

# Reconstrução vulvo-perineal em tumores de vulva

JULIA AMANDO, PAULO ROBERTO DE ALBUQUERQUE LEAL, JULIANO CARLOS SBALCHIERO, FRANCISCO CORACY CARNEIRO MONTEIRO, EDUARDO RAVAZIO MACHADO, MÁRIO DE SIQUEIRA RUSSANO

## Introdução

O câncer da vulva é uma entidade rara entre as neoplasias malignas da mulher. Do ponto de vista cirúrgico, a necessidade de realizarem-se ressecções oncológicas seguras leva, muitas vezes, a um resultado inestético ou até mesmo mutilante, comprometendo a qualidade de vida das pacientes do ponto de vista social, psicológico e sexual.

## Objetivo

Analisar os resultados das reconstruções após o tratamento da neoplasia maligna da vulva no INCa e propor um algoritmo de reconstrução para defeitos vulvares.

## Material e Métodos

Estudo retrospectivo, no qual foram analisados 9 retalhos em 4 pacientes submetidas à ressecção vulvo-perineal por neoplasia maligna de vulva, de 2006 a 2010, no INCa. Foram realizados 2 retalhos de músculo grácil, 2 de músculo glúteo máximo e 5 fasciocutâneos de coxa.

## Resultados

Paciente 1 - R.A.D., 33 anos, apresentando diagnóstico de CEC de vulva, submetida à vulvectomia radical e esvaziamento inguinal associada à colostomia em alça. Realizada reconstrução imediata com retalho fasciocutâneo bilateral de região interna da coxa baseado em perfurantes da artéria glútea inferior. Evoluiu com isquemia parcial do retalho à esquerda, havendo desbridamento no 13º dia de pós-operatório (PO). No 20º dia de PO, houve delimitação da área de necrose, evoluindo para novo desbridamento, com perda parcial do retalho e rotação de novo retalho fasciocutâneo de coxa interna esquerda. A paciente evoluiu com deiscência de porção medial periuretral e infecção à esquerda, ambas resolvidas de forma conservadora, sem necessidade de nova intervenção. Paciente 2 - A.A.B., 52 anos, apresentando diagnóstico de CEC de vulva, submetida à vulvectomia radical. Realizada reconstrução com retalho fasciocutâneo bilateral de região interna da coxa baseado em perfurantes da artéria glútea inferior.



**Figura 1** – A: pré-operatório; B: vulvectomia radical e marcação dos retalhos; C: dissecação do retalho; D: pós-operatório imediato; E: delimitação da área de necrose parcial à esquerda; F: deiscência medial e novo retalho fasciocutâneo de coxa interna esquerda.

Evoluiu de forma satisfatória, sem complicações. Paciente 3 - M.L.S.A., 62 anos, apresentando diagnóstico de doença de Paget, submetida à vulvectomia radical, ressecção de terço inferior da uretra e cistostomia. Realizou reconstrução com retalho de glúteo máximo bilateral. Evoluiu de forma satisfatória, apresentando como única complicação infecção urinária, tratada pela equipe do serviço de urologia. Paciente 4 - E.V.A., 62 anos, apresentando diagnóstico de neoplasia intraepitelial vulvar III multicêntrica que acometia região perianal. Foi submetida à vulvectomia bilateral, com acometimento da região perineal e colostomia. Foi

reconstruída com retalho miocutâneo de gracilis bilateral, evoluindo com necrose parcial de bordos, com necessidade de desbridamento no 12º dia de PO. Evoluiu de forma satisfatória.

## Conclusão

A reconstrução perineal pode ser indicada por defeitos causados por trauma, infecção ou ressecção tumoral. Por se tratar de uma região altamente contaminada, as taxas de deiscência podem atingir 46% e infecção 11%. As neoplasias de vulva podem gerar defeitos vulvo-perineais de diversos tamanhos, necessitando desde sutura primária a reconstruções extensas. Além do tratamento oncocirúrgico, a presença de radioterapia deve ser levada em consideração na escolha da reconstrução, uma vez que áreas previamente irradiadas são mais susceptíveis a má cicatrização e baixa vascularização. As pacientes deste estudo eram portadoras de defeitos extensos, porém sem profundidade. Não ignorando as particularidades de cada caso, propomos um algoritmo de reconstrução de vulva com algumas opções, de acordo com o tamanho e profundidade do defeito vulvar. Para a reconstrução dos defeitos vulvares podem ser usados retalhos miocutâneos ou fasciocutâneos, locais ou à distância, dependendo do tamanho do defeito, profundidade, viabilidade dos tecidos vizinhos, presença de radioterapia, morbidade da área doadora, idade da paciente, estágio da doença, cirurgia prévia, preferência da paciente e experiência do cirurgião. A escolha da melhor tática cirúrgica deve levar em conta todos os fatores citados.

