

Correção cirúrgica de retrações cutâneas

O desequilíbrio muscular decorrente das paralisias e os fenômenos inflamatórios levam mão hanseniana a apresentar freqüentemente retrações de pele. A síndrome do desuso e as posições anômalas são as responsáveis por estes achados, no primeiro caso, e os fenômenos cicatriciais, no segundo. Concomitantemente, pode haver a retração das estruturas periarticulares (Fig. 28.1).

A adequada educação sanitária e as atividades de prevenção de incapacidade por técnicas simples devem prevenir a contento estes acontecimentos. As técnicas fisioterápicas devem sempre ser utilizadas para a correção das contraturas já estabelecidas, pois normalmente obtêm-se resultados satisfatórios. No caso da persistência, devemos lançar mão das técnicas cirúrgicas.

A. INTERFALANGEANA DISTAL

Aqui são comuns as deformidades em



Fig. 28.1 Retratação por desuso.

flexão, com ou sem retração de pele. A falange distal é normalmente mais exposta ao trauma, e a quantidade de substância óssea muitas vezes é insuficiente para uma artrodese. No entanto, como o (brag) de alavanca desta articulação é muito pequeno, a colocação simples de um enxerto de pele muitas vezes resulta em recidiva do quadro. Assim, a artrodese ainda é a melhor escolha (Vide Fig. 26.11 a e b). No caso da interfalangeana do polegar, devemos sempre tentar algum procedimento inicial de liberação da retração de pele, com isto ganhando o máximo de comprimento ósseo para a artrodese em um segundo tempo.

B. INTERFALANGEANA PROXIMAL

Uma técnica bastante completa para re-solver as questões de contraturas das interfalangeanas é a de Fritschi (Fig. 28.2):

– Desenha-se um duplo Y, cujos ramos verticais se encontrem na parte volar da articulação e cujos ramos divergentes contêm o fulcro da articulação, tanto na face radial como cubital do dedo (Fig. 28.3 a).

– Com um bisturi de lâmina #15 incisa-se a pele exclusivamente até o fim do derma. Neste momento, utiliza-se uma tesoura fina para descolar a pele tanto em sentido distal como proximal (Fig. 28.3 b).

– Os dois retalhos correspondentes aos ramos divergentes do Y dão acesso, se necessário, aos ligamentos Colaterais, os quais podem

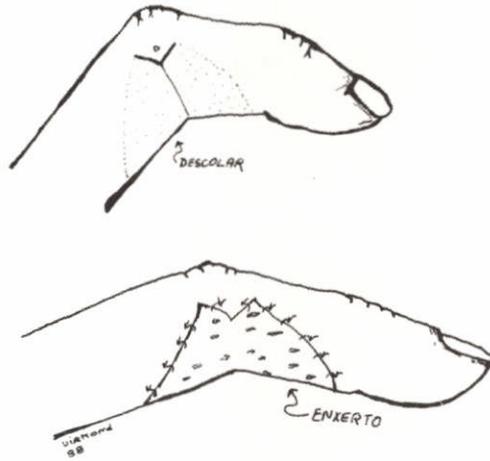


Fig. 28.2 Esquema da técnica de Fritsch.

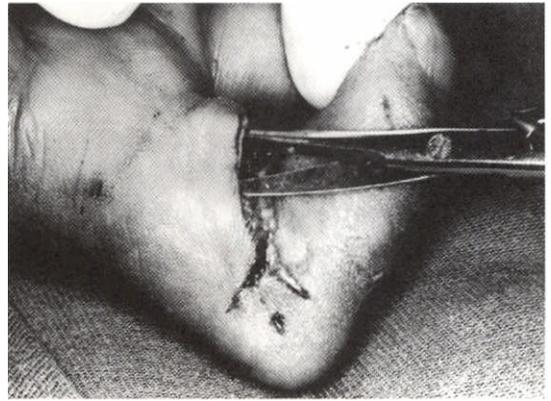


Fig. 28.3 (a) Incisões em duplo Y. (b) Deve-se proceder a cuidadoso descolamento para que o tecido areolar ocupe o local do defeito oferecendo um leito adequado para o enxerto.

ser liberados.

- O defeito criado pela liberação é recoberto por um enxerto de pele.

Nestes casos, a bainha dos flexores está situada imediatamente sob a pele volar, com muito pouco tecido areolar. Assim, justificam-se os descolamentos distal e proximal, para trazer à zona do defeito criado tecido adequado para receber o enxerto de pele pois, de outra forma, este ficaria imediatamente sobre o tendão

flexor. A pele descolada não apresenta problemas de viabilidade, pois, mesmo na eventual possibilidade de ausência de irrigação, ela atuará também como um enxerto de pele.

O grau de extensão que pode ser obtido depende primariamente da situação dos vasos colaterais.

Devemos testar progressivamente diferentes aberturas do Angulo da articulação interfalangeana, mantendo aquela onde não se

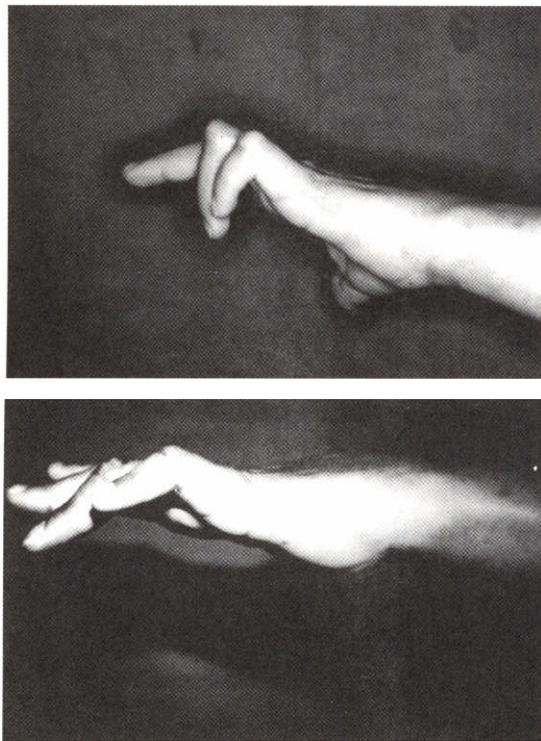


Fig. 28.4 Pré e Pós operatório. Técnica de Fritschi.

verifica isquemia da margem distal da ferida operatória. Achada esta posição, podemos mantê-la por meio de um fio de Kirschner ou por um aparelho gessado. Neste último caso, como a imobilização é precária, podemos proceder a um aumento do ângulo a partir de uma semana de pós-operatório (Fig. 28.4 a e b).

Em casos de contraturas mais severas, onde a liberação pode levar até a exposição da articulação, a melhor solução é recobrir o defeito com um retalho tipo *cross finger* ou dorso-lateral.

C. PRIMEIRO ESPAÇO INTERMETA- D. META CARPOFALANGEANAS CARPIANO

A contratura deste primeiro espaço é bastante comum nos casos de paralisia cúbito-

mediana, envolvendo retração da pele dorsal, da borda distal do espaço e das estruturas subjacentes como fáscia e músculos, dependendo do grau de comprometimento.

Uma das técnicas mais utilizadas é a de Brand (Z-plastia ampliada) (Fig. 28.5 a e b):

- Um Z é desenhado com o ramo médio acompanhando a borda distal do espaço intermetacarpiano.

- O ramo dorsal do Z é prolongado proximalmente, acompanhando a borda do segundo metacarpiano, até próximo à borda distal do rádio.

- Todos os tecidos limitantes são liberados.

- Os dois retalhos do Z são intercruzados.

- O defeito restante é fechado por enxerto de pele, podendo se utilizar curativo tipo Brown para melhor fixação ao leito.

A finalidade do Z é solucionar a contratura da borda distal do espaço intermetacarpiano. Em casos menos severos, podemos proceder apenas à liberação ao longo da borda do segundo metacarpiano, eliminando-se a etapa da Z-plastia distal (Fig. 28.6).

A imobilização é mantida por três semanas, findas as quais iniciam-se os exercícios para o polegar e a utilização de um *splint* que mantenha a abertura obtida no primeiro espaço.

Este tipo de procedimento cirúrgico é fundamental como técnica prévia à reconstrução da oposição do polegar, na qual requeremos um ângulo de aproximadamente 45g, para que se logre bom resultado pós-operatório.

Ocorre mais freqüentemente a retração com hiperextensão das articulações metacar-

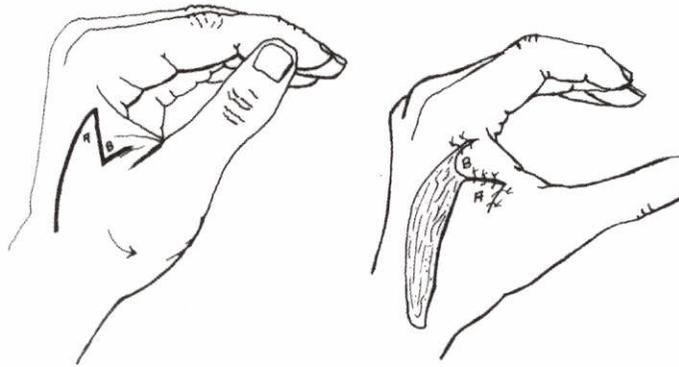


Fig. 28.5 (a) Esquema da técnica de Brand. Zetaplastia ampliada. (b) Retalhos transpostos e enxerto colocado sobre o defeito criado.

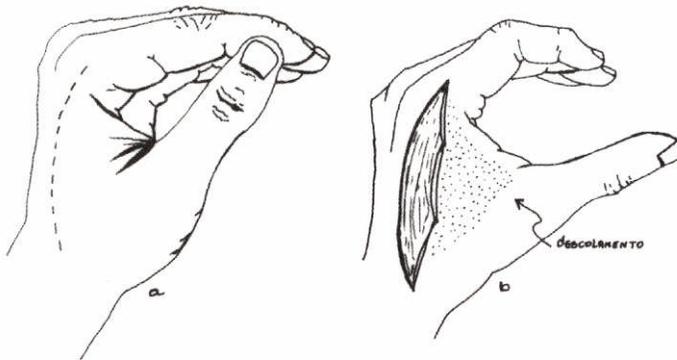


Fig. 28.6 Liberação do primeiro espaço com enxerto de pele. (Redesenhado a partir de McDowell & Enna, "Surgical Rehabilitation in Leprosy", pg. 228, Fig. 26-9).

pofalangeanas, decorrente de densa infiltração em casos virchowianos ou por seqüela grave de estados reacionais. São situações muito incapacitantes, pois a hiperextensão destas articulações não permite o fechamento da mão nem a formação de qualquer tipo de pinça.

Uma possível solução cirúrgica é a técnica de plastia dorsal (Fig. 28.7):

– Uma incisão transversal é feita no dorso da mão, 5 cm proximal As cabeças dos;- metacarpianos.

– Os bordos laterais do retalho são incisados em ziguezague.

– Disseca-se o retalho em sentido distal cuidadosamente, para prevenir dano As veias dorsais.

– Ao nível das articulações a dissecação prossegue em sua direção, liberando os ligamentos colaterais, se necessário.

– Obtida adequada flexão das metacarpofalangeanas, um enxerto de pele é colocado sobre o defeito criado proximalmente.

A dissecação do retalho é problemática, que existe abundante tecido cicatricial. Assim devemos ter o cuidado de não lesar as veias dorsais e os tendões que se encontram fundidos

aspectos, nos parece mais indica do o uso de retalhos à distância (peitoral ou inguinal) para a solução destes casos.



Fig. 28.7 Esquema da técnica para liberação de contratura das metacarpofalangeanas.

na massa cicatricial. Como é difícil estabelecer um plano de clivagem, devemos cuidar para que o retalho não seja excessivamente espesso.

A imobilização deve ser rigorosamente correta, sem desvios ou rotação das articulações, o que poderia trazer instabilidades severas, com agravamento da incapacidade da mão.

Como se pode perceber, esta é uma técnica difícil, na qual devemos pesar o benefício que ela pode trazer para uma mão severamente incapacitada, com os riscos inerentes ao se tratar com tecidos alterados em sua textura pelos fenômenos inflamatórios, e a confecção de um retalho de pedicelo distal. Por todos estes

Correção do Guttering

Para este problema, a técnica procura reposicionar o tendão extensor sobre o ápice da cabeça dos metacarpianos. Procedese de maneira similar aos casos de artrite reumatóide:

– Uma incisão curva é feita do lado cubital da cabeça do meta carpiano, expondo-se o tendão extensor.

– Seccionam-se as ligações do tendão do lado onde ele está luxado (cubital).

– Confecciona-se um pequeno retalho na aponeurose, do outro lado, o qual passa por baixo do tendão e depois é trazido para o mesmo lado, passando por cima do tendão. O retalho, atuando como polia, é suturado. As estruturas fibrosas profundas.

O retalho de aponeurose procura trazer o tendão extensor para sua posição normal, sobre o dorso da cabeça dos metacarpianos. A mão é imobilizada por um aparelho gessado, no qual as articulações metacarpofalangeanas são mantidas a 60° de flexão.

BIBLIOGRAFIA

BARLETTA, L.P.A. Retracción cicatrizial de la comisura interdigital de la mano, en secuelas de quemaduras. *Rev. argent. quemad.*, 2(3): 154-7, 1984.

FRITSCHI, E.P. Surgical reconstruction and rehabilitation in leprosy. The Director For Southern Asia. The Leprosy Mission. New Delhi, 1984.