



Resultados do tratamento cirúrgico da lesão de Morel-Lavallée. Estudo coorte prospectivo[☆]



Evandro Pereira Palacio*, Gabriel Guimarães Di Stasi,
Ewerton Henrique Rodrigues Teixeira Lima, Roberto Ryuiti Mizobuchi,
Alcides Durigam Júnior e José Antônio Galbiatti

Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 23 de fevereiro de 2014

Aceito em 20 de março de 2014

On-line em 31 de julho de 2014

Palavras chave:

Ferimentos e lesões

Lesões dos tecidos moles/patologia

Lesões dos tecidos moles/cirurgia

Traumatismo múltiplo

R E S U M O

Objetivo: apresentar os resultados do diagnóstico precoce e do tratamento cirúrgico tardio de uma coorte de pacientes diagnosticada com a lesão de Morel-Lavallée (LML).

Métodos: de janeiro de 2006 a dezembro de 2013 os autores fizeram o desbridamento cirúrgico tardio da LML, após a delimitação da necrose tecidual local, seguido de fechamento por segunda intenção e/ou enxertos/retalhos.

Resultados: todos os pacientes evoluíram com fechamento total da lesão após o desbridamento tardio a granulação da ferida operatória e a(os) sutura primária/retalhos pediculados. Três pacientes (50%) evoluíram com processo infeccioso profundo devido aos sucessivos procedimentos operatórios.

Conclusão: sejam quais forem os métodos de tratamento empregados, estes devem ser feitos de maneira radical, sob risco de evolução dos pacientes para septicemia e óbito.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Results from surgical treatment of Morel-Lavallée lesions: prospective cohort study

A B S T R A C T

Objective: to present the results from early diagnosis and delayed surgical treatment of a cohort of patients who were diagnosed with Morel-Lavallée lesions.

Methods: between January 2006 and December 2013, we performed delayed surgical debridement on Morel-Lavallée lesions, after delimitation of the local tissue necrosis, followed by closure through second intention and/or use of grafts/flaps.

Results: all the patients evolved with complete closure of the lesion after the delayed debridement, granulation of the operative wound and primary suturing or construction of pedunculated flaps. Three patients (50%) evolved with deep infectious processes due to the successive operative procedures.

Keywords:

Wounds and injuries

Soft-tissue injuries/pathology

Soft-tissue injuries/surgery

Multiple trauma

[☆] Trabalho desenvolvido no Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: palacio@famema.br (E.P. Palacio).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2014.03.003>

0102-3616/© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Conclusion: whatever the treatment methods used are, they should be performed in a radical manner. If not, the patient will be at risk of evolution to septicemia and death.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A lesão de Morel-Lavallée (LML), também conhecida como lesão em deslucamento, foi descrita pelo médico Francês Maurice Morel-Lavallée em 1853. Trata-se de um traumatismo incomum de partes moles associado a elevados índices de morbimortalidade.¹⁻⁸ São lesões que ocorrem devido à aplicação súbita de forças de alta intensidade sobre determinada área corporal, separando a pele e o tecido subcutâneo da fáscia muscular subjacente.^{9,10} O espaço criado é preenchido por sangue, linfa ou tecido gorduroso necrótico, que, não raro, leva a processos inflamatórios e infecciosos graves.^{3,7-10}

O diagnóstico da LML não é tarefa fácil. Na grande maioria das vezes são traumas fechados, o que, não raro, causa confusão ou mesmo ausência de diagnóstico. Durante o cuidadoso exame clínico, pode ser observado, na fase aguda, o aumento de volume da área acometida, associado à flutuação, hiper mobilidade e hipoestesia.^{4,5,7,9} A lesão normalmente acomete uma área maior do que inicialmente pode ser avaliada no decorrer do exame físico durante o atendimento de urgência.^{3,10} O comprometimento da circulação da pele e do tecido subcutâneo no segmento traumatizado é comum e, frequentemente, existe grande dificuldade de se determinar a viabilidade daqueles tecidos.³ Geralmente, em tecidos normais, a viabilidade da perfusão capilar da pele pode ser facilmente estimada por meio da compressão digital local ou ainda pela identificação de sangramento ativo da região afetada. Contudo, no caso de danos teciduais complexos, como os que ocorrem na LML, esses testes podem não ser os mais fidedignos com finalidade diagnóstica. Tipicamente, o tratamento faz-se pelo precoce e radical desbridamento dos tecidos acometidos, seguido de cicatrização da ferida por segunda intenção.^{5-8,11,12} Contudo, alguns autores afirmam que postergar o tratamento inicial, até o momento em que haja delimitação/necrose dos tecidos, é a melhor conduta.¹³ Seja qual for a terapêutica empregada, os autores são unânimes em afirmar que tais pacientes deverão ser frequentemente submetidos a múltiplos procedimentos e revisões cirúrgicas, com riscos aumentados de infecção.^{3,5-7,9}

Considerando-se o mau prognóstico desse tipo de lesão e a dificuldade em se realizar o diagnóstico e o tratamento precisos, bem como a completa falta de informações sobre o tema nas diversas bases de dados disponíveis, principalmente ortopédicas nacionais, propõe-se o presente estudo, cuja finalidade é avaliar os resultados do diagnóstico e do tratamento cirúrgico tardio da LML.

Pacientes e métodos

Trata-se de um estudo coorte prospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

(CAAE 04497812.4.0000.5413). Todos os pacientes, ou responsáveis legais, concordaram em participar e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após terem sido minuciosamente informados sobre o conteúdo e a forma do estudo.

O tamanho da amostra foi determinado previamente, por meio de testes estatísticos específicos. Levaram-se em consideração os riscos α (5%) e β (20%), bem como a variabilidade das variáveis ($p_1=0,13$ e $p_2=0,9$), chegando-se a um valor mínimo de cinco indivíduos.

Inicialmente, foram selecionados 11 pacientes com diagnóstico de LML confirmado por exame tomográfico e/ou ressonância magnética, entre janeiro de 2006 e dezembro de 2013. Foram excluídos os submetidos a tratamentos, clínico ou cirúrgico, prévios da referida lesão ($n=3$); os cujo estado geral de saúde fosse considerado ruim ou grave ($n=1$); e os que se recusassem a assinar o TCLE ($n=1$). Dessa maneira, a coorte final consistiu de seis pacientes.

Todos os procedimentos operatórios foram realizados pela mesma equipe ortopédica, sempre sob os mesmos protocolos pré e pós-cirúrgicos.

Após a chegada dos pacientes ao pronto-socorro e a conclusão do protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support), eram realizadas radiografias simples das regiões contundidas, sempre em duas incidências ortogonais. Tomavam-se por base alterações específicas do exame clínico – dor local exacerbada e não condizente com a intensidade do trauma, equimoses ou hematomas extensos e, principalmente, hiper mobilidade local/regional da pele – os pacientes eram então submetidos a exames tomográficos ou de ressonância magnética, para confirmação do diagnóstico da LML.

Uma vez confirmado o descolamento da pele e/ou do tecido celular subcutâneo, aguardava-se entre quatro e cinco dias para que a lesão se delimitasse com os primeiros sinais de necrose. Nesse momento os pacientes eram levados ao centro cirúrgico para ser submetidos aos procedimentos de desbridamento, sempre associados a irrigação e lavagem profusas (figs. 1-5).

Uma vez que os processos infecciosos eram debelados, aguardava-se a granulação da ferida operatória, para que se procedesse à realização de retalhos miocutâneos e/ou aproximação primária das bordas granuladas da ferida (figs. 6 e 7).

Resultados

Dentre os seis pacientes incluídos, quatro eram do sexo masculino (66,7%) e dois do feminino (33,3%) ($p=0,41$). A idade predominante variou de 25 a 55 anos, com média de 39,8 anos (± 11 anos) (idade mínima: 25 anos; idade máxima: 55 anos; IC 95%: 31-48,6 anos) (tabela 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2708143>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2708143>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)