

Feridas de membros inferiores com perdas de substância

MARCOS ANTONIO MARTIN AMARAL

Introdução

As lesões na extremidade distal da perna, tornozelo e retropé são frequentes em acidentes automobilísticos e quase sempre de difícil tratamento.

Objetivo

As feridas, por não apresentarem grandes espaços virtuais que permitam a formação de grandes hematomas, que são avasculares e meios de cultura, e por não disporem de concentração de tecido muscular, que quando necrótico também é meio de cultura, tendem a evoluir com menor percentual de infecção, aceitando melhor a síntese interna. Este trabalho baseia-se em experiência pessoal, abrangendo período de junho de 2007 a junho de 2009, de acompanhamento médico cirúrgico no serviço de urgência. Nesse período, foram operados 22 pacientes; 90% dos casos tiveram uma etiologia traumática, principalmente nos casos de acidente motociclístico, com predominância do sexo masculino; 80% dos pacientes. No planejamento da cobertura das perdas de substâncias do membro inferior com exposição óssea, dividimos a perna em terços, proximal, médio e distal.

Material e Métodos

Terço Proximal Perna - Usamos os músculos gêmeos internos e externos e o tibial anterior. Na face ântero-medial, o gêmeo interno, na face lateral, usamos o gêmeo lateral; nas feridas mais anteriores e proximais junto ao joelho, usamos o músculo tibial anterior, a superfície do músculo rodado é coberta no mesmo tempo cirúrgico com enxerto de pele. Terço Médio - Nas feridas com exposição óssea, no terço médio, usamos como solução o retalho fasciosubcutâneo da região posterior da perna, panturrilha. Terço Distal - As feridas com exposição óssea do terço distal da perna, onde a maioria dos músculos assume a forma tendinosa, torna-se um problema de difícil solução para o cirurgião. Como solução, usamos com sucesso o retalho fasciosubcutâneo da região posterior da perna, panturrilha. Nas feridas no calcâneo e terço distal posterior, região do tendão de Aquiles, o retalho fasciosubcutâneo em ilha baseado na artéria maleolar medial anterior e veia



Figura 1 – Ferida com exposição óssea no terço distal perna: pré-operatório.



Figura 2 – Ferida no terço distal perna: transoperatório, rotação de retalho fasciosubcutâneo.

safena magna. Entendemos que o retalho fasciosubcutâneo posterior e o retalho fasciocutâneo em ilha são cirurgias de fácil execução e resultado satisfatório.

Resultados

Os enxertos livres foram executados com faca de Blair, com boa integração na maioria dos casos. Os retalhos fasciosubcutâneos com enxerto de pele secundário, para as feridas do terço médio da perna, evoluíram sempre bem. Os retalhos fasciocutâneos em ilha para a região do tendão de Aquiles e calcâneo apresentaram excelente resolatividade, com coberturas satisfatórias. As feridas de membros inferiores em cerca de 80% dos casos são resolvidas com um simples enxerto parcial de pele, dermo-epidérmico, retirada com a faca de Blair, nos casos mais complexos e nos casos com exposição óssea, utilizamos para o terço superior da perna rotação de retalhos musculares, para o terço médio e distal, utilizamos o retalho fasciosubcutâneo posterior, que são cirurgias de mais fácil execução do que as rotações musculares; com resultados satisfatório, conservando



Figura 3 – Ferida no terço distal perna: pós-operatório tardio, reparação com retalho fasciosubcutâneo mais enxerto de pele.

o músculo com toda a sua função. O enxerto de pele para a cobertura do retalho é realizado em segundo tempo cirúrgico, 15 dias após quando temos um melhor leito receptor. Nas feridas de calcâneo com exposição óssea e no terço distal posterior da perna, região do tendão de Aquiles, utilizamos o retalho fasciocutâneo em ilha e não o retalho fasciosubcutâneo posterior, por entendermos que a reparação com retalho fasciocutâneo em ilha pediculado em ramos da artéria maleolar medial e veia safena magna é de fácil execução, com resultado superior ao fasciosubcutâneo, sendo realizado em um só tempo cirúrgico com inteira preservação dos músculos. Na nossa casuística, tivemos um caso de ferida do terço proximal da perna, com grande perda miocutânea, o que nos obrigou para reparação o uso do velho *cross leg*, que pode ser utilizado em casos excepcionais.

Conclusão

As feridas de membros inferiores com exposição óssea podem ser reparadas na maior parte dos casos com execução de cirurgia simples, com exceção do terço proximal da perna, quando usamos rotação de retalhos musculares. O uso de retalho fasciosubcutâneo para as feridas do terço médio e distal da perna, e retalho fasciocutâneo em ilha para feridas do calcâneo e região do tendão de Aquiles, são cirurgias de mais fácil execução que a rotação de músculos, obtendo resultados satisfatórios, com boa cobertura das feridas, bom resultado estético, e prevenindo lesões vasculares cirúrgicas e preservando o músculo, evitando sequelas funcionais irreversíveis.