

Fechamento de defeito lombar secundário à mielomeningocele baseado nos pedículos secundários do retalho musculocutâneo ilhado reverso do latíssimo do dorso: um relato de caso



**GUILHERME FERREIRA
SEDÍCIAS** ^{1*}

KLEITON CARDOZO BOSCHI ¹
IGOR RUDAH SANTOS SANTANA ¹
JULIA LEAL DANTAS VASCONCELOS ¹
MAYARA RAYSSA DANTAS BORGES ¹
EDILSON XAVIER JUNIOR ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0176

INTRODUÇÃO

A mielomeningocele ou espinha bífida aberta é uma malformação congênita da coluna vertebral que ocorre nas primeiras quatro semanas de gestação, decorrente do defeito de fechamento do tubo neural¹.

Consiste no defeito mais comum do tubo neural, com prevalência, nos Estados Unidos, de 3,1 casos para cada 10.000 crianças².

Essa malformação na coluna decorre de uma abertura vertebral, musculofascial, cutânea e dural com protrusão e exposição da medula espinhal³.

Na atualidade se dispõem de diferentes técnicas reconstrutivas para o fechamento dos defeitos da linha média, tanto cervicais, como torácicos, lombares e sacrais⁴.

A eleição da técnica dependerá da natureza do defeito, de seu tamanho e profundidade, do tecido disponível para a reconstrução e das condições clínicas e nutricionais do paciente⁵.

A maneira mais simples de escolher o retalho para a reconstrução da coluna vertebral é através da abordagem regionalizada, como descrito por Casas e Lewis⁶ (Figura 1).

OBJETIVO

Relatar um caso de um paciente com sequelas de mielomeningocele, cujo tratamento reconstrutivo da úlcera crônica lombar foi realizado com retalho reverso e ilhado do músculo latíssimo do dorso, após múltiplas tentativas de reconstrução com outras técnicas sem sucesso.

MÉTODO

Revisão de artigos científicos sobre o tema, nas bases de dados do PubMed, publicados nos últimos 10 anos, utilizando as palavras-

RESUMO

Introdução: A mielomeningocele ou espinha bífida aberta é uma malformação congênita da coluna vertebral que ocorre nas primeiras quatro semanas de gestação, decorrente do defeito de fechamento do tubo neural. Na atualidade se dispõem de diferentes técnicas reconstrutivas para o fechamento dos defeitos da linha média, tanto cervicais, como torácicos, lombares e sacrais. A eleição da técnica dependerá da natureza do defeito, de seu tamanho e profundidade, do tecido disponível para a reconstrução e das condições clínicas e nutricionais do paciente. **Objetivos:** Relatar um caso de um paciente com sequelas de mielomeningocele, cujo tratamento reconstrutivo da úlcera crônica lombar foi realizado com retalho reverso e ilhado do músculo latíssimo do dorso, após múltiplas tentativas de reconstrução com outras técnicas sem sucesso. **Relato de Caso:** Uma criança de 7 anos de idade foi encaminhada ao setor de cirurgia plástica, com o objetivo de reconstruir uma grande área ulcerada na região lombar, de forma ovóide, aproximadamente de 10,0cm x 8,0cm, secundária à mielomeningocele. **Discussão:** O paciente foi submetido ao fechamento do defeito lombar (úlcer crônica) com retalho musculocutâneo ilhado reverso do latíssimo do dorso. **Conclusão:** O uso do retalho do músculo grande dorsal reverso é uma boa opção para a cobertura de grandes defeitos da região toracolombar e o planejamento cirúrgico é simples, seguro e sua morbidade pós-operatória é mínima, atingindo um resultado estético satisfatório tanto para o paciente quanto para o cirurgião plástico.

Descritores: Meningomielocele; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Retalho miocutâneo; Cirurgia plástica; Úlcera cutânea.

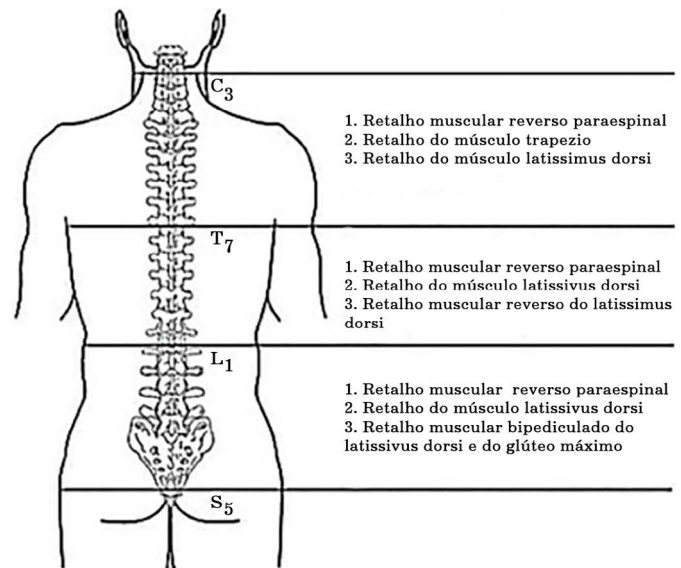


Figura 1. Abordagem regionalizada de Casas e Lewis para reconstrução em dorso.

chave: “myelomeningocele”, “extradural myelomeningocele reconstruction”, “reconstructive plastic surgery”, “back’s ulcer reconstruction”, “latissimus dorsi muscle flap”.

RELATO DE CASO

Uma criança de 7 anos de idade foi encaminhada ao setor de cirurgia plástica, com o objetivo de reconstruir uma grande área ulcerada na região lombar, de forma ovóide,

¹ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.

aproximadamente de 10,0cm x 8,0cm (Figura 2), secundária à mielomeningocele.



Figura 2. Grande área ulcerada na região lombar.

No momento do nascimento foi submetido a um procedimento cirúrgico primário para o fechamento e tratamento de mielomeningocele lombar, apresentando posteriormente deiscência das bordas da ferida, levando à presença de uma úlcera crônica.

Aos seis anos, o tratamento inicial foi a utilização de um retalho cutâneo com técnica em rombóide (Limberg) (Figuras 3 e 4). Não houve intercorrências durante o transoperatório e no pós-operatório imediato. Entretanto, durante os primeiros dias do pós-operatório imediato apresentou sinais de congestão venosa no retalho com posterior sofrimento e perda total dele, evoluindo novamente com uma úlcera crônica (Figura 2).



Figura 3. Retalho cutâneo com técnica em rombóide (Limberg).



Figura 4. Pós-operatório imediato com retalho cutâneo, com técnica em rombóide (Limberg).

Doze meses depois, após discussão do caso em reunião clínica com a equipe da cirurgia plástica, optou-se pela reconstrução da lesão lombar com rotação de um retalho musculocutâneo reverso, em ilha, do latíssimo do dorso.

DISCUSSÃO

Após a marcação do retalho (Figura 5) houve a secção do latíssimo do dorso na porção proximal ao úmero, o músculo foi dissecado com cuidado, a fim de preservar os pedículos segmentares, principalmente as três grandes perfurantes proveniente do nono, décimo e décimo primeiro pedículos intercostais, localizado a 5cm da linha mediana do dorso e que penetram no músculo após 3 a 4cm.



Figura 5. Marcação do retalho do latíssimo do dorso.

O sacrifício de algumas perfurantes foi necessário para permitir que o retalho pudesse ser levado até o defeito de forma satisfatória e livre de tensão.

O retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso reverso foi baseado nos pedículos secundários com transposição do mesmo para o defeito lombar por tunelização e fixação ao tecido muscular perilesional por camadas, com sutura absorvível e a área doadora com fechamento primário sem tensão, ou seja, a artéria, veia e o nervo toracodorsal foram expostos, e em seguida isolados, pinçados e ligados com clips metálicos (Figura 6).

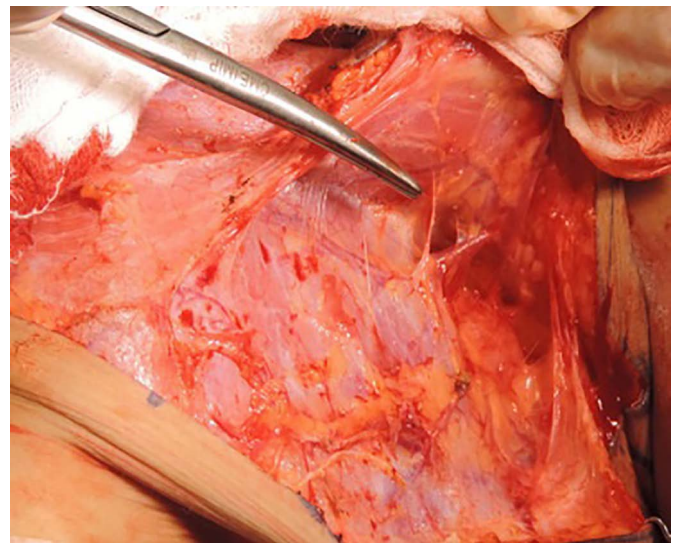


Figura 6. Artéria, veia e o nervo toracodorsal.

No pós-operatório imediato evoluiu sem intercorrências e após 20 dias apresentou pequena deiscência (Figura 7) de alguns pontos das bordas laterais, fechando logo em seguida e sem outras complicações futuras (Figura 8).



Figura 7. Pequena deiscência de alguns pontos das bordas laterais.



Figura 8. Três meses após rotação com retalho reverso ilhado do músculo latíssimo do dorso.

CONCLUSÕES

Portanto, o uso do retalho do músculo grande dorsal reverso é uma boa opção para a cobertura de grandes defeitos da região toracolombar³. O planejamento cirúrgico é simples, seguro e sua morbidade pós-operatória é mínima, atingindo um resultado estético satisfatório tanto para o paciente como para o cirurgião plástico.

REFERÊNCIAS

1. Bizzi JWJ, Machado A. Mielomeningocele: conceitos básicos e avanços recentes. *J Bras Neurocir.* 2012;23(2):138-51.
2. Patel KB, Taghinia AH, Proctor MR, Warf BC, Greene AK. Extradural myelomeningocele reconstruction using local turnover fascial flaps and midline linear skin closure. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012 Nov;65(11):1569-72. PMID: 22503313 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2012.03.029>
3. Zakaria Y, Hasan EA. Reversed turnover latissimus dorsi muscle flap for closure of large myelomeningocele defects. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010 Sep;63(9):1513-8. PMID: 19726259 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2009.08.001>
4. Patel KB, et al. Extradural myelomeningocele reconstruction using local turnover fascial flaps and midline linear skin closure. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012 Nov;65(11):1569-72. PMID: 22503313 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2012.03.029>
5. Duque PB, Juan H, Rosás CM, Sorando EE. Bilateral lumbar perforator flap in reconstruction of a wide toracolombar defect. *Cir Plas Iberolatinoam.* 2009 Abr/May/Jun;32(2):141-4.
6. Singh K, Samartzis D, Heller JG, An HS, Vaccaro AR. The management of complex soft-tissue defects after spinal instrumentation. *J Bone Joint Surg Br.* 2006 Jan;88(1):8-15. PMID: 16365112 DOI: <https://doi.org/10.1302/0301-620X.88B1.16837>

***Endereço Autor:**

Guilherme Ferreira Sedícias

Av. República do Líbano, 251 Torre 3, Salas: 807/808, Pina, Recife, PE, Brasil.

CEP: 51110-160

E-mail: gshedicias@hotmail.com