

USO DE RETALHO TOTAL DE COXA PARA FECHAMENTO DE ULCERA TROCANTÉRICA COMPLICADA

USE OF TOTAL THIGH FLAP FOR COVERING COMPLICATED TROCHANTERIC ULCERATION

¹DUARTE, Felipe Oliveira - MD; ²ABDALLA, Stella Crescenti - MD; ³ACCIOLI VASCONCELLOS, Zulmar Antonio - MD - PhD; ⁴ACCIOLI VASCONCELLOS, João Justino - MD; ⁵VIEIRA, Vilberto José - MD; ⁶BINS-ELY, Jorge - MD - MSc - PhD; ⁷d'ÉÇA NEVES, Rodrigo - MD

¹ Médico residente do 2º ano de Cirurgia Plástica do Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário NCP-HU-UFSC; ² Cirurgiã Plástica, staff do NCP-HU-UFSC; ³ Professor Adjunto, Staff do NCP-HU-UFSC; ⁴ Cirurgião Plástico, Staff do NCP-HU-UFSC; ⁵ Cirurgião Plástico, Staff do NCP-HU-UFSC; ⁶ Professor Adjunto, Vice-Regente do NCP-HU-UFSC ⁷ Professor Titular, Regente do NCP-HU-UFSC.

Núcleo de Cirurgia Plástica do HU-UFSC
Universidade Federal de Santa Catarina

DESCRITORES

retalho total de coxa, úlcera trocantéria

KEYWORDS

total thigh flap, trochanteric ulceration

RESUMO

A utilização do retalho total de coxa total thigh flap é um procedimento indicado para o tratamento de grandes áreas de tecido mole comprometidas e envolvimento das articulações da cintura pélvica. É um retalho fixado no sítio receptor após desarticulação do membro. O trabalho descreve relato de caso de uso do retalho total de coxa para cobertura de escara trocantérica direita complicada com osteomielite e desarticulação acetábulo femoral, após debridamento cirúrgico.

ABSTRACT

Total thigh flap is indicated for large areas of compromised soft tissue and hip joint involvement. This flap is sutured in place after disarticulation of the extremity. This article describe a clinical case were it was used the total thigh flap for covering a trochanteric ulceration complicated with hip disarticulation osteomyelitis.

INTRODUÇÃO

As úlceras de pressão, que tiveram sua etiologia descrita pela primeira vez por James Paget (1873), resultam de pressão excessiva sobre os tecidos, causando necrose e ulceração. A variação da apresentação clínica das úlceras de pressão é abrangente, variando de perda superficial da pele a perda progressiva e destruição da gordura, músculos, ossos e articulações¹.

Total thigh flap, como sugerido por Georgiade, Pickrell e Maguire (1956), é um procedimento indicado para o tratamento de grandes áreas de tecidos moles comprometidas e no envolvimento das articulações da cintura pélvica. É um retalho que, após desarticulação da extremidade, é fixado no sítio receptor⁴. (foto 1)

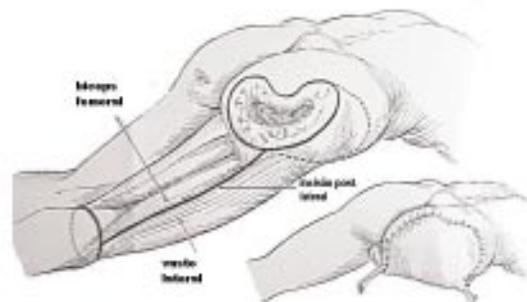


Figura 1

OBJETIVO

Este trabalho descreve caso clínico de um paciente operado no Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), com o diagnóstico de escaras trocantérica bilateral e sacral, osteomielite e desarticulação da cabeça do fêmur do acetábulo, à direita, que foi tratado com a técnica de total thigh flap.

CASO CLÍNICO

O.S., sexo masculino, 28 anos de idade, paraplégico desde abril de 2006, quando foi vítima de ferimento por arma de fogo na coluna vertebral, foi internado no HU-UFSC, em maio do mesmo ano, com escaras trocantérica bilateral e sacral, infectadas, anemia (hematócrito 22%) e desnutrição (albumina sérica 2,2 g/dl). Inicialmente, foi tratado com amoxicilina e ácido clavulânico, por cinco dias, sem melhora do quadro febril. Após avaliação do Serviço de Ortopedia e diagnóstico de osteomielite na articulação coxo-femoral direita, foi iniciado tratamento com vancomicina e realizado

debridamento cirúrgico, que evoluiu com desarticulação da cabeça do fêmur do acetábulo direito. O paciente foi mantido em tratamento clínico, com o Serviço de Clínica Médica do Hospital, com vancomicina, e reposição nutricional, e tratamento tópico das escaras com curativos até ter condições clínicas para ser submetido à cirurgia de fechamento das escaras, ou seja, hematócrito 30%, albumina sérica 3,3 g/dl e sem infecção na escaras ou quadro febril vigente. (Fotos 2 a 4).

A cirurgia foi realizada, em 09 de outubro de 2006, sob anestesia geral, com amputação do membro inferior direito logo acima do joelho e esvaziamento da coxa di-

reita, com ressecção do fêmur, sendo este tempo cirúrgico realizado pelas equipes de Ortopedia e de Cirurgia Vascular do HU-UFSC. O retalho miocutâneo resultante foi utilizado, pela equipe de Cirurgia Plástica, para a cobertura da escara trocantérica direita (Fotos 5 a 8).

As demais escaras não foram tratadas neste mesmo tempo cirúrgico, por falta de condições clínicas, sendo programada nova cirurgia para este procedimento.

O paciente recebeu alta hospitalar, cinco dias após a cirurgia, e está em acompanhamento ambulatorial, até o momento (três meses de pós-operatório), não apresentando nenhuma complicação. (Foto 9 e 10).



Figura 2



Figura 5



Figura 3



Figura 6



Figura 4

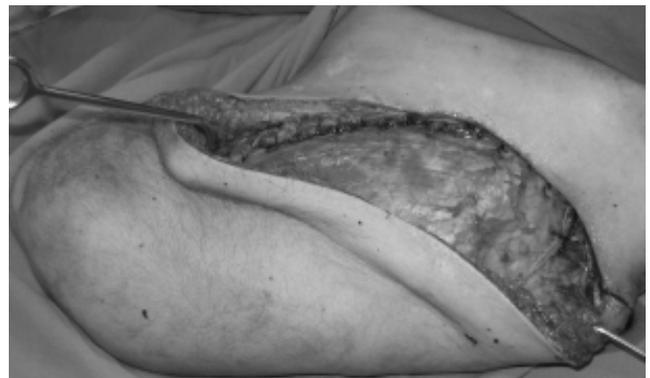


Figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10

DISCUSSÃO

Escaras extensas, múltiplas, recorrentes e associadas à osteomielite e pioartrose da cintura pélvica não são problemas incomuns. Quando a área de ulceração é confinada ao trocânter ou ísquio, o melhor tratamento é

a ressecção proximal do fêmur e a desarticulação acetábulo-femoral. Este procedimento é considerado de exceção, usado quando outros métodos falharam ou não puderam ser indicados, por ser cirurgia de grande porte, com necessidade de transfusão de 6 a 20 unidades de sangue e delong tempo cirúrgico⁶.

Conway, em 1951, relatou um caso de desarticulação do quadril por complicação de ulceração trocântérica, mas foram Georgiade, Pickrell e Maguire, que em 1956, primeiro preconizaram o uso de partes moles da coxa amputada, como um retalho total de coxa, para o tratamento de pacientes com úlceras trocântéricas complicadas por pioartrose da cintura pélvica e osteomielite do fêmur⁵. O planejamento cirúrgico deste retalho depende da quantidade de tecido necessária para cobrir o defeito, o que determina o comprimento do mesmo. Nos pacientes em que todo retalho de coxa será necessário, é feita uma incisão circunferencial no espaço poplíteo, como sugerida pelos autores⁵. Caso seja planejado o fechamento da escara sacral, a incisão deve ser prolongada abaixo do joelho³.

Royer, numa série de 41 casos de retalhos de coxa - total thigh flap - realizados em paraplégicos, relata como complicações mais comuns, hemorragia pós-operatória, infecção, formação de fístulas, deiscência de sutura e pielonefrite, totalizando 34 complicações².

CONCLUSÃO

O caso foi relatado pela importância da descrição de procedimento cirúrgico raramente realizado pelos Serviços de Cirurgia Plástica, por sua complexidade e por ser uma opção de tratamento em casos complexos de escaras de dedúbito.

REFERÊNCIAS

- 1 - BARKER; D. E., *Surgical treatment of decubitus ulcers*. JAMA, pág 129-160, 1945.
- 2 - BERKAS; E. M., Chesler; M. D., Sako, Y; *Multiple decubitus ulcer treatment by hip disarticulation and soft tissue flaps from the lower limb*. Plastic & Reconstructive Surgery. Nº 27 pág, 618, 1961.
- 3 - BURKHARDT, B.R.; *An alternative to the total-thigh flap for coverage of massive decubitus ulcers*. Plastic & Reconstructive Surgery. N.º 49, pág. 433, 1972
- 4 - CHANG, David W. M.D.; Lee, Jeffrey E. M.D.; Gokaslan, Ziya L. M.D.; Robb, Geoffrey L. M.D. *Closure of Hemicorporectomy with Bilateral Subtotal Thigh Flaps*. Plastic & Reconstructive Surgery. Nº 105 pág 1742, Abril 2000.
- 5 - CONWAY; H., Stark, R.B., Weeter, J.C., Garcia, F.A. and Kavanaugh, J.D. *Complications of decubitus ulcers in patients with paraplegia*. Plastic & Reconstructive Surgery. Nº 7 pág 117, 1951.
- 6 - MCCARTHY; *Plastic Surgery, 1º Ed. Vol 6* Saunder, Philadelphia, Pennsylvania 1990.