



A SISTEMATIZAÇÃO DO RETALHO DO MÚSCULO LATÍSSIMO DO DORSO EM DECÚBITO DORSAL

Fernando Antônio Gomes de Andrade^{1,2}, Fernando Gaia Duarte¹, Luciano Ornelas Chaves², Ricardo Nogueira Bezerra¹, Luís Henrique Alves Salvador Filho¹, Simone Vicente Dias da Silva¹

¹Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil. ²Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil

E-mail: fernandogomescirurgioplastica@hotmail.com

Tipo de Apresentação: Comunicação oral.

1. Introdução

O músculo latíssimo do dorso (MLD) constitui um dos elementos mais importantes da parede latero-posterior do tórax. O retalho do músculo latíssimo do dorso (RMLD) tem sido utilizado de maneira extensa em cirurgias reconstrutoras e sua aplicação tem atravessado um processo de evolução nas últimas décadas. Contudo, o emprego deste retalho não é algo recente (SCOTT,1981). O RMLD foi utilizado pela primeira vez em 1896 por Tansini para reconstrução da região torácica após mastectomia, porém, a sua grande aceitação na Europa se deu apenas no início do século XX, com a divulgação de importante trabalho em 1912 por D'Este. A partir de 1939, o RMLD teve sua aplicação citada para diversas finalidades em cirurgia plástica.

O RMLD tem grande versatilidade, podendo ser utilizado em reconstruções mamárias(OLIVARI, 1978), (MUHLBAUER, 1977), (BOSTWICK, 1978), na cobertura de defeitos da parede torácica (DAVIS, 1949), em reconstruções no território da cabeça e pescoço (BARTLETT, 1978), (ANDRADE, 2000), na restauração funcional do ombro e do braço (SCHOTTSTAEDT, 1955), (ZANCOLLI, 1976), fechamento de meningomielocele (DESPREZ, 1973), reconstrução da parede abdominal, reconstrução de extremidades inferiores e vértice do couro cabeludo (BARTLETT, 1978), (ANDRADE, 2000). Além da



extensa aplicabilidade deste retalho, sua anatomia pouco variável contribui para sua frequente utilização em Cirurgia Plástica (ANDRADE, 2000).

A posição do paciente no intraoperatório é de extrema importância para a individualização e rotação do RMLD. Posicionando-o em decúbito ventral ou lateral para a dissecação do MLD, a transferência do retalho requer a mudança da posição durante a cirurgia, podendo aumentar a morbidade e o tempo da cirurgia (ANDRADE, 2000). A possibilidade de usar o MLD em decúbito dorsal (DD) dispensa a mudança de posição do paciente e cria uma opção para as reconstruções microcirúrgicas (ANDRADE, 2000).

2. Referencial Teórico

O trabalho tem como referencial teórico Jean-Marie Servant e Marc Revol e suas técnicas de dissecação e de individualização o Retalho do Músculo Latíssimo do Dorso em decúbito dorsal, sendo o estudo em questão uma descrição das técnicas usadas por eles.

3. Metodologia

Foram avaliados em casuística publicada pelos autores 8 10 casos de RMLD realizados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas (HU/UFAL). Todos os pacientes foram protocolados por meio de fichas uniformizadas e informatizadas. 70% dos pacientes eram do sexo masculino e 30% do feminino, com idade variando entre 18 e 63 anos (média 41,7 anos). O pré-operatório e os procedimentos cirúrgicos de individualização dos RMLDs e seu posicionamento no leito da região receptora foram semelhantes em todos os casos.

O pré-operatório dessas cirurgias exige precauções importantes no conhecimento de pré-exposições à radiação e/ou intervenções cirúrgicas, quer seja na área doadora ou na área receptora. Já em crianças, preconiza-se a radiografia da coluna, que será utilizada como padrão para futuras avaliações; os exames complementares, como arteriografia e Doppler, não foram solicitados por não serem considerados decisivos. Realiza-se a avaliação dinâmica do MLD com o paciente de pé, com o braço em adução forçada, estando as mãos posicionadas sobre as cristas ilíacas.



O intraoperatório para a rotação do RMLD: estando o retalho demarcado, tem início a indução anestésica. Optou-se pela anestesia geral inalatória com intubação oro-traqueal. O paciente é posicionado em DD, com o braço em abdução sobre um apoio auxiliar de uma mesa de cirurgia da mão. Na sequência, coloca-se um coxim (um campo cirúrgico grande envolto sobre si mesmo, com aproximadamente 30 cm de comprimento e 14 cm de diâmetro) longitudinalmente, ao longo da linha paravertebral, do lado a ser operado, desta forma, elevando a porção lateral do paciente.

O pedículo vaso-nervoso é abordado inicialmente, após a demarcação do retalho, por incisão em “V” invertido na margem superior da elipse que delimita o retalho do MLD, com ápice medial e com aproximadamente 140° de angulação, que envolve a pele e o tecido celular subcutâneo. Em seguida, a incisão é prolongada conforme a constituição e o desenho do retalho desejado. Na necessidade de um retalho muscular, o prolongamento é longitudinal, acompanhando a linha axilar média. Quando da necessidade de um retalho músculo-fasciocutâneo, o prolongamento obedece à demarcação medial, observando-se as relações do MLD com o músculo da região do tórax e do abdome.

A demarcação do limite medial tem início com o músculo em contração, para que desta forma seja possível visualizar e palpar a margem medial deste músculo e o eixo de rotação do retalho correspondendo à origem do pedículo vascular, situado no centro da fossa axilar, estando o braço em elevação e abdução completa.

A incisão do segmento cutâneo-lateral orienta-se pela largura desejada para a cobertura do defeito cutâneo e parte da extremidade distal para a proximal, com o intuito de facilitar a abordagem da região do pedículo. É importante que a largura do retalho cutâneo, não seja maior que 10 cm.

Na individualização do MLD, torna-se imperativo o conhecimento da sua anatomia. A artéria, veia e o nervo subescapular nascem no território da artéria e veia axilar. O trajeto da artéria e da veia subescapular será descendente e a diferenciação para a artéria toracodorsal ocorrerá após a artéria e a veia subescapular emitirem a artéria e a veia circunflexa da escápula. Na dissecação do MLD, não será necessário o reconhecimento com visualização das artérias e veias subescapular e circunflexa da escápula, mas a toracodorsal, quase sempre será



visualizada. A identificação do tendão de inserção do MLD e a sua secção é um momento da cirurgia, de grande importância e decisivo para a adequada rotação do retalho. Os autores, sempre, identificam o tendão e o seccionam acima dos vasos toracodorsais, quando realizam a rotação do MLD. Após a secção do tendão de inserção do MLD, o retalho poderá ser posicionado na área receptora a ser reconstruída.

4. Resultados e Discussões

No presente estudo, posicionar o paciente em DD foi a escolha para todos os atos operatórios, proporcionando vantagens para o paciente e para a equipe cirúrgica. Nota-se que em 50% dos casos, as áreas receptoras foram membros inferiores (MMII), 30% os membros superiores (MMSS) e 20% a região de cabeça e/ou pescoço. Quanto à etiologia das lesões, 50% foi consequência de trauma e os outros 50% de lesões tumorais.

Acredita-se que a pequena porcentagem de perda total do RMLD é devido as suas características, como pedículo vascular longo e de grosso calibre, bem como a sua anatomia constante e presença limitada de placa ateromatosa no lúmen vascular da artéria subescapular e toracodorsal (ANDRADE, 2000).

O uso do DD em retalhos do MLD viabiliza: a possibilidade de atuação concomitante de duas equipes, uma trabalhando na região doadora do retalho e a outra na região receptora, que pode colaborar para diminuir o tempo intraoperatório; nos casos dos retalhos microcirúrgicos, a simplificação do ato cirúrgico, com maior conforto para o cirurgião, que pode realizar sentado toda a dissecação e hemostasia com mais facilidade, uma vez que não há mudanças de decúbito na totalidade dos casos; a síntese da área doadora torna-se mais fácil, podendo até ser realizada por outra equipe, enquanto o cirurgião concomitantemente pode iniciar a anastomose do retalho; a abordagem do pedículo, que é curto quando penetra o MLD, estando perto da margem anterior do músculo, é facilitada com o decúbito dorsal e com o braço colocado naturalmente em abdução (ANDRADE, 2000). A equipe de anestesia pode trabalhar com o paciente em uma posição definitiva, não sendo necessária a troca de decúbito e dos campos operatórios, pois o paciente é anestesiado em DD e permanece na mesma posição durante toda a cirurgia, o que facilita a fixação do tubo endotraqueal e a monitoração dos parâmetros clínicos.



Salienta-se que o grau de dificuldade cirúrgica, com o paciente em decúbito dorsal, não possui um elemento de comparação na literatura consultada, mas a posição da individualização do MLD é exequível. Não houve complicações estritamente decorrentes da posição cirúrgica.

Referências

ANDRADE, F. A. G., SERVANT, J. M., FERREIRA, L. M., REVOL, M., TRABER, H., NASCIMENTO, C.P., et al. O decúbito dorsal nos retalhos microcirúrgicos do músculo latíssimo do dorso - Técnica de J.M. Servant. **Rev Soc. Bras Cir Plast.** v. 15, n. 2, p. 35-46, 2000.

BARTLETT, S. P., MAY, J. W., YAREMCHUK, M. J. The latissimus dorsi muscle: a fresh cadaver study of the primary neurovascular pedicle. **Plast Reconstr Surg.** v. 67 n.5, p. 631-6, 1981.

BOSTWICK, J. 3rd, VASCONEZ, L.O., JURKIEWICZ, M. J. Breast reconstruction after a radical mastectomy. **Plast Reconstr Surg.** v. 61, n.5, p. 682-93, 1978.

D'ESTE, S. La technique de l'amputation de la mamelle pour carcinoma mammaire. **Rev Chir,** Paris. v. 45, p.164-210, 1912.

DAVIS, H.H., TOLLMAN, J.P., BRUSH, J.H. Huge chondrosarcoma of rib, report of a case. **Surgery.** v. 26, n. 4, p. 699-704, 1949.

