

Casos Clínicos

Retalhos de Tensor da Fáschia Lata em Ilha para Plastia de Defeitos Inguinais Bilaterais Pós-Linfadenectomia por Carcinoma do Pénis

Rui Barbosa*, Edgardo Malheiro*, Nuno Tomada**, Pedro Silva**, João Silva**, Carlos Silva**, Jorge Reis*, José Amarante*

Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva Estética e Maxilo-Facial e Serviço de Urologia do Hospital de São João / Faculdade de Medicina -Porto

* Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva, Estética e Maxilo-Facial

** Serviço de Urologia

Resumo

A linfadenectomia, apesar de ser um procedimento associado a elevada morbilidade, tem um papel predominante no tratamento do carcinoma do pénis com suspeita de metastização ganglionar. O recurso a retalhos para plastia dos defeitos inguinais pode ser necessário para a abordagem das complicações associadas à ferida operatória.

Descrevemos um caso clínico de um doente de 75 anos com carcinoma do pénis com metastização ganglionar inguinal, submetido a amputação parcial do pénis e linfadenectomia inguinal bilateral, superficial e profunda, e pélvica. Como complicações da linfadenectomia resultaram infecção das feridas operatórias com necrose cutânea e deiscência bilateral e edema escrotal.

Os defeitos inguinais foram cobertos com retalhos bilaterais musculocutâneos pediculados, em ilha, de tensor da fáschia lata. A técnica e indicações são revistas e apontadas as vantagens da confecção deste retalho em ilha com tunelização subcutânea.

Palavras-chave: Carcinoma do pénis; Linfadenectomia; Tensor da fáschia lata

Abstract

Lymphadenectomy plays a paramount role in treating metastatic penile cancer. It is however, associated with great morbidity, with frequent complications associated to the surgical wound. Plastic surgery can give an important contribution to the treatment of some of these complications.

Correspondência:

Rui Filipe da Rocha
Barbosa
Rua de Barbelães, 44
4590 FRAZÃO
Paços de Ferreira
e-mail: ruifbarbosa@
portugalmail.pt
Tel.: 936 697 328

We describe a clinical case of a 75 years old patient with penile cancer with inguinal ganglionar metastasis that underwent partial penile amputation, followed by bilateral superficial and profound inguinal and pelvic lymphadenectomies. Infection and cutaneous necrosis with wound dehiscence and scrotal edema, resulted as lymphadenectomy complications. The defects were covered with bilateral pediculated island tensor fascia lata musculocutaneous flaps. We review the technique and indications and appoint the advantages of the confection of an island flap with a subcutaneous tunnel.

Key Words: Penile carcinoma; Lymphadenectomy; Tensor fascia lata

Introdução

A neoplasia do pênis é uma neoplasia rara com uma incidência de 0.1-7.9/100.000 homens. Na Europa a incidência é de 0.1-0.9/100.000, mas em algumas áreas da Ásia, África e América do Sul a incidência é significativamente maior (1). A metastização deste tumor efectua-se essencialmente por embolização linfática, sendo mais rara a presença de metástases à distância. A progressão linfática segue geralmente uma ordem previsível: linfáticos inguinais superficiais e profundos, seguidos pelos pélvicos e posteriormente por metástases à distância (2).

A importância da linfadenectomia ilioinguinal no tratamento do carcinoma do pênis com metastização ganglionar é bem conhecida. Contudo a morbidade, quer precoce quer tardia, associada à ressecção dos gânglios linfáticos é significativa. As complicações mais frequentes são a infecção da ferida operatória (10-20%), a necrose cutânea com ou sem deiscência da

ferida (14-65%), o linfocelo/seroma (19-45%) e o linfedema (2-100%) (3).

Apresentamos um caso clínico de um doente de 75 anos com carcinoma do pênis com metastização ganglionar inguinal, submetido a amputação parcial do pênis e linfadenectomia inguinal bilateral, superficial e profunda, e pélvica. Teve como complicações pós-operatórias, infecção das feridas cirúrgicas inguinais com necrose cutânea e deiscência. Foi efectuada limpeza cirúrgica sob anestesia geral. Uma semana depois, com as feridas limpas, sem evidência de infecção local e com tecido de granulação activo, o doente foi submetido a nova cirurgia para cobertura dos defeitos com retalhos de tensor da fáscia lata (Fig. 1).

Métodos

O método escolhido para plastia dos defeitos foi a utilização bilateral de dois retalhos musculocutâneos



Fig. 1 – Defeitos inguinais bilaterais por complicação de linfadenectomia; planeamento de retalhos tensor da fáscia lata bilaterais



Fig. 2 – Resultado pós-operatório imediato



Fig. 3 – Resultado ao 2º mês pós-operatório

pediculados em ilha, com tunelização subcutânea até ao defeito.

A técnica cirúrgica foi idêntica bilateralmente e consistiu no levantamento de dois retalhos com cerca de 14 cm por 6 cm da face lateral das coxas. Uma linha traçada da espinha ilíaca anterosuperior até ao joelho delimita o bordo anterior do retalho; o ponto de rotação situa-se nesta linha, 10 cm abaixo da espinha ilíaca anterosuperior e corresponde ao ponto de entrada do

pedículo dominante – o ramo ascendente da artéria circunflexa femoral lateral e respectivas veias. A dissecção dos retalhos iniciou-se distalmente com a incisão dos bordos até à fáscia lata e levantamento, de distal para proximal, no nível subfascial, até ao ponto de rotação.

A modificação ao procedimento convencional consistiu na tunelização subcutânea do retalho até ao defeito com pedículo desepidermizado. A perda de substância foi preenchida pela fáscia lata da extremidade distal

do retalho e palete cutânea correspondente, suturada sem tensão aos bordos da ferida, previamente regularizados. Utilizaram-se drenos em telhas para drenagem passiva. A zona dadora foi encerrada directamente, por planos (Fig. 2).

Resultados

O doente teve alta hospitalar 19 dias depois da plastia, sem complicações pós-operatórias, com cicatrização completa. Além de edema escrotal, sem outras queixas. Ao 6º mês de seguimento não evidencia recidiva, mantendo edema escrotal moderado. Os defeitos foram encerrados sem tensão, obtendo-se uma cobertura estável e resistente com um resultado esteticamente aceitável e sem morbidade funcional associada da zona dadora (Fig. 3).

Discussão

As alterações na técnica de linfadenectomia inguinal e as incisões utilizadas reduziram a morbidade habitualmente presente neste procedimento cirúrgico. Contudo, os problemas associados à ferida operatória ainda ocorrem, principalmente quando há excisão alargada de pele. Para cobertura do defeito pode-se recorrer a vários retalhos musculocutâneos como por exemplo o bicipete femoral, vasto lateral, gracilis e mesmo o recto abdominal. O retalho tensor da fáscia lata, levantado da face lateral da coxa, tem sido o mais frequentemente usado na cobertura de defeitos inguinais de maior dimensão (4-6). Apesar da sua utilidade, a morbidade da zona dadora e a criação de uma deformidade em *dog ear* após a rotação do retalho são desvantagens consideráveis.

O tensor da fáscia lata convencional é levantado como uma unidade musculofasciocutânea, criando um defeito que ocupa grande parte da face lateral da coxa. O retalho é levantado com um extenso território cutâneo com a intenção de promover a suficiente irrigação da sua porção distal, apesar da pele intermédia não ser necessária na reconstrução. Os defeitos da zona dadora com largura inferior a 8-10 cm podem ser encerrados directamente. Defeitos mais largos necessitam de plastia com enxerto de pele, com um pior resultado estético

final. A rotação do volumoso retalho composto pelo músculo e pele produz um *dog-ear* proeminente na região trocantérica (4).

A presença de um plexo vascular subcutâneo constante permite a confecção do retalho tensor da fáscia lata com uma ilha cutânea distal (4). A ilha cutânea pode ser desenhada na face lateral da coxa e levantada com base num pedículo subcutâneo, incluindo o tensor da fáscia lata, com irrigação proximal pela artéria circunflexa femoral lateral. Esta técnica preserva a pele da zona dadora e, com a tunelização subcutânea do pedículo, ultrapassa os inconvenientes do retalho convencional. O retalho tensor da fáscia lata de pedículo subcutâneo tem uma paleta de pele fina potencialmente neurosensível, fáscia resistente e um arco de rotação de 360º que alcança facialmente a região inguinal, sem sequelas significativas da zona dadora. Este retalho é uma solução atractiva na plastia das deiscências de ferida operatória da região inguinal, um problema que não é infrequente após linfadenectomia em doentes com carcinoma do pênis (5-7). O procedimento é tecnicamente simples, fiável e oferece uma cobertura resistente e estável de defeitos inguinais com exposição de estruturas nobres.

Referências

1. Mobilio G, Ficarra V. Genital treatment of penile carcinoma. *Curr Opin Urol* 2001; 11: 299-304
2. Burgers JK, Badalament RA, Drago JR. Penile cancer. Clinical presentation, diagnosis and staging. *Urol Clin North Am* 1992; 19: 247-256
3. Horenblas S. Lymphadenectomy for squamous cell carcinoma of the penis. Part 2: the role and technique of lymph node dissection. *BJU International* 2000; 88: 473-483
4. Safak T, Klebuc M, Keçik A, Shenaq S. The Subcutaneous Pedicle Tensor Fascia Lata Flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 1996; 97: 765-774
5. Inagaki N, Hashimoto H, Nakata Y, Inada F, Yachiku S. A case of advanced penile cancer treated with multimodal therapy - combination with tensor fascia lata myocutaneous flap. *Hinyokika Kyo* 1988; 34: 1661-1664
6. Schoeman BJ. The tensor fascia lata myocutaneous flap in reconstruction of inguinal skin defects after radical lymphadenectomy. *S Afr J Surg* 1995; 33: 175-178
7. Weinstein LP, Kovachev D, Chaglassian T. Abdominal wall reconstruction. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1986; 20: 109-113.