

RECONSTRUÇÃO DA PELVE MENOR PÓS EXENTERAÇÃO PÉLVICA

PELVIC RECONSTRUCTION IN PELVIC EXENTERATION

MARIA CECILIA GLOSS ONO¹, ALFREDO DUARTE SILVA¹, JOÃO MANOEL MOREIRA²,
ADRIANA SAYURI KUROI ASCENÇO³, ANNE KAROLINE GROTH⁴

RESUMO

A exenteração pélvica é considerada um dos procedimentos oncológicos mais radicais, com morbidade importante. As complicações pós-operatórias incluem sepse e hemorragia, mas a obstrução intestinal pela formação de muitas aderências na extensa área dissecada, é um dos principais problemas encontrados no pós-operatório de pacientes que não tiveram sua pelve menor obliterada. Evitar essa última complicação é o principal objetivo dos procedimentos de reconstrução e obliteração da pelve menor nesses pacientes. Apresentamos uma opção de uso do retalho de músculo reto abdominal, baseado distalmente, com bons resultados pós-operatórios.

DESCRITORES: 1. Músculo Reto Abdominal;
2. Reconstrução Pélvica;
3. Exenteração Pélvica.

ABSTRACT

Pelvic exenteration is considered one of the most radical oncologic procedures with significant morbidity. The postoperative complications include hemorrhage and sepsis, but the intestinal obstruction by adhesions is one of the main problems encountered in the postoperative period of patients who did not have their pelvis minor obliterated. Avoid this last complication is the main goal of the reconstruction procedures and obliteration of the pelvis minor in these patients. Here is an option of using the rectus abdominis muscle flap, based distally, with good postoperative results.

KEYWORDS: 1. Rectus Abdominis Myocutaneous Flap;
2. Pelvic Reconstruction;
3. Pelvic Exenteration.

INTRODUÇÃO

Os procedimentos reconstrutivos realizados após procedimentos radicais em oncoginecologia visam à diminuição da considerável morbidade dos pacientes que precisam de tais procedimentos. Especialmente nos casos de exenteração pélvica, dependendo da extensão da ressecção, os procedimentos reconstrutivos visam: a criação de uma neovagina (quando ressecada); auxiliam na cicatrização das feridas cirúrgicas; e permitem um pós-operatório com menores taxas de complicações⁽¹⁾. Dentre as possíveis complicações estão a sepse, hemorragia e a extensa formação de aderências, principalmente na pelve menor (pela extensa área cruenta e ausência de tecidos que a obliterem)⁽²⁾. As taxas de oclusão intestinal e formação de fístulas podem chegar a 20%⁽³⁾.

OBJETIVO

Vários procedimentos já foram descritos na tentativa de reconstruir a pelve menor diminuindo a incidência de quadros de oclusão intestinal. Apresentamos uma opção para obliteração da pelve menor em pacientes submetidas a exenteração pélvica.

MÉTODOS

Técnica Cirúrgica

A descrição do retalho de músculo reto abdominal baseado distalmente já foi feita por vários autores⁽⁴⁾. Em casos de exenteração pélvica, normalmente optamos pela realização do retalho do lado em que será feita a colostomia, a fim de preservar um dos retos abdominais íntegro, diminuindo a morbidade abdominal. Iniciamos a confecção do retalho após o término da exenteração pélvica. Deve-se observar se houve preservação do pedículo distal do lado escolhido para confecção do retalho. É necessário também estender a incisão abdominal supraumbilical, a fim de melhor acessar toda a extensão do músculo reto abdominal (Figura 1). Após a sua liberação completa, secciona-se o pedículo proximal e o músculo pode então ser rodado posteriormente, formando uma prateleira na entrada da pelve menor, impedindo que as alças intestinais adentrem essa cavidade e possam formar aderências entre si, levando a

1. Cirurgiã Plástica do Hospital Erasto Gaertner.

2. Cirurgião Plástico, Especializando em Cirurgia Oncoplástica e Microcirurgia

3. Residente de Cirurgia Plástica e Reconstructora do Hospital de Clínicas-UFPR

quadros de oclusão intestinal (Figura 2). O pós-operatório segue os cuidados habituais para a cirurgia desse porte.

Ilustramos, no presente trabalho, um dos casos operados no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba- PR, de uma paciente do gênero feminino, com 39 anos, atendida por neoplasia de ovário, apresentando, já na investigação inicial, derrame pleural à direita e lesão expansiva em pelve.

Foi submetida, pela equipe da cirurgia oncológica, a histerectomia, ooforectomia bilateral e omentectomia. Apresentava, no intra-operatório, tumor de ovário bilateral, sendo maior à esquerda, com aproximadamente 15 cm em seu maior diâmetro, aderido à pelve. Realizou quimioterapia adjuvante e foi submetida a cirurgia de "Second look", por via laparoscópica, 7 meses depois, evidenciando ausência de doença residual macroscópica e biópsias randomizadas negativas.

Dez meses após a cirurgia inicial, apresentou, em tomografia de controle, massa expansiva, de 81x80mm, entre a bexiga e o reto. Optado por exenteração pélvica total, com enterectomia, enteroanastomose e reconstrução com colostomia úmida, sem evidência de doença residual microscópica (ressecção R0). O fechamento do oco pélvico foi realizado pela equipe da Cirurgia Plástica, com retalho reto abdominal direito, baseado no pedículo distal, conforme descrito na técnica cirúrgica (Figuras 1 e 2). A paciente evoluiu com infecção e deiscência da ferida operatória abdominal, no 14º dia pós-operatório, sendo tratada com antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro e resutura da parede, apresentando boa evolução.

No momento, 2 anos após a cirurgia de exenteração pélvica com obliteração da pelve com o retalho reto abdominal, a paciente apresenta-se em bom estado geral, em tratamento quimioterápico com Paclitaxel e Carboplatina.

Figura 1- Esquema e foto per-operatória mostrando a incisão supra-umbilical e a completa liberação do músculo reto abdominal. Notar que nesse caso o reto abdominal escolhido foi contralateral à colostomia por a paciente apresentar uma incisão de herniorrafia inguinal a esquerda (com possibilidade de lesão dos vasos epigástricos inferiores).

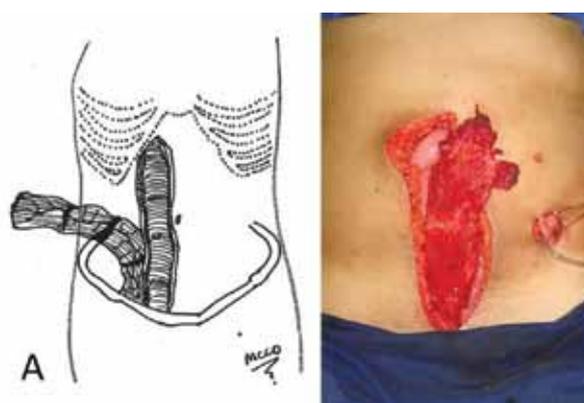
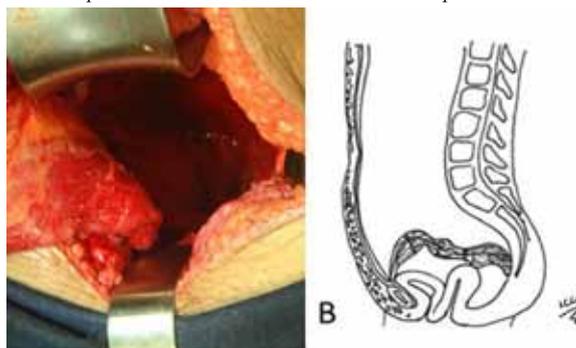


Figura 2- Foto Mostrando o defeito resultante na pelve menor e em B o posicionamento do retalho obliterando a pelve menor.



DISCUSSÃO

Alguns fatores podem levar ao aumento de complicações em feridas do períneo e da pelve e estão relacionados ao grande descolamento, espaço morto criado, exenteração pélvica e principalmente pelo comprometimento vascular de tecidos irradiados⁽⁵⁾. Na tentativa de diminuir as taxas de complicações, desenvolveu-se a técnica de cobertura da ferida pélvica com retalho miocutâneo^(5,6). A reconstrução com retalho miocutâneo leva ao fechamento da pelve com tecido sadio, bem vascularizado, não irradiado, diminuindo o espaço morto e as taxas de infecção⁽⁵⁾.

O músculo reto abdominal, tipo III, segundo Mathes e Nahai, pediculado nas artérias epigástrica superior e inferior profunda, confere ao retalho versatilidade, por apresentar vascularização segura e amplo arco de rotação, podendo ser utilizado para correção de defeitos da parede torácica, dorso, região inguinal, períneo e pelve⁽⁷⁾. O sistema vascular da artéria epigástrica inferior profunda irriga uma vasta área da parede anterior do abdome e oferece uma variedade de combinações para reconstruções com retalhos locais ou livre⁽⁴⁾. A facilidade de dissecação juntamente com o calibre e comprimento do pedículo vascular são fatores-chaves que possibilitam uma técnica rápida e confiável⁽⁴⁾.

Segundo Chessin et al⁽⁸⁾, pacientes que foram submetidos a obliteração do defeito pélvico com retalho muscular do reto abdominal apresentaram 15,8% de complicações, o que foi significativamente menor do que os 44,1% apresentados pelo grupo controle.

Buchel et al⁽⁹⁾ documentou uma taxa de complicação de 17,8% com retalho muscular do reto abdominal após exenteração pélvica.

Uma preocupação teórica com a realização do retalho abdominal é o aumento da taxa de complicações com a parede abdominal, como hérnias e infecção de ferida⁽⁸⁾. O caso ilustrado no presente estudo apresentou deiscência e infecção da ferida operatória abdominal, no 14º dia pós-operatório.

Há relatos de obliteração pélvica com outros retalhos musculares. Shibata et al⁽¹⁰⁾, relataram reconstrução perineal com retalho do músculo

gracilis, com uma taxa de complicação de 37%. Além disso, o retalho gracilis não tem um suprimento vascular consistente e apresenta um arco de rotação limitado e muitas vezes não tem tecido suficiente para obliteração do espaço morto da pelve. Outros estudos utilizaram o retalho musculocutâneo baseado na artéria glútea inferior para reconstrução da pelve ⁽¹¹⁾. Esses retalhos estão associados a complicações da ferida pélvica em até 44% dos casos. Nelson et al ⁽¹²⁾ compararam os resultados cirúrgicos e complicações dos pacientes submetidos a exenteração pélvica ou ressecção abdominoperineal com reconstrução imediata utilizando retalho miocutâneo vertical do músculo reto abdominal (VRAM) versus reconstrução com retalho da coxa. O grupo que recebeu retalho da coxa apresentou uma incidência significativamente maior de complicações (21% contra 4%) do que o grupo que recebeu o retalho VRAM. Segundo esses autores, o retalho VRAM, se disponível, dever ser a primeira escolha para reconstruções imediatas de defeitos da pelve/períneo após exenteração pélvica e ressecção abdominoperineal.

Van Le e Fowler ⁽¹³⁾, relataram um caso de reconstrução de assoalho pélvico após exenteração utilizando um implante mamário salino de 300cc na pelve menor. O objetivo foi deslocar as alças intestinais da área descolada e diminuir as taxas de aderências.

O retalho reto abdominal aqui descrito, trata-se de um retalho miocutâneo de pedículo inferior do reto abdominal, portanto, inverso da descrição original, em que é utilizado o pedículo baseado na artéria epigástrica superior. O uso do retalho pediculado inferiormente confere maior versatilidade ao retalho, possibilitando reconstruções de abdome inferior, região inguinal e pelve menor, sendo uma boa alternativa para essas regiões.

CONCLUSÃO

Concluimos que o retalho reto abdominal baseado na artéria epigástrica inferior representa um excelente retalho muscular para cobertura e obliteração da pelve menor após exenterações pélvicas, sem aumentar a morbidade, diminuindo as taxas de complicações como aderências e obstruções intestinais e, principalmente, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1 - Pursell SH, Day TG, Tobin GR. Distally based rectus abdominis flap for reconstruction in radical gynecologic procedures. *Gynecologic oncology [Internet]*. 1990 May;37(2):234-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2140559>.
- 2 - Le LV, Fowler WC. CASE REPORT Use of a Saline Breast Implant to Cover the Pelvic Floor. *American Journal of Surgery, The*. 1997;191(65):188-91.
- 3 - Averette HE, Lichtinger M, Sevin BU, Girtanner RE. Pelvic exenteration: a 15-year experience in a general metropolitan hospital. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1984 Sep 15;150(2):179-84.
- 4 - Taylor GI, Corlett RJ, Boyd JB. The versatile deep inferior epigastric (inferior rectus abdominis) flap. *British journal of plastic surgery*. 1984 Jul;37(3):330-50.
- 5 - Anthony JP, Mathes SJ. The recalcitrant perineal wound after rectal extirpation. *Applications of muscle flap closure*. *ArchSurg* 1990;125:1371_6; discussion 1376-7.
- 6 - Jain AK, DeFranzo AJ, Marks MW, Loggie BW, Lentz S. Reconstruction of pelvic exenterative wounds with transpelvic rectus abdominis flaps: a case series. *Ann Plast Surg* 1997;38:115_22 discussion 122-3.
- 7 - Lee MJ, Dumanian GA. The oblique rectus abdominis musculocutaneous flap: revisited clinical applications. *Plast Reconstr Surg*. 2004;114(2):367-73.
- 8 - Chessin DB, Hartley J, Cohen AM, Mazundar M, Cordeiro P. Rectus Flap Reconstruction Decreases Perineal Wound Complications After Pelvic Chemoradiation and Surgery: A Cohort Study. *Annals of Surgical Oncology*, 12(2): 104-10.
- 9 - Buchel EW, Finical S, Johnson C. Pelvic reconstruction using vertical rectus abdominis musculocutaneous flaps. *Ann Plast Surg* 2004;52:22-6.
- 10 - Shibata D, Hyland W, Busse P, et al. Immediate reconstruction of the perineal wound with gracilis muscle flaps following abdominoperineal resection and intraoperative radiation therapy for recurrent carcinoma of the rectum. *Ann Surg Oncol* 1999;6:33-7.
- 11 - Baird WL, Hester TR, Nahai F, Bostwick J III. Management of perineal wounds following abdominoperineal resection with inferior gluteal flaps. *Arch Surg* 1990;125:1486-9.
- 12 - Nelson RA, Butler CE. Surgical Outcomes of VRAM versus Thigh Flaps for Immediate Reconstruction of Pelvic and Perineal Cancer Resection Defects. *Plast Reconstr Surg*. 2009;123:175-83.
- 13 - Van Le L, Fowler WC. Case Report: Use of a Saline Breast Implant to Cover the Pelvic Floor. *Gynecologic Oncology* 1997;65: 188-191.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Rosa Kaint Nadolny, 190 - Curitiba - PR CEP: 81200525
E-mail: mccono@gmail.com