

Cobertura de úlcera de pressão em região sacral com retalho de avanço em V-Y bilateral



ANDRÉ VALIENTE
NECTOUX^{1,2}

MARCELO LOPES DIAS KOLLING^{1*}
 BIANCA ZANETTE DE ALBUQUERQUE¹
 PEDRO RIVERA FERNANDES SEVERO¹
 LUCAS TOMKOWSKI CANSIAN^{1,2}
 DOUGLAS WESTPHAL^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0182

RESUMO

Introdução: A úlcera de pressão é uma condição frequente em pacientes restritos ao leito. O objetivo deste estudo é apresentar o resultado do tratamento cirúrgico de uma escara sacral, onde foi realizado retalho fasciocutâneo em V-Y bilateral, discutindo as opções terapêuticas disponíveis para úlcera de pressão e as vantagens do tratamento realizado. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 70 anos de idade, portador de adenocarcinoma de pulmão, apresentava úlcera de pressão em região sacral. Foi submetido à cobertura da ferida por meio do retalho fasciocutâneo de aproximação. A evolução pós-operatória foi favorável, não havendo complicações ou intercorrências. **Discussão:** A técnica relatada apresentou uma boa opção com resultado satisfatório para a cobertura de úlcera sacral.

Descritores: Úlcera por pressão; Retalhos cirúrgicos; Região sacrococcígea.

INTRODUÇÃO

Por definição, úlcera por pressão são lesões que acometem a pele e seus anexos subjacentes, por pressão crônica sobre alguma projeção óssea¹. As úlceras de pressão são comuns nos pacientes restritos ao leito e representam um desafio, não só para o cirurgião plástico, mas para toda equipe de assistência. Uma vez que este tipo de ferida acarreta aumento da morbidade nos pacientes assim como aumento dos custos para o hospital e cuidadores². O tratamento das úlceras de pressão deve ser personalizado para cada paciente, levando em consideração o local da lesão, a condição clínica do paciente e os recursos disponíveis na instituição. O manejo consiste em cuidados como mudança de decúbito, limpeza da ferida, desbridamento, curativos e fechamento cirúrgico definitivo das feridas mais extensas. Uma das opções cirúrgica para cobertura de escaras sacrais é a utilização do retalho glúteo fasciocutâneo com pedículo látero-inferior³. O sucesso do tratamento depende não só de adequada técnica operatória, mas também de cuidados multidisciplinares³.

OBJETIVO

Apresentar uma boa opção com resultado satisfatório para a cobertura de úlcera sacral, utilizando retalho V-Y bilateral. Informações baseadas em revisão de prontuário e registro intraoperatório.

MÉTODO

Paciente do sexo masculino, 70 anos, ex-tabagista, portador de adenocarcinoma de pulmão, internado no Hospital São Lucas da PUCRS para cuidados paliativos, apresentou úlcera de pressão em região sacral (Figura 1). Avaliado pela equipe de cirurgia plástica, primeiramente optou-se por desbridamento seguido de curativo a vácuo, que foi mantido por 28 dias com melhora parcial da ferida (Figura 2). Então optou-se por realizar cobertura da ferida com 2 retalhos fasciocutâneos de aproximação (Figura 3). Devido ao risco anestésico do paciente e pela dificuldade em posicioná-lo em decúbito lateral, optou-se pela anestesia local com sedação.

RESULTADOS

Na cirurgia, foi realizado desbridamento de tecidos desvitalizados em escara sacral e aproximação de dois retalhos



Figura 1. Registro pré-operatório da úlcera de pressão em região sacral.



Figura 2. Intraoperatório.

¹ Hospital São Lucas da Pontifícia, Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Brasil.



Figura 3. Pós-operatório imediato.

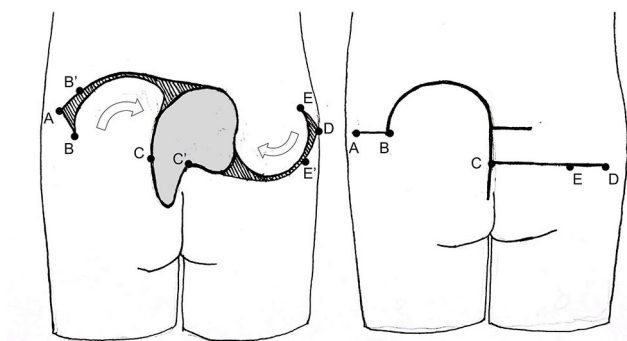


Figura 4. Desenho esquemático dos retalhos realizados.

fasciocutâneos bilateralmente(Figura 4). O tempo cirúrgico foi de 3 horas e meia. Após, foi colocado curativo de poliamida de prata e curativo a vácuo da Hartmann com pressão de 125mmHg. A ferida operatória evoluiu com fechamento completo, sem a necessidade de nova intervenção.

A indicação de cirurgia reconstrutiva, por mais que faltem dados que comprovem clinicamente e até a relação custo/benefício, está ligada à experiência do cirurgião do serviço, rotinas da equipe e preferências do paciente e do hospital⁵. As ações relacionadas ao período cirúrgico que trazem maior benefício ao doente são: otimizar fatores físicos que podem interferir na cicatrização, como diabetes e infecções; avaliar os fatores psicossociais do doente; e, proporcionar uma boa distribuição do peso no pós-operatório, reduzindo o cisalhamento¹.

DISCUSSÃO

A diversificação das técnicas de manutenção à vida, juntamente com o aumento da expectativa de vida, resulta em um maior número de pacientes que desenvolvem úlceras de pressão. Para definição do tratamento apropriado é importante primeiramente classificar corretamente a lesão. A escala mais utilizada hoje em dia é a do *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*. Nas úlceras de pressão em Estágio I, se observa uma mudança de cor, com alteração de

temperatura e de densidade do tecido se comparado às áreas adjacentes, porém a pele se mantém íntegra. Já no Estágio II, observamos uma lesão mais grave na derme, que se apresenta como uma úlcera rasa de cor rosa avermelhado, podendo estar úmida ou seca. No estágio III, temos a perda total da pele, tendo a exposição da camada adiposa. E no estágio IV, no qual o nosso relato se encontra, temos uma úlcera que se estende até deixar expostas estruturas mais internas, como músculos e tendões¹.

Diante de um paciente com úlcera de pressão, deve-se primeiramente procurar solucionar os fatores causadores e, posteriormente, agir na ferida local. Dentre as estratégias não cirúrgicas, pode-se destacar as de conforto físico para o paciente, como colchões especiais; quanto de quesito nutricional, melhorando o seu perfil metabólico. Em último caso, podemos lançar mão de terapias invasivas para corrigir problemas de forma definitiva.

A instalação de colchão piramidal, apesar de amplamente utilizada nas enfermarias, não foi vista com diferença significativa entre tipos de tecidos e de colchões para prevenir o aparecimento de úlceras por pressão⁴. Foi encontrada uma evidência fraca de que suplementos nutricionais, principalmente proteicos, melhoram a cicatrização em pacientes institucionalizados. Porém, não se sabe o perfil nutricional prévio dos pacientes beneficiados, dificultando a distinção do grupo que se beneficiaria⁴.

Já a estratégia cirúrgica geralmente é indicada nos estágios III e IV da escala NPUAP, quando outros métodos já falharam, com o objetivo de retirar o tecido necrosado e preencher o novo tecido vascularizado com cobertura adequada de pele. Faltam estudos randomizados controlados que demonstrem a real efetividade da prática cirúrgica nesse caso, por mais que seja uma conduta utilizada em escaras resistentes às outras terapias⁵.

CONCLUSÃO

No caso apresentado, uma úlcera de pressão estágio IV de NPUAP, primeiramente optou-se por curativo a vácuo, que foi mantido por 28 dias, sem melhora significativa da área afetada. Por se tratar de uma lesão crônica de grande abrangência e profundidade, optou-se então por intervenção cirúrgica para proporcionar ao paciente uma chance de cicatrização da ferida. O cirurgião responsável deve levar em conta todos os aspectos que cercam o seu paciente, individualizando o caso, e realizando as orientações pré e pós-procedimento para otimizar as vantagens terapêuticas da cirurgia.

REFERÊNCIAS

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Emily Haesler, editor. Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
2. Ricci JA, Bayer LR, Orgill DP. Evidence-based medicine: the evaluation and treatment of pressure injuries. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2017 Jan;139(1):275e-86e. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002850>
3. Wettstein R, Tremp M, Baumberger M, Schaefer DJ, Kalbermatten DF. Local flap therapy for the treatment of pressure sore wounds. *Int Wound J*. 2015 Oct;12(5):572-6. DOI: <https://doi.org/10.1111/iwj.12166>
4. Reddy M, Gill SS, Kalkar SR, Wu W, Anderson PJ, Rochon PA. Treatment of pressure ulcers: a systematic review. *JAMA*. 2008 Dec;300(22):2647-62. PMID: 19066385 DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2008.778>

-
5. Wong JKF, Amin K, Dumville JC. Reconstructive surgery for treating pressure ulcers (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Dec;(12):CD012032. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012032.pub2>
6. Dumville JC, Land L, Evans D, Peinemann F. Negative pressure wound therapy for treating leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jul;(7):CD011354. PMID: 26171910 DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011354.pub2>

Endereço Autor:*Marcelo Lopes Dias Kolling**

Avenida Alberto Bins, no 456, Centro Histórico, Porto Alegre, RS, Brasil.

CEP 90030-140

E-mail: marcelokolling91@gmail.com