

Enxerto de pele parcial em bolsa testicular, uma alternativa de reconstrução

Partial skin graft in testicular pouch, a reconstruction alternative

DOI:10.34119/bjhrv6n1-004

Recebimento dos originais: 05/12/2022

Aceitação para publicação: 02/01/2023

Valdemar Pereira da Rocha Júnior

Residente de Cirurgia Plástica

Instituição: Hospital Universitario Cajuru

Endereço: Av. São José, 300, Cristo Rei, Curitiba - PR

E-mail: jr.procha@outlook.com

Rebeca Ferraz Koteski

Residente de Cirurgia Plástica

Instituição: Hospital Universitario Cajuru

Endereço: Av. São José, 300, Cristo Rei, Curitiba - PR

E-mail: rebecakoteski@gmail.com

Matheus Leite Fabian

Residente de Cirurgia Plástica

Instituição: Hospital Universitario Cajuru

Endereço: Av. São José, 300, Cristo Rei, Curitiba - PR

E-mail: matheuslfabian@gmail.com

Lucas Rodrigues de Souza

Residente de Cirurgia Plástica

Instituição: Hospital Universitario Cajuru

Endereço: Av. São José, 300, Cristo Rei, Curitiba - PR

E-mail: lucas.r.souza94@gmail.com

Gabriella Ueharo Pereira

Residente de Cirurgia Geral

Instituição: Hospital Universitario Cajuru

Endereço: Av. São José, 300, Cristo Rei, Curitiba - PR

E-mail: gabiueharo@gmail.com

Fernando Kupper

Chefe da Cirurgia Plástica

Instituição: Hospital Universitario Cajuru

Endereço: Av. São José, 300, Cristo Rei, Curitiba - PR

E-mail: drfernandokupper@gmail.com

RESUMO

Introdução: A síndrome de Fournier é uma infecção multi bacteriana que acomete principalmente a região perineal; seu tratamento inclui estabilização clínica do paciente, antibioticoterapia ampla e múltiplos desbridamentos. Devido a extensa perda tecidual, se faz

necessária a reconstrução da região, sendo a enxertia de pele parcial uma boa alternativa. Objetivo: apresentar uma possibilidade ao uso de retalhos - menos agressiva - na reconstrução perineal. Métodos: Apresentamos dois casos de enxertia de pele parcial em região escrotal, após preparação do leito receptor com a confecção de bolsa de curativo de petrolato não aderente. Conclusão: Conforme descrito por *Morey et al.*, a enxertia de pele parcial em bolsa escrotal é uma alternativa funcional e segura para alguns casos. Embora não seja o padrão ouro, apresenta-se como uma opção efetiva e de baixo custo.

Palavras chave: gangrena de fournier, técnicas de fechamento de ferimentos, enxertia de pele.

ABSTRACT

Introduction: Fournier's syndrome is a multibacterial infection that mainly affects the perineal region; its treatment includes clinical stabilization of the patient, large spectrum antibiotic therapy and several debridements. Due to extensive tissue loss, reconstruction of the region is necessary, with partial skin grafting being a good alternative. Objective: to present a possibility other than the use of flaps - less aggressive - in perineal construction. Methods: We present two cases of partial skin grafting in the scrotal region, after preparing the recipient bed with a non-adherent petrolatum dressing bag. Conclusion: As described by *Morey et al.*, partial skin grafting in a scrotum is a functional and safe alternative for some cases. Although not the gold standard, it presents itself as an effective and low-cost option.

Keywords: fournier gangrene, wound closure techniques, skin graft.

1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Fournier (SF) foi descrita em 1883, por Jean Alfred Fournier, correspondendo a uma fascíte necrotizante localizada no períneo, partes moles e parede abdominal inferior, de evolução rápida e potencialmente fatal. Inicialmente descrita como sem agente etiológico definido, hoje, a gangrena de Fournier tem sido amplamente estudada, e trabalhos recentes identificaram causas urológicas ou colorretais como as predominantes neste cenário, bem como determinados fatores predisponentes - diabetes mellitus, obesidade (1, 2).

Seu tratamento consiste em estabilização clínica do paciente, debridamentos amplos e antibioticoterapia adequada. Após este processo inicial, devido à perda tecidual extensa, a grande maioria destes pacientes necessita de reconstruções perineais, uma vez que os danos, não só estéticos, mas também funcionais são notáveis (1, 2).

Para isso, retalhos locais de coxa ou glúteo, por exemplo, podem ser empregados. Retalhos como o musculocutâneo escrotal, fasciocutâneo súpero-medial da coxa e podendo da coxa são estudados e amplamente utilizados no reparo estético e funcional de períneo. Contudo, essa pode ser uma opção terapêutica mais agressiva, sendo interessante, por fim, a busca por alternativas (3).

Como já descrito por *Morey et al.*, a enxertia de tecidos para a reconstrução perineal é possível e apresenta bons resultados, evoluindo com pouca retração, resultados funcionais adequados e aspecto estético próximo do habitual. Dessa forma, realizamos a estimulação do tecido de granulação em bolsa escrotal, com o auxílio de curativo especial; após a preparação do leito, realizamos enxertia de pele no local, apresentando bons resultados (4).

2 MÉTODO

Estudo retrospectivo, com revisão de prontuário de pacientes que desenvolveram Síndrome de Fournier com perda de pele em região escrotal no ano de 2021, sendo selecionados dois casos de pacientes atendidos no Hospital Universitário Cajuru, em Curitiba/PR.

3 RESULTADOS

O procedimento padrão nos casos que serão relatados foi realizado em duas etapas, com o paciente em posição de litotomia sob raquianestesia; cada procedimento teve duração média de 40 minutos. Na primeira etapa, foi realizado debridamento de tecidos desvitalizados, união dos testículos com fio absorvível e confecção de uma bolsa com curativo não aderente à base de petrolato (foto 1) e fixação desta com fio inabsorvível. Após período de 4 - 5 dias, optado pela retirada do curativo para avaliação da granulação do leito (foto 2). Como segunda etapa, foi realizada a enxertia de pele parcial (foto 3). A região medial da coxa foi a área doadora de enxerto em ambos os casos, os quais foram coletados de espessura fina com faca de *Blair*.

Foto 1. Curativo não aderente em testículos



Foto 2. Testículos com tecido de granulação



Foto 3. Testículos enxertados



4 RELATO DE CASOS

4.1 CASO 1

Paciente masculino, 52 anos. Hipertenso sem tratamento. Vítima de trauma de motocicleta que apresentou pneumotórax, fratura estável de pelve e formação de hematoma em bolsa escrotal e coxa direita. Após realizado tratamento adequado das morbidades, evoluiu com infecção do hematoma e para síndrome de Fournier. Realizados múltiplos desbridamentos e antibioticoterapia para controle da infecção. Iniciado processo de reconstrução perineal em 2 tempos, 25 dias após o início do internamento.

Primeiro tempo união dos testículos e confecção de bolsa de curativo não aderente. Segundo tempo (foto 4), 4 dias após primeiro procedimento optado por enxertia de pele parcial em região de bolsa escrotal. No 7º dia de pós operatório foi aberto o curativo com pega total dos enxertos (foto 5). No seguimento, o paciente apresentou boa evolução, seguindo internado para tratamento de demais morbidades.

Foto 4. Pós operatório de enxerto em testículos Foto 5. 1 semana de enxerto em testículos



4.2 CASO 2

Paciente masculino, 48 anos, em situação de rua, vivendo com o vírus HIV sem tratamento, etilista e tabagista. Apresentou síndrome de Fournier após 10 dias de evolução de abscesso em região perineal. Realizados múltiplos desbridamentos e antibioticoterapia antes da reconstrução perineal, que ocorreu 21 dias após início do quadro. Optado por tratamento em 2 tempos. No primeiro tempo, foi realizada a união dos testículos e confecção de bolsa com curativo não aderente. No segundo tempo, 5 dias após primeiro procedimento optado por enxertia de pele parcial. No 7º dia de pós operatório foi realizada a abertura do curativo com pega quase total do enxerto (foto 8). Durante o internamento, o paciente apresentou boa evolução, porém, após alta hospitalar, o mesmo não manteve seguimento.

A SF é uma doença que acomete períneo, partes moles e parede abdominal inferior, de evolução rápida e potencialmente fatal, uma vez não tratada adequadamente. Está relacionada a procedimentos urológicos ou colorretais comuns, incluindo complicações cirúrgicas de hemorroidectomias, orquiectomia e vasectomias. Na sua fisiopatologia, pode ocorrer uma das três situações: trauma local, porta de entrada de microrganismos pela pele lesada; infecção do

trato geniturinário, estendendo-se a planos profundos; infecção de região perineal ou retroperitônio. É observada mais frequentemente em homens, com fatores como alcoolismo, obesidade e diabetes mellitus associados. Seu tratamento deve ser embasado em estabilização clínica do paciente, desbridamentos conforme necessidade e antibioticoterapia adequada (2).

Após o controle inicial da infecção, aguarda-se a formação de tecido de granulação que então cobrirá as áreas cruentas. O período de formação desse tecido varia dependendo das condições locais e gerais de cada paciente. A utilização de curativos especiais pode auxiliar nesse processo (3, 5).

Posteriormente ao preparo do leito receptor, a enxertia pode ser utilizada. A sobrevivência do enxerto depende do estabelecimento de suprimento sanguíneo do leito receptor. Durante as primeiras 24 a 48 horas, o enxerto é sustentado pelo processo de embebição plasmática. É inicialmente mantido no lugar por fibrina, a qual é substituída por tecido de granulação em seguida. Nas próximas 48 a 72 horas, ocorre a inosculação com o desenvolvimento de anastomoses vasculares entre o leito receptor e a área doadora. Em 4 a 7 dias, os capilares crescem do leito receptor ao enxerto em processo de neovascularização e circulação plena restaurada ao enxerto (7).

Dentre as vantagens dessa abordagem temos o tempo cirúrgico em média de 40-60 minutos, sendo menor que o encontrado na confecção de retalhos de acordo com a literatura. Menor complexidade do procedimento, mais seguro em pacientes que apresentam fatores de risco para perda do retalho (diabetes, tabagismo) ou ainda em pacientes que apresentam acometimento das regiões dos retalhos (1).

Em relação às desvantagens, o tempo de internamento do paciente tende a ser maior devido a preparação do leito para recepção do enxerto, maior número de procedimentos e com isso, maior risco anestésico, risco de intensa contração, exposição à maceração por urina, contaminação local e risco de perda por infecção.

Apresentamos nossa experiência com enxertia de pele parcial em bolsa escrotal. Uma técnica já descrita por *Morey et al.* na reconstrução de pacientes com linfedema crônico na região. É uma técnica bastante versátil, segura e esteticamente aceitável (4).

5 CONCLUSÃO

O enxerto de pele parcial para reconstrução de bolsa escrotal como já descrito por *Morey et al.* é uma alternativa segura e eficaz para o tratamento desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Balbinot P, Ascenço ASK, NasserIJG, Berri DT, Maluf Junior I, Lopes MC, et al. Fournier gangrene: Reconstruction of the scrotal sac with a fasciocutaneous flap from the internal thigh region. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (RBCP) – Brazilian Journal of Plastic Surgery*. 2015;30(2).
2. Ferreira PC, Reis JC, Amarante JM, Silva AC, Pinho CJ, Oliveira IC, et al. Fournier's gangrene: A review of 43 reconstructive cases. Vol. 119, *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2007. p. 175–84.
3. Chen SY, Fu JP, Chen TM, Chen SG. Reconstruction of scrotal and perineal defects in Fournier's gangrene. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2011 Apr;64(4):528–34.
4. Morey AF, Meng M v, Mcaninch JW. SKIN GRAFT RECONSTRUCTION OF CHRONIC GENITAL LYMPHEDEMA.
5. Morris SF. Invited discussion: Pedicled deep inferior epigastric perforator flap: An alternative method to repair groin and scrotal defects. Vol. 57, *Annals of Plastic Surgery*. 2006. p. 685–6.
6. MacFarlane DF. Current Techniques in Skin Grafting. *Advances in Dermatology*. 2006 Jan;22:125–38.