

Contraturas em flexão da mão queimada: avaliação do tratamento por meio da abertura cutânea e cicatrização por segunda intenção

Flexion contracture in burned hand: treatment evaluation through open cutaneous incision and second intention scare

CARLA COLADO DIB¹

RENATA ROSENFELD²

JOSÉ DE GERVAIS CAVALCANTE
VIEIRA FILHO³

Trabalho realizado na Santa Casa
da Misericórdia do Rio de Janeiro
- Enfermaria 11, Rio de Janeiro, RJ.

Este artigo foi submetido no
SGP (Sistema de Gestão de
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 16/8/2009
Artigo aceito: 23/10/ 2009

RESUMO

Objetivos: Avaliar a evolução dos pacientes com contratura na mão queimada submetidos ao tratamento cirúrgico por meio da abertura cutânea e cicatrização por segunda intenção. **Métodos:** Em um período de dez meses, os autores avaliaram cinco pacientes com contraturas na mão em decorrência de queimaduras. Três eram do sexo masculino e dois do sexo feminino, com média de idade de 10 anos. Todos os pacientes foram submetidos à abertura das lesões através de incisões transversas e permitida a cicatrização por segunda intenção. Também fizeram uso de imobilização e fisioterapia. **Resultados:** Os cinco casos avaliados apresentaram evolução funcional considerada satisfatória pelos médicos, fisioterapeutas e pelos próprios pacientes.

Descritores: Contratura. Mãos/cirurgia. Queimaduras.

SUMMARY

Objectives: Evaluate the evolution of patients with contracture burn hand submitted to surgical treatment across cutaneous open and second intention scare. **Methods:** In a period of ten months, the authors evaluated five patients with hand contracture because of burn. Three of them were male and two female, with middle ages 10 years. All the patients were submitted to open lesions using transverse incision with second intention scare. They use immobilization and physiotherapy. **Results:** All five operated cases show satisfactory functional evolution.

Descriptors: Contracture. Hand/surgery. Burns.

INTRODUÇÃO

Dentre as queimaduras registradas em pronto-socorro, 90% acometem as mãos, com ou sem envolvimento de outras áreas¹. As sequelas funcionais são frequentes, sendo que a incidência da contratura volar, em flexão, é significativamente alta¹ (Figura 1).

Diversas técnicas são descritas para o tratamento de contraturas da mão queimada e os resultados são variáveis²⁻⁴. Mais de um tempo cirúrgico são normalmente necessários

para se obter um resultado satisfatório, implicando em maiores custos terapêuticos e inerente potencial de complicações per operatórias.

McCash propôs, em 1964, uma técnica cirúrgica para o tratamento da moléstia de Dupuytren, em que é realizada a ressecção da fáscia palmar superficial e permitida a cicatrização tecidual por segunda intenção (técnica da palma aberta)⁵⁻⁹. Pela simplicidade do procedimento, baixo índice de complicações e bons resultados, a técnica foi bastante popularizada⁷. Apesar de a etiopatogenia

1. Especialista pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Cirurgião Plástico.

2. Especialista pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, médico ortopedista.

3. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Regente do Serviço de Cirurgia Plástica e Reparadora da Mão da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro - Enfermaria 11.

ser completamente diversa, a situação palmar pode ser bastante semelhante em ambos os casos.

Em revisão bibliográfica (MEDLINE e LILACS), não encontramos estudos da aplicação da técnica em palma aberta para o tratamento de mão queimada. Sendo assim, propusemos avaliar os resultados obtidos pelo mesmo procedimento para o tratamento da mão queimada de pacientes que já foram submetidos a outros tempos cirúrgicos, com grandes deformidades em flexão e sem possibilidade de qualquer rotação de retalho (Figura 2).



Figura 1 – Sequela de queimadura com contratura em flexão de dedos anular e mínimo de mão esquerda.



Figura 2 – Paciente com grande deformidade em flexão, submetida a cirurgias anteriores.

MÉTODO

No período compreendido entre janeiro e outubro de 2006, foram selecionados para este estudo sete pacientes que apresentavam contraturas na mão, causando significativa disfunção para suas atividades diárias, principalmente pela limitação da extensão dos dígitos (Figura 3). Três pacientes eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idade média de dez anos (6 a 24 anos).

Todos os pacientes foram operados pelos autores do trabalho na 11ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Foram excluídos deste estudo um caso que na cirurgia inicial necessitou de enxertia cutânea por exposição de nervo e tendão e outro que não retornou para o acompanhamento pós-operatório.

Técnica Operatória

Os pacientes foram posicionados em decúbito dorsal, sob anestesia geral ou bloqueio de plexo braquial. Fez-se esvaziamento venoso e colocação de manguito pneumático com a pressão regulada de acordo com idade, peso e pressão arterial do paciente. Incisões transversais para cada retração cicatricial foram planejadas e marcadas com azul de metileno, de uma a três por paciente (média de duas). Pelas mesmas incisões foram liberadas outras estruturas que também impediam a extensão dos dedos, como estruturas musculares, fâscia e/ou a cápsula articular (Figuras 4 e 5). O curativo era oclusivo com gaze vaselinada e tala de gesso em extensão.

No pós-operatório imediato, foram prescritos 2 g diários de cefalexina por 48 horas e 750 mg (máximo 2.250 mg/dia) de paracetamol, em caso de dor.

Cuidados pós-operatórios

Os curativos foram realizados com intervalos semanais durante 21 dias, por meio de higiene simples com soro fisiológico e sabão neutro. Desde o primeiro retorno no pós-operatório os pacientes eram encaminhados para o setor de fisioterapia de nosso Serviço, com o curativo ainda aberto. Ao final da sessão, os curativos eram novamente ocluídos com gaze vaselinada, tala gessada em extensão e os pacientes liberados para seu domicílio.

RESULTADOS

Os cinco pacientes evoluíram com satisfatória granulação tecidual e ganho na extensão ativa dos dedos (Figura 6). Em dois pacientes, além da liberação de estruturas mio-aponeuróticas, realizou-se capsulectomia metacarpo-falangeana em dois dígitos. Um destes desenvolveu deformidade em pescoço-de-cisne e necessitou o uso de órtese de extensão por mais quatro semanas. Ao final obteve resultado também satisfatório.

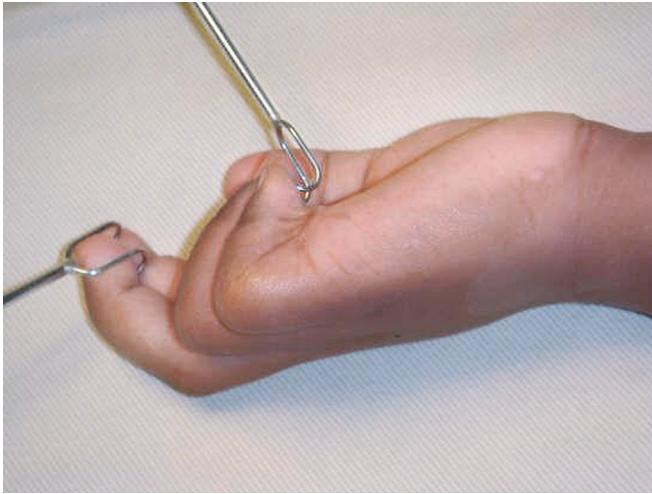


Figura 3 – Grande disfunção da mão com limitação da extensão dos dígitos.



Figura 4 – Incisão transversal e liberação das estruturas adjacentes.



Figura 5 – Liberação das estruturas e confecção de retalho para comissura.



Figura 6 – Quinze dias de pós operatório com satisfatória granulação tecidual e ganho de extensão ativa dos dedos.

DISCUSSÃO

Diversas técnicas cirúrgicas são propostas para o tratamento das contraturas na mão queimada^{2-4,9-11}. As zetaplastias e os duplo-zetas são consideradas de boa indicação para as contraturas lineares^{4,11-13}. A rotação de retalhos cutâneos e/ou fasciais serve para a cobertura de estruturas nobres, principalmente na área flexora^{4,11}. Os enxertos de pele total ou parcial-espessa são mais utilizados em área palmar^{4,11}. Complicações como hematoma, excessivo edema, necrose e infecção são relatadas com frequência, principalmente quando o acompanhamento metódico do paciente não é possível^{4,11}. Nesse estudo não verificamos nenhuma das complicações citadas.

Os pacientes atendidos em nosso Serviço não têm condições sociais e financeiras para poder fazer um acompanhamento

mais intensivo do que o que foi realizado. A paciente que abandonou o acompanhamento pós-operatório o fez, provavelmente, por não poder pagar seu transporte. Um paciente não usou a medicação antimicrobiana profilática no pós-operatório, também por não poder comprá-la.

Verificamos que o tempo de recuperação e retorno às atividades cotidianas é praticamente o mesmo das demais técnicas utilizadas^{1,5,7,12}. Por se tratarem de sequelas que causam disfunções variadas em cada indivíduo, uma análise quantitativa é muito difícil. No entanto, ganho funcional significativo foi observado pelo cirurgião, pela fisioterapeuta e pelo próprio paciente (Figura 7). Comparativamente a evolução aconteceu de forma semelhante à que costumamos observar no pós-operatório de indivíduos com Dupuytren, operados pela mesma técnica, porém, o ganho funcional



Figura 7 – Significativo ganho funcional com extensão ativa. Pós-operatório de três meses.

foi mais significativo e gratificante. Apesar da técnica ser relativamente simples, o cirurgião deve estar atento para a possível necessidade de rotação de um retalho ou enxertia, caso tendões e nervos sejam expostos.

CONCLUSÃO

Na amostra estudada, verificamos que a abertura cutânea transversal e cicatrização por segunda intenção das contraturas sequelares de queimaduras na mão é um tratamento de simples realização, menor complexidade per operatória e resultados funcionais satisfatórios.

REFERÊNCIAS

1. Achauer BM. The burned hand. In: Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, eds. Green's operative hand surgery. 4th ed. New York:Churchill Livingstone;1999. p.2045-60.
2. Mahler D, Benmeir P, Ben Yakar Y, Greber B, Sagi A, Hauben D, et al. Treatment of the burned hand: early surgical treatment (1975-85) vs. conservative treatment (1964-74). A comparative study. Burns Incl Therm Inj. 1987;13(1):45-8.
3. Goodwin CW, Maguire MS, McManus WF, Pruitt BA Jr. Prospective study of burn wound excision of the hands. J Trauma. 1983;23(6):510-7.
4. Gonçalves LB, Gonçalves CM. Queimaduras da mão. In: Traumatismos da mão. 3ª ed. Rio de Janeiro:Meds;2000. p.233-50.
5. McGrouther DA. Dupuytren's contracture. In: Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, eds. Green's operative hand surgery. 4th ed. vol.2. New York:Churchill Livingstone;1999. p.565.
6. Freitas AD, Pardini Jr AG, Neder Filho AT. Contratura de Dupuytren: tratamento pela técnica da palma aberta. Rev Bras Ortop. 1997;32(4):301-4.
7. McCash CR. The open palm technique in Dupuytren's Contracture. Br J Plast Surg. 1964;17:271-80.
8. Malta MC, Vianna SE, Scott PC. A técnica de palma aberta na contratura de Dupuytren. Rev Bras Ortop. 1984;19(2):46-8.
9. Lubahn JD, Lister GD, Wolfe T. Fasciectomy and Dupuytren's disease: a comparison between the open-palm technique and wound closure. J Hand Surg Am. 1984;9A(1):53-8.
10. Sheridan RL, Baryza MJ, Pessina MA, O'Neill KM, Cipullo HM, Donelan MB, et al. Acute hand burns in children: management and long-term outcome based on a 10-year experience with 698 injured hands. Ann Surg. 1999;229(4):558-64.
11. Bijos P, Rocha JR. Enxertos cutâneos e suas indicações nas reparações da mão e membros superiores. In: Melega JM, ed. Cirurgia plástica: fundamentos e arte. Cirurgia reparadora de tronco e membro. Rio de Janeiro:MEDSI;2004. p.450-6.
12. Slullitel M. Nuestro comportamiento ante la enfermedad de Dupuytren/Dupuytrenis disease. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 1987;52(1):103-6.

Correspondência para:

Carla Colado Dib
Av. Nossa Senhora de Copacabana, 698/1101 - Copacabana - Rio de Janeiro, RJ, Brasil –
CEP 22050-001
E-mail: dracarladib@hotmail.com