basocelulares representam 65% do total das neoplasias epiteliais, sendo a face a região mais atingida. Por sua vez, o carcinoma espinocelular representa 15% das neoplasias epiteliais, sendo que 64% do total também se apresenta na face.^{4,5} Os melanomas apresentam incidência de 3% a 4%, sendo a menor entre os tumores da pele; eles, porém, dos tumores da pele são os que apresentam maior índice de mortalidade.⁶

OBJETIVO

O objetivo deste artigo foi demonstrar alternativas de retalhos de pele para lesões cutâneas de membro inferior.

METODOLOGIA

Foram feitas três ressecções de tumores em três pacientes, sendo em cada um deles utilizada uma técnica de cobertura diferente. As opções de retalhos cutâneos para perna são: retalho de rotação circular (menor arco de rotação), retalho de rotação circular (maior arco de rotação) e retalho de rotação retangular. A seguir, serão detalhadas as opções. No primeiro caso, o tumor da pele localizava-se no terço inferior de perna direita, face medial, apresentando 2,5cm de diâmetro, com aspecto clínico compatível com carcinoma basocelular. Nesse paciente foi feita a primeira opção: retalho de rotação circular (menor arco de rotação). Foi realizada a marcação do tumor com margens de segurança e o planejamento do retalho cutâneo a ser realizado (Figura 1). Após a remoção circular do tumor, o retalho de rotação foi confeccionado, iniciando-se de forma circular na face lateral do perímetro do tumor, e estendendo-se cranialmente em forma de anzol, com o diâmetro do retalho próximo ao do tumor (Figura 2). Uma perfurante musculocutânea (Figura 3), possibilitou mobilizar o retalho, mesmo com um pequeno arco de rotação. Procedeu-se ao fechamento primário da área doadora (Figura 4) após ajustes e liberação dos tecidos de vizinhança.

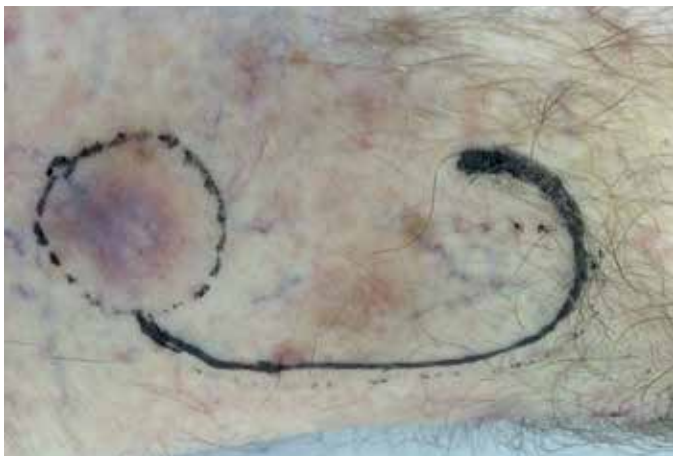


FIGURA 1: Planejamento do retalho de rotação do tumor da pele na região lateral medial de tibia, com início no centro da lesão

No segundo caso, o tumor de pele se localizava na face lateroposterior da perna direita, apresentando 5cm de diâmetro e aspecto clínico compatível com carcinoma basocelular. Nesse paciente foi feita a segunda opção: retalho de rotação circular (maior arco de rotação). Foi realizada a marcação do tumor com margens de segurança e o planejamento do retalho cutâneo (Figura 5). Após a remoção circular do tumor, o retalho de rotação foi confeccionado (Figura 6). Ele se iniciou de forma circular na extremidade mais distal do perímetro do tumor e se estendeu cranialmente, com diâmetro maior do que o do tumor. Sua vascularização baseou-se em uma artéria musculocutânea. Pela dimensão e forma do retalho, ele foi mobilizado com facilidade e segurança em direção à área receptora. Realizou-se o fechamento primário da área doadora após ajustes e liberação dos tecidos de vizinhança (Figura 7).

No terceiro caso, o tumor localizava-se no terço médio da perna direita, na face posterior, apresentando 3cm de diâmetro, com aspecto clínico compatível com carcinoma basocelular. Nesse paciente foi feita a terceira opção de retalho: de rotação retangular. Foi realizada a marcação do tumor com margens de segurança e o planejamento do retalho cutâneo (Figura 8). Após a remoção circular do tumor, o retalho de rotação retangular foi confeccionado. Ele se iniciou de forma retangular na extremidade distal do perímetro do tumor, e se estendeu 4cm lateralmente e 5cm cranialmente, com medidas maiores do que as do tumor. Sua vascularização baseou-se em uma artéria musculocutânea (Figura 9). Pela forma do retalho, ele foi mobilizado com facilidade e segurança em direção à área receptora fazendo-se o fechamento primário da área doadora após ajustes e liberação dos tecidos de vizinhança (Figura 10).



FIGURA 2: Localização e dissecação de perfurante

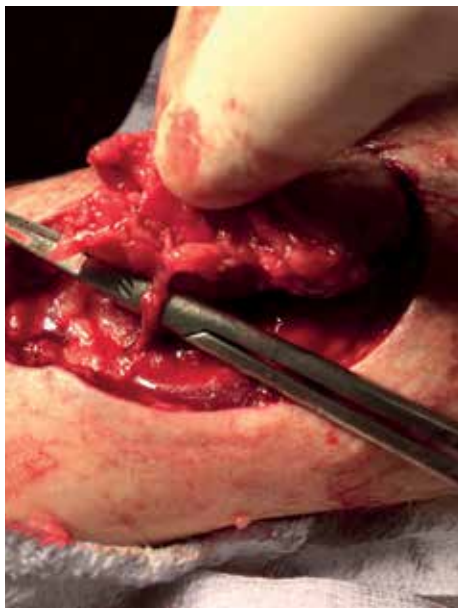


FIGURA 3: Isolamento de perfurante



FIGURA 5: Planejamento do retalho de rotação com maior arco de rotação (início na extremidade mais distal do perímetro do tumor da pele em panturrilha direita)



FIGURA 4: Aspecto final após rotação do retalho com ajustes de sobre de pele



FIGURA 6: Ressecção do tumor e confecção do retalho de pele, e elevação do retalho com preservação da perfurante

DISCUSSÃO

A opção do uso do retalho de pele para cobertura da área receptora se sobrepõe à utilização do enxerto de pele, uma vez que este último é cobertura fina e muitas vezes vulnerável, principalmente quando sobre o tecido ósseo. Além disso, para a boa integração do enxerto é necessário um leito receptor homogêneo, diferente daquele encontrado após a ressecção do tumor.⁷ A transferência do retalho deve levar em consideração o local da lesão: se na face anterior ou posterior da perna. A quantidade de pele na face anterior, ou seja, na região pré-tibial, é

menor do que na panturrilha, o que significa maior dificuldade de rotação do retalho e/ou de fechamento da área doadora. A inclusão da perfurante regional no retalho, seja qual for o seu desenho, significa uma vascularização segura.⁸ Sua inclusão, contudo, deve ser planejada previamente à cirurgia, seja por conhecimento anatômico ou pela localização com doppler vascular.² Este último é mais frequentemente utilizado quando o retalho for mobilizado em forma de hélice.⁹ O planejamento de um retalho na extremidade inferior sem a localização da perfu-



FIGURA 7: Aspecto final após rotação do retalho com ajustes de sobre de pele



FIGURA 9: Ressecção do tumor e elevação do retalho, e dissecação e isolamento de perfurante



FIGURA 8: Tumor da pele em panturrilha e planejamento do retalho de rotação retangular (início na extremidade mais distal do perímetro do tumor)



FIGURA 10: Aspecto final após rotação do retalho retangular com ajustes de sobre de pele

rante não inviabiliza sua utilização, porém limita sua extensão e o arco de rotação, que fica mais vulnerável à tensão e eventual necrose. Os retalhos cutâneos utilizados em reconstruções superficiais do membro inferior podem variar de tamanho, conforme o tamanho da lesão. Algumas vezes, dependendo da localização da lesão, a quantidade de pele pode não ser suficiente para cobrir a área receptora e o fechamento da área doadora. Assim, os enxertos de pele podem ser utilizados nas áreas doadoras. Quanto ao formato do retalho, esse deve ser escolhido em função

do local da reconstrução.² Ambos os retalhos circulares apresentam a vantagem de poder ser rodados bilateralmente, caso necessário. A rotação de retalho baseado distalmente, porém, acarreta risco aumentado de necrose, sobretudo no território mais distal da perna.

CONCLUSÃO

As opções apresentadas de retalhos para a perna são seguras e de fácil realização, podendo os retalhos circulares ser acrescidos de retalhos opostos adicionais quando necessário. ●

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO:**Douglas Haddad Filho:**

Concepção e planejamento do estudo. Participação efetiva na orientação da pesquisa, elaboração e revisão final do texto

José Victor Siervo:

Elaboração e revisão do texto

Juliana Nascimento Brunhara:

Elaboração do texto e revisão bibliográfica

Erika Leide da Silva:

Elaboração do texto e revisão bibliográfica

Luiza Vieites:

Elaboração do texto e revisão bibliográfica

REFERÊNCIAS

1. Mathes SJ, Nahai F. Leg. In: Livingstone C, editor. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy and Technique. Vol. 2. New York: Quality Medical Publishing; 1997. p. 1317-1512.
2. Geddes CR, Tang M, Yang D, Morris SF. Anatomy of the integument of the lower extremity. In: Blondeel PN, Morris SF, Hollock GG, Neligan PC, Publishing QM, editors. Perforator flaps: Anatomy, Technique and Clinical Applications. 2nd ed. Vol. 2. St Louis: Quality Medical Publishing; 2013. p. 668-703.
3. Lages RB, Barbosa PB, Almeida IP, Lopes LRS, Lopes Filho LL. Detecção precoce do câncer de pele: experiência de campanha de prevenção no Piauí- Brasil. Rev Bras Promoç Saúde. 2012;25(2):221-7.
4. Albert RE. In: Andrade R, Gumpert SL, Popkin GL, Rees H, editors. Cancer of the skin: Biology. Diagnosis and management. Philadelphia: Saunders; 1976. p. 111-156.
5. Allen AC. The skin: A Clinicopathologic Treatise. 2nd ed. Orlando: Grune and Stratton; 1967.
6. Rizzatti K, Schneider IJC, d'Orsi E. Perfil epidemiológico dos cidadãos de Florianópolis quanto à exposição solar. Epidemiol Serv Saúde. 2011;20(4):459-69.
7. Kamrin BB. Analysis of the union between host and graft in the albino rat. Plast Reconstr Surg Transplant Bull. 1961;28:221-6.
8. Timmons MJ. Landmarks in the anatomical study of the blood supply of the skin. Br J Plast Surg. 1985;38(2):197-207.
9. Hyakusoku H, Yamamoto T, Fumiiri M. The propeller flap method. Br J Plast Surg. 1991;44(1):53-54.