

Retalho ântero-lateral de coxa *cross leg* microcirúrgico: relato de caso

GUILHERME BERTO ROÇA, GUATAÇARA SALLES JUNIOR, RENATO DA SILVA FREITAS, ISIS RAULINO SCOMAÇÃO, DIRLENE TAISA BERRI, ADRIANA SAYURI

Introdução

A reconstrução de lesões altamente complexas de membros, envolvendo tecido celular subcutâneo, músculos, ossos e pedículos neurovasculares, é um verdadeiro desafio para os cirurgiões plásticos. O desenvolvimento do retalho microcirúrgico possibilitou que defeitos graves fossem corrigidos em apenas um tempo cirúrgico. O sucesso da transferência livre de tecidos depende da presença de vasos receptores saudáveis. Nos casos em que artéria e veia receptoras não são adequadas e quando o uso de enxertos venosos não é possível de ser realizado, ainda existe a chance de o membro ser salvo através de um retalho *cross leg* microcirúrgico. O uso do retalho *cross leg* microcirúrgico foi descrito pela primeira vez por Taylor et al., em 1979. Diferentes tipos já foram descritos na literatura: grande dorsal, retalho de gastrocnêmio, fibula livre vascularizada, retalho osteocutâneo de fibula e retalho osteocutâneo de ilíaco. No entanto, o retalho ântero-lateral da coxa (ALT), uns dos mais utilizados em reconstrução microcirúrgica hoje em dia, só tem um caso relatado na literatura. O presente relato apresenta um caso de ferida crônica em terço superior de tibia, com exposição de material de síntese e osso.

Relato do caso

E.G, 59 anos, com diagnóstico de fibrohistiocitoma de terço proximal de tibia esquerda, em março de 2008. No mesmo mês, foi submetida à ressecção cirúrgica pela equipe da ortopedia. No 2º mês de pós-operatório, apresentou recidiva local, sendo submetida a 20 sessões de radioterapia e a um novo procedimento cirúrgico, em setembro de 2008. Em maio de 2010, foi submetida a 7 ciclos de quimioterapia e ressecção em bloco da tibia proximal, pela técnica de frozen, e rodado retalho

de gastrocnêmio. A paciente evoluiu no pós-operatório com necrose do retalho, sendo submetida a debridamento cirúrgico e rodado retalho de sartório, no dia 5/6/2010. A primeira avaliação pela equipe de cirurgia plástica foi realizada em 11/06/2010, quando a paciente apresentava necrose do retalho do sartório. Foram programadas 2 semanas de terapia a vácuo e solicitada arteriografia dos membros inferiores. No final de todos os procedimentos, restou no sítio cirúrgico: ferida com tecido de granulação esparso, fibrose, osso cortical exposto e desvitalizado, exposição de material de síntese e intenso processo inflamatório local pela radioterapia e múltiplas cirurgias. Como a paciente já era previamente safenectomizada bilateralmente para tratamento de insuficiência venosa e não apresentava vasos adequados no membro afetado, foi proposto um retalho ântero-lateral de coxa *cross leg* microcirúrgico, visto que os vasos receptores do membro afetado eram de péssima qualidade (como foi constatado no transoperatório). A paciente foi submetida a tal procedimento no dia 7/7/2010, apresentando boa evolução. No 23º pós-operatório, o pedículo vascular foi liberado. Na evolução, a paciente apresentou discreto sofrimento da ponta do retalho, sendo submetida a mais um debridamento e curativo a vácuo. Após alguns dias, a ferida apresentou secreção e a paciente evoluiu com sinais de sepse. Nas culturas, cresceram *Klebsiella pneumoniae* (ESBL) e *Pseudomonas aeruginosa* pan resistente. Por orientação da CCIH e da equipe Infectologia, numa medida salvativa e de controle de infecção hospitalar, a paciente foi submetida à amputação transfemorária em 13/8/2010, recebendo alta em 20/8/2010. Procedimento cirúrgico: A técnica de *cross leg* microcirúrgico envolve três regiões anatômicas do paciente: sítio doador de

tecido, sítio receptor e sítio receptor de vasos para anastomose. Preparo do sítio receptor: O preparo do leito receptor seguiu a rotina do tratamento de feridas complexas. Tecidos cicatriciais, desvitalizados e osso com sinais de necrose foram debridados, para garantir um bom leito receptor. Para auxiliar o processo, utilizamos a terapia a vácuo por 14 dias. Preparo dos vasos receptores: O membro que vai receber o pedículo do retalho livre é incisado e os vasos receptores são dissecados. Depois de isolado o pedículo vascular, o mesmo é coberto com compressa embebida em soro morno, transferindo-se o retalho ALT para o sítio receptor. Em seguida, são dissecados os vasos receptores, o retalho ALT é dissecado do sítio doador. O retalho ALT é fixado no leito receptor e o seu pedículo vascular é posicionado próximo aos vasos receptores do membro contralateral. Restabelecendo a circulação: A anastomose vascular é do tipo término-terminal, na artéria e veia tibiais posteriores do membro contralateral, e qualquer tensão deve ser evitada na linha de sutura. O pedículo vascular do retalho é coberto com retalho local de pele, para evitar sua dessecação e conseqüente trombose. Imobilização do membro: Os dois membros são cruzados e imobilizados através de sistema de fixação externa rígida entre o fêmur e a tibia distal dos 2 membros, impedindo qualquer movimento.

Conclusão

O ALT *cross leg* microcirúrgico mostrou-se como uma solução para grandes defeitos nos membros inferiores, especialmente quando não existem vasos receptores adequados no membro afetado e quando o enxerto de veia não é possível.