

Retalho glúteo de avanço em V-Y fasciocutâneo para tratamento de úlcera sacra

DANIEL GEHLEN, JÚNIOR GRANDI, LUIZ FELIPE MORAES REIS, MARCELO DE OLIVEIRA E SILVA, RAFAEL DIB PORCIDES, IVO PITANGUY

Objetivo

Descrever a técnica de escolha utilizada para tratamento de úlcera sacra por compressão no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Quinta D'Or, associado ao Instituto Ivo Pitanguy.

Método

Este é um estudo retrospectivo de 18 pacientes portadores de úlcera sacra por compressão, com indicação de tratamento cirúrgico, internados no período de janeiro a dezembro de 2009, nos quais se utilizou a técnica do retalho glúteo de avanço em V-Y fasciocutâneo para fechamento das feridas. O fechamento das úlceras é realizado, na maioria das vezes, em 2 a 3 tempos cirúrgicos, dependendo da extensão da lesão e da evolução do tratamento. O primeiro tempo cirúrgico consistiu em desbridamento dos tecidos desvitalizados, ostectomia, quando necessária, e coleta dos materiais para cultura. Ao final deste, os pacientes foram submetidos a tratamento com curativo V.A.C.[®], quando houve sucesso na limpeza inicial da ferida. Quando a ferida continuava com muitos tecidos suspeitos de inviabilidade e processo inflamatório intenso, o paciente foi mantido com curativos locais diários pela enfermagem e o curativo V.A.C.[®] foi adiado por um tempo cirúrgico. No segundo tempo cirúrgico, foi realizada avaliação da lesão após 3 dias a 5 dias sob pressão negativa na ferida e, então, realizado novo desbridamento e curativo V.A.C.[®] ou fechamento definitivo da lesão com o retalho glúteo de avanço em V-Y fasciocutâneo. O posicionamento do paciente foi feito em decúbito lateral (evitando o decúbito ventral, que obrigaria outro tipo de abordagem anestésica), após análise da geometria da lesão para o planeja-

mento dos retalhos. Após desbridamento e delimitação do real tamanho do defeito, o retalho V-Y foi então desenhado, com base nas artérias perforantes da artéria glútea superior. Sua marcação estendeu-se por 2 vezes o tamanho do diâmetro do defeito. Temos por rotina marcar ainda 2 cm a 3 cm a mais, para diminuir qualquer tensão na linha de sutura. É importante que o retalho seja grande o suficiente, pois quanto mais amplo maior seu aporte sanguíneo (pelo maior número de perforantes), e sua linha de sutura ficará posicionada distante do epicentro da ulceração. A pele foi incisada com bisturi de lâmina nº 15. A abertura por planos foi feita com bisturi elétrico até a fáscia muscular, com o cuidado de não biselar para dentro do retalho, pois diminui suas perforantes. Procedeu-se à hemostasia e foi feita a liberação delicada da fáscia, sem lesão das fibras musculares do glúteo máximo. Realizou-se, então, o avanço medial do retalho com ganchos, evitando o uso de pinças, pois essas são isquêmicas pela compressão dos tecidos, resultando em maior índice de sofrimento nas extremidades. Geralmente, no momento do avanço do retalho, é necessário pequeno descolamento de 1 cm a 2 cm na borda da úlcera, parte medial do retalho, logo abaixo da fáscia muscular, para que não ocorra nenhuma limitação no avanço deste. Finalizando, a sutura foi realizada em dois planos, para diminuir o espaço morto, com fio monocryl 3-0 internamente e náilon 2-0 na pele, em "U", com o nó posicionado fora do retalho, pois é menos isquêmico.

Resultados

A utilização do revestimento cutaneoadiposo da região glútea para fechamento de feridas sacras tem sobressaído

como uma boa opção para a recomposição de tais lesões. No grupo de pacientes avaliados, 50% (9 indivíduos) eram do sexo masculino e a média de idade foi de 63 anos, variando de 27 anos a 83 anos. Treze (72%) úlceras tinham mais de 6 cm de diâmetro, sendo, portanto, classificadas como grandes; as outras 5 foram classificadas como moderadas, medindo entre 3 cm e 6 cm de diâmetro. Foi necessária a realização de retalho bilateral em 66% dos casos (12 pacientes), em 2 deles para tratamento de grandes deiscências de um retalho unilateral primário. O curativo pela terapia V.A.C.[®] foi utilizado em 16 (89%) pacientes, e em 6 deles foi empregado também um dreno a vácuo fechado no pós-operatório. Constatou-se hematoma pós-operatório em 2 (11%) pacientes e deiscência de sutura em 6 (33%), que foram devidamente tratados no centro cirúrgico. O acompanhamento desses pacientes foi feito semanalmente, durante 1 mês a 3 meses de pós-operatório. A alta hospitalar dependeu das condições clínicas. Em casa, esses pacientes eram acompanhados por um sistema do tipo homecare, e a equipe de Cirurgia Plástica era imediatamente acionada a qualquer sinal de alteração na evolução da cicatrização. Os pacientes eram então submetidos a nova avaliação e conduta no ambulatório do hospital.

Conclusão

O retalho glúteo de avanço em V-Y fasciocutâneo é simples, confiável e extremamente efetivo no tratamento de úlcera sacra por compressão, pois promove cobertura adequada e sem tensão nas linhas de sutura, sem causar maiores morbidades para os pacientes tratados.