

Retalho de nuca para reconstrução de lesões de couro cabeludo

Dos Santos, L. F.*, Amorim Junior, M. A. P. **, Batista, O. B., ***, Leite, L. A. S.****

* Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital da Restauração, Recife – PE, Brasil.

** Residente de Cirurgia Plástica. Hospital Infantil Maria Lucinda, Recife – PE, Brasil.

*** Residente de Cirurgia Plástica. Hospital da Restauração, Recife – PE, Brasil.

**** Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital Agamenon Magalhães, Recife – PE, Brasil. Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital da Restauração – Recife, Pernambuco, Brasil

RESUMO

Dezesseis pacientes do sexo masculino com idade entre 20 e 35 anos foram submetidos a Cirurgia Reconstructiva com retalho pediculado de nuca, entre 2000 e 2003, no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Agamenon Magalhães, Recife, Pernambuco, Brasil, para tratamento de lesões inflamatórias crônicas de origem micótica e um caso de lesão secundária a queimadura elétrica com necrose de couro cabeludo e exposição óssea, todos em região occipital. O tempo de internamento variou entre 3 e 4 dias. Foram identificados três casos de necrose de ponta de retalho, em região retroauricular, medindo entre 0,5 cm e 1 cm, que cicatrizaram por segunda intenção. Não houve qualquer caso de infecção ou necrose pedicular. A técnica proposta apresentou com vantagens a correção em um só tempo cirúrgico e o fechamento direto da lesão com bom aspecto cosmético. Como desvantagens, identificaram-se aumento da área glabra e, algumas vezes, presença de cicatriz hipertrófica, a qual, na opinião dos pacientes, não comprometeu sua qualidade de vida.

DESCRITORES: Retalho de nuca, Cirurgia Reconstructiva, Lesão de couro cabeludo.

INTRODUÇÃO

A região cefálica e o pescoço, por delimitarem a margem superior do corpo, estão expostos a insultos de ordem variada por parte do meio ambiente, muito mais que o restante do corpo, geralmente coberto pelo vestuário. Isso os torna susceptíveis a queimaduras e processos infecciosos que acarretam sofrimento ao paciente devido à alteração estética, além da alteração do estado de saúde (1). Sob essa ótica, as lesões localizadas na região occipital têm especial importância, marcadamente as de ordem inflamatória crônica micótica, por serem resistentes ao tratamento medicamentoso e por acometerem adultos jovens, em idade laboral.

Os avanços da Cirurgia Plástica possibilitaram melhores opções de reconstrução imediata, cobrindo as estruturas vitais, dando forma e contorno e assegurando a estética, por meio da utilização de retalhos cutâneos de tecidos adjacentes ao defeito cirúrgico, com bom aporte sanguíneo, especialmente quando realizados em um só tempo, o que evita intercorrências locais, além de assegurar qualidade de vida muito melhor ao paciente, devido aos bons resultados cosméticos (2).

As lesões de couro cabeludo em região occipital representam um problema delicado para o cirurgião plástico, pois seu fechamento por descolamento e rotação simples, além

de exigir anestesia geral, tem implicado em alta incidência de complicações, como hemorragia e necrose local (3). Dentre os tipos de retalhos pediculados cutâneos empregados para a reconstrução dessas lesões, a literatura refere com maior frequência aqueles da região de trapézio (4,5), região escapular (6-9) e, mais raramente, das regiões occipito-dorsal (10) e parieto-occipital-cervical (11). O retalho exclusivamente cervical, classificado como retalho cutâneo por Scheim, Kahane e Myers (12), em 1977, pode ser utilizado pelo fato não ter sido localizada artéria nominável em seu eixo longitudinal, e parece estar muito além do conceito convencional de outros retalhos (3).

Por meio de ligação intra-operatória unilateral da artéria occipital, seguida de deslocamento extenso de uma extremidade de retalho da pele da nuca, os riscos pós-operatórios de necrose e hemorragia podem ser minimizados. Hemostasia cuidadosa, infusão extensa de anestésico diluído e modificações na instrumentação podem reduzir a morbidade associada a esse procedimento (3).

O objetivo desse trabalho é descrever a experiência, em hospital da rede pública, de cirurgia reconstructiva de extensas lesões occipitais inflamatórias crônicas de natureza micótica e de lesão por queimadura com necrose, utilizando exclusivamente retalho pediculado fino de pele de nuca.

Aspectos anatômicos da nuca

O planejamento cirúrgico de relatos requer conhecimento dos aspectos anatômicos da área incisada, para assegurar a vascularização dos mesmos.

A região da nuca compreende, adiante, uma linha oblíqua correspondente ao bordo anterior do músculo trapézio e, na linha mediana para cima e para baixo, duas linhas horizontais, a primeira ao nível da protuberância occipital externa e a segunda, ao nível da base da apófise espinhosa da 7ª cervical.

A nuca é composta por quatro planos musculares, superpostos, incluindo, do plano mais profundo à superfície (13).

A pele da nuca não possui grandes troncos arteriais, por outro lado as arteríolas são numerosas (14). As artérias cutâneas dessa região são oriundas dos sistemas occipital, da cervical profunda e transversa, da escapular posterior e superior.

Com base nas descrições de outros autores e nos achados de arteriografias e de dopplervelocimetria da presente pesquisa, constatou-se que os ramos colaterais da artéria cervical são numerosos e finos; os ramos musculares, que nascem de sua parte horizontal, se dirigem obliquamente

para baixo e para trás, dentro dos músculos splenius, do grande e do pequeno complexus (15) (Fig. 1). O ramo interno da artéria occipital nasce de uma colateral cutânea, que se dirige por um trajeto recorrente e para fora, cruzando a aponeurose superficial. Esta colateral tem calibre de 1,5 mm a 2 mm e tamanho de 3 cm a 4 cm. Pode também nascer da artéria occipital, antes de sua bifurcação; neste caso atravessa o trapézio por um orifício que lhe é particular. O ramo interno da artéria occipital com suas ramificações recobre toda a pele da parte superior da região da nuca (14).

Também tomando como referência estudos anteriores e a análise de arteriografia e dopplervelocimetria, identificou-se que o sistema cervical profundo compreende a artéria cervical ascendente, principal artéria muscular e também a principal artéria cutânea da nuca e as artérias músculo-cutâneas. A artéria cervical ascendente nasce da face posterior da subclávia; situa-se em profundidade, distante da pele cerca de 1,2 cm, com calibre em torno de 0,1 cm a 0,3 cm, e emerge à altura da sexta vértebra cervical, região em que fornece tributárias musculares, de fino calibre, com fluxo imperceptível ao Doppler, exceto no ramo que sobe verticalmente, penetrando no músculo oblíquo do grande complexus, nosplenius, no transverso espinhoso adentrando os músculos do pescoço e da nuca (7), onde se anastomosa com ramos colaterais da artéria occipital. Esse ramo situa-se a cerca de 0,6 cm da pele; apresenta calibre de 0,1 cm a 0,2 cm e apresenta fluxo em torno de 4,6 cm/s (Fig. 2).

A artéria cutânea, tributária da artéria cervical profunda, nasce à altura da apófise transversa da C4 e emerge do plano muscular, à altura da apófise espinhosa da C5 sempre acompanhada por uma veia importante que une as circulações venosas superficial e profunda. As artérias músculo-cutâneas se ramificam de uma inominada e se dividem em dois ou três ramos, os quais, dentre outras direções, cruzam a linha mediana e se distribuem à pele do lado oposto.

Os sistemas da artéria escapular posterior e da cervical transversa fornecem grande parte da circulação da região da nuca, por meio de ramos curtos, finos e pouco numerosos. Dentre esses ramos merece ser mencionado aquele que parte da cervical transversa, no momento onde ela se encontra no músculo angular do omoplata e sobe para mergulhar nos músculos da nuca (7).

O padrão descrito no presente trabalho foi considerado como vascularização normal em irrigação de planos musculares, no entanto, sofre alterações fisiológicas, inclusive de acordo com os diversos biótipos, sobretudo na região da nuca dos pacientes

MATERIAL E MÉTODO

Foram incluídos 16 pacientes, do gênero masculino, com idade entre 20 e 35 anos, nível de instrução fundamental a médio, em atividade laboral, atendidos no Serviço de Cirurgia Plástica de hospital público, no período de 2001 a 2003, por referência ou demanda espontânea. Quinze pacientes traziam laudos anatomopatológicos, com diagnóstico de processo inflamatório crônico de origem micótica, sugestivo de criptococose, em couro cabeludo, com aspecto de lesões sobrelevadas, múltiplas, compactas, elásticas, pardacentas, com pelos e dimensões médias de 6 cm x 15 cm

x 2 cm. Todos referiam tratamento medicamentoso anterior, por 1 a 2 anos, sem redução da lesão, o que motivou seu encaminhamento ou busca para tratamento cirúrgico. Um paciente apresentava lesão circular de aproximadamente 8 cm de diâmetro, seqüela de queimadura elétrica, com necrose de couro cabeludo em toda a área lesional e de calota craniana em aproximadamente 40% da lesão.

Dado se tratar de pesquisa, realizou-se dopplervelocimetria da região cervical, para estudo da vascularização da musculatura. Após tricotomia, a técnica cirúrgica consistiu em, com o paciente sentado, traçar os limites anatômicos da lesão e do retalho de nuca, em forma retangular, mantendo a proporção de 3:1 comprimento-altura, a partir da linha espinhosa dorsal em nível cervical, delimitando-se o retalho em uma linha longitudinal, para fora, de 5 cm a 7 cm em cada lado. O limite superior foi demarcado por uma linha horizontal, a partir da extremidade inferior da implantação do cabelo e o limite inferior a aproximadamente 5 cm, distalmente do superior (Fig.3).

Sob a anestesia local, com sedação, fez-se a exérese da tumoração com margens amplas (Fig.4), seguindo-se a aferição das dimensões da lesão (Fig. 5,6). Realizada a dissecação do retalho de nuca ao plano aponeurótico (Fig. 7), o mesmo foi submetido a rotação simples e suturado em posição tal que pudesse recobrir completamente a lesão (Fig. 8), procedendo-se sua fixação por meio de sutura com fio de nylon 3.0 e 4.0, com pontos separados. A área doadora foi fechada primariamente (Fig. 9). Não foi usada drenagem pós-operatória em qualquer dos pacientes.

No caso do paciente com lesão por queimadura elétrica, consistindo em perda de tecido, necrose das bordas e exposição da calota craniana (Fig. 10), foram descolados dois retalhos, sendo um do couro cabeludo até sua linha de implantação e outro de nuca, nas dimensões já especificadas. O retalho de couro cabeludo foi utilizado para recobrir a área com perda de tecido e o de nuca, para recobrir a área doadora. Os retalhos foram fixados com pontos separados, com fio de nylon 4.0 (Fig. 11).

Durante dois dias, procedeu-se à troca de curativos oclusivos, tendo sido feita a retirada dos pontos cirúrgicos ao décimo dia de pós-operatório (Fig. 12). Os pacientes foram acompanhados em atendimento ambulatorial durante dois anos, inicialmente para que se diagnosticassem precocemente possíveis complicações cirúrgicas e, posteriormente, para documentação do resultado estético (Fig. 13,14).

RESULTADOS

Dezesseis pacientes foram submetidos à reconstrução com retalho cutâneo simples, pediculado, de sítio doador regional, por rotação simples. Em dois casos foi observada necrose parcial distal, que cicatrizaram por segunda intenção, com resultado estético de boa qualidade (Fig. 15,16). Não foram registrados casos de infecção nem de cicatriz queloidiana.

Após seguimento por dois anos, não houve relato de recidiva da lesão. Todos os pacientes e a pesquisadora consideraram o resultado estético e funcional bom. No sítio doador do retalho, não foram observados problemas funcionais.

DISCUSSÃO

Na pesquisa bibliográfica, do período de 1970 a 2004, foram localizados apenas dois trabalhos empregando técnica cirúrgica semelhante a do atual relato (10) já que nas reconstruções de região occipital, o relato era miocutâneo, das regiões de trapézio, supra-escapular e cérvico-deltópeitoral, diferindo assim do retalho cutâneo pediculado de região exclusivamente cervical utilizado nesses pacientes.

A experiência adquirida, ao longo de dois anos, com essa técnica cirúrgica, para recobrir áreas cruentas resultantes da exérese de tumores da região occipital com utilização de retalho cutâneo de nuca, permitiu afirmar que se trata de uma solução simples e de fácil execução, proporcionando ao cirurgião um procedimento em um só tempo, sem necessidade de autonomização dos retalhos.

Dentre as vantagens de utilização desse método é importante ressaltar a possibilidade de remoção de áreas extensas de couro cabeludo, a flexibilidade e a extensibilidade do retalho, permitindo preencher satisfatoriamente a área de exérese da lesão, na maior parte das vezes extensa, com resultados estéticos de boa qualidade; a visualização excelente intra-operatória e ausência de retração e assimetria, comprovando as constatações de outros autores (3,12).

Apesar da pele da nuca não possuir grandes troncos arteriais, o que atuou como fator redutor do tempo de cirurgia é suprida por numerosas arteríolas (14), que asseguram irrigação profusa e sobrevida do retalho. Esse fato pode explicar o número pequeno de necroses de retalho, assim como a área restrita à extremidade distal do mesmo, que se localizou, em todos os casos estudados, em região retroauricular, próxima a extremidade cranial do pavilhão auricular. A

efetividade da vascularização pode ser identificada pelo fato de nos dois casos ter havido cicatrização por segunda intenção, em tempo curto.

As desvantagens identificadas na presente casuística podem ser consideradas como inevitáveis, pois consistiram em aumento da área glabra em região nugal e presença de cicatriz hipertrófica. No entanto, considerando-se a qualidade de vida do paciente e o resultado estético, estas podem ser classificadas como desvantagens menores, como referido por outros autores (5).

Ogawa et al. (10) relataram taxa de necrose em porção distal do retalho igual a 17,8%, portanto maior que a de 12,5% da presente pesquisa. Os dois casos de necrose distal ocorreram em pacientes operados ao início da presente pesquisa, quando testavam-se os passos do procedimento e os tempos cirúrgicos. Identificou-se, em ambos, que a proporção comprimento-largura do retalho havia sido excessiva, de tal sorte que para os demais pacientes manteve-se a proporção de 3:1 e a necrose deixou de ser complicação cirúrgica.

Essa proporção foi maior que a referida no estudo de Gao et al. (16), em porcos, realizado em 1999 e 2000, no qual concluíram que a área de sobrevivência dos retalhos mais finos era maior que a dos retalhos mais espessos e dependia da relação entre a largura do retalho e do pedículo, que não deveria ultrapassar 2:1.

CONCLUSÃO

Dados os resultados anatômicos, cirúrgicos, funcionais e estéticos, pode-se considerar o retalho de nuca uma opção adequada para reconstrução de lesões em couro cabeludo.