

RECONSTRUÇÃO PÓS RESSECÇÃO DE SARCOMA GIGANTE DE NÁDEGA

IMMEDIATE RECONSTRUCTION AFTER RESECTION OF GIANT BUTTOCK SARCOMA

ANNE KAROLINE GROTH - M.D. - M.Sc.

Cirurgião Plástico do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba – PR – Brazil.

MARIA CECÍLIA CLOSS ONO - M.D.

Cirurgião Plástico do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba – PR – Brazil.

MARJORIE UBER - M.D.

Acadêmica da Universidade Federal do Paraná

CORINA AUGUST SIEMENS - M.D.

Médicos Residentes do Serviço de Oncologia Cirúrgica do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba – PR – Brazil.

RODRIGO LOPES SILVA - M.D.

Médicos Residentes do Serviço de Oncologia Cirúrgica do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba – PR – Brazil.

GERARDO C. G. VALLADARES - M.D.

Cirurgião Plástico e Chefe do Departamento de Cirurgia Oncológica do Tórax e

Partes Moles do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba – PR – Brazil.

ALFREDO DUARTE SILVA - M.D. - Ph.D.

Cirurgião Plástico e Chefe do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba – PR – Brazil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Av. Sete de Setembro, 4923, cj 1001, 80240 – 000, Curitiba – PR – Brazil.

Fone/Fax +55 041 30296868 - E-mail: annegroth@gmail.com

DESCRITORES

SARCOMAS, RECONSTRUÇÃO, NÁDEGAS.

KEYWORDS

SARCOMAS, RECONSTRUCTION, BUTTOCKS.

RESUMO

Introdução: Sarcomas de partes moles perfazem 1% das neoplasias malignas. A literatura sobre o assunto ainda é escassa e não há tratamento padronizado para todos os casos. Os sarcomas de membro inferior, incluindo nádega, representam 29% de todos os sarcomas de partes moles. **Objetivos:** relatar o caso de uma paciente portadora de sarcoma gigante de nádega submetida à ressecção e reconstrução imediata com retalho de rotação do tensor da fáscia lata. **Métodos:** Análise de prontuário e exames complementares. **Resultados:** Constatação de abordagem terapêutica cirúrgica viável para tumor volumoso e com grande impacto funcional e estético. **Discussão:** O sarcoma de nádega aparece frequentemente com grande volume ao diagnóstico, devido à sua localização pouco evidente – abaixo do panículo adiposo da região glútea. O tratamento é a ressecção cirúrgica da lesão, e reconstrução com fechamento primário, retalhos locais ou mais raramente à distância. **Conclusões:** O tratamento cirúrgico dos sarcomas de partes moles de nádega inclui a ressecção ampla da lesão o que exclui algumas das opções mais comumente utilizadas em reconstruções de dorso e região sacral. O retalho de fáscia lata é um retalho confiável e bastante versátil podendo ser utilizado em grandes defeitos decorrentes de ressecção oncológica da região das nádegas, sem trazer grande morbidade à área doadora.

ABSTRACT

Background: Soft tissue sarcomas correspond to 1% of all malignant neoplasms and there is not a standard treatment for all cases. Lower limb sarcomas, including buttock, represent 29% of all soft tissue sarcomas. **Objectives:** Report a case of a patient who presented a giant buttock sarcoma treated with wide surgical excision and reconstruction with a rotation tensor fascia lata flap. **Methods:** Analysis of the chart and complementary exams. **Results:** Observation that wide surgical tumor excision and a reasonable functional and esthetical postoperative result can be achieved in giant buttock sarcomas. **Discussion:** Giant buttock sarcomas can present difficulties when concerned about the reconstructive options, especially because the resection of important anatomical structures. **Conclusions:** The tensor fascia lata flap is a reliable and a versatile flap, with minimal donor site morbidity.

INTRODUÇÃO

Sarcomas de partes moles perfazem 1% de todas as neoplasias malignas do adulto e 15% das infantis¹. Devido à sua enorme variedade de tipos histológicos e de comportamentos biológicos, a compreensão desta doença é dificultada e ainda não há protocolos de tratamento bem estabelecidos. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica² e os defeitos resultantes podem ser tratados

com fechamento primário, retalhos locais ou à distância³. Relatamos um caso de uma paciente apresentando um sarcoma gigante de nádega, e submetida à ressecção cirúrgica do tumor com imediata reconstrução utilizando um retalho de rotação de tensor da fáscia lata.

RELATO DE CASO

Paciente D.G.S., feminina, 77 anos, com história de nódulo na nádega esquerda com 10 meses de evolução. Queixa de dor importante com melhora parcial com uso de analgésicos opióides, restringindo a paciente ao leito. Ao exame: massa dolorosa no quadrante superior externo da nádega esquerda, de aspecto ulcerado, vegetante (Figura 1). Tomografia computadorizada da pelve mostrou massa extensa de aspecto expansivo, lobulado e heterogêneo, comprometendo partes moles da região glútea esquerda, e feixe vâsculo-nervoso livre. Ultrassonografia abdominal e radiografia de tórax não apresentaram alterações. O diagnóstico histológico da massa ulcerada foi de neoplasia maligna de padrão epitelióide e fusocelular. A paciente foi então submetida a tratamento cirúrgico (Figura 2), com ressecção da massa em bloco, com margem ampla, englobando os músculos glúteos máximo e mínimo esquerdos, com preservação do músculo piriforme. Os vasos glúteos inferiores e o nervo isquiático foram preservados, porém ficaram expostos sem qualquer tipo de cobertura. Com o intuito principal de cobertura destas estruturas nobres foi planejado o retalho miocutâneo do tensor da fáscia lata (Figura 3). Houve cobertura adequada do defeito e o fechamento primário da área doadora foi possível. A paciente apresentou boa evolução, sem intercorrências no pós-operatório imediato ou tardio. Como na análise microscópica as margens teciduais apresentaram-se livres de neoplasia, não foi indicado nenhum tipo de tratamento adjuvante e a paciente encontra-se em preservação neste Hospital. Não houve prejuízo funcional pela utilização do músculo tensor da fáscia lata e a paciente retornou a deambular, atividade interrompida previamente devido a intensa dor causada pela compressão tumoral.



FIGURA 1 – Aspecto pré-operatório.



FIGURA 2 – Aspecto do defeito após ampla ressecção cirúrgica com ressecção extensa da musculatura glútea e exposição de estruturas vasculares e nervosas.



FIGURA 3 – Aspecto do pós-operatório imediato mostrando adequada cobertura do defeito.

DISCUSSÃO

Sarcomas de partes moles (SPM) são tumores malignos originários, em sua maioria, do mesoderma, e que podem acometer diversos tecidos. Aparecem em várias idades, correspondendo a 1% de todas as neoplasias malignas do adulto e 15% das infantis¹. Quanto à disposição anatômica dos SPM, tem-se que 10% aparecem no tronco, 12% nos membros superiores, 36% no abdome, 29% nos membros inferiores, incluindo os sarcomas de nádega⁴. Os sarcomas de nádega são, na maioria das vezes, detectados tardiamente, pois permanecem encobertos pelo panículo adiposo da região glútea e não necessariamente produzem sintomas. Deve-se suspeitar desde tipo de tumor caso haja queixa de massa glútea e/ou dor ciática de causa inaparente⁵. Sua etiologia é desconhecida, mas alguns fatores relacionam-se com o seu aparecimento, como: exposição à radiação, linfedema, exposição a herbicidas com ácido fenoxiacético e a clorofenóis, e algumas infecções virais⁶, sendo comum o seu diagnóstico após um trauma local, sem haver com o mesmo, uma relação de etiologia. A abordagem inicial, sempre que possível, é a ressecção completa do tumor com margens adequadas. As ressecções locais

amplas apresentam bons resultados oncológicos². A sobrevida de pacientes portadores de SPM varia de 25 a 40% em cinco anos, mas há relatos de até 81,8% (7,5% de recidiva) com tratamento adequado⁷.

Grande parte dos defeitos na região das nádegas decorrentes de ressecções tumorais pode ser manejada com fechamento primário. Porém as opções de reconstrução para os grandes defeitos de partes moles na região das nádegas não tem muitas citações na literatura. A maioria dos trabalhos relatam técnicas cirúrgicas para o fechamento de defeitos sacrais decorrentes de grandes úlceras de decúbito³. Porém nem sempre tais técnicas são boas opções para reconstrução de grandes perdas de tecidos moles na região das nádegas, principalmente as decorrentes de ressecções tumorais, em especial sarcomas. Isto porque muitas vezes sobram poucas opções, já que os músculos normalmente utilizados em retalhos miocutâneos são ressecados ou o defeito é extenso e as opções locais não alcançam o limite medial do defeito. Dentre as opções de reconstrução com retalhos locais, temos os retalhos de grácil, tensor da fáscia lata e reto femoral⁸ e os retalhos à distância⁹, principalmente representado pelo retalho miocutâneo de grande dorsal. Também há a possibilidade de utilização do retalho vertical de músculo reto abdominal transposto para a nádega através do forâmen ciático¹⁰. O retalho de fáscia lata é uma opção versátil com múltiplas aplicações na cirurgia plástica desde cobertura de defeitos abdominais, perineais e de dorso até em procedimentos de reanimação da face¹¹. Apresenta-se com suprimento vascular adequado, proporciona boa cobertura cutânea e é¹² de fácil dissecação e pode ser utilizado de variadas formas, como avanço, rotação, em ilha ou como retalho livre.

CONCLUSÕES

Os sarcomas de partes moles, especialmente os localizados na região das nádegas geralmente têm diagnóstico tardio e relacionados a episódios de trauma local, o que chama atenção do paciente para a presença de uma lesão pré-existente e normalmente oculta pelo coxim gorduroso da região. A abordagem cirúrgica é reconhecida como

primeira modalidade de tratamento dos sarcomas de nádega, especialmente quando se é possível ressecar o tumor com margens adequadas. A reconstrução comumente pode ser feita por meio de fechamento primário, porém em casos mais extensos pode-se lançar mão do uso de retalhos miocutâneos e mais raramente retalhos à distância.

REFERÊNCIAS

1. Lee HY, Cordeiro PG, Mehrara BJ, et al. Reconstruction after soft tissue sarcoma resection in the setting of brachytherapy: a 10-year experience. *Ann Plast Surg* 2004; 52(5):486-91; discussion 492.
2. Sugarbaker PH, Chretien PA. A surgical technique for buttockectomy. *Surgery* 1982; 91(1):104-7.
3. Pu LL. Reconstruction of a large gluteal soft-tissue defect with the double-opposing V-Y fasciocutaneous advancement flap. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119(2):599-603.
4. Cahlon O, Spierer M, Brennan MF, et al. Long-term outcomes in extremity soft tissue sarcoma after a pathologically negative re-resection and without radiotherapy. *Cancer* 2008; 112(12):2774-9.
5. Behranwala KA, Barry P, A'Hern R, Thomas JM. Buttock soft tissue sarcoma: clinical features, treatment, and prognosis. *Ann Surg Oncol* 2003; 10(8):961-71.
6. Kotilingam D, Lev DC, Lazar AJ, Pollock RE. Staging soft tissue sarcoma: evolution and change. *CA Cancer J Clin* 2006; 56(5):282-91; quiz 314-5.
7. Alektiar KM, Brennan MF, Healey JH, Singer S. Impact of intensity-modulated radiation therapy on local control in primary soft-tissue sarcoma of the extremity. *J Clin Oncol* 2008; 26(20):3440-4.
8. Ihara K, Shigetomi M, Kawai S, et al. Functioning muscle transplantation after wide excision of sarcomas in the extremity. *Clin Orthop Relat Res* 1999(358):140-8.
9. Kimura N. A microdissected thin tensor fasciae latae perforator flap. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109(1):69-77; discussion 78-80.
10. Tran NV, Sim FH, Lewallen DG, Carmichael SW. Transsciotic foramen pedicle VRAM coverage of gluteal defects. *Clin Orthop Relat Res* 2006; 452:270-3.
11. Nahai F, Hill L, Hester TR. Experiences with the tensor fascia lata flap. *Plast Reconstr Surg* 1979; 63(6):788-99.
12. Rifaat MA, Abdel Gawad WS. The use of tensor fascia lata pedicled flap in reconstructing full thickness abdominal wall defects and groin defects following tumor ablation. *J Egypt Natl Canc Inst* 2005; 17(3):139-48.