

# Amputação *versus* reconstrução em trauma complexo de membros inferiores

SHEILA CARVAJAL MULATTI, LUCIANA BORSOI MORAES, BERNARDO NOGUEIRA BATISTA, PAULO TUMA JUNIOR, MARCUS CASTRO FERREIRA

## Introdução

O trauma de membros inferiores com fraturas expostas e lesão tecidual extensa é um cenário frequente em centros de trauma e cirurgia de emergência, exigindo o envolvimento de equipes multidisciplinares para seu tratamento. Estudos epidemiológicos evidenciam uma frequência de 11,5 casos de fraturas expostas de membros inferiores para cada 100.000 habitantes por ano nos Estados Unidos, sendo a maioria por acidentes com veículos pesados e alta energia cinética. O envolvimento da equipe de Cirurgia Plástica para avaliar a possibilidade de reconstrução é essencial, porém questiona-se o quanto se deve investir nesta possibilidade de tratamento *versus* amputação, no que diz respeito ao custo do tratamento e do ganho de qualidade de vida para estes pacientes.

## Objetivo

O objetivo deste trabalho é apresentar dois casos de trauma de membros inferiores envolvendo fraturas expostas e ferimentos descolantes, e realizar uma breve revisão da literatura sobre esse assunto.

## Relato dos casos

O primeiro caso é da paciente A.A.S., sexo feminino, 37 anos, vítima de atropelamento por ônibus, no dia 4/4/2011. Esta paciente deu entrada no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas com vias aéreas pérvias, sob intubação orotraqueal, com colar cervical, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações, estável hemodinamicamente, escala de Glasgow 7, pupilas isofotoreagentes, com ferimento extenso descolante em membros inferiores e suspeita de fratura exposta. Realizados atendimento inicial pela equipe da Cirurgia Geral e exames de admissão, foi constatada exposição

óssea de tibia à direita, com perda de substância óssea, porém sem traço de fratura. A paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico, realizada exploração dos ferimentos, que identificou lesão de tecidos moles (derme, subcutâneo e musculatura) e exposição da articulação do joelho esquerdo. Nesse momento foi realizado desbridamento do tecido desvitalizado e curativo a vácuo. Optamos pela reconstrução posterior com retalho microcirúrgico TRAM para cobertura da articulação do joelho, após devida preparação do leito e enxertia do restante do ferimento. A paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar. O segundo caso é da paciente L.S.A., sexo feminino, 27 anos, vítima de atropelamento por automóvel, no dia 8/3/2011. Esta paciente deu entrada no nosso serviço com vias aéreas pérvias, ventilação espontânea, com colar cervical, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações, estável hemodinamicamente, escala de Glasgow 15, pupilas isofotoreagentes, com fratura exposta de tibia e fíbula direita com descolante extenso, e ausência de pulso palpável abaixo de segmento poplíteo à direita. Realizado atendimento inicial pela equipe da Cirurgia Geral e exames de admissão, paciente foi encaminhada para o centro cirúrgico. Realizada fixação de fratura exposta (Gustillo III C) pela equipe da Ortopedia e arteriografia pela equipe da Cirurgia Vascular, que identificou lesão de todos os segmentos arteriais do membro afetado. Optou-se por esta equipe pela realização de um enxerto poplíteo-tibial posterior com veia safena interna contralateral invertida. A equipe da cirurgia plástica realizou então cobertura da artéria tibial posterior com a musculatura posterior da perna, sutura parcial da pele e curativo a vácuo. Esta paciente evoluiu com complicações do enxerto vascular, com trombose do

enxerto e infecção das fasciotomias, com necessidade de múltiplas reabordagens, evoluindo para amputação transtibial do membro afetado. Optou-se nesse momento por realizar um retalho microcirúrgico ântero-lateral de coxa inerovado para reabilitação deste membro. A paciente evoluiu bem após este procedimento, recebendo alta hospitalar. Os dois casos relatados foram tratados por meio da reconstrução com retalhos microcirúrgicos. O primeiro, com retalho do tipo TRAM para cobertura da articulação do joelho combinado à enxertia do restante do ferimento, com sucesso do retalho e reabilitação do membro inferior. No segundo caso, optou-se pela tentativa de salvar o membro, porém devido à lesão vascular decorrente do trauma, mesmo após a tentativa de revascularização, foi necessária a amputação transtibial do membro afetado. Para tratamento do coto de amputação e visando melhor reabilitação do membro, optou-se pelo retalho anterolateral de coxa, com cobertura adequada de estruturas nobres e coxim muscular para apoio de uma prótese. A paciente também evoluiu bem, recebendo alta hospitalar e, no momento, realiza reabilitação deste membro.

## Conclusão

A análise dos casos apresentados foi de evolução satisfatória da lesão de membros inferiores através da reconstrução com retalhos microcirúrgicos, mesmo com uma amputação parcial de membro em um dos casos. A revisão de artigos demonstra uma tendência à reconstrução em relação à amputação primária quando esta é possível, devido à melhor qualidade de vida e menor custo deste tratamento. Desta forma, poderíamos sugerir uma abordagem mais agressiva em favor da reconstrução pelos cirurgiões plásticos.