



Reconstrução complexa de regiões glútea e perineal após ressecção de extenso carcinoma escamocelular de borda anal: relato de caso

Complex reconstruction of the perineal and gluteal regions after resection of a large squamocellular carcinoma of the anal margin: a case report

WALTER FERRAZ FLÁVIO JÚNIOR ^{1*}
BRUNO RABELO BERNARDES ¹
THAÍS APARECIDA DE SOUZA SILVA ¹
HENRIQUE XAVIER MIRANDA
CAPANEMA ¹
FABRÍCIO NISHIMOTO ¹
PAULO ROBERTO DA COSTA ^{1,2}

■ RESUMO

As regiões glútea e perineal podem ser afetadas por um variado espectro de doenças, cujo tratamento pode demandar extensas mutilações e acarretar em prejuízo funcional, estético e psicossocial em variados graus. Feridas extensas da região perineal e glútea após o tratamento cirúrgico de neoplasias podem representar um desafio para a reconstrução local. Tamanho, localização e disponibilidade de tecido em torno da lesão são fatores que podem impedir o seu fechamento primário, tornando necessário o uso de um ou mais retalhos. Este artigo relata um caso de reconstrução de períneo e região glútea após ressecção oncológica, no serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foram utilizados os retalhos muscular e fasciocutâneo de glúteo máximo e miocutâneo de semimembranoso.

Descritores: Carcinoma de células escamosas; Neoplasias do ânus; Retalhos cirúrgicos; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Períneo.

■ ABSTRACT

Perineal and gluteal regions may be affected by a wide spectrum of diseases, and the treatment may require extensive surgery and cause functional, aesthetic, and psychosocial damages at various levels. Wounds in the extensive perineal and gluteal regions after surgical treatment of neoplasia may represent a challenge in local reconstruction. Size, location, and availability of tissue around the lesion may hinder wound primary closure, requiring the use of one or more flaps. This article reports a case of reconstruction of the perineal and gluteal regions after oncological resection at the plastic surgery service of the Hospital das Clínicas at the Federal University of Minas Gerais. The muscle and fasciocutaneous flaps of the gluteus maximus and myocutaneous of the semimembranosus were used.

Keywords: Squamous cell carcinoma; Anal neoplasia; Surgical flaps; Reconstructive surgical procedures; Perineum.

Instituição: Serviço de Cirurgia Plástica
do Hospital das Clínicas da Universidade
Federal de Minas Gerais,
Belo Horizonte, MG, Brasil.

Artigo submetido: 16/7/2016.
Artigo aceito: 30/10/2016.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0097

¹ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

As regiões glútea e perineal podem ser afetadas por um variado espectro de doenças, cujo tratamento pode demandar extensas mutilações e acarretar em prejuízo funcional, estético e psicossocial em variados graus. A reconstrução primária favorece menor morbidez e tempo de recuperação, entretanto, muitas vezes a extensão das lesões e/ou das ressecções não permite este tipo de fechamento. Reside, nesta consideração, a importância de se ter um elevado conhecimento das diversas possibilidades de reconstrução local^{1,2}.

O tratamento cirúrgico das neoplasias malignas desta região muitas vezes envolve ressecções extensas de pele, tecido subcutâneo, músculos, vasos, nervos e até mesmo de segmentos de órgãos pélvicos, o que torna extremamente desafiador o fechamento do defeito gerado³.

OBJETIVO

Este trabalho visa expor e discutir um caso de reconstrução de períneo e região glútea após ressecção oncológica, no serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), em Belo Horizonte, MG.

RELATO DE CASO

Paciente GCF, 53 anos, sexo masculino, portador de carcinoma escamocelular (CCE) de borda anal abrangendo região perineal, perianal e glúteos (Figura 1), foi submetido à amputação abdominoperineal do reto pela equipe de coloproctologia do HC-UFMG, além de ressecção ampliada com extirpação de partes moles em cerca de 80% do glúteo esquerdo e 30% do glúteo direito, assim como de parte da musculatura glútea e do assoalho pélvico (Figura 2).

Em seu ponto mais profundo, a ressecção atingiu a cavidade pélvica, com exposição de órgãos pélvicos. Tal defeito foi fechado por meio do posicionamento de um implante de pericárdio bovino e sobreposição de retalho muscular de glúteo máximo esquerdo (Figuras 3 e 4).

O restante do defeito foi reconstruído com o avanço de retalho mio-cutâneo em VY de semimembranoso esquerdo e rotação de retalho fasciocutâneo de glúteo direito, seguido de posicionamento de dreno em sistema fechado a vácuo (Figuras 5 e 6).

Paciente apresentou boa evolução pós-operatória. No 5º dia de pós-operatório (PO), paciente intercorreu com pequena deiscência em ponto de confluência dos três retalhos. A deiscência interrompeu sua evolução, tendo chegado à dimensão máxima de cerca de 4 cm, sendo tratada de modo conservador, sem necessidade de reabordagem cirúrgica - fechamento por 2ª intenção (Figura 7).



Figura 1. Carcinoma escamocelular de canal anal com acometimento de região glútea.

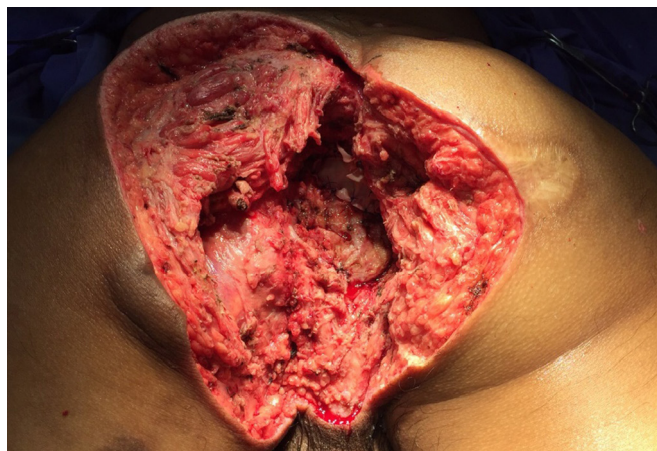


Figura 2. Aspecto após ressecção oncológica ampliada.

O dreno foi mantido até o apresentar débito inferior a 50 ml em 24 horas de secreção serosa (10º PO). O paciente foi acompanhado durante todo o pós-operatório pelas equipes de enfermagem, fisioterapia, psicologia, coloproctologia e Cirurgia Plástica.

Ainda durante a internação, paciente intercorreu com abdome agudo obstrutivo por brida, sendo reabordado pela equipe da coloproctologia - o que aumentou sua permanência hospitalar. Recebeu alta hospitalar no 25º dia bem clinicamente, com tolerância satisfatória à deambulação e sem queixas algicas importantes.

Atualmente, encontra-se em acompanhamento ambulatorial com o serviço de oncologia clínica, de coloproctologia e de Cirurgia Plástica - em que se pode observar o bom resultado final após o tratamento cirúrgico reconstrutivo (Figura 8).

DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico do CCE de borda anal inclui a ressecção abdominoperineal, muitas vezes

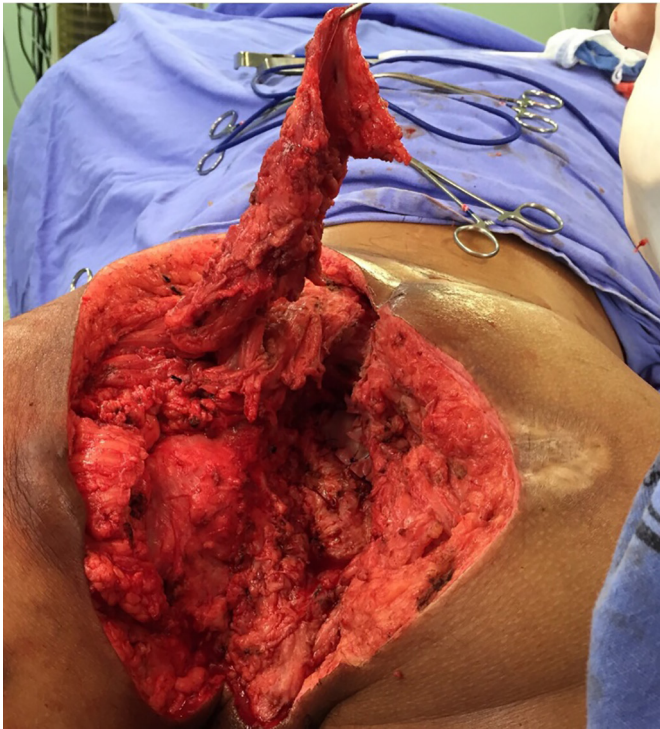


Figura 3. Pericárdio bovino posicionado e retalho muscular de glúteo máximo em destaque.

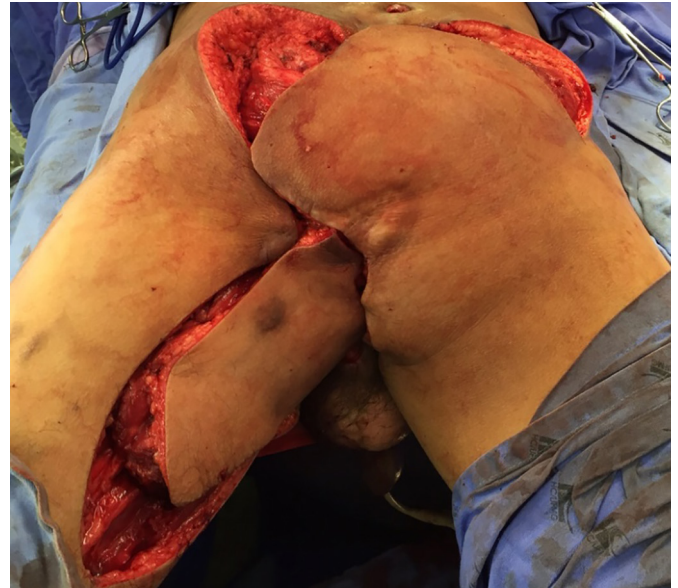


Figura 5. Retalhos locorreionais posicionados.



Figura 4. Retalho muscular posicionado.



Figura 6. Aspecto final em pós-operatório imediato.

em conjunto com quimiorradioterapia neoadjuvante. As tentativas de realização de fechamento primário da ferida perineal frequentemente resultam em complicações⁴. As razões para isso incluem: sutura sob tensão, o grande espaço morto pélvico causado pela ressecção oncológica, campo contaminado e a qualidade ruim da pele perineal já previamente irradiada¹.

A amputação abdominoperineal convencional consiste na extirpação do canal anal, esfíncteres anais,

musculatura do assoalho pélvico e porção de reto, cuja extensão depende das dimensões do tumor, bem como da margem de segurança estipulada^{1,4}.

No caso em questão, dada a extensão do tumor para a região glútea, principalmente à direita, o defeito resultante foi consideravelmente maior do que o esperado na cirurgia convencional, gerando grande área



Figura 7. Área de deiscência local.



Figura 8. Aspecto final em ambulatório.

de espaço morto no fundo da região pélvica e em área sacral. Ressecções extensas, como a descrita, geralmente exigem uma combinação de retalhos locais e regionais para seu devido fechamento.

Existe uma gama de opções reconstrutivas disponíveis para a reconstrução glúteo-perineal na literatura, desde retalhos locais até retalhos livres. Para cobertura de tais defeitos, as opções mais universalmente aplicadas incluem o retalho de reto abdominal vertical (VRAM), retalho miocutâneo de grácil, retalho de rotação e avanço glúteo ou os miocutâneos e fasciocutâneos da região posterior da coxa¹.

O retalho muscular de glúteo máximo, como o utilizado para o fechamento da brecha pélvica no caso

descrito, é considerado um retalho seguro, dada a sua vascularização por dois pedículos dominantes - vasos glúteos inferiores e superiores (tipo III pela classificação de Mathes e Nahai).

É tecnicamente de fácil confecção e usado principalmente para cobertura de defeitos perineais posteriores, mas pode ser estendido para atingir defeitos também anteriores. No entanto, o retalho de glúteo máximo exige posição prona e, geralmente, precisa ser bilateral em reconstruções muito extensas^{5,6}.

O retalho miocutâneo de semimembranoso, utilizado para cobrir a maior parte do períneo e porção inferior da região glútea do paciente, também segue o mesmo tipo de vascularização (tipo III), o que justifica sua eficácia. O retalho fasciocutâneo de glúteo esquerdo, usado no caso para reconstrução da maior parte da região glútea, foi obtido e fixado de forma randômica em rotação e, no caso apresentado, também não apresentou sinais de sofrimento⁶⁻⁸.

Em reconstruções com múltiplos retalhos, o ponto de maior tensão geralmente coincide com aquele no qual todos os retalhos se unem, o que muitas vezes ocorre no centro da ferida. Este fator, associado ao debilitado estado nutricional no qual o paciente se encontrava, típico de pacientes oncológicos, foram considerados os principais causadores da deiscência parcial observada^{2,6-8}.

Reconstruções complexas após ressecções tumorais extensas são sempre um grande desafio na Cirurgia Plástica. Defeitos das regiões glútea e perineal acarretam importante morbidez, por afetarem em graus variados funções motoras, intestinais, urinárias e sexuais.

O aprofundado conhecimento da anatomia, distribuição e fisiologia dos retalhos locorregionais desta região é de suma importância para que, mesmo após grandes ressecções, o paciente possa ter perspectivas de ser submetido a satisfatória reconstrução e reabilitação.

COLABORAÇÕES

- WFFJ** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- BRB** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- TASS** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- HXMC** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- FN** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- PRC** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Wang ED, Conkling N, Xu X, Chern H, Finlayson E, Varma MG, et al. Perineal flap reconstruction following oncologic anorectal extirpation: an outcomes assessment. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135(1):176e-84e.
2. Frasson M, Flor-Lorente B, Carreño O. Reconstruction techniques after extralevator abdominoperineal rectal excision or pelvic exenteration: meshes, plasties and flaps. *Cir Esp.* 2014;92 Suppl 1:48-57.
3. Inglin RA, Eberli D, Brügger LE, Sulser T, Williams NS, Candinas D. Current aspects and future prospects of total anorectal reconstruction-a critical and comprehensive review of the literature. *Int J Colorectal Dis.* 2015;30(3):293-302.
4. Blumetti J, Bastawrous AL. Epidermoid cancers of the anal canal: current treatment. *Clin Colon Rectal Surg.* 2009;22(2):77-83.
5. Mughal M, Baker RJ, Muneer A, Mosahebi A. Reconstruction of perineal defects. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95(8):539-44.
6. Blondeel PN, Hallock GG, Morris SF, Neligan PC, eds. *Perforator Flaps: Anatomy, Technique & Clinical Applications.* 2nd ed. St Louis: CRC Press; 2013.
7. Pantelides NM, Davies RJ, Fearnhead NS, Malata CM. The gluteal fold flap: a versatile option for perineal reconstruction following anorectal cancer resection. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2013;66(6):812-20.
8. Mughal M, Baker RJ, Muneer A, Mosahebi A. Reconstruction of perineal defects. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95(8):539-44.

***Autor correspondente:**

Walter Ferraz Flávio Júnior

Av. Professor Alfredo Balena, 189, sala 807 - Santa Efigênia - Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30130-100

E-mail: walter_ferraz@yahoo.com.br