

Avaliação de uma série de seis casos de reconstrução de região perineal

LARISSA RIBEIRO TEIXEIRA, BRUNO GRANIERI DE OLIVEIRA ARAÚJO, PAULO HENRIQUE RASSI ALMEIDA, SÉRGIO AUGUSTO DA CONCEIÇÃO, YURI AUGUSTO VIEIRA BORGES, WALDIVINO GUIMARÃES FILHO

Introdução

Todos os casos relatados tiveram como etiologia a síndrome de Fournier. Trata-se de fasciíte necrosante da região perineal, provocada por floras aeróbica e anaeróbica, acometendo pênis, escroto ou ambos (forma peniana, escrotal e escroto-peniana). Sob a pele do pênis existe uma fâscia superficial, que tem continuidade na camada muscular do escroto (Dartos), e se estende às fâscias superficiais do períneo (Colles) e do abdome (Scarpa). Na síndrome de Fournier, esses tecidos são acometidos de forma contígua, causando rápida destruição tecidual, e, se não tratada de forma rápida e agressiva (desbridamentos e antibioticoterapia), pode ocasionar casos fulminantes. Fournier tem como fatores etiológicos os quadros infecciosos genitourinários, anoretais e cutâneos da região perineal, além dos fatores predisponentes e agravantes, como falta de higiene local, diabetes mellitus, alcoolismo, doenças neoplásicas e doenças neurológicas.

Objetivo

Descrever os casos de reconstrução perineal realizadas entre 2006 e 2011, pelo Serviço de Cirurgia Plástica.



Figura 1 - Caso 2: aspecto pré-operatório.



Figura 2 - Caso 2: gônadas dissecadas pela equipe de urologia.

Métodos

Estudo retrospectivo de uma série de casos de reconstrução de períneo, realizados pelo Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral de Goiânia.

Entre janeiro de 2006 e junho de 2011, seis pacientes foram submetidos à reconstrução perineal, sendo todos pacientes do sexo masculino, com idade variando entre 38 e 73 anos e média de 51 anos. Todos os casos tratavam-se de sequelas de Síndrome de Fournier, sendo que três pacientes tiveram como etiologia o politraumatismo com trauma perineal, havia, também, dois casos de lesões perianais e um de uretrite.

Resultados

Os pacientes eram todos oriundos de outros serviços (tratamento da lesão primária em outra instituição) e todos tiveram abordagem tardia das lesões sequelares. Não houve, portanto, nenhum caso de reconstrução precoce. Em 4 casos, inclusive já não havia área de lesão cruenta, entretanto, apresentando tecidos cicatriciais com graves retrações. Havia retração testicular grave (testículos em região inguinal e pré-pubiana) em 3 casos. O intervalo de tempo entre a lesão inicial e a reconstrução variou de 1 ano e 2 meses a 6 anos e 2 meses, sendo a média de 2 anos e 9 meses. Foram utilizados como tática cirúrgica os retalhos fasciocutâneos associados a enxerto de pele parcial e total. Os resultados foram satisfatórios, com reabilitação física e social de cinco dos seis casos. A possibilidade de atividade sexual que havia sido perdida em quatro dos casos foi readquirida em três deles. Em um caso, o paciente já apresentava impotência sexual prévia à lesão e, em outro caso,



Figura 3 - Caso 2: retalhos fasciocutâneos da face medial da coxa liberados.

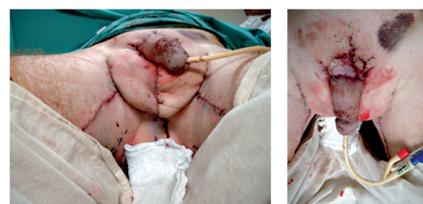


Figura 4 - Caso 2: pós-operatório imediato.



Figura 5 - Caso 1: cicatrizes queloidianas e hipertróficas.

o paciente apresentava graves sequelas neurológicas associadas a orquiectomia traumática bilateral, sem possibilidade de vida sexual. Nos outros dois casos, os pacientes referiram melhora da qualidade da vida sexual após os procedimentos cirúrgicos.

Conclusão

O extenso arsenal terapêutico e sua versatilidade contribui para resultados satisfatórios, com recuperação não só da anatomia e morfologia da região perineal, mas também da socialização, autoestima e vida sexual do paciente. Entretanto, é fundamental sempre salientar que o tratamento deve ser individualizado, visando-se obter o melhor resultado, com complicações mínimas.