

Ferimentos descolantes de membros inferiores: conduta terapêutica inicial nos casos graves

CARLOS ANDRES HEBBIA LOBO, DANIEL PETKEVICIUS LUZ, DIMAS ANDRÉ MILCHESKI, HUGO ALBERTO NAKAMOTO, PAULO TUMA JR., MARCUS CASTRO FERREIRA

Introdução

Ferimentos descolantes são lesões resultantes da ação de forças de cisalhamento exercidas sobre a superfície da pele e geralmente estão associadas a outros traumas. Existem diversas variáveis no tratamento dessas lesões, devendo ser levado em conta o estado inicial do paciente na sala de trauma, bem como as características do ferimento. Muitas estratégias para o tratamento dessas lesões foram descritas por vários autores, no entanto, há dificuldade sobre a decisão do tratamento mais adequado, o reposicionamento e sutura do retalho ou o emagrecimento e enxertia da pele avulsionada.

Objetivo

O objetivo do presente estudo consiste em avaliar e descrever a conduta na fase aguda dos casos de ferimentos descolantes de membros inferiores em pacientes atendidos primariamente no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), segundo o protocolo de atendimento utilizado em nosso serviço.

Material e Métodos

Foram avaliados pacientes com ferimentos descolantes de membros inferiores atendidos no HCFMUSP, no período de maio a junho de 2010, segundo o protocolo adotado pela Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras do HCFMUSP. O protocolo baseia-se na avaliação clínica inicial dos pacientes, estratificando os pacientes

quanto à estabilidade hemodinâmica. Os pacientes instáveis hemodinamicamente foram submetidos à ressecção da pele avulsionada, a qual foi emagrecida e armazenada em banco de tecidos para posterior enxertia, e curativo a vácuo. Após atingida a estabilidade hemodinâmica, realizou-se nova intervenção cirúrgica para enxertia da pele armazenada em banco de tecidos na forma de espessura parcial e em malha 3:1. Nos pacientes estáveis hemodinamicamente, foi avaliada a viabilidade dos retalhos de acordo com parâmetros clínicos, como qualidade da pele avulsionada, extensão do descolamento, orientação retrógrada ou anterógrada da base do pedículo do retalho, padrão de sangramento das bordas e estado do plexo venoso subcutâneo. Nos casos em que o retalho foi julgado inviável, foi realizada ressecção do mesmo, desbridamento dos tecidos desvitalizados, emagrecimento e enxertia da pele em espessura parcial e em malha, com curativo a vácuo sobre o enxerto. Nos casos em que o segmento avulsionado foi considerado viável, foi realizado desbridamento, reposicionamento e sutura do retalho. As variáveis avaliadas foram: dados epidemiológicos (sexo, idade), etiologia do trauma, traumas associados, área da ferida, tratamento inicial adotado, evolução e complicações.

Resultados

Dos 9 pacientes atendidos no período, 3 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino, a idade variou de



Figura 1

15 a 66 anos, sendo a média 33,8 anos. A principal causa do trauma foi atropelamento por automóveis, o tamanho dos ferimentos variou de 105 cm² até 3640 cm². Quatro pacientes foram considerados estáveis e 5, instáveis hemodinamicamente. Dentre os estáveis hemodinamicamente, os retalhos foram considerados viáveis em apenas 1 paciente e inviáveis nos 8 restantes. Sete pacientes tiveram alta com fechamento total das lesões, uma permanece internada aguardando novas intervenções e um foi a óbito por causa não relacionada ao ferimento descolante. As principais complicações foram perda parcial do enxerto, infecção local e óbito.

Conclusão

Considera-se importante a racionalização e a normatização no atendimento dos pacientes com avulsões parciais dos membros inferiores, a fim de se obter maior êxito em seu tratamento. O protocolo de tratamento aqui exposto pode auxiliar nesse sentido.