

# Reparação cirúrgica de fístula traqueocutânea e de cicatriz pós-traqueostomia com rotação de retalho dermo adiposo

Passos da Rocha, F.\* , Franchini Torres, V.\*\*

\* Cirurgião Plástico, Professor Auxiliar de Cirurgia da Universidade Católica de Pelotas; Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Pelotas. Rio Grande do Sul. Brasil.

\*\* Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul. Brasil.

## Resumo

Fístula traqueocutânea e retração cicatricial são complicações encontradas pós-traqueostomias. O objetivo do presente trabalho é apresentar uma técnica cirúrgica de fácil execução para reparação desses defeitos estéticos e funcionais.

Paciente masculino, 61 anos, havia sofrido traqueostomia. Após decanulação, a cicatrização cursou com retração, aderência a planos profundos e permanência de fístula traqueocutânea. Realizou-se o fechamento da fístula, reparando o defeito funcional utilizando-se a técnica de rotação de retalhos dermo adiposos em “folha de livro” para o preenchimento da área de retração, corrigindo o defeito estético.

A correção de retração cicatricial e da fístula traqueocutânea com rotação de retalho dermo adiposo garantiu reparação estética e funcional.

Retração cutâneo-hipodérmica é esteticamente desconfortável e estigmatizante. Fístulas traqueocutâneas com escape de ar são desagradáveis do ponto de vista funcional e estético. O método apresentado corrigiu a fístula e a depressão causada pela traqueostomia através de um procedimento simples, rápido e efetivo.

Conclusão: O presente procedimento supre as dificuldades encontradas em outras técnicas, garantindo correção funcional e estética através de um método simples e com baixa morbidade.

## Introdução

Fístula traqueocutânea (FTC) é uma complicação benigna da traqueostomia, sendo devida ao crescimento cutâneo em direção à mucosa da parede traqueal anterior (1,2) ou à granulação tecidual crônica que impede o fechamento da fístula (3). A frequência de FTC tem sido relatada entre 3,3 e 29% dos pacientes que sofreram decanulação (3,4) e está relacionada ao tempo de permanência da cânula (3-6).

A FTC pode significar mais que uma dificuldade puramente estética, podendo ser também responsável por distúrbios da fala, da tosse e ainda por limitações físicas às atividades diárias, como nadar e tomar banho (1).

Secreção excessiva, infecção do trato respiratório e disfagia, além de questões sociais, higiênicas e psicológicas igualmente podem se manifestar (6). Todos esses fatores, aliados à retração cicatricial resultante do fechamento espontâneo, são indicações de correção cirúrgica da FTC (6,7).

São dois os grandes grupos de tratamentos para as FTC: por primeira intenção, chamado fechamento primário – que pode ou não incluir excisão do trato fistuloso – e por segunda intenção, chamado de fechamento secundário. O fechamento secundário possui vantagens, como prevenção de complicações; todavia a técnica de fechamento primário parece ter um resultado estético e funcional de melhor qualidade com pouca ou nenhuma morbidade (4).

Diversos métodos de fechamento da FTC foram relatados na literatura e incluem avançamento de tecidos em V-Y<sup>1</sup>, z-plastia (3,4), aproximação dos músculos esternoióide e esternotireóide (6), utilização de cartilagem da orelha (8), rotação de retalho de pele (9), retalho duplo de músculos (10) (músculos em faixa da região infra-hioídiana e platísmo),

rotação do músculo esternocleidomastóideo (11,12), transplante de cartilagem da orelha associado à rotação de retalho miocutâneo deltopeitoral (13).

Propomos um método simples e efetivo de reparação de FTC utilizando-se a rotação de tecido dermo adiposo para correção estética e funcional da retração cicatricial associada à fístula.

## Material e método

Masculino, 61 anos, branco, sofreu traqueostomia há um ano após estenose traqueal causada por excisão de neoplasia de laringe. A cicatrização cursou com retração, aderência a planos profundos e permanência de FTC, que causava escape de ar pelo trajeto formado, além de movimento de sobe-e-desce da traquéia cada vez que o paciente deglute (Fig. 1).

Foram demarcadas as projeções cutâneas da lesão (Fig. 2) e respeitadas as técnicas de anti-sepsia e assepsia para a realização do ato operatório. Foi realizada sedação com Midasolan endovenoso 1mg/ml diluindo uma ampola de 3 mL em 12 ml de água e Cloridrato de Fentanila endovenoso na dose de 0,05 mg/kg de massa corporal. A área a ser operada foi infiltrada utilizando-se Lidocaína com Epinefrina 1:200.000 a 2%. Utilizou-se cateter nasal de oxigênio a 1l/minuto e monitoramento através de oxímetro de pulso e eletrocardiograma.

Procedeu-se uma incisão elíptica na pele, mantendo a fístula no centro desta elipse (Fig. 3), sendo então desepitelizados os dois triângulos cutâneos laterais (Fig. 4). A FTC foi dissecada até a superfície traqueal, onde foi identificada a comunicação traqueocutânea e ressecado o trajeto fistuloso, que foi ligado com Poliglactina 910 (Vicryl® 3.0) (Fig. 5).

Aprofundaram-se, então, os triângulos de maneira a constituir dois retalhos dermo adiposos de pedículo subcutâneo medial, os quais foram rotados em direção à linha média em “folha de livro”, deixando base nutridora na região medial, bilateralmente, sendo desfeitas as aderências e retrações traqueocutâneas. Com esta manobra foi obtido o preenchimento da retração (Fig. 6).

Os retalhos dermo adiposos bilaterais previamente rotados foram fixados com fio absorvível sintético multifilamentar, Poliglactina 910 (Vicryl® 3.0) na região da retração onde previamente localizava-se a FTC.

Aproximaram-se, após, as áreas doadoras dos retalhos no sentido cranio-caudal, suturando-se o músculo platísmo com fio absorvível sintético multifilamentar Poliglactina 910 (Vicryl® 3.0) 4.0 e a pele com pontos em U vertical, utilizando fio de poliamida 3.0 (Mononylon) deixando dreno laminar de látex (dreno de Penrose) (Fig. 7). O procedimento foi finalizado aplicando-se curativo compressivo no local.

## Resultados

A FTC foi fechada com sucesso –garantindo o restabelecimento da função traqueal fisiológica–, a dissecação dos planos anatômicos até a traquéia corrigiu a aderência dos vários planos regionais e os retalhos adiposos preencheram satisfatoriamente a depressão cicatricial – conferindo à região um bom aspecto estético (Fig. 8).

Não houve complicações pós-operatórias nem recidivas locais.

### **Discussão**

A técnica demonstrada é de grande utilidade para fístulas menores que um centímetro. Todavia, seu emprego em orifícios maiores tem risco aumentado de recorrência de FTC e podem ocorrer problemas estéticos devido à tensão tecidual como o surgimento de “dog ears” na cicatriz pós-operatória (1).

A utilização de anestesia local com sedação foi bem tolerada pelo paciente, que permaneceu durante todo o ato cirúrgico consciente, lúcido e cooperativo, não tendo relatado dor nem desconforto. A anestesia local assistida (sedação) parece-nos melhor em relação à anestesia geral, pois se pode pedir para o paciente engolir, avaliando-se o sucesso da dissecação tecidual ao redor da traquéia. Além disso, é possível que o paciente realize manobra de Valsalva, permitindo a avaliação da correção da fístula traqueocutânea.

A profilaxia antimicrobiana inibe o crescimento de bactérias patogênicas, reduzindo assim incidentes infecciosos. Os pacientes portadores de FTC estão mais expostos a esta situação clínica, sendo então recomendada a antibioticoprofilaxia (15).

Métodos como a rotação de retalhos musculares e mio-cutâneos (13),

apesar de serem mais adequados aos casos de fístulas maiores de 1cm, possuem maior morbidade, haja vista a maior lesão cirúrgica e a possível perda de função muscular.

A técnica apresentada de correção de FTC com identificação e ligadura do trajeto fistuloso e com rotação de retalho de pânículo dermo-adiposo possui a vantagem de corrigir a fístula e a depressão causada pela traqueostomia prolongada, procedimento este de baixa morbidade.

### **Conclusão**

Baseado na literatura, a correção cirúrgica de cicatriz e de fístula traqueocutânea pós-traqueostomia com rotação de retalho de pânículo dermo-adiposo supre as dificuldades encontradas em outras técnicas, garantindo correção funcional e estética através de um método simples e com baixa morbidade.

### **Agradecimentos**

Agradecemos ao Professor Doutor Nilton Haertel Gomes, cirurgião torácico.