

Retalhos Glúteos em V-Y para Reparação de Úlceras Sacras, Isquiáticas e Trocantéricas, sem Secção ou Sacrifício do Músculo Glúteo Máximo

Sérgio Cardoso Maciel¹
João Medeiros Tavares Filho²
Manoel Belerique³

- 1] Membro Titular da SBCP.
- 2] Membro Titular da SBCP, chefe do Depto. de Cirurgia Plástica do Hospital da Beneficência Portuguesa, em Petrópolis, RJ.
- 3] Membro Aspirante da SBCP.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Plástica dos Hospitais Santa Teresa e Beneficência Portuguesa, em Petrópolis, RJ.

Endereço para correspondência:

Sérgio Cardoso Maciel

R. Dom Pedro I, 166
Petrópolis - RJ
25620-010

Fone: (024) 245-4541 Fax: (024) 243-7181
e-mail: cardosomaciel@cremerj.com.br

Unitermos: Retalhos glúteos; retalhos em V-Y; úlceras de pressão.

RESUMO

O trabalho objetivou apresentar o emprego de retalhos glúteos em V-Y, sem desinserção ou secção muscular, para cobertura de úlceras sacras, isquiáticas e trocantéricas. Após excisão das úlceras, os retalhos eram planejados e dissecados com incisões que abrangiam pele, panículo adiposo e fáscia, sem atingir o músculo glúteo máximo (MGM), constituindo um bloco fasciocutâneo. Os retalhos tiveram suas extremidades mais próximas às lesões descoladas no plano entre a fáscia e o músculo para facilitar o posterior avançamento e fechamento da área cruenta.

Foram operados 22 pacientes, num total de 24 úlceras, das quais 12 eram sacras, 7 isquiáticas e 5 trocantéricas; sendo empregados 26 retalhos, com todos mostrando-se viáveis, sem qualquer sofrimento ou complicação significativa.

Menor tempo cirúrgico, menor sangramento, manutenção da integridade do MGM, permitindo sua utilização em eventual reintervenção, assim como a permanência de sua função, o que representa enorme benefício quando imaginamos seu emprego em pacientes sem lesão neurológica permanente, demonstraram ser o método uma vantajosa alternativa na reparação de ferimentos complexos nas regiões mencionadas.

INTRODUÇÃO

A atuação do cirurgião plástico em um hospital geral com frequência o coloca diante do quadro, comumente dramático, das úlceras de pressão. As malfadadas escaras ganham maior complexidade na medida em que se instalam de forma mais corriqueira em pacientes pluriagredidos, depauperados física e emocionalmente e, não raro, abandonados à própria sorte. Consenso universal, o caráter multidisciplinar^(1, 2) do tratamento de tais pacientes constitui fator indispensável para que, ao atingirem adequadas condições clínico-laboratoriais, possam ser submetidos à reparação das lesões.

O tratamento cirúrgico das úlceras pressóricas tem como primeiro relato o divulgado por Davis, em 1938, que utilizou retalhos locais, mas seu estudo não incluiu paraplégicos. A 2ª Guerra Mundial, ao gerar milhares de vítimas, incluídos nestas os que evoluíram com para ou tetraplegia, constituiu-se num marco divisor a partir do qual se desenvolveram inúmeras técnicas com a finalidade de tratar as úlceras, ditas então, de decúbito^(1, 3). Inegavelmente, a partir da década de 70, com Ger⁽⁴⁾ introduzindo o princípio da transposição muscular para tratamento de ferimentos dos membros inferiores e, mais recentemente, com o advento dos retalhos miocutâneos^(5, 6), alargaram-se sobremaneira o espectro e a segurança das alternativas cirúrgicas empregadas não somente para o tratamento das úlceras de pressão mas, de mesmo modo, para as perdas de substâncias de outras origens e nas mais diversas topografias.

O intuito deste trabalho consiste em apresentar a viabilidade da utilização de retalhos glúteos em V-Y não apenas para o fechamento das úlceras sacras, como já se mostra rotineiro, mas também para as isquiáticas e trocântéricas. A costumeira elasticidade cutâneo-muscular da região⁽⁷⁾ e a rica rede vascular do MGM⁽⁸⁾ oferecem segurança adequada para o planejamento e a mobilização desses retalhos que, como detalhe técnico de crucial importância, se aplicam como unidade fasciocutânea. Com esta abordagem mantém-se a integridade do músculo, sem secção parcial ou desinserção, preservando-o para possíveis reoperações, visto que infelizmente recidivas são comuns no que se refere às úlceras de pressão. Ainda como atrativo ao método tem-se a permanência da função muscular, fato este que ganha importante significado quando o indicamos para pacientes hígidos do ponto de vista neuro-motor.

ANATOMIA CIRÚRGICA

Superficialmente situado, o MGM mostra-se largo, espesso e de forma quadrilátera, caracterizando a proeminência glútea. Origina-se na linha glútea posterior do íleo, face posterior do sacro e cóccix, ligamento sacrotuberal e na aponeurose que reveste o músculo glúteo médio; suas fibras dirigem-se para baixo e para fora, inserindo-se no trato ileotibial e grande trocanter do fêmur⁽⁸⁾. O suprimento vascular do MGM possui três fontes: artéria glútea superior, oriunda da artéria ilíaca interna que emerge acima do músculo piriforme e irriga a porção superior do MGM; artéria glútea inferior, também ramo da ilíaca interna, que penetra na região abaixo do músculo piriforme, nutrindo a metade inferior do MGM; e ramos do sistema femoral, das artérias circunflexa lateral e medial do fêmur e da artéria glútea inferior, formando a chamada "cruciate anastomosis", suprimindo a porção mais distal do MGM. A inervação se faz unicamente pelo nervo glúteo inferior, formado pelas raízes de L5, S1 e S2 e que atinge a região glútea abaixo do músculo piriforme⁽⁹⁾.

A ação principal do MGM reside na extensão da coxa e pelve, exercendo papel coadjuvante na rotação lateral da articulação do quadril e na adução e abdução da coxa. Devido a isto, deve-se evitar o sacrifício do músculo em pacientes que deambulam normalmente, pois esse procedimento levaria à dificuldade na execução de alguns movimentos como subir escadas, caminhar em locais íngremes e até mesmo no correr^(6, 8).

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O estudo, realizado entre fevereiro de 1994 e outubro de 1998, englobou 22 pacientes, dos quais 20 (90,9%) possuíam distúrbios neurológicos do tipo paraplegia (18 pacientes = 81,8%) e tetraplegia (2 pacientes = 9,1%), com outros 2 (9,1%) que não apresentavam qualquer seqüela neste campo. Foram reparadas 24 úlceras, cujos mecanismos de origem foram isquemia por pressão prolongada em 22 casos (91,7%) e queimadura por placa de bisturi elétrico em outros 2 (8,3%). Do total de pacientes, 14 eram do sexo masculino (63,6%) e 8 do feminino (36,4%); 10 de cor negra (45,5%), 7 de cor parda (31,8%) e 5 de cor branca (22,7%). A idade oscilou entre 14 e 47 anos.

A localização das úlceras se mostrou na região sacra em 12 situações (50,0%), na isquiática em 7 (29,2

%) e na trocantérica em 5 (20,8 %), com dimensões que variaram de 3,5 x 4,0 cm a 8,0 x 15,0 cm nas sacras, 3,0 x 3,0 cm a 4,5 x 8,5 cm nas isquiáticas e 2,5 x 5,0 cm a 5,0 x 8,0 cm nas trocantéricas. A falta de informação precisa impediu a constatação adequada do período entre o aparecimento da úlcera e sua cobertura. As lesões eram virgens de tratamento cirúrgico em 21 casos (87,5%) e em 3 (12,5%) mostravam-se como recidivas após procedimentos que não o aqui descrito; 2 pacientes (9,1%) apresentavam úlceras simultaneamente nas regiões sacra e trocantérica, que foram reparadas em momentos distintos; 2 úlceras sacras (8,3%) de maiores dimensões (uma com 7,0 x 12,5 cm e outra com 8,5 x 15,0 cm) necessitaram do emprego concomitante de 2 retalhos (7,7%) para adequado fechamento de única lesão, determinando um total de 26 retalhos para a reparação de 24 úlceras.

TÉCNICA OPERATÓRIA

Uma vez na sala cirúrgica e após punção venosa pelo anestesiológista, o paciente era sedado com o objetivo associado de minimização das contrações espásticas de membros inferiores, que todos apresentavam em maior ou menor intensidade. Nesse momento, também instituía-se profilaxia antibiótica com 2 gramas de cefalosporina, que era mantida por 48 horas.

Com o paciente em decúbito ventral ou, quando de lesões trocantéricas, ligeiramente lateral, iniciava-se o ato cirúrgico pela excisão da úlcera e de eventuais lojas vizinhas (bursas), além do aplainamento da eminência óssea subjacente. Em nenhuma situação realizou-se ressecção óssea alargada. Hemostasia rigorosa, por meio de eletrocautério e aposição de compressas geladas de soro fisiológico, finalizava essa etapa de preparo da área receptora.

Prosseguia-se com o planejamento do retalho em VY obedecendo o parâmetro de tê-lo com seu maior eixo (comprimento) duas vezes maior que o da úlcera e seu menor eixo (largura) com tamanho igual ou pouco maior que o da lesão (Fig. 1a). Na realidade, não nos prendemos a medidas, a avaliação prévia nos permitiu analisar a elasticidade tegumentar da região e o quanto poderíamos avançar o futuro retalho. Procedia-se, então, a dissecação do retalho que implicava uma incisão da pele até o plano fascial inclusive. Não houve incisões na musculatura (Fig. 1b). Um pequeno segmento da extremidade do retalho mais próximo à úlcera foi descolado entre a fáscia e o músculo para

facilitar seu avançamento; da mesma forma, a extremidade do retalho mais distante também era descolada na camada subfascial para que ele tivesse uma melhor acomodação, permanecendo a parte central incólume, para preservação das artérias perfurantes responsáveis pela irrigação do território cutâneo (Fig. 1c). Todas as feridas cirúrgicas foram drenadas de modo tubular por quatro a cinco dias (Fig. 1d) e os pontos retirados após 15 dias.

RESULTADOS

Não ocorreram, em nenhum momento, sofrimentos ou perdas de quaisquer dos retalhos, com todos mostrando-se plenamente viáveis (Figs. 2a a 4b), não havendo complicações de vulto, apenas diminutas deiscências em 5 feridas cirúrgicas (19,2%), sendo 3 sacras (25,0% das localizadas neste sítio) e 2 trocantéricas (40,0 % das situadas nesta localização), que, com adequados cuidados de curativos diários, evoluíram com cicatrização espontânea entre 10 e 15 dias de pós-operatório, sem prejuízo da reparação. Atribuíram-se tais intercorrências às contrações espásticas mais intensas que esses pacientes apresentaram, apesar de os benzodiazepínicos terem sido mantidos em todos até o 15º dia pós-operatório. Os pacientes não portadores de distúrbio neurológico deambularam normalmente, sem demonstrar qualquer grau de deficiência funcional.

Em virtude de os pacientes envolvidos no estudo advirem de outras instituições que não as de nossa atividade, o seguimento pós-operatório não se conduziu de forma ideal, porém aqueles que se conseguiram monitorar após o 3º mês, num total de 10 pacientes (45,45%), mantiveram-se sem comprometimento da reconstituição ou recidiva do processo. Importante frisar que todos os 22 pacientes operados foram acompanhados até o 2º mês seguinte ao procedimento, o que nos permitiu observar a eficácia do método descrito.

DISCUSSÃO

A utilização do revestimento cutâneo-adiposo da região glútea para fechamento de feridas sacras há muito constitui-se em opção primeira para a recomposição de tais lesões^(1, 3). A introdução dos retalhos miocutâneos no arsenal terapêutico da Cirurgia Plástica trouxe a possibilidade do planejamento e execução de retalhos mais amplos e seguros, permitindo reparações ainda mais extensas e laboriosas.

O MGM tornou-se o grande vetor vascular do retalho miocutâneo empregado com o objetivo de tratar as úlceras sacras^(5, 6, 10, 13), sobretudo após estudo de Minami e cols.⁽¹⁴⁾. Embora excelente, a aplicação de retalhos miocutâneos impõe desinserções ou secções do músculo conforme preconizam vários autores na vasta Literatura que aborda o assunto^(2, 5, 6, 10, 14). Dessa maneira, institui-se maior perda sanguínea, com conseqüente aumento do tempo operatório pela hemostasia mais demorada, levando a maior espoliação do paciente. Ainda como limitação, tem-se o prejuízo da função muscular, em menor ou maior grau^(6, 7, 10, 13, 14).

O método aqui explanado, a exemplo do divulgado por Ohjimi e cols.⁽⁷⁾ e também por Park⁽¹⁵⁾, advoga a não agressão à integridade do músculo, preservando-o como unidade capaz em eventuais reintervenções e, ainda, mantendo sua função imaculada visando a não causar deficiência funcional quando empregado em pacientes sem seqüelas neurológicas definitivas. Embora esses autores os tenham empregado apenas no reparo de lesões sacras, a grande mobilidade tegumentar da região glútea, mesmo em pacientes emagrecidos, viabiliza um amplo e fácil avançamento desses retalhos em várias direções, possibilitando, assim, atingir também as regiões isquiáticas e trocântéricas na forma de um bloco fasciocutâneo.

Observou-se que a limitação do campo operatório à região glútea trouxe uma otimização do ato cirúrgico, já que, no que concerne às úlceras isquiáticas e trocântéricas, não houve necessidade de manipulações teciduais em outras topografias, como seria esperado caso fossem utilizados retalhos da coxa, opção freqüentemente empregada para a restauração dessas lesões^(1, 2, 5, 6). A versatilidade do método proposto também evidencia-se na possibilidade de empregá-lo conforme os pedículos vasculares do MGM⁽⁸⁾, ou seja, pode-se planejar um retalho em VY na metade inferior da região glútea e outro na superior para, por exemplo, cobrir uma úlcera sacro-coccígena e outra trocântérica no mesmo paciente (Fig. 4a).

CONCLUSÃO

A avaliação final do estudo proporciona, ao se analisar seus vários aspectos, a evidência concreta da possibilidade de utilização de retalhos glúteos em VY como unidade fasciocutânea, sem sacrifício do MGM. A segurança vascular e simplicidade de execução, aliadas à generosa maleabilidade cutâneo-muscular local, permitem seu emprego não somente em úlceras sacras, mas também em isquiáticas e trocântéricas. Some-se a isto a menor espoliação que o procedimento determina, já que, por não necessitar de secções musculares, apresenta menor sangramento, o que, também, diminui o tempo operatório.

Cabe lembrar que o método, ao manter a integridade muscular, oferece duplo benefício ao não inviabilizar o emprego do MGM em possíveis reintervenções, algo nada incomum visto a freqüência de recidivas das úlceras de pressão, além de não levar ao prejuízo de sua função, fato que adquire enorme importância ao indicarmos esta opção em pacientes que não perderam a capacidade de deambulação.

Finalizando, ressaltamos a indispensável participação dos pacientes, seus familiares e/ou profissionais que os acompanham, com relação à longevidade do sucesso do tratamento cirúrgico das úlceras de pressão nos portadores de lesão neurológica definitiva, já que quaisquer formas de reparação em tais situações mostrar-se-ão falidas, caso não sejam promovidos os devidos cuidados diários, como mudanças do decúbito e fisioterapia, entre outros, que esses pacientes necessitarão por toda a vida.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Medicina de Petrópolis, em especial aos profissionais da Biblioteca e do Laboratório de Informática, pela indispensável ajuda na elaboração deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

Vide página 60.