

Cobertura cutânea em pacientes vítimas de acidentes ofídicos

RAFAEL GALLI, VIVIAN ONOE HATAKEYAMA, FABIO KAMAMOTO, DIMAS ANDRÉ MILCHESKI, PAULO TUMA JR, MARCUS CASTRO FERREIRA

Introdução

A incidência e a mortalidade do acidente ofídico são subestimadas devido à precariedade de sistemas de notificação e por muitos ocorrerem em áreas rurais e de difícil acesso a serviços de saúde, onde muitos optam por tratamentos com curandeiros locais. As complicações a longo prazo do envenenamento por serpentes incluem necrose local, com necessidade de desbridamento e cobertura cutânea, e destruição de tecidos profundos que levam à amputação, com consequente déficit funcional e possível afastamento do trabalho. Artrodese, ulceração crônica, osteomielite, transformação maligna e hemodiálise por insuficiência renal são mais raros. Em quadros agudos, observa-se dor, edema, hemorragias, infecção secundária, rabdomiólise, insuficiência renal, insuficiência respiratória, septicemia e choque. Dentre os acidentes por serpentes peçonhentas há predomínio do gênero *Bothrops* (jararaca), com 86% dos casos identificados. As principais vítimas costumam ser jovens e adultos (73% entre 15 e 60 anos), do sexo masculino (77%) e trabalhadores rurais. No Hospital Vital Brazil, 22% dos pacientes entre 2008 e 2010 evoluíram com complicações locais (infecção, necrose, síndrome compartimental, amputação e déficit funcional), apesar de todos terem recebido soro antiofídico, fornecido gratuitamente pelo sistema de saúde brasileiro.

Objetivo

Relatar a cobertura cutânea de feridas profundas por acidentes botrópicos pelo cirurgião plástico.

Método

Foram estudados retrospectivamente 5 acidentes botrópicos com complicações locais, atendidos no Hospital Vital

Brazil e encaminhados ao Hospital Universitário ou Hospital das Clínicas, entre 2005 e 2012.

Resultados

Caso 1: sexo masculino, 15 anos, picada em perna esquerda. Evoluiu com necrose extensa e exposição óssea com fratura de tibia. Realizada fixação externa, retalho microcirúrgico de músculo grande dorsal e enxertia de pele. *Caso 2:* sexo masculino, 40 anos, picada em 1º quirodáctilo direito. Tratado com desbridamento e curativo a vácuo, com enxertia local de matriz dérmica por exposição osteoarticular. *Caso 3:* sexo masculino, 19 anos, picada em pé esquerdo. Submetido à reconstrução com retalho microcirúrgico lateral do braço e enxertia de pele por necrose e exposição tendínea. *Caso 4:* sexo masculino, 55 anos, picada em 2º quirodáctilo da mão direita. Submetido à reconstrução com retalho do tipo “*cross finger*”. *Caso 5:* sexo masculino, 16 anos, picada em membro inferior esquerdo. Evoluiu com necrose extensa pré-tibial. Realizada terapia a vácuo e fechamento por segunda intenção.

Discussão

Na casuística apresentada, três pacientes necessitaram de retalhos, sendo dois deles microcirúrgicos e um “*cross finger*”. A opção de cobertura com retalho depende do tipo do defeito e da sua geometria, bem como da disponibilidade de área doadora. A presença de defeitos menores, porém profundos com exposição tendínea ou óssea, exige a utilização de um retalho como o “*cross finger*”. Este transfere tecido do dedo vizinho e permite a cobertura da ferida com tecido similar e de boa qualidade, devendo ser liberado o seu pedículo em um segundo tempo cirúrgico, com cerca

de 2 a 3 semanas após a primeira cirurgia. No caso de defeitos maiores e com exposição de estruturas especializadas em extremidades (com pouco tecido doador vizinho), há necessidade de se transferir tecido vascularizado distante para a resolução do defeito. Dentre os retalhos microcirúrgicos disponíveis temos preferido realizar o fasciocutâneo Antero-lateral da coxa ou o retalho do músculo grande dorsal. Ambos têm grande versatilidade (pedículo calibroso e longo; permite dissecação simultânea em 2 campos) e fornecem grande quantidade de tecido para cobertura cutânea. Um dos pacientes relatado foi tratado com terapia a vácuo. Essa abordagem terapêutica tem sido muito utilizada em nosso meio nos casos de feridas complexas em extremidades, pois apresenta diversas vantagens. Entre elas, podemos citar diminuição do edema da ferida, diminuição da colonização bacteriana, estímulo do tecido de granulação e contração da ferida. Além disso, apresenta-se como um curativo confortável, que pode ser trocado entre 3 e 7 dias. Um paciente foi tratado com matriz dérmica e enxertia de pele sobre um polegar com osso exposto e apresentou contorno adequado, quando comparado a um retalho que teria contorno mais volumoso. Enxerto de pele foi realizado em um caso associado a retalho microcirúrgico. Essa opção terapêutica foi utilizada por se tratar de uma ferida sem exposição de osso ou tendão e permitiu a resolução da ferida.

Conclusão

A abordagem cirúrgica nas complicações locais dos acidentes botrópicos tem a finalidade de evitar sequelas, como amputação e déficit funcional. A cobertura cutânea permite a preservação do membro e sua função.