



Tratamento simultâneo de úlceras de pressão sacral e isquiática com retalho único: apresentação de um caso

Simultaneous treatment of sacral and ischial pressure ulcers with a single flap: case presentation

ANTONIO CHIQUETTI JUNIOR ^{1*}
RENATO DA SILVA FREITAS ²

Instituição: Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Artigo submetido: 12/4/2018.
Artigo aceito: 1/10/2018.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0184

■ RESUMO

Úlceras de pressão são alterações da integridade da pele e tecidos subjacentes, causadas por pressão, mais usualmente sobre proeminências ósseas, especialmente em áreas desprovidas de sensibilidade, levando à necrose e ulceração. Dados da literatura internacional estimam que 3 a 14% dos pacientes hospitalizados desenvolvem úlceras de pressão. Descrevemos a correção simultânea de úlceras sacral e isquiática extensas em paciente paraplégico jovem utilizando retalho fasciomiocutâneo de glúteo máximo e de face posterior da coxa.

Descritores: Retalho miocutâneo; Lesão por pressão; Paraplegia; Espasticidade muscular; Fatores de risco.

■ ABSTRACT

Pressure ulcers are alterations of the integrity of the skin and underlying tissues, caused by pressure, more commonly on bony prominences, especially in areas devoid of sensitivity, which lead to necrosis and ulceration. Data from the international literature estimate that 3–14% of hospitalized patients develop pressure ulcers. We herein describe the simultaneous correction of extensive sacral and ischial ulcers in a young paraplegic patient, using a gluteus maximus fasciomyocutaneous flap from the posterior aspect of the thigh.

Keywords: Myocutaneous; Pressure ulcer; Paraplegia; Muscle spasticity; Risk factors.

¹ Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

² Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

Úlceras de pressão são alterações da integridade da pele e tecidos subjacentes, causadas por pressão, mais usualmente nas proeminências ósseas e especialmente em áreas desprovidas de sensibilidade local, levando à necrose e ulceração.

Dados da literatura internacional estimam que entre 3% e 14% de todos os pacientes hospitalizados desenvolvem úlceras de pressão¹, fato que ressalta a importância das medidas preventivas nos pacientes com risco aumentado. O tratamento cirúrgico das úlceras de pressão remonta a 1947, com Croce & Beakes² utilizando retalhos cutâneos.

A utilização de retalhos musculares e musculocutâneos (proposta por Ger³, Minami et al.⁴, e Nahai et al.⁵) e também a utilização de retalhos fasciocutâneo (propostos por Hurwitz et al.⁶, Alonso et al.⁷, Ramirez⁸, Calil et al.⁹ e Paletta et al.¹⁰) constituiu grande implemento ao arsenal cirúrgico para o tratamento destas afecções. Dentro da grande variedade de situações que surgem na clínica diária, necessitam-se de soluções cirúrgicas com características peculiares às necessidades locais do paciente.

OBJETIVO

Descrevemos a correção simultânea de úlceras de pressão sacral e isquiática extensas com retalho único em paciente paraplégico com 21 anos de idade. Internou com anemia, infecção urinária, necrose nas úlceras, além de contratura espástica em membros inferiores. Após tratamento clínico, foi submetido à correção das úlceras pela rotação de um retalho fasciomiotânico de glúteo máximo e face posterior da coxa, pediculado pelas artérias glúteas superior e inferior e seu ramo fasciocutâneo posterior da coxa.

Apesar das dimensões, o retalho utilizado apresentou boa perfusão sanguínea, evoluindo sem necrose ou deiscência. O retalho mostrou ser uma opção válida em pacientes jovens e sem afecções que levem a comprometimento circulatório.

RELATO DO CASO

Paciente de 21 anos de idade, masculino, paraplégico há um ano. Cuidados inadequados levaram ao desenvolvimento de múltiplas úlceras de pressão, dentre elas, sacral e isquiática direita extensas. O paciente internou febril, desnutrido, anêmico, com infecção urinária, necrose nas úlceras, além de contratura espástica em membros inferiores.

Após preparo clínico, realizou-se a correção simultânea da úlcera sacral e isquiática direita por meio da rotação de retalho fasciomiotânico único.

Técnica cirúrgica

Paciente posicionado em decúbito ventral, demarcado o retalho e as bordas das úlceras (Figura 1), dissecação do retalho partir da extremidade distal fixando a fáscia ao tecido celular subcutâneo (TCSC), elevação do músculo grande glúteo e porção cutânea (Figura 2), rotação e sutura do retalho fechando as duas úlceras (Figura 3) e fechamento da área doadora da coxa borda a borda; o retalho e área doadora evoluiu com boa cicatrização (Figuras 4 e 5).

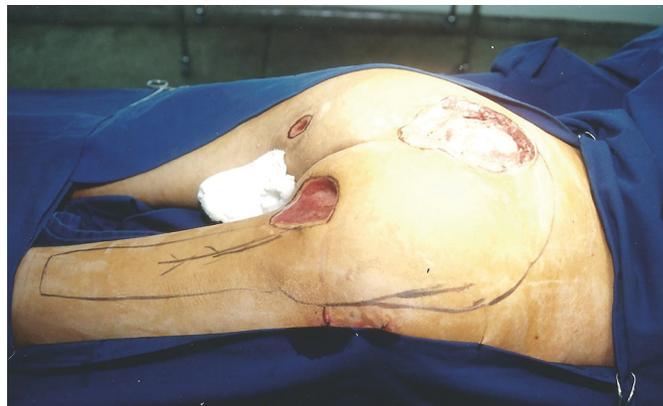


Figura 1. Demarcação do retalho e bordas das úlceras.

RESULTADOS

O retalho utilizado para a correção simultânea das úlceras sacral e isquiática direita apresentou boa perfusão sanguínea e evoluiu sem necrose ou hematoma. Apresentou pequeno sofrimento superficial na extremidade proximal da área doadora posterior da coxa por tensão na linha de sutura, que cicatrizou espontaneamente, e apresentou drenagem de secreção sero-hemática em sua extremidade distal, o que não impediu uma cicatrização adequada. Ressaltamos que a tensão não comprometeu o retorno venoso do membro inferior direito.

DISCUSSÃO

A circulação da porção fasciocutânea posterior da coxa do retalho utilizado foi programada para ter sua nutrição a partir do ramo fasciocutâneo da artéria glútea inferior conforme Alonso et al.⁷ e Paleta et al.¹⁰. Os estudos anatômicos de Calil et al.⁹ mostram intersecção com as artérias primeira e segunda perfurantes ramos da artéria femoral profunda, levando a uma extensa área de perfusão cutânea na face posterior da coxa, o que permite a confecção de retalhos de grandes dimensões.

Os estudos de Hurwitz et al.⁶ mostraram anastomoses da artéria glútea inferior com ramos da



Figura 2. Intraoperatório - retalho já elevado.



Figura 3. Retalho posicionado e área doadora com suturas temporárias.

artéria circunflexa femoral medial. Quando estes e outros vasos anastomóticos foram seccionados, a artéria glútea inferior poderia suprir a circulação da região posterior da coxa.

Ramirez⁸ citou a importância da artéria primeira perfurante para a perfusão do retalho fasciocutâneo posterior da coxa. Entretanto, em dois terços dos retalhos de seu trabalho esta artéria foi ligada sem prejuízo para o retalho. Citou também a importância dos ramos da artéria circunflexa femoral medial com sua localização mais superior e medial que a primeira perfurante.



Figura 4. Pós-operatório - úlcera sacral tratada.



Figura 5. Pós-operatório - úlcera isquiática tratada; mostra também úlcera trocantérica tratada.

Devido ao arco de rotação do retalho utilizado neste trabalho e à inclusão do músculo glúteo máximo, houve a necessidade de se ligar as artérias primeira e segunda perfurantes, mantendo a perfusão da porção fasciocutânea posterior da coxa através do ramo fasciocutâneo da artéria glútea inferior. A inclusão do músculo glúteo máximo no retalho possibilitou um melhor preenchimento da úlcera sacral extensa.

Na eventualidade de necrose da porção fasciocutânea, teríamos como opção o uso do retalho miocutâneo do grácil ou fasciocutâneo locais. Numa

recidiva da úlcera sacral, um retalho fasciocutâneo pode ser confeccionado para o fechamento isoladamente ou associado a retalho musculocutâneo ou fasciocutâneo de região glútea contralateral.

CONCLUSÕES

A utilização do retalho fasciomiotômico do glúteo máximo e da face posterior da coxa para correção simultânea de úlcera sacral e isquiática direita neste caso descrito, em um paciente jovem, sem afecções que levem a comprometimento circulatório e clinicamente equilibrado, mostrou-se uma boa opção cirúrgica.

COLABORAÇÕES

ACJ Concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação - preparação do original.

RSF Aprovação final do manuscrito; redação - revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Bergstrom N, Allman RM, Alvarez OM, Carlsson CE, Eaglesstein W, Frantz RA, et al. Pressure ulcer in adults: prediction and prevention. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research; 1992.
2. Croce EJ, Beakes HC. The operative treatment of decubitus ulcer. *N Engl J Med.* 1947;237(5):141-9.
3. Ger R. The surgical management of decubitus ulcers by muscle transposition. *Surgery.* 1977;69(1):106-10.
4. Minami RT, Mills R, Pardoe R. Gluteus maximus myocutaneous flaps for repair of pressure sores. *Plast Reconstr Surg.* 1977;60(2):242-9.
5. Nahai F, Silverton JS, Hill HL, Vasconez LO. The tensor fascia lata musculocutaneous flap. *Ann Plast Surg.* 1978;1(4):372-9.
6. Hurwitz DJ, Swartz WM, Mathes SJ. The gluteal thigh flap: a reliable, sensate flap for the closure of buttock and perineal wounds. *Plast Reconstr Surg.* 1981;68(4):521-32.
7. Alonso N, Carramaschi F, Calonge HCF, Gemperli R, Monteiro Júnior AA, Ferreira MC. Retalho fasciocutâneo posterior da coxa no tratamento de úlceras de pressão. *Rev Bras Ortop.* 1986;21(1):13-5.
8. Ramirez OM. The distal gluteus maximus advancement musculocutaneous flap for coverage of trochanteric pressure sores. *Ann Plast Surg.* 1987;18(4):295-302.
9. Calil JA, Ferreira LM, Neto MS, Castilho HT, Garcia EB. Aplicação clínica do retalho fasciocutâneo da região posterior da coxa em V-Y. *Rev Assoc Med Bras.* 2001;47(4):311-9.
10. Paletta C, Bartell T, Shahadi S. Applications of the posterior thigh flap. *Ann Plast Surg.* 1993;30(1):41-7.

*Autor correspondente:

Antonio Chiquetti Junior

Rua Paes Leme, nº 1264, sala 601 - Jardim das Américas - Londrina, PR, Brasil

CEP 86010-610

E-mail: chiqueti@sercomtel.com