

Reconstrução do escroto após fascite necrosante

CLÁUDIO MAURÍCIO MUNIZ RODRIGUES, DIOGO FRANCO, JOÃO MEDEIROS TAVARES FILHO, TALITA FRANCO, CARLOS ALBERTO PORCHAT, FLÁVIA KEIKO IMOTO

Introdução

A fascite necrosante da região perineal está entre as mais graves infecções, com aparecimento súbito e rápida evolução, podendo determinar importantes sequelas e até a morte. A necessidade de extenso desbridamento para controle do processo infeccioso origina áreas cruentas extensas, com eventual exposição dos testículos e necessidade de cobertura adequada. Felizmente, este tipo de apresentação não é frequente, mas devemos estar capacitados a enfrentá-la. Nas fascites, a infecção progride acompanhando o plano fascial que apresenta maior acometimento do que a pele que recobre. Porém, os planos musculares provocam sua retração, aparentando perda cutânea maior do que é na realidade. As características anatómicas peculiares desta região costumam disponibilizar uma quantidade razoável de pele, que, se adequadamente aproveitada, pode cobrir as estruturas profundas. Como alternativa para a cobertura de lesões mais extensas, o retalho súpero-medial da coxa, descrito por Hirshowitz, apresenta boa aplicabilidade e simples execução. Trata-se de um retalho fasciocutâneo de amplo suprimento arterial, nutrido pela artéria circunflexa femoral medial, artéria pudenda externa profunda e ramo anterior da artéria obturatória interna, que preserva a sensibilidade local pela inclusão do nervos ílio-inguinal e ramo genital do nervo genito-femoral. Apresentamos casuística de pacientes vítimas de fascite necrosante, submetidos à reconstrução de bolsa escrotal com retalhos de pele e músculo remanescentes e retalho súpero-medial da coxa.

Objetivo

Discutir e apresentar alternativas na abordagem das áreas cruentas escrotais de pacientes acometidos por fascite necrosante.

Material e Métodos

Entre janeiro de 1998 e janeiro de 2005, foram acompanhados e tratados cirurgicamente, no Serviço de Cirurgia



Figura 1 – Dissecção do retalho fasciocutâneo súpero-medial da coxa com preservação de feixe vaso-nervoso.



Figura 2 – Rotação e posicionamento do retalho com cobertura satisfatória da área cruenta.

Plástica do HUCFF-UFRJ, 11 pacientes do sexo masculino portadores de fascite necrosante em períneo, com exposição de testículos. Destes, um se encontrava em fase aguda da doença e os outros já haviam sido submetidos a desbridamento, após controle da infecção. A faixa etária variou entre 37 e 60 anos, com média de 46 anos. Dois pacientes apresentavam diabetes mellitus, um era obeso e outro nefropata já transplantado. Todos os pacientes receberam antibioticoterapia, com a associação de clindamicina e aminoglicosídeo. O desbridamento cirúrgico foi seguido de curativos diários com pomada de sulfadiazina de prata a 1% até que as condições locais e gerais do paciente permitissem a cobertura cutânea definitiva com reconstrução do escroto. As áreas cruentas, após controle da doença, variaram de 1/3 até o comprometimento de todo o escroto, sempre com exposição do testículo subjacente. Nas cirurgias realizou-se o descolamento dos tecidos, em plano acima do tecido de granulação existente, sob anestesia com bloqueio do neuroeixo. Para cinco pacientes com áreas cruentas de até 2/3 do escroto foram confeccionados retalhos miocutâneos remanescentes do escroto. Nos outros seis pacientes com lesões mais extensas foram confeccionados retalhos súpero-mediais da coxa. Com o paciente na posição de litotomia, os retalhos retangulares foram marcados desde a margem da lesão e se estendiam lateralmente de acordo com a

dimensão da área cruenta a ser coberta. Dissecado e isolado o retalho este era posicionado sobre a área exposta com seguinte fixação e síntese primária da área doadora. Foram utilizados drenos de aspiração, sob os retalhos confeccionados, por um período de 12 a 36 horas.

Resultados

Os pacientes foram mantidos sob internação hospitalar por um período que variou de 3 a 25 dias. Todos tiveram alta após o controle da infecção inicial, sendo novamente internados para reconstrução, com exceção daquele que se apresentou em fase aguda que permaneceu internado até o fim do tratamento. Nenhum paciente necessitou derivação do trânsito intestinal para controle do processo infeccioso. Não houve intercorrências no período pós-operatório e todos os pacientes apresentaram cobertura cutânea adequada. O acompanhamento ambulatorial manteve-se por um período que variou de 7 meses a 2 anos.

Conclusão

Observamos que, com dissecção ampla e cuidadosa da pele remanescente da bolsa escrotal, podemos cobrir extensas áreas cruentas em pacientes vítimas de fascite necrosante proporcionando proteção adequada dos testículos. Em lesões mais extensas, o retalho súpero-medial da coxa apresenta-se como excelente alternativa e simples execução, com bons resultados estéticos e funcionais.