

Excisão triangular cutânea com fechamento primário

Cutaneous triangular excision with primary closure

RESUMO

Introdução: Tumores cutâneos são frequentes e podem apresentar crescimento irregular, cujas ressecções resultam em figuras geométricas variadas.

Objetivo: Descrição de técnica de excisão em triângulo seguida de fechamento primário para tratamento de neoplasias cutâneas.

Métodos: Foram estudados 11 pacientes com tumores de pele medindo entre 1,8 e 5,7cm em regiões anatômicas que favoreceram a utilização de incisões no formato de triângulo equilátero seguidas de fechamento primário. Resultados: Todos os casos tiveram seus defeitos cirúrgicos fechados com a formação de cicatriz em formato de Y. No pós-operatório foram observados dois casos de deiscência parcial da sutura.

Conclusões: A técnica cirúrgica de fechamento primário de excisão triangular de pele apresenta bom resultado estético e bom controle de margens cirúrgicas conservando tecido adjacente.

Palavras-chave: oncologia; procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; neoplasias cutâneas.

ABSTRACT

Introdução: Skin tumors are common and may present irregular growth, requiring resections with diverse geometric shapes. Many descriptions have been reported.

Objective: To describe a triangle-shaped excision technique followed by primary closure in the treatment of skin cancer.

Methods: Patients (n = 11) with tumors of between 1.8 and 5.7 cm located in areas that favored the use of equilateral triangle-shaped incision and primary closure were studied.

Results: All patients had their surgical closure in the shape of a "Y." Two cases of partial dehiscence of the suture were observed in the post-operative period.

Conclusions: The surgical technique of primary closure of triangular excisions of skin allows effective control of the surgical margins and leads to good cosmetic results, preserving the surrounding tissue.

Keywords: medical oncology; ambulatory surgical procedures; skin neoplasms.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Tumores cutâneos podem apresentar-se em formas e locais variados. Particularmente em áreas fotoexpostas e dependendo da proximidade de estruturas nobres, as formas clássicas de excisão circular ou em formato de elipse podem comprometer o fechamento da ferida cirúrgica ou dar origem a cicatrizes inestéticas. A retirada do tumor com outros formatos geométricos pode constituir indicação interessante no tratamento destas neoplasias, com resultados estéticos aceitáveis.¹ O fechamento dos defeitos gerados pode ser realizado de diversas maneiras: com retalhos, enxertos, fechamento parcial associado à cicatrização por segunda intenção, fechamento primário e associação dos anteriores. Este trabalho descreve técnica de ressecção de tumores cutâneos em formato de triângulo com fechamento primário do defeito gerado e discute sua aplicabilidade clínica, cirúrgica e melhor método de avaliação histológica.

Artigo Original

Autores:

Ézio Augusto Amaral Filho¹
Adma Silva de Lima Wojcik²
Fabiane Andrade Mulinari Brenner³
Jesus Rodriguez Santamaria⁴
Betina Werner⁵

¹ Mestre em clínica cirúrgica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e professor voluntário de dermatologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

² Médica residente de dermatologia no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

³ Mestre em medicina interna pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e professora do Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

⁴ Professor e chefe do Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

⁵ Mestre em clínica cirúrgica, com área de concentração em patologia cirúrgica, pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e doutora em saúde da criança e do adolescente, com área de concentração em dermatopatologia, pela Universidade Federal do Paraná (UFPR); professora/dermatopatologista dos Serviços de Anatomia Patológica e Dermatologia e da disciplina de anatomia patológica da Universidade Federal do Paraná (UFPR) Curitiba (PR), Brasil.

Correspondência para:

Ezio Augusto Amaral Filho
R. Saint Hilaire, 671 – Água Verde
80240-140 – Curitiba – PR
Telefone: + 55 (41) 3244-3119
E-mail: amaralezio@hotmail.com

Recebido em: 20/01/2011

Aprovado em: 09/03/2011

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

Suporte financeiro: Nenhum
Conflito de interesse: Nenhum

MÉTODOS

Foi realizado estudo prospectivo para avaliar a aplicabilidade da técnica de excisão em triângulo com fechamento primário de lesões cutâneas malignas em onze pacientes (Tabela 1), todos tratados e acompanhados nos Serviços de Dermatologia e Oncologia Cutânea do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e no Centro de Estudos em Dermatologia e Infectologia Souza Araújo (Cedisa) em Curitiba – Paraná. Este estudo seguiu as recomendações éticas emanadas da Declaração de Helsinki de 2000.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA

Após delimitação pré-operatória da lesão a ser tratada, as margens adequadas ao tratamento da neoplasia devem ser estabelecidas e demarcadas ao redor do tumor. Nesse momento, é interessante observar a melhor localização para o vértice e a base do triângulo, levando-se em consideração os locais de maior e menor tensão, a quantidade de tecido adjacente e as estruturas anatômicas existentes na área a ser abordada. A partir dos pontos previamente demarcados, três linhas retas devem ser traçadas, unindo os pontos e formando os vértices do triângulo (Figura 1). A forma final do defeito dependerá da conformação da lesão e das estruturas locais, porém o ideal é que se assemelhe a um triângulo equilátero. As incisões com bisturi devem ser realizadas nas três linhas demarcadas. Após a exereses do tumor com margens adequadas (Figura 2), o fechamento pode ser realizado de maneira direta, sem necessidade de enxertos ou rotação de

retalhos quando bem indicado. A síntese se inicia na porção central de qualquer um dos lados do triângulo. Após transfixação da pele, a agulha sairá no tecido celular subcutâneo (TCSC) da parede perfurada. Na região central do próximo lado, a agulha deve entrar primeiramente no TCSC e sair pela pele. Na terceira borda, a agulha perfura inicialmente a epiderme em direção ao subcutâneo. A agulha pode transfixar novamente a primeira borda, para facilitar o fechamento. Em seguida, as paredes laterais são aproximadas, formando um ponto central (Figura 3). É importante que, ao suturar bordas opostas, a agulha sempre penetre a ferida no mesmo nível em que saiu da anterior. Na aproximação das bordas, tensão constante deve ser mantida para evitar a abertura do nó central, que dará sustentação à ferida (Figura 4). Este é o principal ponto que mantém a ferida operatória fechada e deve ser realizado com cuidado. O restante da ferida é suturado utilizando pontos simples ou Donatti. A técnica cirúrgica correta permitirá coaptação adequada das paredes laterais, e o formato final da incisão é o de um Y (Figura 5). Os espécimes de pele triangulares receberam tratamento diferenciado quando analisados sob o ponto de vista macroscópico, para garantir a avaliação microscópica adequada das margens cirúrgicas de ressecção. Devido a seu formato, a abordagem das margens cirúrgicas é ligeiramente diferente da que usualmente corresponde a exereses em elipse ou fusão. A confecção de tips (bordas distais do maior eixo do espécime) não pode ser realizada, tendo sido feita análise de “em cruz” modificada, conforme ilus-

Tabela 1: dados dos pacientes

Paciente	Sexo	Idade	Localização da lesão	Diagnóstico Anátomo-patológico	Margens cirúrgicas	Intercorrências
1	F	76 anos	Malar direita	CBC sólido expansivo com invasão até derme média	Margens livres	Sem intercorrências
2	M	56 anos	Malar esquerda	CBC sólido, expansivo, até derme	Margens livres	Sem intercorrências
3	M	36 anos	Infra-clavicular esquerda	CBC sólido-cordonal, infiltrativo com extensão até porção inferior de derme profunda	Margens livres	Infecção local e deiscência da sutura
4	M	50 anos	Mão direita	CBC sólido-cístico, expansivo, até derme profunda	Margens livres	Sem intercorrências
5	F	56 anos	Torácica anterior a direita	Carcinoma epidermóide <i>in situ</i> (doença de bowen), ulcerado	Margens livres	Sem intercorrências
6	M	85 anos	Malar esquerda	CBC tipo sólido, expansivo, extensão até porção superior da hipoderme	Margens livres	Sem intercorrências
7	M	63 anos	Malar direita	Carcinoma epidermóide bem diferenciado, invasor	Margens livres	Sem intercorrências
8	M	83 anos	Pré-esternal	Ceratoacantoma	Margens livres	Sem intercorrências
9	M	77 anos	Antebraço direito	Ceratoacantoma	Margens livres	Sem intercorrências
10	M	67 anos	Cervical posterior	CBC metatípico, expansivo, até derme média	Margens livres	Retirada precoce dos pontos com deiscência parcial da ferida operatória
11	M	71 anos	Temporal direita	CBC	Margens livres porém uma margem exígua	Sem intercorrências

tração (Figura 6). O patologista orientou sua amostragem favorecendo a margem cirúrgica visivelmente mais próxima ao tumor.

RESULTADOS

A excisão em triângulo foi realizada em 11 pacientes com neoplasias cutâneas, sendo nove homens e duas mulheres. As idades variaram entre 36 e 85 anos, com média de 66 anos. As neoplasias tratadas foram: sete carcinomas basocelulares (CBCs), um carcinoma espinocelular invasor (CEC), um carcinoma espinocelular in situ tipo doença de Bowen (DB) e dois ceratoacantomas. As áreas tratadas foram: face (temporal e malar), membros superiores (antebraço e mão), tórax anterior (infraclavicular e pré-esternal) e região cervical (Tabela 1). As peças cirúrgicas apresentaram tamanhos variados, desde 1,8 x 1,5 x 0,5cm até 5,7 x 4,5 x 2cm. As margens de ressecção utilizadas variaram de 4 a 6mm. Todas as peças cirúrgicas enviadas para estudo histológico no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas da UFPR apresentaram margens de ressecção livres de comprometimento neoplásico. Não houve intercorrências intraoperatórias. Nenhum paciente evoluiu com a formação de hematomas ou

seromas, porém dois apresentaram deiscência no pós-operatório; um por retirada precoce dos pontos, e outro por infecção da ferida operatória (Tabela 1). A deiscência nos casos observados ocorreu na porção central, local da realização do ponto inicial principal. A retirada dos pontos variou, conforme localização da lesão, de sete a 21 dias, sendo mais precoce nas lesões da face e mais tardia em locais de grande mobilidade. No local do ponto central houve formação de crosta em alguns pacientes, especialmente em áreas submetidas a maior tensão. No geral, a cicatrização ocorreu de maneira adequada nos pacientes tratados, mesmo nos casos em que ocorreu deiscência (Figura 7). Nesses dois casos, só uma área hipocrômica cicatricial central ficou mais evidente.

DISCUSSÃO

O padrão de crescimento da maioria dos tumores é centrífugo e relativamente esférico, sob o ponto de vista tridimensional. Por isso, o círculo é a forma de excisão de lesões com menor perda de tecido saudável. Entretanto, em algumas situações, os tumores podem ter crescimento irregular, favorecendo sua excisão de maneira não usual, sobretudo os de maiores dimensões. Quando essas neoplasias se apresentam em áreas nas quais a exci-



Figura 1: Marcação de margens e orientação dos vértices



Figura 3: Nó central sendo confeccionado



Figura 2: Defeito gerado após exérese da lesão



Figura 4: Perfeita coaptação das regiões laterais do defeito após ponto central

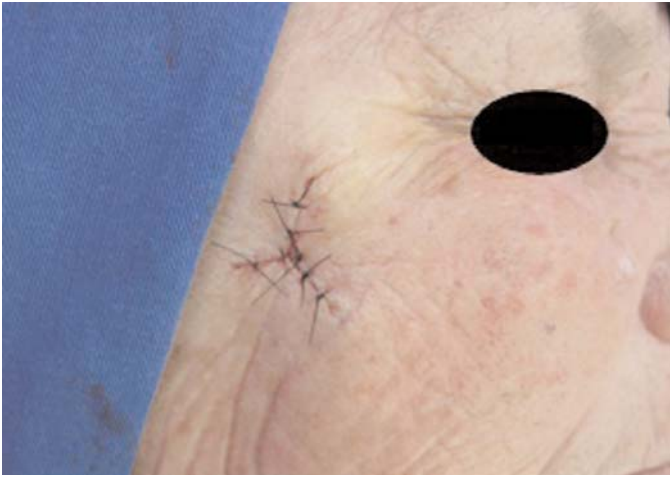


Figura 5: Formato final após pontos

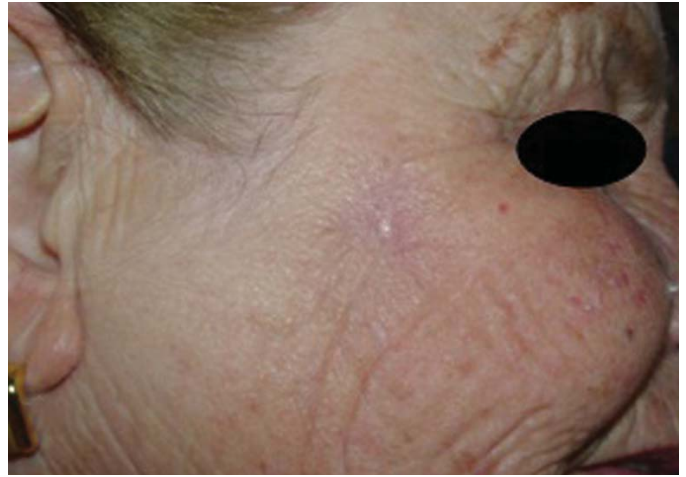


Figura 7: Terceiro mês pós operatório

são circular é desfavorecida para fechamento primário, pelo comprometimento de estruturas anatômicas importantes, outros tipos de abordagem geométrica, em formatos triangulares, estrelados ou retangulares, podem ser usados.

Cronin et Cronin Jr^{1,2} descreveram uma série de técnicas para excisão e fechamento de feridas irregulares, englobando defeitos triangulares, estrelados, randômicos e trapezoidais. Associaram aproximação de ângulos para redução considerável do tamanho do defeito primário e complementaram o fechamento com enxertos, retalhos cutâneos e cicatrizações por segunda intenção com resultados favoráveis. As excisões triangulares são frequentemente utilizadas em diversas especialidades médicas cirúrgicas para redução mamilar,³ correções de defeitos valvares,^{4,5} ectrópio e cistos pilonidais, entre outros,⁶ com ou sem fechamento do defeito gerado. Na cirurgia dermatológica as incisões triangulares podem ser utilizadas na confecção de retalhos, correção de "orelhas" e outros defeitos secundários. Entretanto, a incisão triangular com fechamento primário da ferida cirúrgica não é utilizada de maneira usual e há escassez de

trabalhos abordando sua aplicabilidade no tratamento de tumores cutâneos. Essa técnica, quando adequadamente realizada, permite a exeresse completa da lesão com margens cirúrgicas livres e bom resultado estético. É particularmente útil em algumas regiões anatômicas. Por exemplo, nas lesões localizadas no dorso da mão, o ápice do triângulo pode ser orientado para a área interdigital enquanto a base se direciona para o punho. A sutura deve ser feita acima dos tendões, permitindo a manutenção da plena mobilidade da mão e dos dígitos, e diminuindo o risco de sequelas por contratura.⁷ As regiões cervical, pré-esternal e malar são adequadas à realização dessa técnica, com resultados cosméticos satisfatórios, enquanto áreas sujeitas a grande tensão ou com derme espessa e com pouca distensibilidade, como dorso e algumas regiões periarticulares, não o são, devido ao risco de alargamento da ferida operatória. Na opinião dos autores, outros estudos são necessários para identificar as áreas mais adequadas. As complicações observadas foram infecção e alargamento da ferida operatória, provavelmente devido à retirada precoce de pontos. Os autores dão preferência à remoção da sutura entre 15 e 21 dias, uma vez que a retirada em sete dias associou-se a deiscência parcial da ferida operatória em um paciente. Outro paciente desenvolveu infecção do sítio cirúrgico. Na literatura médica, essa taxa é de 1,3%.⁸

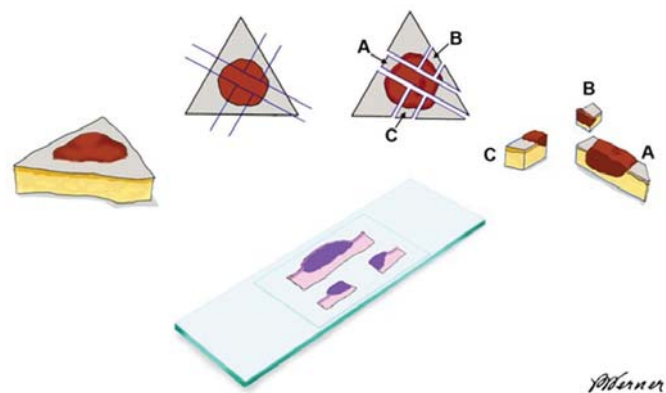


Figura 6: Análise macroscópica e sugestão de amostragem e inclusão do espécime cirúrgico triangular para avaliação histológica

CONCLUSÃO

A excisão em triângulo é alternativa às excisões circulares, em fusão, purse string, retalhos e enxertos. Permite tratamento efetivo de tumores cutâneos com margens adequadas, preservação de pele adjacente e adequação das linhas de sutura de acordo com as áreas de maior tensão. ●

REFERÊNCIAS

1. Cronin, TA. Unusual Wound Closure after akin cancer surgery. *Skin Aging*. 2005; 13(3): 52-3.
2. Cronin TA, Cronin Junior TA, Loewinger RJ. Unusual wound closures after skin cancer surgery. In: American academy of dermatology 59th annual meeting - handout material - current therapy. 2001. pag 483-498.
3. Basile FV, Chang YC. The triple-flap nipple-reduction technique. *Ann Plast Surg*. 2007; 59 (3): 260-2.
4. Gazoni LM, Fedoruk LM, Kern JA, Dent JM, Reece TB, Tribble CG, et al. A simplified approach to degenerative disease: triangular resections of the mitral valve. *Ann Thorac Surg*. 2007; 83(5): 1658-65.
5. Chiappini B, Gregorini R, De Remigis F, Petrella L, Villani C, Di Pietrantonio F, et al. Echocardiographic assessment of mitral valve morphology and performance after triangular resection of the prolapsing posterior leaflet for degenerative mixomatous disease. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2009; 9(2) 287-90.
6. Lasheen AE, Saad K, Raslan M. Crossed triangular flaps technique for surgical treatment of chronic pilonidal sinus disease. *Arch Surg*. 2008; 143(5): 503-6.
7. Suzuki S, Um SC, Kim BM, Shin-ya K, Kawai K, Nishimura Y. Versatility of modified planimetric Z-plasties in the treatment of scar with contracture. *Br J Plast Surg*. 1998; 51(1): 363-9.
8. Reis, NA. Profilaxia em cirurgia dermatológica. *Surg Cosmet Dermatol*. 2010;2(1):47-53.