

Retalho do músculo sóleo para cobertura de lesão do terço médio da perna: relato de caso



CLÁUDIO DE PAULA MATOS ^{1*}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0156

INTRODUÇÃO

Lesões de membros inferiores com perdas de substâncias, geralmente vem acompanhadas de fraturas e exposições ósseas. Estes tipos de lesões são muito comuns nos serviços de emergência. As lesões que apresentam somente perda de substância, em até 80%, são resolvidas com enxertia de pele, mas quando há exposição óssea os casos se tornam mais complicados, sendo necessários procedimentos mais complexos.

Alguns fatores devem ser considerados antes de realizar estes procedimentos, como a vascularização local, as boas condições da área receptora, a presença ou não de tecidos desvitalizados e se há infecção local.

O retalho do músculo sóleo é o mais utilizado na reconstrução das lesões do 1/3 médio dos membros inferiores.

O músculo sóleo é um músculo que se origina na parte superior da fíbula, septo intermuscular e na linha do músculo sóleo da tíbia. Sua extensão é variável. É recoberto pelo músculo gastrocnêmio e seu tendão se funde com as lâminas tendinosas do músculo gastrocnêmio para formar o tendão do calcanhar, também chamado de tríceps sural.

A sua circulação é do tipo II, na classificação de Mathes e Nahai, onde os pedículos dominantes são ramos musculares da artéria poplítea, da tibial posterior e da artéria fibular; e ramos menores da artéria tibial posterior na sua região mais distal. Possui um bom arco de rotação e cobre grandes exposições ósseas do terço médio até pequenas áreas expostas na região distal da perna. Sua dissecação é um tanto trabalhosa, porém, quando se inicia a certa distância da lesão, em tecido anatomicamente normal, esta é facilitada. A drenagem da área doadora é importante para evitar hematomas e cicatrização em equino.

O músculo sóleo pode ser utilizado parcial ou total, assim como com pedículo proximal ou distal, quando baseado em dois ou três dos ramos menores direitos da artéria tibial posterior, para a cobertura de pequenas áreas do terço distal da tíbia. Quando distal, seu arco de rotação é bastante limitado.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo mostrar que o retalho solear é uma excelente opção na cobertura de lesões em 1/3 médio da perna. Seu sucesso depende de vários fatores que não podem ser negligenciados. Neste caso, vemos que seguindo todas

RESUMO

Introdução: Na cobertura de lesões do terço médio da perna, o retalho mais utilizado é o do músculo sóleo. Sua escolha se faz, principalmente, pelas características da sua vascularização e de seu bom arco de rotação.

Método: Este relato de caso tem como objetivo mostrar a eficácia da utilização deste retalho para cobrir uma exposição óssea da face anterior da tíbia, devido a uma fratura exposta em um paciente que apresentou uma fratura exposta de tíbia e fíbula esquerda, resultante de um acidente motociclístico. **Resultados:** O paciente apresentou resultado satisfatório, com boa cicatrização e com boa pega do enxerto cutâneo.

Conclusão: A utilização deste retalho se mostrou bastante eficaz para a cobertura da lesão, inclusive com resultado estético satisfatório.

Descritores: Retalhos cirúrgicos; Rotação; Tecido de granulação; Fraturas da tíbia; Transplante de pele.

as etapas com paciência e utilizando a técnica cirúrgica correta, as chances de sucesso são enormes.

RELATO DE CASO

Paciente L.M.S., do sexo masculino, 25 anos, sofreu acidente de moto evoluindo com fratura de fíbula e tíbia esquerdas, sendo esta última exposta. Foi operado pelo serviço de ortopedia do nosso hospital sendo deixado um fixador externo. Porém houve perda de substância de região tibial anterior, ao nível do terço médio (Figura 1).



Figura 1. Lesão inicial - fratura exposta de tíbia com perda de substância.

¹ Hospital Militar de Área de Manaus, Exército Brasileiro, Manaus, AM, Brasil.

MÉTODO

Realizamos a incisão em face medial da perna e diérese por planos até o plano muscular. Foi confeccionado um retalho parcial do músculo sóleo em direção crânio caudal, mantendo seu pedículo distal (inferior). O retalho foi rodado para cobrir a área cruenta e suturado com fio do tipo nylon 4-0. Foi deixado um dreno de penrose nº 4, retirado posteriormente (Figura 2).

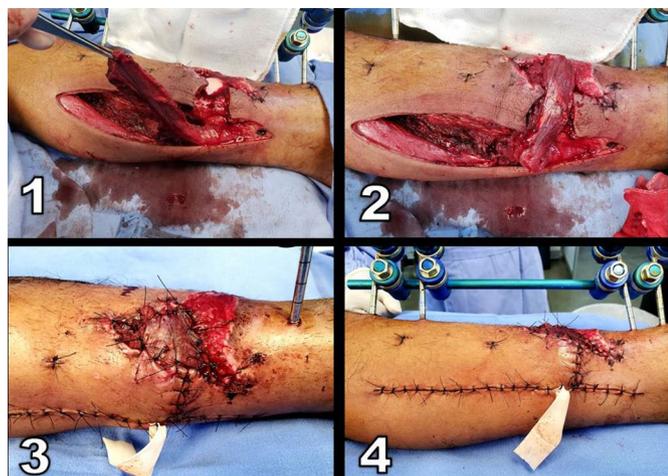


Figura 2. Retalho do músculo sóleo - dissecção do músculo sóleo e rotação lateral para cobertura da exposição da tíbia.

Após realização de curativos diários e confirmados a perfeita integração do retalho a área receptora, foi realizada a cobertura muscular com um enxerto de pele parcial, retirada da região hipogástrica (Figuras 3 e 4).



Figura 3. Granulação da lesão - crescimento de tecido de granulação na área de rotação do retalho muscular, estando apta para enxertia.



Figura 4. Enxertia - realizada enxertia cutânea da lesão tendo como área doadora a região hipogástrica.

RESULTADOS

Houve integração de aproximadamente 90% do enxerto, sendo que as áreas desvitalizadas foram retiradas e deixadas para cicatrização por 2ª intenção (Figura 5). O resultado final foi satisfatório e o paciente encontra-se hoje em fase de reabilitação motora.



Figura 5. Resultado final - a foto da esquerda mostra o momento da retirada do curativo de Brown; na da direita temos o resultado após pouco mais de 30 dias de evolução.

DISCUSSÃO

É importante lembrar que existe o momento oportuno para realizar o procedimento, para que não seja comprometido o resultado final. Tecidos desvitalizados devem ser retirados, infecções combatidas e o paciente deve apresentar condições clínicas para ser submetido ao procedimento.

CONCLUSÃO

O retalho parcial do músculo sóleo é seguro, com boa vascularização e de fácil realização, é uma boa opção nos casos de pequenos defeitos do terço distal da perna que necessita de boa cobertura. O caso apresentado demonstra excelente resolubilidade, com boa evolução e com mínima seqüela da área doadora. Particularmente, considero uma boa opção nos casos de lesões do 1/3 médio da perna.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso M. Aplicação clínica dos retalhos musculares e músculo-cutâneos nas reparações da perna e pé. Rev Bras Centro Estudos Dr. Wladimir do Amaral Bol. 1982;(1):21-8.
2. Hochberg J, Bozola AR, Ramos JEA, Oliveira MC, Miura O, Vieira RC. Manual de retalhos mio-cutâneos. Porto Alegre: AMRIGS; 1984.
3. Chapman MW. Fraturas expostas. In: Rockwood Junior CA, Green DP, Bucholz RW, editores. Fraturas em adultos. v.1. São Paulo: Manole; 1993. p.221-62.
4. Mélega JM. Cirurgia Plástica - Fundamentos e Arte. Rio de Janeiro: Medsi; 2004.
5. Neligan PC. Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

*Endereço Autor: Cláudio De Paula Matos

Avenida Jornalista Umberto Calderaro Filho, nº 455, Edifício Crystal Tower, Sala 1109, Adrianópolis, Manaus AM, Brasil.

CEP 69057-712

E-mail: claudioesilvania@hotmail.com