

# Utilização da tração cutânea intraoperatória para fechamento de ferida pré-esternal resultante da ressecção de dermatofibrosarcoma protuberans

PATRICIA JACKELINE MACIEL, RAFAEL FERREIRA PEREIRA DA SILVA, GUSTAVO DA COSTA MACHADO, RENATO RODRIGUES NAUFAL

## Introdução

O dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) é um sarcoma de tecidos moles com malignidade intermediária que se origina na camada dérmica da pele, representa 1% de todos os tumores da pele; 0,06-0,1% de todos os tumores malignos e 1,17% de todos os sarcomas de tecidos moles. O tratamento do DFSP é a ressecção tridimensional ampla de pele e fáscia profunda subjacente, com margens de 2 a 3 cm, que, dependendo da disponibilidade de pele do sítio original da lesão, resulta em feridas de fechamento desafiador. A técnica de tração cutânea intraoperatória, descrita por Góes, baseia-se nas propriedades viscoelásticas da pele e permite o fechamento borda a borda de feridas que certamente necessitariam de realização de enxertia de pele ou retalhos para seu fechamento, bem como reduz significativamente a tensão de sutura das feridas com fechamento primário trabalhoso.

## Objetivo

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de uso desta técnica de tração cutânea de Góes para fechamento de ferida operatória resultante de ampla ressecção de um DFSP pré-esternal em uma criança de 11 anos.

## Relato do caso

Relatamos o caso de um paciente com DFSP pré-esternal cuja ferida operatória foi fechada após dois ciclos de tração cutânea intraoperatória, conforme a técnica de Góes. DVCS, 11 anos, sexo masculino, atendido em ao nosso serviço em fevereiro de 2011, com queixa de lesão arroxeadada em região pré-esternal, associada a

nodulação em subcutâneo há seis meses, sem prurido ou dor. Ao exame físico, observamos mancha arroxeadada em pele de região pré-esternal com 3 x 0,5 cm e nodulação endurecida, móvel e indolor em subcutâneo com 4 x 1,5 cm. O paciente já trazia exame anatomopatológico de biópsia incisional da lesão, realizada pelo serviço de dermatologia em janeiro de 2011, que diagnosticou lesão fibrohistiocitária hiperclular. Realizamos a ressecção total da lesão em abril/2011, com fechamento primário da ferida operatória. O resultado do exame anatomopatológico evidenciou: lesão com 2,8 cm em seu maior eixo, caracterizando neoplasia mesenquimal fusocelular, com baixo índice mitótico. A análise imunohistoquímica constatou o DFSP. O paciente foi encaminhado para avaliação da oncologia pediátrica. As tomografias computadorizadas de crânio, tórax e abdome não demonstraram qualquer sinal de disseminação oncológica. Em julho/2011, foi realizada ampliação de 2 cm nas margens de ressecção da lesão, resultando em ferida de 8,2 x 6,3 cm, cujo fechamento borda a borda só foi possível após realização da tração cutânea intraoperatória, conforme a técnica de Góes: utilizando-se fios de prolene 2, traciona-se a pele por dez minutos, com descanso de dois minutos entre os dois ciclos que foram necessários até que se obtivesse proximidade suficiente dos bordos da lesão para realização de sutura primária, sem tensão. O procedimento durou 40 minutos. O paciente recebeu alta hospitalar 8 horas após o procedimento e evoluiu sem complicações no pós-operatório recente.

## Discussão

O DFSP foi descrito inicialmente por Taylor, em 1891, como um “tumor sarcomatoso de aspecto queloidiano” e ganhou identidade clínica e histopatológica com Darier e Ferrand, em 1924, e Hoffman cunhou sua terminologia, em 1925. Clinicamente, apresenta-se como massa cutânea violeta-vermelha nodular, com padrão de crescimento lento e sintomas duradouros, sendo usualmente confundido com lipomas, cistos epidermóides profundos, cicatrizes, cicatrizes hipertróficas, queloides, dermatofibromas, fasciíte nodular e picada de insetos. O diagnóstico tardio não é incomum. O tronco é o sítio de acometimento mais comum (47%), seguido de extremidades inferiores (20%), superiores (18%) e cabeça e pescoço (14%). A taxa de metástases à distância do DFSP é baixa (entre 1-4%) e elas só ocorrem tardiamente, após inúmeras recidivas locais. Estas recidivas ocorrem principalmente nos primeiros três anos de acompanhamento e chegam a 13% dos pacientes tratados com a margem de ressecção entre 2 e 4 cm preconizada pelo *guideline* do NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*).

## Conclusão

O DFSP é um tumor raro, especialmente em crianças, e exige tratamento com amplas ressecções para evitar recidivas locais futuras. A tração intraoperatória tem-se demonstrado uma técnica segura, funcionalmente eficaz, com baixo custo e baixa morbidade, tornando-se uma importante ferramenta para fechamento de feridas difíceis, como a descrita no caso relatado.