

Reconstrução microcirúrgica nos traumatismos complexos dos membros: revisão de 18 anos após 604 retalhos livres

DANIEL ALVARO ALVAREZ LAZO

Introdução

As perdas cutâneas decorrentes das lesões provocadas pelo impacto de alta energia raramente podem ser reparadas por meio de procedimentos convencionais, como a sutura direta ou a enxertia de pele. O trabalho clássico de Ger sistematizou os princípios, a técnica cirúrgica e as aplicações clínicas dos retalhos nos traumatismos dos membros.

Objetivo

Analisar criticamente os retalhos livres e discutir os fatores que influenciaram o índice de sucesso, assim como o planejamento de cada retalho do ponto de vista estético e funcional.

Material e Métodos

Seiscentos e quatro retalhos livres em pacientes portadores de lesões de alta energia foram realizados para reparação do revestimento cutâneo ou para reconstrução óssea dos membros no período de junho de 1992 a junho de 2010, no serviço de microcirurgia reconstrutiva do Hospital Especializado de Ribeirão Preto e no Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Trezentos e setenta pacientes eram do gênero masculino e 202, do feminino, com idade compreendida entre 9 meses e 84 anos (média de 27 anos e 6 meses). Trezentos e sessenta e dois retalhos foram usados na reconstrução dos membros superiores e 242, dos inferiores. Em 26 pacientes, o retalho ântero-lateral da coxa foi realizado bilateralmente. Em dois pacientes, foram realizados 4 retalhos livres. A etiologia mais frequente nos membros inferiores foram os acidentes de trânsito e, nos superiores, os acidentes de trabalho e as queimaduras. As dimensões das perdas cutâneas foram medidas com régua graduada em centímetros, interessando o comprimento e a largura. A menor área foi de 12 cm² quadrados e a maior, de 840, com média de 212,4 cm². O tempo máximo foi de 5 horas e o mínimo de 1 hora e 50 minutos, média de 3,8 horas. Os pacientes permaneceram



Figura 1 – Resultados. A: Aspecto inicial da lesão após revascularização de antebráço. B: Associação de retalhos do latíssimo do dorso e serrátil anterior.



Figura 2 – Resultados.

internados por um período que variou de 5 a 108 dias, mais por força da etiologia do trauma de base do que por necessidade imposta pelos retalhos. O protocolo de tratamento inicia-se pelo desbridamento, o mais completo possível, sempre no centro cirúrgico, seguido pela irrigação abundante. Por mais radical que seja o desbridamento, pode permanecer tecido desvitalizado. Quando houver a menor dúvida, a ferida deve ser novamente explorada, sob anestesia e no centro cirúrgico, 24-48 horas após. A estabilização das fraturas é a próxima etapa e é feita muitas vezes com fixador externo para as fraturas mais graves e com hastas intramedulares ou placas para as mais leves. A cobertura definitiva com retalhos deve ser sempre a mais precoce possível. Fez parte deste estudo a análise dos fatores que poderiam ter influência nos resultados. Dentre eles foram considerados a perda (criada pelo trauma de alta energia entre um objeto e o membro), idade, sexo e número de anastomoses venosas.

Resultados

A cobertura cutânea proporcionada pelos retalhos foi satisfatória em 95%



Figura 3 – Resultados. A: Pós-operatório de 6 meses. B: Transferência das tatuagens para o calcâneo. C: Área doadora de retalho perfurante da artéria epigástrica inferior.

dos casos (574 dos 604 retalhos). Houve a perda de trinta retalhos, em função de trombozes venosas, todos estes pacientes enquadrados no período subagudo, ou seja, entre a primeira e a sexta semana pós-trauma. Em 42 pacientes, ocorreram pequenas deiscências, o que não comprometeu em absoluto o resultado final. Sem dúvida, a complicação mais frequente foi o seroma (12%) nas áreas doadoras dos retalhos perfurantes e dos retalhos onde o latíssimo do dorso foi empregado, que foram tratados de maneira convencional. A análise estatística, através do teste não paramétrico de Mann-Whitney para a variável sobrevida (índice de sucesso dos retalhos), que foi comparada com as variáveis idade, perda e horas, revelou que: $p=0,05$, ou seja, diferença estatisticamente significativa. O tamanho da perda teve influência no índice de sucesso dos retalhos.

Conclusão

1. O tamanho da perda cutânea tem influência no índice de sucesso dos retalhos.
2. Os retalhos perfurantes se adaptam às mais variadas situações clínicas, substituindo os retalhos classicamente usados, com a vantagem de causar sequela mínima de área doadora.
3. A indicação do retalhos deve ser a mais precoce possível, mas não podemos esquecer que o sucesso da reconstrução dos membros está relacionado com a mobilidade das articulações, com membros sem discrepância de comprimento, com marcha normal e finalmente com o retorno do paciente ao trabalho.