

Feridas de membros inferiores com perda de substância

MARCOS ANTONIO MARTIN AMARAL

Introdução

As feridas com perda de substância de membros inferiores, pele e músculo, geralmente acompanhadas de fraturas ósseas, são eventos comuns em serviços de urgências médicas. Essas feridas, consequentes de acidentes de trânsito, principalmente motociclísticos, exigem do cirurgião plástico condutas cirúrgicas diversas, com o objetivo de cobertura suficiente e preservação de estruturas, evitando complicações e longos períodos de internação, principalmente nos centros urbanos pequenos e médios onde não há microcirurgia. As perdas de substância localizadas nos membros inferiores mostram-se bastante desafiadoras quanto à sua reconstrução.

As lesões na extremidade distal da perna, tornozelo e retropé são frequentes em acidentes automobilísticos e quase sempre de difícil tratamento. O subcutâneo é escasso e não há proteção muscular para as estruturas osteotendinosas e neurovasculares.

Métodos

Este trabalho baseia-se em experiência pessoal, abrangendo período de junho de 2007 a junho de 2011, de acompanhamento médico cirúrgico no serviço de urgência do Hospital Santa Rosália. Nesse período, foram operados 192 pacientes; 90% dos casos apresentavam etiologia traumática, principalmente acidente motociclístico, com predominância do sexo masculino (80%). Em análise subjetiva realizada pela equipe médica, os resultados obtidos foram considerados bons e sem complicações na cicatriz externa.

Terço proximal da perna: foram usados os músculos gêmeos internos e externos e o tibial anterior. Na face ântero-medial, foi empregado o gêmeo interno e, na face lateral, o gêmeo lateral. Nas feridas mais anteriores e proximais junto ao joelho, foi empregado o músculo tibial anterior, a superfície do músculo rodado foi coberta no mesmo

tempo cirúrgico com enxerto de pele. Terço médio: nas feridas com exposição óssea no terço médio, usamos como solução o retalho fasciosubcutâneo da região posterior da perna, panturrilha. Terço distal: as feridas com exposição óssea do terço distal da perna, onde a maioria dos músculos assume a forma tendinosa, tornam-se um problema de difícil solução para o cirurgião. Como solução, usamos com sucesso o retalho fasciosubcutâneo da região posterior da perna, panturrilha. Nas feridas no calcâneo e no terço distal posterior, na região do tendão de Aquiles, empregamos o retalho fasciosubcutâneo em ilha baseado na artéria maleolar medial anterior e veia safena magna. Entendemos que o retalho fasciosubcutâneo posterior e o retalho fasciocutâneo em ilha são cirurgias de fácil execução e resultado satisfatório. O retalho fasciosubcutâneo em ilha baseado na artéria maleolar medial anterior e veia safena, para tratamento de feridas com perdas de substância da região do calcâneo e tendão Aquiles, constitui técnica descrita por Ruy Murakami, que apresenta fácil execução e excelente resolutividade.

Resultados

Os enxertos livres foram executados com faca de Blair, com boa integração na maioria dos casos. Os retalhos fasciosubcutâneos com enxerto de pele secundário, para as feridas do terço médio da perna, evoluíram sempre bem. Os retalhos fasciocutâneo em ilha para a região do tendão de Aquiles e calcâneo apresentaram excelente resolutividade, com cobertura satisfatória. As feridas de membros inferiores, em cerca de 80% dos casos, são resolvidas com um simples enxerto parcial de pele, dermoepidérmico, retirado com a faca de Blair. Nos casos mais complexos, com exposição óssea, utilizamos para o terço superior da perna rotação de retalhos musculares; para os terços médio e distal, utilizamos o retalho fasciosubcutâneo

posterior, que é uma procedimento de mais fácil execução do que as rotações musculares; com resultados satisfatórios, conservando o músculo com toda a sua função. O enxerto de pele para a cobertura do retalho é realizado em um segundo tempo cirúrgico, 15 dias após, quando temos um melhor leito receptor. Nas feridas de calcâneo com exposição óssea e no terço distal posterior da perna, região do tendão de Aquiles, utilizamos o retalho fasciocutâneo em ilha, e não o retalho fasciosubcutâneo posterior, por entendermos que a reparação com retalho fasciocutâneo em ilha pediculado em ramos da artéria maleolar medial e veia safena magna é de fácil execução, com resultado superior ao fasciosubcutâneo, sendo realizado em um só tempo cirúrgico, com inteira preservação dos músculos. Em nossa casuística, tivemos um caso de ferida do terço proximal da perna, com grande perda miocutânea, perda parcial dos músculos da região posterior proximal da perna, decorrente de acidente traumático por engenho de cana, o que exigiu a reparação com uso do enxerto *cross leg*, que não deve ser esquecido, podendo ser utilizado em casos excepcionais.

Conclusão

As feridas de membros inferiores (pernas e pés) com exposição óssea podem ser reparadas, na maior parte dos casos, com execução de cirurgia simples, com exceção do terço proximal da perna, situação em que usamos rotação de retalhos musculares. O retalho fasciosubcutâneo, para as feridas do terço médio e distal da perna, e retalho fasciocutâneo em ilha, para feridas do calcâneo e região do tendão de Aquiles, são de mais fácil execução que a rotação de músculos, obtendo resultados satisfatórios, com cobertura das feridas e bom resultado estético, prevenindo lesões vasculares cirúrgicas e preservando o músculo com toda a sua função, além de evitar sequelas funcionais irreversíveis.