

Utilização de retalhos na reconstrução inguinal bilateral

**FERNANDO OLIVEIRA
JUNGER** ^{1,2*}



MÁRCIO ALENCAR BARREIRA ³
TIAGO ALCÂNTARA XAVIER NASCIMENTO ⁴
TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO ²

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0131

INTRODUÇÃO

O uso de retalhos musculares apresenta vantagens após ressecções alargadas. São elas: criar um ambiente favorável à cicatrização de feridas por meio da utilização de tecido bem vascularizado, diminuir o espaço morto, proteção dos vasos femorais, diminuir a tensão durante o fechamento da ferida, contribuir para o início precoce da radioterapia e, ainda, encurtar a permanência hospitalar¹.

O *retalho* miocutâneo vertical do músculo reto abdominal (VRAM) tem irrigação da artéria epigástrica inferior. Algumas vantagens do VRAM são: vascularização segura, resultando em baixos índices de perda do retalho, amplo arco de rotação, retalho volumoso com uma grande ilha de pele e local doador com baixa morbidade. Algumas das desvantagens e/ou complicações são: hérnia abdominal e linfedema².

O retalho utilizando o músculo tensor da fáscia lata (TFL) tem como pedículo vascular a artéria femoral circunflexa lateral, que emite perfurantes musculocutâneas³. É capaz de reduzir a morbidade e a permanência hospitalar. Está associado a baixas taxas de necrose do retalho e acelera a cicatrização dos defeitos. É tecnicamente fácil e tem morbidade insignificante no sítio doador⁴.

Na região inguinal, a ressecção alargada de neoplasia resulta em grandes defeitos, com exposição de vasos, nervos e tecidos que necessitam ser reconstruídos com retalhos musculares.

OBJETIVO

A reconstrução da região inguinal bilateral utilizando, no mesmo ato operatório, um retalho do músculo reto abdominal (VRAM) e do músculo tensor da fáscia lata (TFL) será apresentada e em seguida discutida.

RESUMO

Os retalhos utilizando os músculos reto abdominal (VRAM) e tensor da fáscia lata (TFL) são as melhores opções para a reconstrução da região inguinal após ressecções alargadas. No entanto, a utilização de dois retalhos para o tratamento paliativo do câncer de pênis deve ser discutido. Apresentamos um caso, com bom resultado estético, de reconstrução bilateral da região inguinal com VRAM e rotação do músculo TFL.

Descritores: Neoplasias penianas; Retalhos cirúrgicos; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Reto do abdome; Fascia lata.

ABSTRACT

Flaps using rectus abdominis and tensor fascia lata muscles are the best option for inguinal region reconstruction after extended resections. However, the use of two flaps for palliative treatment of penile cancer should be discussed. We present a case, with good aesthetic results, of bilateral reconstruction of inguinal region with VRAM, and TFL muscle rotation.

Keywords: Penile neoplasms; Surgical flaps; Reconstructive surgical procedures; Rectus abdominis. Fascia lata.

MÉTODO

Realizado estudo descritivo retrospectivo de um caso do serviço de cirurgia plástica em um hospital terciário na cidade de Fortaleza – CE, onde o paciente com CEP, submetido à linfadenectomia inguinal bilateral como parte do tratamento e à reconstrução com retalhos miocutâneos: VRAM e TFL.

RELATO DE CASO

Paciente de 60 anos com lesões tumorais na região inguinal direita 12x9cm e esquerda 5x7cm (Figura 1) de início há 6 meses, sendo indicada abordagem cirúrgica (Figura 2).

O retalho miocutâneo do TFL na face lateral da coxa esquerda foi preparado para reconstrução da região inguinal ipsilateral (Figura 3). Em seguida, aproximada a área doadora e rotação do músculo TFL para o local definitivo. Uma ilha de pele foi marcada sobre o músculo reto abdominal com a extremidade medial ao nível da linha média e a extremidade superior na margem subcostal esquerda (Figura 4).

O retalho do reto abdominal foi levantado craniocaudalmente, com secção do músculo reto abdominal e ligadura da artéria epigástrica superior. Em seguida, foi rodado 180° juntamente com o pedículo da artéria epigástrica inferior. Tomou-se cuidado para não torcer ou colocar em tensão o pedículo vascular. O retalho foi transferido para cobrir o defeito da região inguinal contralateral. A área doadora recebeu reforço da parede abdominal com uma tela sintética não absorvível (polipropileno) fixada à aponeurose.

A parede abdominal foi suturada primariamente, dois drenos portovac colocados e os retalhos fixados (Figura 5).

No pós-operatório com 20 dias, foram evidenciadas pequenas áreas de epidermólise e necrose cutânea apenas no retalho VRAM, possivelmente devido à dificuldade da

¹ Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Hospital Haroldo Juaçaba, Fortaleza, CE, Brasil.



Figura 1. Marcação das tumorações inguinais.



Figura 4. Aproximação da área doadora e rotação do retalho do músculo tensor da fáscia lata (TFL) para o local definitivo. No abdômen, visualiza-se a marcação das margens do retalho do músculo reto abdominal (VRAM).



Figura 2. Área da ressecção.



Figura 3. Retalho miocutâneo do músculo tensor da fáscia lata.



Figura 5. Pós-operatório imediato. Reconstrução inguinal à direita com retalho do músculo reto abdominal (VRAM) contralateral e reconstrução inguinal esquerda com músculo tensor da fáscia lata (TFL).

drenagem linfática após a ressecção dos linfonodos locais evoluiu com cicatrização por segunda intenção e fechamento total da área exposta.

A confecção destes retalhos promoveu a cobertura cutânea adequada. Não houve perda total do retalho o paciente apresentou no pós-operatório áreas de epidermólise e outras de necrose cutânea pequena, pelo grande edema local em região escrotal, possivelmente devido à dificuldade da drenagem

linfática após a ressecção dos linfonodos locais. Após 3 meses, paciente segue em acompanhamento sem sinais de recidiva.

DISCUSSÃO

No Hospital Haroldo Juaçaba, em Fortaleza, CE, foram atendidos 243 pacientes com câncer de pênis em um período de dez anos e 35 pacientes necessitaram de reconstrução com retalho muscular. O retalho utilizando o músculo reto

abdominal foi o mais usado (57,2%), seguido pelo fáschia lata (31,4%) e grácilis (11,4%). As complicações precoces mais comuns foram infecção de sítio cirúrgico (37,1%) e deiscência parcial do retalho (37,1%). As complicações tardias mais comuns foram linfedema crônico (32,3%) e edema de bolsa escrotal (29,4%). O tempo de internação e as complicações foram menores com o retalho VRAM em relação aos pacientes que utilizaram o músculo TFL e grácilis. Logo, o retalho VRAM é um dos mais utilizados na reconstrução de defeitos na região inguinal e mostrou-se seguro⁵.

Após 37 exenterações pélvicas, utilizou-se o VRAM para reconstruir defeitos. Retornaram ao centro cirúrgico para resolver complicações apenas 6 pacientes (16%). Outros 7 pacientes (19%) tiveram complicações que se resolveram com tratamento não operatório⁶. Outro estudo analisou 78 pacientes oncológicos submetidos à reconstrução com VRAM. Nenhuma perda completa do retalho foi observada e hérnia incisional esteve presente em 13% dos pacientes.

O índice de massa corporal acima de 30 foi relacionado com dificuldade de cicatrização e a radiação não teve efeito negativo no pós-operatório. Um pedículo cutâneo contralateral pode reduzir o risco de linfedema em pacientes com ressecções na virilha. A morbidade do local doador é tolerável e a maioria dos pacientes ficou satisfeito com o resultado pós-operatório⁷.

Kayes *et al.*⁸ avaliaram quatro casos de ressecções paliativas de neoplasia peniana com posterior reconstrução com retalho VRAM ipsilateral. O tempo de permanência internado foi de 14 dias e não houve complicações cirúrgicas. Os pacientes ficaram satisfeitos e relataram alívio de sintomas. Moura *et al.*⁹ analisaram três pacientes com câncer de pênis, submetidos à reconstrução inguinal com VRAM. Os pacientes relataram melhora da qualidade de vida. Um paciente apresentou uma pequena área de epidermólise e necrose cutânea com necessidade de enxertia de pele.

O retalho com o músculo TFL pode ser utilizado na reconstrução de defeitos na região inguinal, glútea, trocântérica, isquiática e parede abdominal. Uma análise de 17 pacientes que utilizaram o retalho miocutâneo do TFL para tratamento de defeitos observou que este tipo de retalho possibilita uma excelente cobertura cutânea, com pouca morbidade em área doadora. Trata-se de um retalho extremamente seguro, versátil, de fácil e rápida execução, apresentando relativamente poucas complicações, podendo ser utilizado em diversas situações clínicas com sucesso¹⁰.

CONCLUSÃO

A utilização de dois retalhos musculares para reconstrução de defeitos complexos em ambas as regiões

inguinais possui baixa morbidade, bons resultados e melhora a qualidade de vida dos pacientes com tumores malignos de pênis em estágio avançado. Em casos selecionados, a combinação de retalhos pode ser utilizada quando se requer uma cobertura extensa. O VRAM e o TFL são excelentes opções de retalhos musculares.

REFERÊNCIAS

1. Murthy V, Gopinath KS. Reconstruction of groin defects following radical inguinal lymphadenectomy: an evidence based review. *Indian J Surg Oncol.* 2012;3(2):130-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13193-012-0145-3>
2. Hoy E, Granick M, Benevenia J, Patterson F, Datiashvili R, Bille B. Reconstruction of musculoskeletal defects following oncologic resection in 76 patients. *Ann Plast Surg.* 2006;57(2):190-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.sap.0000216255.18106.e1>
3. Hubmer MG, Schwaiger N, Windisch G, Feigl G, Koch H, Haas FM, *et al.* The vascular anatomy of the tensor fasciae latae perforator flap. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(1):181-9. PMID: 19568071 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181ab114c>
4. Nirmal TJ, Gupta AK, Kumar S, Devasia A, Chacko N, Kekre NS. Tensor fascia lata flap reconstruction following groin dissection: is it worthwhile? *World J Urol.* 2011;29(4):555-9.
5. Barreira MA, Lima LO, Alves Júnior JJ, Silva LFG, Lima MV. Experiência do Hospital Haroldo Juaçaba com Reconstrução Utilizando Retalhos Miocutâneos em Cirurgia para Tratamento do Câncer de Pênis locoregionalmente Avançado. *Rev Bras Cancerol.* 2014;60(1):43-50.
6. Creagh TA, Dixon L, Frizelle FA. Reconstruction with Vertical Rectus Abdominus Myocutaneous flap in advanced pelvic malignancy. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012;65(6):791-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2011.11.063>
7. Daigeler A, Simidjijska-Belyaeva M, Drücke D, Goertz O, Hirsch T, Soimaru C, *et al.* The versatility of the pedicled vertical rectus abdominis myocutaneous flap in oncologic patients. *Langenbecks Arch Surg.* 2011;396(8):1271-9. PMID: 21779830 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00423-011-0823-6>
8. Kayes OJ, Durrant CA, Ralph D, Floyd D, Withey S, Minhas S. Vertical rectus abdominis flap reconstruction in patients with advanced penile squamous cell carcinoma. *BJU Int.* 2007;99(1):37-40. PMID: 17227489 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.2007.06582.x>
9. Moura RMG, Bezerra FJF, Oliveira JCE. Reconstrução inguinal com retalho miocutâneo vertical de reto abdominal. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(4):695-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752010000400023>
10. Ramos RG, Cunha MS, Jesus RO, Basílio IA, Figuerêdo A, Faddul LC. Versatilidade do retalho musculocutâneo do tensor da fáschia lata. *Rev Col Bras Cir.* 2008;35(3):155-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912008000300003>

*Endereço Autor:

Fernando Oliveira Junger

Rua Professor Francisco Goncalves, nº 1271, Apto 904 - Fortaleza, CE, Brasil
CEP 60192-170

E-mail: fernandojunger@hotmail.com