

Reconstrução perineal com retalhos locais: retrospectiva dos últimos 6 anos no INCA

JULIA AMANDO, JULIANO SBALCHIERO, PAULO R. A. LEAL, JULIANO SBALCHIERO, PAULO R. A. LEAL

Objetivo

Estabelecer os principais retalhos utilizados para reconstruções perineais, de acordo com a localização e dimensão do defeito, discutir as complicações e resolução das mesmas, bem como possíveis sequelas e impacto na qualidade de vida das pacientes.

Método

Foram analisadas, retrospectivamente, 15 pacientes submetidas a tratamento para tumores malignos de vulva, reto e ânus, incluindo cirurgia e reconstrução, entre 2006 e 2012. Foram realizados 25 retalhos no total. As pacientes tinham idades entre 33 e 75 anos (média de 48 anos). O acompanhamento dessas pacientes ocorreu por um período que médio de 20 meses. A maioria das pacientes era portadora de tumores vulvares (n=11), dos quais se destacam CEC (n=7), doença de Paget (n=3) e adenocarcinoma (n=1). Todos os tumores de reto e canal anal foram do tipo adenocarcinoma (n=4). Todas as pacientes portadoras de CEC ou adenocarcinoma de vulva, de ânus ou reto foram submetidas a radioterapia neoadjuvante. As pacientes portadoras de doença de Paget não foram submetidas a quimioterapia ou radioterapia. As 3 pacientes portadoras de adenocarcinoma de reto/ânus que foram submetidas à ressecção abdomino-perineal associada a colpectomia posterior completa foram reconstruídas com retalho vertical de reto abdominal (VRAM) pediculado. A única paciente com adenocarcinoma de reto que foi submetida a colpectomia posterior distal foi reconstruída com 2 retalhos V-Y fasciocutâneos, com bom resultado. As pacientes portadoras de carcinoma de vulva ou doença de Paget foram reconstruídas, de acordo com a dimensão, profundidade e localização do defeito, com retalhos

de coxa ou glúteo. Todas as pacientes com CEC e adenocarcinoma de vulva apresentavam-se em estágio avançado da doença, com tumor T4. As pacientes com doença de Paget apresentavam doença extensa difusa acometendo toda a região vulvar, necessitando de retalhos de maiores dimensões, exceto em 1 caso em que o comprometimento era unilateral onde conseguimos reconstruir com um retalho V-Y fasciocutâneo ipsilateral. Foram realizados 7 retalhos gracilis, 3 retalhos glúteo maximo, 5 retalhos V-Y fasciocutâneos, 4 retalhos de reto abdominal, 4 retalhos fasciocutâneos de coxa interna, 2 retalhos ântero-lateral da coxa.

Resultados

Observamos 4 casos de deiscência parcial, sendo um devido a escara de decúbito. Somente uma paciente com reconstrução com VRAM evoluiu com deiscência parcial, sendo os demais casos de deiscência em pacientes com retalhos V-Y de coxa e glúteo. Uma paciente evoluiu com estenose vaginal importante, sendo manejada com fisioterapia e sessões de dilatação periódica, com melhora do quadro. Com relação às complicações maiores, observamos 5 pacientes com necrose parcial dos retalhos que necessitaram de intervenção cirúrgica: 1 caso necessitou de desbridamento e ressutura, 1 caso de desbridamento e autoenxertia e os demais necessitaram de confecção de novo retalho, sendo realizado V-Y fasciocutâneo. Todos os casos de complicações maiores foram em retalhos de membro inferior. Houve infecções associadas ao sofrimento dos retalhos em 2 pacientes, sendo a taxa de infecção de 8%. Dos 25 retalhos realizados, 11 apresentaram complicações, sendo 6 maiores e 5 menores. A taxa de complicação maior foi de 24%, 76% dos retalhos tiveram boa evolução somente com um procedimento

cirúrgico. A taxa global de complicação foi de 44%. Todas as pacientes submetidas a uma segunda intervenção evoluíram satisfatoriamente. Dentre as pacientes que foram submetidas a ressecção parcial de uretra (n=3), todas evoluíram com incontinência urinária, sendo que apenas uma resultou em cistostomia permanente e outras duas apresentaram melhora da queixa com fisioterapia. Todas as pacientes que tiveram suas reconstruções com retalhos bilaterais de coxa ou glúteo evoluíram com algum grau de estenose vaginal. As pacientes reconstruídas com retalho VRAM apresentaram queixa no pós-operatório recente de entumescimento na região perineal e vaginal, que melhorou após atrofia muscular. Nenhuma das pacientes reconstruídas com VRAM evoluiu com queixa de estenose vaginal.

Conclusão

A reconstrução vulvo-perineal após tumores ginecológicos e gastrointestinais apresenta alguns desafios para o cirurgião plástico. A cirurgia reparadora deve contemplar a cobertura do defeito e preenchimento de espaço morto com retalhos de vascularização segura, na maioria das vezes sobre áreas que sofreram radioterapia. Normalmente são utilizados retalhos de coxa e glúteo, como retalho gracilis, glúteo maximo, fasciocutâneo de coxa interna em ilha ou V-Y, ântero-lateral de coxa, etc. Quando existe comprometimento completo de parede vaginal posterior, devemos dar preferência ao retalho vertical de reto abdominal, principalmente quando já existe a abertura da cavidade peritoneal para a cirurgia oncológica. A maioria das pacientes irá necessitar de, pelo menos, duas intervenções cirúrgicas para um resultado final, devido à alta incidência de complicações, como deiscência, infecção e necrose parcial dos retalhos.