

## UTILIZAÇÃO DO RETALHO MIOCUTÂNEO DO TENSOR DA FÁSCIA LATA NA REPARAÇÃO DE EXTENSO DEFEITO EM NÁDEGA E COXA APÓS RESSECÇÃO DE ÚLCERA DE MARJOLIN

*Using the tensor fascia lata flap to closure a large wound in buttock and thigh after Marjolin's ulcer resection*

FRANCISCO JOSÉ FONTENELE BEZERRA<sup>1</sup>, ROSELY MORAES GONÇALVES DE MOURA<sup>2</sup>

### RESUMO

Os autores relatam caso de um homem de 66 anos de idade, que apresentou um extenso carcinoma espino-celular desenvolvido sobre uma região de inflamação crônica (úlcera de Marjolin), na região pélvica posterior (nádega e face posterior da coxa direita), tratado com ressecção alargada e reconstrução em dois tempos cirúrgicos. O retalho músculo-cutâneo do tensor da fáscia lata foi utilizado na reparação imediata da unidade anatômica da nádega direita, após ressecção do tumor maligno cutâneo. Um enxerto de pele (em segundo tempo cirúrgico) foi utilizado na reparação de unidade anatômica da face posterior da coxa direita (1/2 superior). Os autores recomendam a utilização deste retalho músculo-cutâneo convencional na reparação de grandes defeitos pélvicos posteriores, após ressecção oncológica, como alternativa cirúrgica a retalhos microcirúrgicos.

**Descritores:** Carcinoma de células escamosas. Hidradenite supurativa. Úlcera cutânea. Retalhos cirúrgicos.

### SUMMARY

The authors describe a case of a 66-year-old man, who presented with a longstanding history of chronic perianal pyoderma (on the right buttock and posterior thigh), who developed a large squamous cell carcinoma (Marjolin's ulcer), that required an extensive local resection and two-stage reconstruction. A pedicled tensor fasciae latae musculo-cutaneous flap had been used for the first-stage reconstruction of the right buttock area, after the tumor's resection, and an autogenous skin graft had been employed for the second-stage reconstruction of superior thigh. The author's recommended this pedicled musculo-cutaneous flap for immediate reconstruction after oncologic resections in posterior pelvic area as alternative to reconstructive microsurgery techniques (free flaps).

**Descriptors:** Carcinoma, squamous cell. Hidradenitis suppurativa. Skin ulcer. Surgical flaps.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital do Câncer (Instituto do Câncer do Ceará).

2. Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Médica Assistente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital do Câncer (Instituto do Câncer do Ceará).

**Correspondência para:** Francisco José Fontenele Bezerra  
Hospital do Câncer (Instituto do Câncer do Ceará)  
Rua Papi Junior, 1222 – Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE – Brasil – CEP 60430-230 – Tel: 0xx85 9121-5005 – Fax: 0xx85 3281-2865  
E-mail: fonte@hospccancer-icc.org.br

## INTRODUÇÃO

Uma variedade da hidradenite supurativa, o pioderma crônico perianal, relatado desde 1969 por Moller et al.<sup>1</sup>, acomete principalmente região perineal, anogenital e nádegas.

O surgimento de neoplasia maligna cutânea, carcinoma espino-celular em áreas de inflamação crônica, também denominado de úlcera de Marjolin, é conhecido há bastante tempo<sup>2</sup>.

Relatamos o emprego de retalho musculofasciocutâneo do tensor da fáscia lata, na reconstrução imediata de um grande defeito anatômico após ressecção alargada de um carcinoma espino-celular, na região pélvica posterior (nádega e face posterior da coxa direita), em um primeiro tempo cirúrgico. Um enxerto de pele autólogo também foi utilizado na reparação do restante do defeito da face posterior da coxa direita (segundo tempo cirúrgico), proporcionando correção adequada, com mínima morbidade cirúrgica, de fácil aprendizado e execução, sem necessidade de retalhos microcirúrgicos.

## RELATO DO CASO

### ADMS, 66 anos, aposentado

Primeira consulta no Serviço de Tumores Ósseos e Cutâneos do Hospital do Câncer - Instituto do Câncer do Ceará (ICC) realizada em agosto de 2004. O paciente relatou história de que há 10 anos apresentava doença inflamatória crônica de pele na região glútea e aparecimento há um ano de lesão ulcerada local. Negava diabetes, hipertensão arterial. Relatava tabagismo.

Ao exame físico, em ambas as nádegas, havia presença de inúmeras lesões de pele de caráter inflamatório crônico (hidrosadenite supurativa) mais uma lesão úlcero-infiltrativa

gigante, medindo cerca de 15 x 14,20 cm, fixa aos planos profundos, ocupando o 1/3 proximal da face posterior da coxa direita e região glútea inferior, com bloco linfonodal inguinal direito (Figura 1).

Uma biópsia incisional, realizada em agosto de 2004, revelou ser um carcinoma espino-celular ceratinizante infiltrante.

O paciente foi submetido ao primeiro tempo cirúrgico em setembro de 2004, com os achados cirúrgicos de um tumor cutâneo ulcerado, na região glútea direita e face medial da coxa direita, junto à borda anal.

Foi realizada a ressecção ampla da lesão (peça medindo 18,5 x 14 x 5 cm), envolvendo borda anal do músculo glúteo maior, sem envolvimento de nervo ciático (Figura 2).

O exame histopatológico de congelação mostrou margens livres de lesão. Procedeu-se a uma colostomia para desvio do trânsito intestinal.

O exame histopatológico definitivo (parafina) confirmou o resultado da biópsia prévia, evidenciando ser um carcinoma espino-celular ceratinizante com margens livres.

Foi, então, realizada, pelo Serviço de Cirurgia Plástica, a reconstrução imediata do defeito gerado pela ampla ressecção, empregando retalho fasciocutâneo do tensor da fáscia lata para cobertura da metade cranial do defeito e aproximação dos retalhos musculares da face posterior da coxa direita para permitir cicatrização por segunda intenção (Figura 3).

Em aproximadamente 21 dias após cirurgia inicial, o paciente foi submetido a linfadenectomia inguinal direita (eletiva).

Em novembro de 2004, foi submetido ao segundo tempo cirúrgico da cirurgia plástica, com a realização de um enxerto autólogo de pele, para cobertura da área residual da

Figura 1 – CEC em região de nádega e coxa.



Figura 2 – Área ressecada.



Figura 3 – Retalho TFL transferido.



Figura 4 – Área residual já com tecido de granulação.



Figura 5 – Pós-operatório tardio.



ressecção da lesão e área doadora do retalho, sendo utilizada como área doadora do enxerto a coxa direita, lateral e posterior (Figura 4).

O paciente foi submetido a tratamento radioterápico por aproximadamente dois meses, totalizando 30 sessões.

Em abril de 2005, foi realizada uma última cirurgia para ressecção de lesão ulcerada na região inguinal direita. Procedeu-se, então, à ressecção alargada, envolvendo plano muscular profundo (músculo adutor magno, parcialmente e músculo biceps femoral, completamente), deixando-se área cruenta residual em região inguinal direita (cicatrizada por segunda intenção).

Peça cirúrgica medindo 14 x 12 x 4,6 cm, com exame histopatológico evidenciando ser um carcinoma espino-celular ceratinizante, com as margens livres.

Em última consulta, realizada em agosto de 2005, o paciente não apresentava sinais de recidiva local e a reparação do defeito criado pela ampla ressecção inicial mostrou-se adequada (Figura 5).

## DISCUSSÃO

A reparação de extensos defeitos após ressecção oncológica constitui-se, ainda, um desafio para a cirurgia plástica, no intuito de utilizar-se a melhor técnica disponível associada a menor morbidade cirúrgica, principalmente quando a correção primária não é possível<sup>3</sup>.

O emprego de retalhos músculo-cutâneos pediculados clássicos, como o tensor da fáscia lata, para reparação de defeitos na região pélvica<sup>4</sup>, oferece uma alternativa a retalhos microcirúrgicos de difícil realização e maior morbidade cirúrgica.

Quando a ressecção cirúrgica de neoplasias malignas é realizada em áreas previamente infectadas, com inflamação crônica<sup>5</sup>, a utilização de retalhos músculo-cutâneos propicia reparação adequada, anatômica, e permite um aporte sanguíneo maior a esta região<sup>6,7</sup>.

O emprego de dois tempos cirúrgicos no tratamento reparador do defeito permitiu a verificação da viabilidade do retalho miocutâneo do tensor da fáscia lata na região da nádega direita e o controle de infecção local, possibilitando a cobertura com enxerto autólogo na face posterior da coxa, como complementação cirúrgica do reparo da lesão.

## CONCLUSÃO

A utilização de retalho miocutâneo do tensor da fáscia lata na reparação inicial de extenso defeito em região pélvica posterior mostrou-se adequada, tanto do ponto de vista anatômico, quanto na diminuição da morbidade cirúrgica, sendo uma alternativa válida ao emprego de retalhos microcirúrgicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moller C, Saksela E, Sundel B. Chronic perianal pyoderma: a study of the clinical and histogenetic features. *Acta Chir Scand.* 1969;135(1):83-9.
2. Crain VA, Gulati S, Bhat S, Milner SM. Marjolin's ulcer in chronic hidradenitis suppurativa. *Am Fam Physician.* 2005;71(9):1652-7.
3. Russo P, Saldana EF, Yu S, Chaglassian T, Hidalgo DA. Myocutaneous flaps in genitourinary oncology. *J Urol.* 1994;151(4):920-4.
4. Mathes SJ, Nahai F. *Clinical applications for muscle and musculocutaneous flaps.* St. Louis: Mosby;1982.
5. Watson JD. Hidradenitis suppurativa: a clinical review. *Br J Plast Surg.* 1985;38(4):567-9.
6. Hurwitz DJ, Walton RL. Closure of chronic wounds of the perineal and sacral regions using the gluteal thigh flap. *Ann Plast Surg.* 1982;8(5):375-86.
7. Matsushita S, Ishirara T, Masuguchi S, Gyoutoku T, Ono T. The histopathological basis for employing the reused skin graft technique for chronic perianal pyoderma. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(3):833-5.