

Traumas complexos de membros inferiores: série de 28 casos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ALEXANDRE JIN BOK AUDI CHANG, DIMAS ANDRÉ MILCHESKI, HUGO NAKAMOTO, PAULO TUMA, MARCUS CASTRO FERREIRA

Introdução

Consideramos traumas complexos de partes moles em membros inferiores aqueles onde há presença de extensos desenlívamentos cutâneos, fraturas expostas mais graves (Gustilo III), exposição de estruturas profundas (osso, tendão e articulação), lesão de grandes nervos ou vasos, esmagamentos com necrose muscular e amputações da extremidade. Em nosso serviço temos percebido um aumento da prevalência dos traumas complexos de membros inferiores com necessidade de terapêutica rápida e efetiva. A diversidade desses traumatismos e o aumento de recursos terapêuticos disponíveis, tais como terapia a vácuo, retalhos microcirúrgicos na fase aguda e substitutos cutâneos, demandam do cirurgião plástico o domínio de diversas técnicas para o melhor atendimento a esse tipo de paciente.

Objetivo

Avaliar os casos de traumas complexos em membros inferiores tratados pelo Grupo de Feridas Complexas da Divisão de Cirurgia Plástica da FMUSP.

Método

Foram analisados 28 prontuários, durante um período dos últimos dois anos, de pacientes com traumas complexos de membros inferiores com necessidade de atuação da equipe de

cirurgia plástica, atendidos no Hospital das Clínicas da FMUSP.

Resultados

Durante o período, foram analisados 28 pacientes, com média de idade de 30,2 anos (6 a 92 anos). A estratificação dos pacientes por idade revelou que 7% tinham menos de 10 anos; 11% entre 11 anos e 20 anos; 39% entre 21 e 30 anos, 29% entre 31 e 40 anos, 7% entre 41 e 50 anos, 4% entre 51 e 60 anos e 4% tinham idade superior a 61 anos. A maioria dos pacientes (n=20) era do sexo masculino. No que diz respeito aos traumas, estes foram subdivididos da seguinte maneira: 16 (57%) atropelamentos, 4 (14%) acidentes de motocicleta, 5 (18%) acidente automobilístico, 1 (4%) acidente por arma de fogo e 2 (7%) outras causas. O tipo de ferimento mais comum é o descolante, com 22 casos (78%), seguido por esmagamentos, com 4 casos (14%), e amputação traumática, com 3 casos (10%). As áreas acometidas foram: pé (n=10; 27%); tornozelo (n=6; 16%), perna (n=14; 38%), coxa (n=5; 14%), nádega (n=1; 3%) e joelho (n=1; 3%). Houve exposição de estruturas profundas em 14 casos, sendo exposição óssea em 6 (43%), tendão em 4 (29%), articulação e nervo com um caso cada (7%) e vasos em 2 (14%). Houve 11 casos com fraturas, sendo em dez (93%) expostas. A conduta em 93% dos casos foi de desbridamentos múltiplos,

sendo fechamento primário apenas em 1 caso (3%) e apenas fixação da fratura em 1 caso também. Nos pacientes em que houve desbridamento, utilizamos a terapia por pressão negativa (VAC) em 93% dos casos com média de trocas desse curativo, 2,5 vezes por paciente até que se pudesse fechar a ferida resultante. Realizamos enxertia em 22 pacientes, em 20 de pele parcial, 9 utilizando *mesh graft*, e 2 de pele total e retalhos em cinco deles, sendo 4 microcirúrgicos e 1 pediculado local. Os retalhos microcirúrgicos utilizados foram: ântero-lateral da coxa direita para calcâneo, TRAM para joelho esquerdo, ântero-lateral da coxa para coto de amputação transtibial, ântero-lateral da coxa direita para dorso de pé e o retalho local foi ao acaso para fechar úlcera no maléolo medial direito. Tivemos complicações em 6 pacientes, sendo 5 infecções em sítio cirúrgico e 1 hematoma.

Conclusão

Após a estratificação dos diagnósticos, serão elaborados fluxogramas de condutas para cada um dos traumas citados, visando otimizar o tratamento desses pacientes num cenário de urgência, a fim de serem aplicados pelos cirurgiões envolvidos no tratamento desses pacientes (cirurgiões do trauma e cirurgiões plásticos), bem como auxiliar na orientação dos médicos residentes da cirurgia geral e da cirurgia plástica.