



# Reconstrução de parede em grandes tumores abdominais

Mariana Garcia Astuto<sup>1</sup>; Rodrigo Ferraz Galhego<sup>2</sup>; Erick Abreu Braga do Nascimento<sup>1</sup>, Beatriz Rodriguez Sequeiros Belotti<sup>1</sup>; Pedro Henrique Salgado Rodrigues<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

Neste caso, falamos da experiência na reconstrução da parede de um homem de 30 anos com um tumor desmóide abdominal de 20cm de comprimento que foi extirpado em bloco. A parede abdominal foi reconstruída com uso de separação anterior de componentes e inserção de tela.

## RELATO DE CASO

Em 2018, um homem de 30 anos, previamente hígido, foi submetido em outro serviço a uma apendicectomia com incisão mediana infraumbilical. Cerca de 2 semanas depois, no pós-operatório, notou o aparecimento de uma massa periumbilical. Foi diagnosticado incorretamente com hérnia incisional, sendo regulado para o HFI para correção da hérnia.

Quando paciente ingressou no serviço de cirurgia do HFI a massa já tinha 20cm em sua maior extensão. Ele apresentava dispneia, plenitude pós-prandial e intensa dor abdominal exigindo uso de opióides. A TC revelou uma grande massa de parede abdominal anterior homogênea (tamanho calculado 20x10x8cm). Após discussão em nossa sessão cirúrgica, foi optado por tratar o paciente cirurgicamente.

O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica por meio de excisão fusiforme e recorte para reconstrução do umbigo. Primeiramente a massa foi delimitada cranialmente. Em seguida adentrarmos na cavidade abdominal, identificando se havia pedículos vasculares ou aderências peritoneais. Posteriormente a massa foi delimitada lateral e caudalmente e excisada em bloco. Prosseguimos com o fechamento da parede abdominal fazendo separação de componentes com a variante do descolamento da lâmina anterior da bainha do músculo reto e incisão no recesso lateral. Em seguida uma tela 30x30cm foi fixada com sutura inabsorvível interrompida (Prolene 2/0) na fáscia. Realizou-se a mobilização caudal do retalho da pele abdominal e, a seguir, dermolipectomia do tegumento supérfluo. O neumbigo foi posicionado a 10 cm da incisão suprapúbica. O subcutâneo foi drenado com um dreno de Blake 19. No pós-operatório o paciente evoluiu bem e recebeu alta no 8º dia de pós-operatório. Não houve evidência de recorrência do tumor ou hérnia incisional aos 12 meses de seguimento. O exame histológico da peça confirmou o diagnóstico de tumor desmóide com margens livres de tumor.



## DISCUSSÃO

Muito mudou no tratamento do tumor desmóide nos últimos anos. Novas revisões bibliográficas e serviços defendem uma abordagem mais conservadora, indicando a cirurgia apenas quando os sintomas não conseguem ser manejados de forma clínica, devido a sua alta recorrência. Contudo pacientes sintomáticos com grandes massas ainda podem se beneficiar de ressecção em bloco. Para evitar recorrência foi demonstrado a importância de garantir margens livres, muitas vezes com cirurgias mais agressivas, levando a perda de aponeurose e dificuldade do fechamento da parede. Assim o uso de novas idéias cirúrgicas para reconstrução da parede e o uso de telas se faz necessário para oferecer o melhor tratamento cirúrgico a esses pacientes.

## REFERÊNCIAS:

1- Penel N, Chibon F, Salas S. Adult desmoid tumors: biology, management and ongoing trials. *Curr Opin Oncol.* 2017;29(4):268-274. doi:10.1097/CCO.0000000000000374; 2- Sakorafas GH, Nissotakis C, Peros G. Abdominal desmoid tumors. *Surg Oncol.* 2007;16(2):131-142. doi:10.1016/j.suronc.2007.07.009; Leppäniemi A, Tukiainen E. Reconstruction of complex abdominal wall defects. *Scand J Surg.* 2013;102(1):14-19. doi:10.1177/145749691310200104