

Retalho tensor da fascia lata: versatilidade nos defeitos de segmento inferior do tronco

FABÍOLA BARAS, WAGNER TEIXEIRA, JOSE ANSELMO PIMENTA LOFEGO, THIAGO RAMALHO SOUZA, MICHELLE RETORI FIGUEIREDO, THIAGO LOPES

Introdução

Reconstruções com retalhos musculares fazem parte do dia-a-dia do cirurgião plástico, e o domínio de técnicas versáteis e com pouca morbidade atestam ao músculo tensor da fascia lata (TFL) excelente opção no arsenal terapêutico. O TFL pode ser utilizado como retalho composto e apresenta 2 arcos de rotação, servindo como cobertura de lesões em variadas regiões corporais.

Objetivo

Analisar as indicações e os resultados obtidos com este retalho em serviço de Cirurgia Plástica de hospital público do Rio de Janeiro.

Método

Foram revisados os prontuários e as fotos de todos os casos de pacientes submetidos a qualquer tipo de reconstrução utilizando retalho de fascia lata no serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Federal de Bonsucesso (RJ), nos últimos 5 anos.

Resultados

Foram encontrados seis casos: dois pacientes do sexo masculino com extensas úlceras de pressão, três pacientes (2 do sexo masculino e 1 do feminino) com perda da capacidade de contenção de vísceras abdominais e um paciente do sexo masculino com extensa ferida glútea pós ressecção de neoplasia maligna. Os pacientes com escaras de decúbito apresentavam lesões em região

trocantérica e isquiáticas combinadas. Os pacientes com lesão de abdome inferior apresentavam complicações devido a peritoneostomia prolongada após laparotomia por abdome agudo inflamatório; tumor desmoide recidivado acometendo todas as camadas da parede abdominal e outro submetido à ressecção de carcinoma peniano com linfadenectomia inguinal. O último paciente apresentou grande área cruenta em glúteo após remoção de sarcoma de partes moles.

Discussão

O TFL pode ser utilizado como retalho muscular até osteomiocutâneo, com possibilidade de arcos de rotação anterior, cobrindo a região inguinal, perineal, pubiana, hipogástrica e região abdominal superior e outro posterior, que pode cobrir a área trocantérica, isquiática, perianal e sacral. A artéria nutridora desse retalho se origina da artéria circunflexa lateral. O pedículo vascular entra na porção profunda do músculo, cerca de 6-8 cm abaixo da espinha ilíaca ântero-superior. A pele que o cobre é suprida por numerosas perfurantes musculocutâneas. Além de pedículo vascular longo (5-6 cm), bem definido e de posição constante, o que permite dissecação habitualmente simples, ele também possui diâmetro externo apropriado (1,5-2 mm) para transferência microcirúrgica. Este retalho tem como uso principal a cobertura de úlceras de decúbito, mas, devido

a suas características favoráveis, o TFL é utilizado em diversas especialidades. Nosso paciente oncológico submetido à reconstrução hipogástrica e inguinal bilateral apresentou perda de 1/3 do retalho, por avanço da doença de base e também, possivelmente, pelo fato do paciente ser tabagista. O paciente submetido à reconstrução glútea apresentou necrose de cerca de 30% do retalho, o que pode ser decorrente do grande arco de rotação utilizado e do fato do paciente não respeitar as restrições ao decúbito. Os demais pacientes apresentaram boa evolução pós-operatória. As cicatrizes em área receptora e doadora e pequenos abaulamentos não foram considerados importantes pelos mesmos. Apesar da casuística pequena, e da necrose parcial em 2 casos, acreditamos que a vantagem proporcionada pela cobertura fornecida pelo retalho foi superior a outras possíveis formas de tratamento local.

Conclusão

O retalho do tensor da fascia lata deve ser considerado como importante ferramenta nas reparações que envolvem úlceras de pressão extensas e defeitos do terço inferior do tronco; a sua pequena participação em muitos serviços se deve mais à sua pouca utilização em função, muitas vezes, da menor experiência dos cirurgiões em sua confecção. O prejuízo estético da área doadora é superado tanto pela qualidade na cobertura, como pela baixa morbidade e praticidade de execução.