

SUTURA ELÁSTICA COM FITA CIRCULAR DE BORRACHA PARA FECHAMENTO DE GRANDE FERIDA OPERATÓRIA – RELATO DE CASO

Closure of large wound with rubber elastic circular strips – case report

Andy **PETROIANU**, Kelly Renata **SABINO**, Luiz Ronaldo **ALBERTI**

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral e Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa, Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Brasil.

Correspondência:

Andy Petroianu
E-mail: petroian@medicina.ufmg.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 20/11/2012
Aceito para publicação: 02/05/2013

INTRODUÇÃO

A técnica da sutura elástica foi descrita por Raskin⁴ em um artigo de revisão sobre lesões vasculares agudas em membros superiores após esmagamento de braço e antebraço, com desenvolvimento de síndrome compartimental. Esse autor utilizou uma sutura elástica para aproximar as bordas de fasciotomia e prevenir retração cruentas. Leite et al.³ acrescentaram a essa técnica a aplicação dos pontos no subcutâneo e fáscia superficial, com o objetivo de evitar sofrimento adicional da borda de pele, que poderia agravar a condição do ferimento. Essa modificação melhorou o aspecto estético local e evitou a formação de cicatrizes laterais à ferida.

O objetivo deste relato é apresentar uma nova técnica de fechamento de feridas operatórias extensas por meio de sutura elástica, utilizando fitas circulares elásticas de borracha.

lesão diagnosticou dermatofibrossarcoma. A neoplasia foi retirada completamente com margens laterais e profundas amplas, incluindo a fáscia muscular, que macroscopicamente estava livre de doença. A área cruenta remanescente media 20x15 cm de diâmetro e 4 cm de profundidade.

A aproximação das bordas da ferida se fez por meio de sutura elástica. Duas fitas circulares delgadas de borracha - utilizadas habitualmente para prender pacotes de dinheiro -, foram esterilizadas em autoclave e suturadas às bordas da ferida, a 1 cm da área cruenta. Foram utilizados pontos simples separados de fio de náilon 2-0. Essas fitas foram posicionadas em ziguezague. Realizou-se esse procedimento sob anestesia local, com lidocaína a 1%.

Decorridos cinco dias, as bordas da ferida já estavam muito próximas uma da outra e as duas fitas de borracha deixaram de exercer tração sobre elas. Com anestesia local, elas foram substituídas por uma única fita circular de borracha, que manteve a tração para a aproximação das bordas. No 20º. dia do pós-operatório, o fechamento da pele completou-se e não houve necessidade de sutura da pele. A paciente recebeu alta hospitalar nesse dia, com a ferida operatória fechada e apresentando bom aspecto cicatricial. Ela continua sendo acompanhada em ambulatório após mais 14 meses e está muito satisfeita com o resultado do tratamento realizado. Não foram registradas recorrência do sarcoma ou metástases.

RELATO DO CASO

Paciente de 49 anos foi admitida na Santa Casa de Belo Horizonte, Brasil, em bom estado geral, portadora de tumor em região hipogástrica com dimensões de 25x15 cm de diâmetro e 12 cm de altura. A neoplasia tinha evolução de 10 anos e apresentava uma úlcera sangrante em seu topo. A tomografia indicou que o tumor não acometia a camada muscular ou outras estruturas mais profundas. Ao exame físico e nos exames complementares por imagem, não foram encontrados sinais de metástases. A biópsia dessa

DISCUSSÃO

O tratamento de grandes feridas acidentais ou cirúrgicas requer cuidados especiais para sua resolução, que pode demandar tempo e múltiplos atos cirúrgicos, dependendo de suas características e causas^{1,2,3,5,6}. As vantagens encontradas no fechamento da ferida operatória deste relato foram: facilidade técnica na confecção da sutura elástica, reduzida agressão ao organismo, curto período de internação e boa aceitação por parte da paciente. Não houve complicações, como infecção,

rejeição, necrose tissular ou retração cicatricial, e a cicatrização apresentou bom aspecto estético final. O mínimo custo financeiro e a disponibilidade desse recurso em todos os hospitais são outras vantagens destacadas desse procedimento.

Alternativas para reconstruir esse tipo de ferida seriam com enxertos ou grandes retalhos de pele. Entretanto, tais operações, além de serem mais complexas por suas dimensões e localização, criam novas feridas, que, por sua vez, também precisam ser tratadas^{4,6}. Essas condutas acompanham-se de dor, elevada incidência de infecções, retração cicatricial, rejeição e insucessos. A realização de procedimentos cirúrgicos mais complexos requer profissional capacitado e com experiência em cirurgia plástica. Seus custos e permanência hospitalar também são elevados^{2,5,6}. Por outro lado, a operação apresentada neste relato é fácil de ser conduzida até por profissionais sem experiência grande ou especial em cirurgia, podendo ser conduzida até e em centros cirúrgicos de menor porte.

Esta técnica já foi utilizada pelos autores em outras situações, como áreas cruentas após retirada de queimaduras, retirada de úlcera de Marjolin, infecções graves de partes moles, diversos tumores de pele localizados no tronco e membros, além do fechamento de parede abdominal após laparostomias com bom resultado.

REFERÊNCIAS

1. Costa SRP, Henriques AC. Giant dermatofibrossarcoma protuberans on the abdominal wall. *Einstein* 5: 63-65, 2007.
2. Dorai AA, Halim AS. Extended double pedicle free tensor fascia latae myocutaneous flap for abdominal wall reconstruction. *Singapore Med J* 48: e141-145, 2007.
3. Leite NM, Reis FB, Christian RW. Tratamento de ferimentos deixados abertos com o método da sutura elástica. *Rev Bras Ortoped* 31: 687-689, 1996.
4. Raskin KB. Acute vascular injuries of the upper extremity. *Hand Clin* 9: 115-130, 1993.
5. Samie FH, Kane JM 3rd, Zeitouni NC. Repair of large abdominal defects with prostheses following Mohs micrographic surgery. *Dermatol Surg* 34: 403-406, 2008.
6. Sarabahi S, Bajaj SP, Bhatnagar A, Sharma M. Reconstruction of abdominal wall by whole thigh flap. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 59:1429-1432, 2006.