

Sutura elástica no tratamento de escarotomias e fasciotomias de pacientes queimados

Elastic suture in the treatment of escharotomies and fasciotomies in burned patients

Ricardo Araújo de Oliveira¹, Eduardo Luiz Nigri²

RESUMO

Introdução: Apesar de fundamental, a escarotomia e a fasciotomia acabam gerando posteriormente uma dificuldade no tratamento dessas lesões. Normalmente, tais lesões são tratadas com o uso de enxertos cutâneos. Raskin, em 1993, descreveu o método de sutura utilizando elásticos estéreis, evitando fechamentos sob tensão ou a necessidade de enxertos cutâneos para cobertura de ferimentos deixados abertos. O objetivo deste trabalho busca demonstrar uma técnica cirúrgica para tratamento de escarotomias e fasciotomias realizadas em pacientes vítimas de queimaduras. **Método:** Foi realizado estudo com oito pacientes vítimas de queimaduras de segundo grau profundas e de terceiro grau. Foram incluídos seis pacientes submetidos a escarotomia em membro superior, um submetido a fasciotomia em membro superior e um caso de escarotomia em membro inferior. Utilizou-se sutura com elásticos para fechamento das feridas por meio de tensão elástica contínua, substituindo enxertias de pele. **Resultados:** Em todos os oito pacientes, foi possível a sutura secundária da pele, sem necessidade de enxerto. **Conclusão:** O fechamento de escarotomias e fasciotomias em pacientes queimados com sutura elástica é uma excelente opção, devido a sua factibilidade, baixo custo e os bons resultados obtidos.

DESCRIPTORIOS: Técnicas de sutura. Procedimentos cirúrgicos. Queimaduras.

ABSTRACT

Introduction: Although fundamental, the escharotomies and fasciotomies have been generating a further difficulty in treating these lesions. Usually, these lesions are treated with the use of skin grafts. Raskin, in 1993, described the method that utilizes sterile elastic suture avoiding closures under tension or the need for skin grafts to cover left open wounds. The aim of this work is to show one surgical technique for treatment of escharotomies and fasciotomies carried through in patient victims of burnings. **Methods:** Study was conducted with eight patients who suffered deep second degree and third degree burns. The study included six patients who underwent escharotomy in the upper limb, one patient underwent fasciotomy in upper limb and one case of escharotomy in lower limb. A suture with rubber bands for closing of the wounds through continuous elastic tension, substituting enxertias of skin was used. **Results:** All eight patients had skin suture without secondary graft. **Conclusion:** The closure of escharotomies and fasciotomies in burned patients with elastic suture is an excellent choice due to its feasibility, low cost and good results.

KEYWORDS: Suture techniques. Surgical procedures, operative. Burns.

-
1. Médico residente do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do Hospital João XXIII pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG, Brasil.
 2. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCEP), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Correspondência: Ricardo Araújo de Oliveira
Avenida do Contorno, 2250/408 – Belo Horizonte, MG, Brasil – CEP: 30110-012
E-mail: ricardo0707@hotmail.com
Artigo recebido: 15/1/2012 • Artigo aceito: 1/3/2012

Já é conhecido que, em queimaduras de segundo grau profundas e de terceiro grau que envolvam circunferencialmente as extremidades ou nas queimaduras elétricas por alta voltagem, pode ocorrer elevação da pressão nos compartimentos musculares, em função do aumento da permeabilidade capilar e da inelasticidade da pele lesada suprajacente, não permitindo uma distensão proporcional ao edema. Esse aumento de pressão intracompartimental pode levar à compressão dos vasos e, como resultado, ocorre queda da perfusão local e/ou distal à restrição mecânica, com possíveis danos aos músculos e aos nervos do compartimento envolvido. Dependendo da causa, localização e profundidade da lesão, pode ser necessária escarotomia ou fasciotomia¹.

Em queimaduras de terceiro grau no tronco anterior, a inelasticidade da pele pode dificultar as incursões respiratórias, sendo que, nesses casos, torna-se necessária a liberação do movimento respiratório, por meio de incisões na pele lesada, no tórax anterior, "liberando-o" assim do efeito constritivo¹.

Apesar de fundamental, a escarotomia e a fasciotomia acabam gerando posteriormente uma dificuldade no tratamento dessas lesões. Normalmente, tais lesões são tratadas com o uso de enxertos cutâneos. Raskin², em 1993, descreveu o método de sutura utilizando elásticos estéreis, evitando fechamentos sob tensão ou a necessidade de enxertos cutâneos para cobertura de ferimentos deixados abertos.

O objetivo deste trabalho é divulgar a utilização da sutura elástica como uma técnica eficaz, barata, de bom resultado estético e de rápida execução para o fechamento de escarotomias e fasciotomias em pacientes queimados.

MÉTODO

Foi realizado estudo com oito pacientes vítimas de queimaduras de segundo grau profundas e de terceiro grau atendidos no Hospital João XXIII da rede Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), no período de 1 de agosto a 31 de dezembro de 2011.

Foram incluídos seis pacientes submetidos a escarotomia em membro superior (Figura 1), um submetido a fasciotomia em membro superior (Figura 2) e um caso de escarotomia em membro inferior. Nenhum paciente apresentava comorbidades prévias, todos eram do sexo masculino e a idade variou entre 16 e 53 anos.

O procedimento constituiu-se de dois tempos cirúrgicos. No primeiro, realizou-se pequena dissecação das bordas da lesão (cerca de 2 cm) e aproximação das bordas opostas da ferida com o uso de tiras circulares elásticas de borracha (Figura 3). A técnica consistiu em uma sutura que engloba o elástico em um dos vértices da ferida com fio de náilon 2-0 ou grampeador de pele. A borracha é então dobrada sobre si, para formar um X e cada lado é fixado com ponto ou grampos às bordas da ferida, até atingir o outro vértice. Teve-se o cuidado de não tracionar demais o elástico, a fim de evitar tensão excessiva na pele, mesmo que ficassem áreas expostas (Figura 4).



Figura 1 – Fasciotomia em membro superior direito após choque elétrico.



Figura 2 – Sutura elástica em região proximal de antebraço.



Figura 3 – Quinto dia de pós-operatório.



Figura 4 – Sutura elástica no terço medial do antebraço e na palma da mão e sutura intradérmica no terço proximal.

Com 7 a 10 dias, após expressiva aproximação das bordas cirúrgicas, realizou-se o segundo tempo cirúrgico, com a retirada das tiras elásticas seguida de sutura simples. As feridas foram submetidas, diariamente, a limpeza com solução salina e curativos oclusivos com gaze embebida em óleo mineral.

RESULTADOS

Em todos os oito pacientes, foi possível a sutura secundária da pele sem necessidade de enxerto. O fechamento completo ocorreu em prazos que variaram de 7 a 10 dias.

Após a aproximação das bordas, a pele foi suturada com pontos separados ou contínuos de fio de náilon 3-0.

Não houve registro de complicações nas lesões estudadas. Os pontos de pele foram retirados entre 12 e 15 dias (Figuras 5 a 8).



Figura 5 – Quarto dia de pós-operatório da sutura e colocação de matriz de regeneração dérmica na área com tendões expostos.



Figura 6 – Escarotomia em antebraço esquerdo devido a queimadura por gasolina.



Figura 7 – Resultado imediato após sutura elástica.



Figura 8 – Primeiro dia após retirada de elástico e sutura simples.

DISCUSSÃO

A sutura elástica é uma ideia inovadora, que vem demonstrando excelentes resultados no tratamento de grandes lesões. Previamente, esse procedimento foi utilizado para tratamento de síndrome compartimental de membro superior, aproximando as aponeuroses com tiras elásticas de borracha².

Petroianu³, em sua série de 21 casos, utilizou essa sutura no fechamento de laparostomias, de grandes feridas consequentes a necroses extensas de úlceras de decúbito, feridas remanescentes de infecções graves de partes moles e obteve fechamento completo das lesões em todos os casos, sem outro procedimento ou artifício auxiliar.

Apesar da sutura elástica não ser um recurso novo, não foram encontradas publicações relativas ao seu uso em fechamentos de lesões provenientes de queimaduras.

Os ótimos resultados obtidos nos pacientes desta casuística estimularam a presente apresentação.

Não ocorreram complicações maiores decorrentes desse tratamento.

Tecnicamente, a aproximação das bordas com esse elástico é factível a todo cirurgião, mesmo aquele com pouca experiência. Com essa técnica, os custos do tratamento são reduzidos, além de apresentar um resultado estético superior quando comparado à enxertia de pele, alternativa normalmente empregada no fechamento de escarotomias e fasciotomias de pacientes queimados.

A maior atenção que se deve ter é com a tração moderada do elástico, para permitir tensão contínua sobre a pele, sem lesá-la pelo trauma do ponto que a transfixa. Quanto aos demais cuidados com a ferida, eles não excedem à rotina de limpeza e proteção adequadas³.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o fechamento de escarotomias e fasciotomias em pacientes queimados com sutura elástica é uma excelente opção, devido a sua factibilidade, baixo custo e os bons resultados obtidos. Além disso, com essa técnica poupa-se o paciente queimado de uma nova lesão com a área doadora.

REFERÊNCIAS

1. Piccolo MS. Queimaduras: princípios gerais de tratamento. In: Carreirão S, Carneiro Jr LVF, eds. Cirurgia plástica: para formação do especialista. São Paulo: Atheneu; 2011. p.211-23.
2. Raskin KB. Acute vascular injuries of the upper extremity. Hand Clin. 1993;9(1):115-30.
3. Petroianu A. Síntese de grandes feridas da parede corpórea com tira elástica de borracha. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2010;23(1):16-8.

Trabalho realizado no Hospital João XXIII da rede Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG, Brasil.