

Variação da Técnica do Retalho Transverso Lombossacro no Tratamento das Úlceras Sacras

Géza Lászlo Ürményi¹

1] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Endereço para correspondência:

Géza Lászlo Ürményi

R. João Garcez Fróes, 136 apto. 309
Salvador – BA
40155-700

Fone: (71) 235-3552

Unitermos: Úlcera de decúbito; sacra; retalhos.

RESUMO

O autor apresenta uma modificação da técnica do retalho lombossacro no tratamento das úlceras sacras evitando o uso de enxertia cutânea na área doadora do retalho. Utilizado em trinta e seis pacientes paraplégicos, teve apenas três casos com complicações, duas ocorrências de epidermólise e uma necrose do terço distal do retalho, demonstrando sua viabilidade cirúrgica como mais uma opção no tratamento desta patologia complexa.

INTRODUÇÃO

A úlcera sacra é a segunda úlcera mais comum em pacientes paraplégicos por lesão raquimedular. A úlcera se forma pela perda da sensibilidade protetora: uma pressão num segmento de pele superior à pressão sanguínea tecidual por um tempo prolongado resulta em necrose tecidual. A principal dificuldade no tratamento dessa úlcera reside no fato de ela ser uma das conseqüências da lesão raquimedular, e o tratamento, para ser completo, deveria restaurar a lesão neurológica. O grande número de retalhos descritos reflete a alta incidência de recidiva da escara durante a vida desses pacientes, na grande maioria adultos jovens.

No tratamento das úlceras de pressão, alguns princípios devem ser observados: evitar linhas de sutura na área de pressão, tentando colocá-las ao largo; realizar retalhos que não interfiram em retalhos futuros, permitindo uma seqüência de técnicas cirúrgicas com maior número de retalhos possível para cada região propensa à formação de escara; fechar uma úlcera de cada vez; excisar todo o tecido acometido; e preparar o paciente para as limitações de decúbito necessárias para a cicatrização da ferida operatória.

As úlceras sacras eram tratadas por retalhos cutâneos randomizados com vários tipos de desenhos. Ger^(2, 3)

(1971) utilizou retalhos musculares do grande glúteo para fechamento da úlcera sacra. Após essa publicação, vários autores descreveram variações dessa técnica cirúrgica revolucionária. A longo prazo, observou-se que os retalhos musculares se tornavam atrofícos, diminuindo sua capacidade como coxim. Nola e Vistnes⁽⁷⁾ (1980) pesquisaram a diferença de resposta da pele e do músculo quando submetidos a pressão, descrevendo, além disso, estudos no plano histológico. Minato *et al.*⁽⁶⁾ (1986) demonstraram a superioridade da pele ao músculo, quando submetidos a pressão, reforçando a utilização de retalhos fasciocutâneos como primeira opção cirúrgica para o fechamento das úlceras⁽⁸⁾. Em 1982, Daniel e Faibisoff⁽¹⁾ demonstraram que as proeminências ósseas não são cobertas por músculo quando em posição de pressão.

Em 1978, Hill⁽⁴⁾ descreveu o retalho transverso lombossacro (RTL), e Lion e Rebello⁽⁵⁾ (1993) utilizam o retalho como primeira opção cirúrgica no tratamento das úlceras sacras.

Objetivamos neste trabalho a descrição da modificação do retalho lombossacro para que o fechamento da área doadora não necessite de enxertia cutânea e não interfira em outros retalhos.

ANATOMIA

O aporte sanguíneo da pele e subcutâneo da região lombossacral é predominantemente segmentar. Sua principal vascularização vem de perfurantes da artéria lombar, através do triângulo lombar, e de perfurantes da artéria intercostal, através do grande dorsal. O aporte sanguíneo apresenta ainda contribuições de perfurantes miocutâneos da artéria glútea superior e perfurantes dos músculos sacroespinhais. O plexo subdérmico estende-se ininterruptamente, passando pela linha média, com cerca de 1/3 da extremidade proximal apresentando um padrão axial e os 2/3 distais, um padrão randomizado.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado, de agosto de 1997 a novembro de 1999, no Hospital Prof. Carvalho Luz, o tratamento de úlceras sacras em 36 pacientes, 16,6% tetraplégicos e 83,4% paraplégicos. A idade dos pacientes variou de 12 a 45 anos, com média de 25,8 anos, sendo 91,6% do sexo masculino e 8,4 % do sexo feminino. Como causas da lesão raquimedular, descreveu-se arma branca em 13,9% dos casos, mergulho em águas rasas em

25%, projétil de arma de fogo em 47,2% e viroses em 13,9%. O diâmetro das escaras variou de 4 a 12 cm.

Inicia-se o tratamento da úlcera com a retirada de tecido desvitalizado e o aguardo da organização da ferida. Nesse período o paciente é atendido por uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, neurologista, urologista e cirurgião plástico. O que se busca é um melhor estado calórico-protéico, ensinar procedimentos de prevenção, treinar o paciente ao decúbito necessário no pós-operatório e melhorar seu perfil psicológico, já que a grande maioria encontra-se revoltada ou em depressão. Realiza-se ainda acompanhamento neurológico, controle de infecções urinárias e programação cirúrgica para o fechamento da escara.

Na cirurgia, o paciente é sondado e submetido à anestesia peridural ou geral. Em decúbito ventral, inicia-se a marcação, delimitando a coluna e pedículos vasculares. A linha inferior do retalho é feita respeitando a marcação do retalho grande glúteo podendo chegar à crista ilíaca posterior. A base do retalho é estreitada, não devendo passar de 5 cm no eixo vertical. A linha superior é encurvada até encontrar a linha inferior, comparando-se a largura do retalho com a da úlcera (Fig. 2). Após a retirada da bursa, inicia-se o descolamento do retalho pelo pólo superior, identificando a fáscia no tecido subcutâneo e seguindo o descolamento sob ela. O descolamento não deve ultrapassar 2 a 3 cm da linha média, com risco de lesar os pedículos vasculares. Cessa-se o descolamento assim que se torna possível a rotação do retalho. Descola-se do leito o retalho inferior, de 2 a 3 cm da linha média do ponto de rotação, avançando superiormente após a transposição com o retalho transverso lombossacro. Pontos de ancoragem são colocados nas bordas da lesão para aliviar a tensão da sutura (Figs. 3 e 4). No pós-operatório, mantém-se o dreno de sucção por 48 horas, antibioticoterapia profilática por 24 horas e o paciente é orientado a evitar o decúbito dorsal por 60 dias (Casos 1, 2, 3 e 4).

RESULTADOS

Dos 36 pacientes operados, 3 tiveram complicações. Em 2 pacientes foi observada epidermólise na ponta do retalho inferior que avança na base do retalho lombossacro, sem prejuízo para o resultado final. Em um caso houve necrose na porção final do retalho, que cicatrizou por segunda intenção.

DISCUSSÃO

O retalho transversal lombar apresenta uma excelente vascularização axial no seu plexo subdérmico, o que possibilita o estreitamento de sua base e o descolamento na altura da fáscia do tecido subcutâneo sem sofrimento do retalho. A modificação do desenho para uma forma em Z permitiu o fechamento primário da área doadora sem as complicações inerentes à enxertia, além de oferecer um bom resultado estético. Sendo um retalho resistente à pressão e apresentando a vantagem de não ter cicatriz em área de pressão, um paciente disciplinado pode passar um grande período de tempo sem escara. O coxim oferecido pelo retalho é adequado, visto que a úlcera sacra não apresenta uma profundidade acentuada. O descolamento do retalho ao longo da incisão cirúrgica, a colocação dos pontos de ancoragem e a orientação para se evitar o decúbito dorsal por 60 dias no pós-operatório, contribuíram para evitar deiscência e alargamento das cicatrizes. A perda da porção final do retalho em um paciente foi atribuída à dificuldade de colocar pontos de ancoragem para reduzir a tensão do retalho e o tamanho da úlcera; com o subsequente aumento da tensão no eixo horizontal no terço distal do retalho, ele evoluiu para necrose. A escolha do retalho transversal lombossacro como primeira opção cirúrgica se deve à mínima morbidade existente na área doadora, além do fato de preservar a

vascularização dos retalhos musculares ou miocutâneos do glúteo, caso haja necessidade numa recorrência da úlcera.

Uma das limitações desta técnica é quando o eixo horizontal da úlcera ultrapassa o limite de fechamento primário ou a pele se apresenta atrofada com pouca elasticidade, levando à necessidade de enxertia cutânea na área doadora do retalho. Porém, foram tratadas lesões de até 12 cm de eixo horizontal sem complicações.

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico das úlceras sacras é parte de um tratamento multidisciplinar de uma patologia complexa. Acreditamos que a modificação do retalho lombossacro venha a contribuir no tratamento das úlceras pela facilidade cirúrgica, fechamento primário da área doadora, diminuição do tempo operatório e ausência de cicatriz na área de pressão. Observe-se que os resultados obtidos são favoráveis à sua utilização pelo baixo índice de complicações, pela não interferência em retalhos futuros e pelo bom aspecto estético.

BIBLIOGRAFIA

Vide página 25.