



RECONSTRUÇÃO SACRAL COM RETALHO BILOBADO FASCIOCUTÂNEO GLÚTEO-POSTERIOR DE COXA

Sacral reconstruction with bilobate gluteal-posterior fasciocutaneous tail flap

Sheila Cover¹, Pedro Henrique de Paula Nunes Pinto², Lucas Strufaldi Nunes³, Guilherme Baptista Rosalém Fraga⁴

¹⁻⁴Hospital do Servidor Público Municipal. São Paulo – SP.

Resumo

Pela frequência e dificuldade de manejo, as úlceras sacrais demandam grande dedicação e apuro técnico do cirurgião plástico e da equipe multiprofissional, visto que as feridas sacrais possuem uma taxa de recidiva maior que 80%. Mesmo os retalhos fasciocutâneos sendo mais finos que os mio-cutâneos, o que pode parecer uma desvantagem, sua rotação e adaptação são mais fáceis. Além disso, o risco de recorrência após reconstruções é menor quando comparado aos retalhos mio-cutâneos. Com a evolução do conhecimento e das técnicas anatômicas, a aplicação clínica dos retalhos fasciocutâneos para a reconstrução sacral obteve boa aceitação como uma alternativa útil para reconstrução de lesões por pressão isquiáticas e trocantéricas. Neste trabalho demonstramos mais uma opção a ser considerada, a versatilidade do retalho bilobado fasciocutâneo e seu uso de forma não convencional, realizando uma cobertura extensa na região sacral com uso unilateral de uma área doadora lateral.

Palavras-chave: Úlcera Sacral, Reconstrução Sacral, Retalho Fasciocutâneo, Cirurgia

Abstract

Due to the frequency and difficulty of management, sacral ulcers demand great dedication and technical precision from the plastic surgeon and the multidisciplinary team, since sacral wounds have a recurrence rate greater than 80%. Even though fasciocutaneous flaps are thinner than myocutaneous flaps, which may seem like a disadvantage, their rotation and adaptation are easier. In addition, the risk of recurrence after reconstructions is lower when compared to myocutaneous flaps. With the evolution of knowledge and anatomical techniques, the clinical application of fasciocutaneous flaps for sacral reconstruction was well accepted as a useful alternative for the reconstruction of ischial and trochanteric pressure lesions. In this paper, we demonstrate one more option to be considered, the versatility of the bilobed fasciocutaneous flap and its use in an unconventional way, performing extensive coverage of a sacral lesion with unilateral use of a lateral donor area.

Keywords: Sacral Ulcer, Sacral Reconstruction, Fasciocutaneous Flap, Surgery.

Doi: <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v8i1.317>



Introdução

Pela frequência e dificuldade de manejo, as úlceras sacrais demandam grande dedicação e apuro técnico do cirurgião plástico e da equipe multiprofissional que lidam com a situação. O retalho glúteo tem sido usado para tratar úlceras sacrais desde o início dos anos 1970, utilizando diferentes técnicas como a rotação, o avanço em V-Y ou em ilha (WONG; IP, 2006). Além das opções citadas, Han et al. (2016) propuseram uma combinação do retalho fasciocutâneo em V-Y utilizando o retalho muscular glúteo unilateral de rotação em formato de "U" (porção ínfero-medial parcial). Para bons e prolongados resultados, recomenda-se uma nutrição adequada, podendo ser utilizada a albumina sérica como um dos parâmetros de controle (com o limite de normalidade em 3,5mg/dl). Além disso, o controle de infecções, desbridamentos e boa condição clínica são essenciais para o sucesso do tratamento, aliando-se à necessária educação do paciente e cuidadores na prevenção de úlceras (CHEN et al., 2016). Os princípios fundamentais do tratamento das úlceras de pressão, mantidos até os dias de hoje, seguem os relatos de Conway e Griffith (1956): o desbridamento da úlcera com exérese da bursa subjacente e, quando necessário, do tecido ósseo envolvido, seguida de cobertura tecidual (FIGUEIRAS, 2011).

Objetivo

Demonstrar mais uma opção de retalho local para fechamento da úlcera de decúbito sacral e a versatilidade do retalho bilobado.

Relato do caso

Trata-se do relato de um paciente do sexo masculino, 59 anos, com histórico de hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus* e etilismo em terapia clínica. Além disso, o paciente havia sido vítima de agressão física com traumatismo facial no dia 17/12/2018. As lesões evoluíram para uma celulite periorbitária esquerda com abscesso, avaliada pela equipe do pronto socorro do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM) no dia 22/12/2018, com subsequente internação para drenagem do abscesso. O quadro do paciente evoluiu durante a internação por conta de um choque séptico, sendo necessária ventilação mecânica invasiva, antibioticoterapia com vancomicina e meropenem e internação em unidade de terapia intensiva no dia 25/12/2018. Após internação prolongada, o paciente recebeu alta em 07/05/2019 por conta de sua melhora clínica, porém, durante a internação, desenvolveu úlceras de pressão sacral (Figura 1A) e occipital, sendo necessária a realização de desbridamentos cirúrgicos que ocorreram em 21 e 29/01/2019, quando o leito ficou favorável para reconstrução (Figura 1B).

Em 12/02/2019, o paciente foi submetido ao fechamento da lesão sacral, nesse momento com 16 por 12 cm de área, com retalho bilobado fasciocutâneo do glúteo e da coxa posterior à esquerda (figura 1C e D). Em 12/03/2019, foi realizada uma perfuração da calota craniana externa na região occipital como tentativa de estimular a formação de tecido de granulação para reconstrução com enxerto de pele parcial, porém não se obteve sucesso. Em 05/04/2019, o paciente foi submetido a intervenção cirúrgica para fechamento de ferida occipital com retalhos locais do couro cabeludo, e enxertia complementar na área doadora e na ferida glútea residual, visto que houve perda de 20% do retalho de coxa do segundo lóbulo de rotação. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória com o tratamento cirúrgico proposto e atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, demonstrando boa deambulação, sem queixas e com a ferida operatória em bom aspecto.



Figura 1: Da esquerda para a direita: A - úlcera de pressão sacral desenvolvidas durante a primeira internação do paciente; B - lesão após desbridamento com leito favorável para reconstrução; C - retalho bilobado fasciocutâneo realizado no paciente; D - retalho da coxa posterior à esquerda.

Fonte: Acervo dos autores.

Discussão

As lesões por pressão resultam da destruição da pele e dos tecidos moles subjacentes devido à pressão contínua aplicada à pele e ao músculo. Como resultado, o suprimento sanguíneo para o tecido é diminuído, o que leva à necrose (KIM et al., 2014). Tais ulcerações apresentam elevadas taxas de prevalência e recorrência em pacientes hospitalizados, assim como naqueles com doenças crônicas que se encontram debilitados e incapazes de realizar seus cuidados essenciais (SOUZA FILHO; CARDOSO; GIRÃO, 2009), bem como naqueles com sacro exposto, pele fina e tecido subcutâneo (KIM et al., 2014).

Reconstruir uma ferida sacral ainda é um problema para alguns cirurgiões pois, apesar dos avanços no reparo cirúrgico destas lesões, é relatada taxa de recidiva maior que 80% (SOUZA FILHO; CARDOSO; GIRÃO, 2009). Dentro deste contexto, pela recorrência resultar em novas internações e aumento do custo médico, o paciente deve ser avaliado globalmente e a equipe deve decidir pelo melhor momento e técnica cirúrgica para cada caso, evitando assim reintervenções e prolongamento da internação (SOUZA FILHO; CARDOSO; GIRÃO, 2009).

Os retalhos mais utilizados para úlceras de pressão sacrais cavitárias são os retalhos fasciocutâneos, miocutâneos e perfurantes. Contemporaneamente, existe uma preferência pelo retalho miocutâneo do glúteo máximo, sendo comumente utilizado para reparar feridas por garantir excelente suprimento sanguíneo e massa de tecido que permite melhor distribuição da pressão (CUSHING; PHILLIPS, 2013). Entretanto, mesmo os retalhos fasciocutâneos sendo mais finos que os miocutâneos, o que pode parecer uma desvantagem, a rotação e adaptação do retalho são mais fáceis quando realizadas com os retalhos fasciocutâneos (IRMAK et al., 2019). Além disso, o risco de recorrência é menor quando comparado aos retalhos miocutâneos (AGGARWAL et al., 1996; YAMAMOTO et al., 1993).

As principais desvantagens das reconstruções sacrais com retalhos fasciocutâneos, como capacidade limitada de deslocamento, perda excessiva de sangue e menor espessura, limitam seu campo de aplicação em certos casos (PARRY; MATHES, 1982). Porém, com o aprofundamento do conhecimento e das técnicas anatômicas, a aplicação clínica dos retalhos fasciocutâneos para a reconstrução sacral obteve boa aceitação como alternativa útil para reconstrução de lesões por pressão isquiáticas e trocântéricas (VATHULYA; KANDWAL; A.J, 2019), assim como sacrais.



Conclusão

Os retalhos fasciocutâneos proporcionam uma boa opção para reconstrução de lesões por pressão, com sequela mínima na área doadora e alta taxa de satisfação e resolução. Neste trabalho demonstramos mais uma opção a ser considerada, a versatilidade do retalho bilobado e seu uso de forma não convencional, realizando uma cobertura extensa sacral com uso unilateral de uma área doadora lateral.

Referências

- AGGARWAL, A. et al. Gluteus maximus island flap for the repair of sacral pressure sores. *Spinal Cord*, v. 34, n. 6, p. 346–350, jun. 1996.
- CHEN, W. et al. The superior gluteal artery perforator flap for reconstruction of sacral sores. *Saudi Medical Journal*, v. 37, n. 10, p. 1140–1143, out. 2016.
- CONWAY, H.; GRIFFITH, B. H. Plastic surgery for closure of decubitus ulcers in patients with paraplegia; based on experience with 1,000 cases. *American Journal of Surgery*, v. 91, n. 6, p. 946–975, jun. 1956.
- CUSHING, C. A.; PHILLIPS, L. G. Evidence-based medicine: pressure sores. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 132, n. 6, p. 1720–1732, dez. 2013.
- FIGUEIRAS, R. G. Tratamento cirúrgico de úlceras por pressão: experiência de dois anos. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, v. 26, n. 3, p. 418–27, 2011.
- HAN, H. H. et al. Combined V-Y Fasciocutaneous Advancement and Gluteus Maximus Muscle Rotational Flaps for Treating Sacral Sores. *BioMed Research International*, v. 2016, p. 8714713, 2016.
- IRMAK, F. et al. Management and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Experience. *The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*, v. 53, n. 1, p. 37–41, 18 mar. 2019.
- KIM, C. M. et al. Treatment of ischial pressure sores with both profunda femoris artery perforator flaps and muscle flaps. *Archives of Plastic Surgery*, v. 41, n. 4, p. 387–393, jul. 2014.
- PARRY, S. W.; MATHES, S. J. Bilateral gluteus maximus myocutaneous advancement flaps: sacral coverage for ambulatory patients. *Annals of Plastic Surgery*, v. 8, n. 6, p. 443–445, jun. 1982.
- SOUZA FILHO, M.; CARDOSO, D.; GIRÃO, R. Tratamento cirúrgico das úlceras de pressão com retalhos cutâneos e musculocutâneos. Experiência de três anos no Hospital Geral dr. Waldemar de Alcântara. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, v. 24, n. 3, p. 274–280, 2009.
- VATHULYA, M.; KANDWAL, P.; A.J, P. Are fasciocutaneous flaps adequate in the reconstruction of grade 3 and 4 sacral sores? - A retrospective volumetric study using artec 3D scanner. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, v. 72, n. 10, p. 1700–1738, 1 out. 2019.
- WONG, T. C.; IP, F. K. Comparison of gluteal fasciocutaneous rotational flaps and myocutaneous flaps for the treatment of sacral sores. *International Orthopaedics*, v. 30, n. 1, p. 64–67, fev. 2006.
- YAMAMOTO, Y. et al. Superiority of the fasciocutaneous flap in reconstruction of sacral pressure sores. *Annals of Plastic Surgery*, v. 30, n. 2, p. 116–121, fev. 1993.