

RETALHO MIOCUTÂNEO ANTERO-MEDIAL DE COXA NA HEMIPELVECTOMIA

Sistematização Técnica e Tática

(1) DR. JORGE FERREIRA DE AZEVEDO

(1) DR. LUIZ AUGUSTO CARÍSIMO

(2) DR. ADEMAR LOPES

(3) PROF. DR. FERNANDO DE CAMPELO GENTIL

RESUMO

Os autores apresentam a sistematização técnica e tática na confecção de um retalho miocutâneo antero-medial de coxa empregado no fechamento do coto de amputação na hemipelvectomia por tumores da região glútea. Chamam a atenção para a conservação também do nervo obturador a fim de evitar uma maior atrofia muscular deste retalho e na reinserção do músculo psoas maior no ligamento inguinal, como uma tentativa de manutenção da função do mesmo, sabendo-se que ele é um importante músculo postural. Este retalho apresentou resultado funcional e plástico satisfatório.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antônio Prudente e ganhador do Prêmio Professor Antônio Prudente na XXI.^a Reunião Anual de Cancerologia do Centro de Estudos dos Residentes do Instituto Central — Hospital A.C. Camargo — São Paulo — Brasil — 1979.

- (1) Médico Residente de Cirurgia do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — São Paulo — Brasil.
- (2) Médico Titular do Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — São Paulo — Brasil.
- (3) Diretor do Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — São Paulo — Brasil.
Professor Titular da Cadeira de Oncologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas — São Paulo — Brasil.

SUMMARY

The authors present the tactical and technical sistematization in the preparation of a miocutaneous flap from the antero-medial compartment of thigh, used in the closing of the stump amputation following hemipelvectomy on account of tumor of the buttock. They also call attention to save the obturator nerve in order to avoid a greater muscle atrophy of this flap and to the re-attachment of the psoas major muscle in the inguinal ligament as an attempt to maintain its function, considering that it is an important postural muscle. This flap presented both satisfactory functional and plastical result.

INTRODUÇÃO

Em 1950, quando Mélega(3) publicou o seu magnífico trabalho sobre Amputação Inter-Íleo-Abdominal, chamou a atenção para os detalhes técnicos de conservação da vascularização e da inervação do retalho miocutâneo posterior. Este retalho, mais frequentemente usado na hemipelvectomy convencional, é formado principalmente pelo músculo glúteo maior conservando cuidadosamente os troncos dos vasos glúteos superior e inferior e seus ramos que se dirigem a este músculo e também conservando o nervo glúteo inferior. A conservação da vascularização evita a necrose do retalho, principalmente a necrose muscular, responsável muitas vezes por um pós-operatório trabalhoso, devido a infecção secundária que fatalmente se instalará. A conservação da inervação evita uma maior atrofia muscular, permitindo um bom coxim para a colocação da futura prótese. Este retalho posterior, já muito bem sistematizado em seus detalhes técnicos, é geralmente usado em virtude das neoplasias se situarem com maior frequência na região da fossa ilíaca e inguino-crural.

Quando o cirurgião se encontra diante de um tumor localizado na região glútea, é impraticável o uso do retalho miocutâneo posterior, porque frequentemente o músculo glúteo maior se encontra envolvido pela neoplasia. Nesta situação, pode-se dar preferência ao retalho posterior adiposo-cutâneo ou somente cutâneo no qual todo o te-

cido subcutâneo é retirado e o retalho se comportará como um enxerto de pele total. É também aconselhável o retalho somente cutâneo quando se está realizando um retalho miocutâneo posterior e ocorre lesão dos vasos glúteos por uma manobra operatória grosseira ou há invasão dos mesmos pelo próprio processo patológico. Estes retalhos, porém, apresentam certos inconvenientes, como: 1 — A maior possibilidade de necrose; 2 — A maior frequência de hérnias; 3 — Não permite um bom coxim para a colocação da futura prótese.

Se a pele da região glútea se encontra infiltrada pela neoplasia, será totalmente impossível o uso do retalho posterior cutâneo. Nesta situação, pode-se usar um retalho anterior de coxa. Pack e cols.(4) utilizam um retalho, idealizado por Bowden e cols.,(1) o qual é formado de pele, subcutâneo, aponeurose e 4-5 cm de vasos femurais, porém, este retalho apresenta inconvenientes semelhantes ao retalho posterior cutâneo. Estes dois retalhos (posterior e anterior cutâneos) podem ser também usados em associação, quando o processo patológico assim permitir. Desta maneira, diminui-se o risco de necrose, porém, persiste ainda o maior risco de hérnias e não há um bom coxim para a colocação da futura prótese. Se nenhum destes dois retalhos (anterior e posterior) não podem ser usados, pode-se ainda usar os retalhos interno e/ou externo, de acordo, também, com a extensão da neoplasia. Em 1902, Savariaud(5) publicou sua técnica de amputação inter-íleo-abdominal

com retalho miocutâneo interno de coxa, usado para tumores de região glútea.

Charles Freye cols.,⁽²⁾ em 1976, publicaram o retalho miocutâneo anterior de coxa, usado para fechamento do coto de amputação na hemipelvectomy nos casos de tumores de região glútea. Descreveram a incisão e citam que este retalho deve conter todos os músculos anteriores ao fêmur e o nervo e vasos femurais. Este retalho apresenta as seguintes principais vantagens: 1 — Não há nenhum risco de necrose devido à conservação de toda extensão dos vasos femurais que são seccionados a dois dedos acima do joelho; 2 — Não há nenhuma possibilidade de formação de hérnia; 3 — O coxim acomoda bem a futura prótese; 4 — Além disso, permite uma excelente abordagem para a realização da hemipelvectomy propriamente dita no qual se torna fácil a sua execução e reduz a possibilidade de hemorragia na operação.

O propósito do presente trabalho é apresentar a sistematização técnica e tática na confecção de um retalho miocutâneo antero-medial de coxa utilizado no fechamento do coto de amputação na hemipelvectomy por tumores de região glútea. A região inguino-crural-iliaca deverá estar longe de suspeita de contaminação metastática.

TÉCNICA E TÁTICA OPERATÓRIAS

Descrevemos também a técnica e tática da hemipelvectomy propriamente dita, porque a mesma está intrinsecamente relacionada com a confecção deste retalho.

Anestesia — É aconselhável anestesia geral associada ao bloqueio peridural lombar.

Posição da Equipe Cirúrgica: Cirurgião de frente para o ventre do paciente; 1º assistente de frente para o cirurgião; 2º assistente ao lado do cirurgião na extremidade caudal do paciente, segurando o membro a ser amputado; instrumentador de frente para o 2º assistente.

Dividimos o ato operatório em quatro fases: 1.^a) Fase posterior ou de avaliação

das condições de ressecabilidade tumoral; 2.^a) Fase de confecção do retalho miocutâneo antero-medial de coxa; 3.^a) Fase da hemipelvectomy propriamente dita; 4.^a) Síntese.

1.^a) Fase: Avaliação das Condições de Ressecabilidade Tumoral.

Posição do Paciente — decúbito lateral sobre o lado sã com inclinação para frente; membro inferior sã fletido como na posição para via de acesso lombar ao rim; membro doente mantido pelo 2º assistente. Nes-

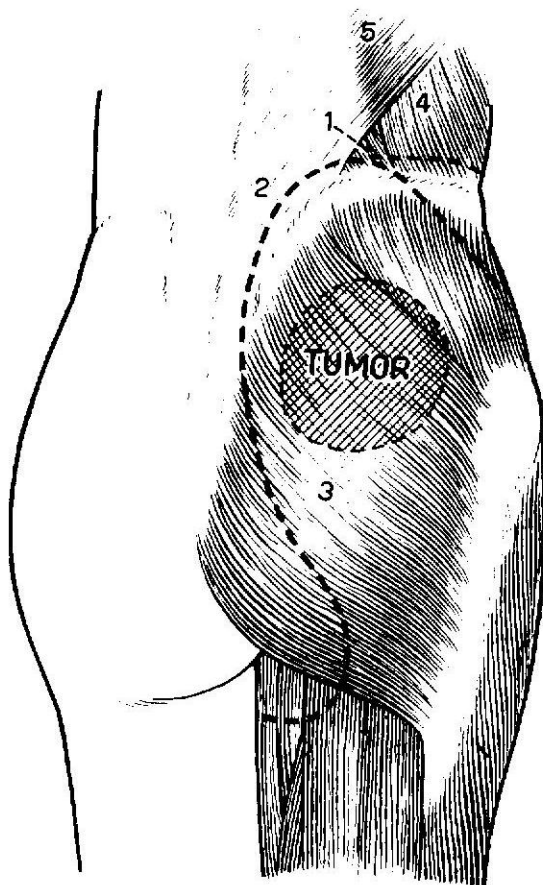


Fig. 1 — Representação Esquemática da Incisão para Prévia Avaliação das Condições de Ressecabilidade Tumoral. 1 — Trígono lombar. 2 — Aponeurose tóraco-lombar. 3 — Músculo glúteo maior. 4 — Musculatura antero-lateral do abdome. 5 — Músculo grande dorsal.

ta fase, o cirurgião fica de frente para o dorso do paciente permutando sua posição com o 1º assistente.

Esta fase é dividida em duas partes: 1.^a) Avaliação da extensão da neoplasia da face externa sacral; 2.^a) Avaliação da extensão da neoplasia da face interna ou pélvica.

1.^a) Fase — 1.^a Parte — Avaliação da Extensão da Neoplasia na Face Externa Sacral.

A incisão começa no trígono lombar, a dois dedos acima da crista ilíaca. Desce quase paralelamente ao sulco inter-glúteo, curva-se lateralmente ao nível da região glútea inferior e termina a dois dedos abaixo do sulco glúteo (Fig. 1). Terminada a incisão da pele e subcutâneo, seccionamos a aponeurose toraco-lombar e o músculo glúteo maior. Rebatemos medialmente o coto medial deste músculo e identificamos o ligamento sacro-tuberal. Avaliamos, agora, a extensão exata da neoplasia nesta região. Se a mesma atinge a linha média sacral, esta cirurgia não estará indicada.

1.^a) Fase — 2.^a Parte — Avaliação da Extensão da Neoplasia na Face Interna ou Pélvica.

A incisão é retomada no trígono lombar e desce até três dedos abaixo da parte mais anterior da região troncatérica (Figs. 1 e 2). Terminada a incisão da pele e subcutâneo, seccionamos a fáscia lata e o músculo tensor da fáscia lata e os desinserimos do lábio externo da crista ilíaca até encontrar a espinha ilíaca antero-superior. Em seguida, seccionamos a musculatura antero-lateral do abdome a dois dedos acima da sua inserção na crista ilíaca, desde o trígono lombar até a espinha ilíaca antero-superior. (Figs. 1 e 2). Cuidado deve ser tomado para não perfurar o peritônio que deve ser deslocado supero-medialmente com gase montada. Por meio de visão direta e palpação, através desta brecha, avaliamos a extensão interna do tumor. Certificando-se da exequibilidade desta operação, passamos a 2.^a fase.

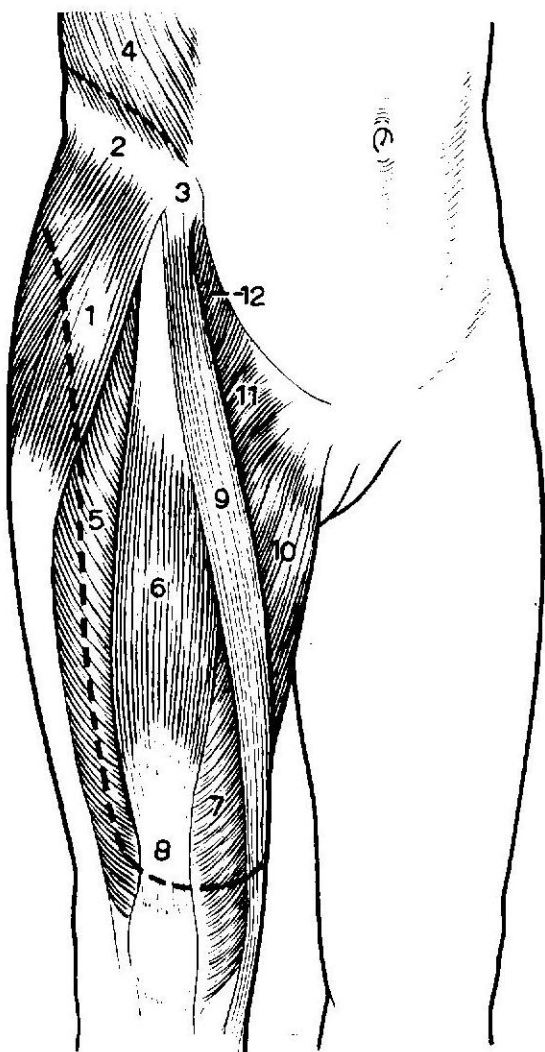


Fig. 2 — Representação Esquemática da Incisão Lateral do Retalho.

1 — Músculo tensor da fáscia lata. 2 — Crista ilíaca. 3 — Espinha ilíaca antero-superior. 4 — Musculatura antero-lateral do abdome. 5 — Músculo vasto lateral. 6 — Músculo reto femoral. 7 — Músculo vasto medial. 8 — Tendão conjunto do quadríceps femoral. 9 — Músculo sartório. 10 — Músculo adutor longo. 11 — Músculo pectíneo. 12 — Músculo iliopsoas.

2.^a) Fase: Confecção do Retalho Miocutâneo Antero-Medial de Coxa.

Posição do Paciente — como na 1.^a fase, porém, com inclinação para trás. O cirurgião se coloca, agora, de frente para o

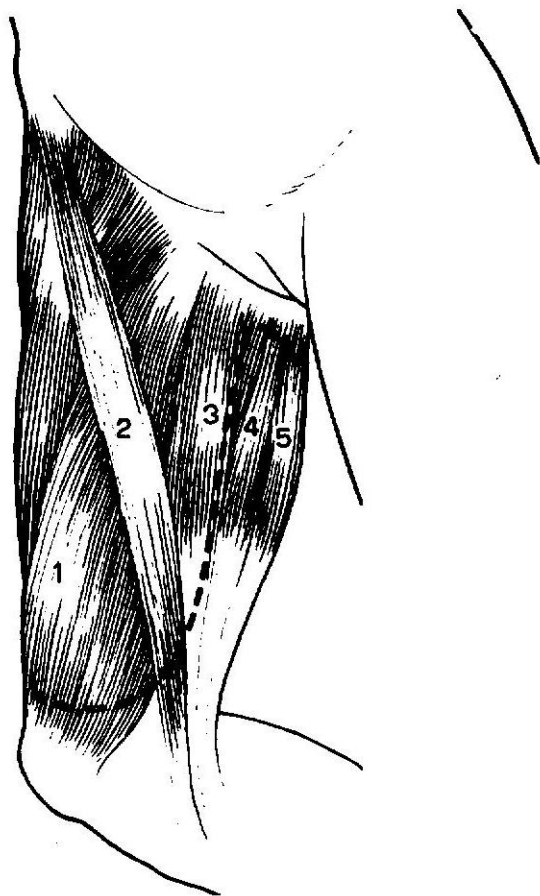


Fig. 3 — Representação Esquemática da Incisão Medial do Retalho.

1 — Músculo vasto medial. 2 — Músculo sartório. 3 — Músculo grácil. 4 — Músculo semimembranoso. 5 — Músculo semitendinoso.

ventre do paciente, permutando sua posição com o 1º assistente.

São feitas duas incisões, uma começa a dois dedos acima do joelho e se dirige lateralmente até encontrar a incisão prévia na região troncantérica (Fig. 2). A outra incisão é retomada a dois dedos acima do joelho e se dirige medialmente até dois dedos abaixo da prega gênito-crural e se prolonga posteriormente até encontrar a incisão prévia abaixo do sulco glúteo (Fig. 3). A incisão inclui a pele, o subcutâneo e a aponeurose. A veia safena magna é identificada, ligada e seccionada no terço inferior da coxa.

Em seguida, dissecamos o nervo cutâneo femoral lateral da face anterior do músculo ilíaco, através da brecha cirúrgica feita na 1.ª fase da operação (Fig. 4). Desinserimos, a seguir, os músculos tensor da fáscia lata e sartório e também o ligamento inguinal da espinha ilíaca antero-superior. Deve-se tomar muito cuidado neste tempo para não se lesar o nervo cutâneo femoral lateral, já previamente dissecado, o qual passa muito próximo deste importante ponto de referência anatômica.

Seccionamos, a seguir, o músculo vasto lateral até atingir o plano ósseo femoral. Continuamos desinserindo o côto medial deste músculo. Os músculos vasto intermédio e vasto medial são também desinseridos do fêmur. Seccionamos, em seguida, o tendão do músculo reto femoral próximo à sua inserção na espinha ilíaca antero-inferior (Fig. 4). Em seguida, seccionamos o tendão conjunto do músculo quadríceps femoral e os músculos vasto medial e vasto lateral a dois dedos acima do joelho e rebatemos medialmente todo o quadríceps femoral (Figs. 4 e 5).

Executamos, agora, a desinserção femoral do músculo adutor longo e do septo intermuscular femoral medial. Muito cuidado deve-se ter para não se lesar os vasos femorais profundos com seus ramos perfurantes que passam na face posterior deste músculo. Neste ínterim, já podemos observar a porção distal dos músculos adutor magno e adutor médio que assoalham estes vasos. Estes ramos perfurantes são ligados e seccionados. Em seguida, os vasos femorais, agora chamados poplíteos, são identificados, dissecados, ligados e seccionados logo na sua entrada na fossa poplíteia, a qual é abordada anteriormente. Seccionamos, agora, o tendão do músculo adutor magno, o músculo sartório e o tendão do músculo grácil a dois dedos acima do joelho. Neste tempo, o nervo safeno foi seccionado na face posterior do músculo sartório. Realizamos, a seguir, a desinserção femoral da porção distal dos músculos adutor magno e adutor médio até encontrar o bordo inferior da inserção femoral do músculo pectíneo. Neste estágio, os músculos quadríceps fe-

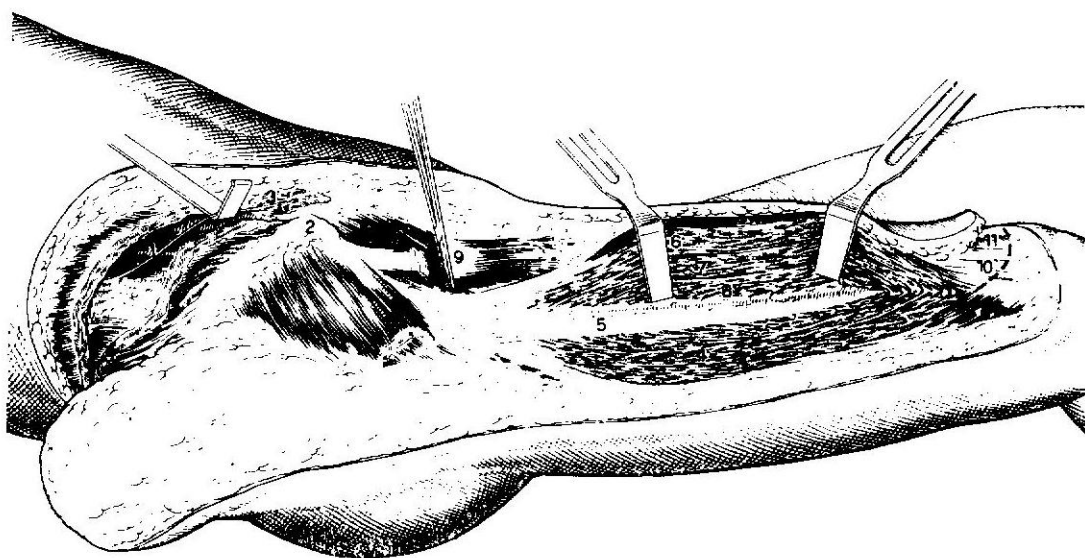


Fig. 4 — Representação Esquemática da Abordagem Lateral do Retalho.

1 — Nervo cutâneo femoral lateral. 2 — Espinha ilíaca antero-superior. 3 — Côto do músculo tensor da fáscia lata. 4 — Côto lateral do músculo vasto lateral. 5 — Fêmur. 6 — Côto medial do músculo vasto lateral. 7 — Músculo vasto intermédio. 8 — Inserção femoral do músculo vasto medial. 9 — Tendão do músculo reto femoral. 10 — Tendão conjunto do músculo quadríceps femoral. 11 — Músculo vasto medial.

mural, adutor longo, porção distal do adutor magno e médio, sartório e grácil são rebatidos supero-medialmente (**Fig. 6**).

Passamos, então, ao tempo preparatório para desinserção do músculo pectíneo e da porção proximal do músculo adutor médio que deve ser realizada no sentido inverso, isto é, no sentido crâneo-caudal. Toma-se muito cuidado para não se lesar o nervo e vasos femurais neste nível. Para isto, toma-se como ponto de referência a porção inferior do músculo ilíaco que deve ser dissecada até se visualizar o nervo femoral que passa pelo sulco formado por este músculo e o músculo psoas. Este nervo deve ser afastado medialmente junto com os vasos femurais que não precisam ser dissecados. O cirurgião, deve, também, ainda previamente, dissecar os vasos circunflexos profundos ilíacos, que cruzam o nervo femoral e o ramo profundo dos vasos femurais circunflexos internos que passam superiormente ao músculo pectíneo (**Fig. 6**). Após a ligadura e secção destes vasos, executamos a desinserção femoral do músculo pectíneo e da porção proximal do músculo adutor

médio. Rebatemos estes dois músculos no sentido supero-medial (**Fig. 7**). Com esta manobra, todo o feixe vâsculo-nervoso do triângulo de Scarpa fica contido dentro do retalho. Seccionamos ao meio a porção proximal do músculo adutor magno por uma linha que se dirige cranialmente ao futuro nível de secção óssea do ramo ísquio-púbiano (**Fig. 7**). Este músculo é, então, rebatido supero-medialmente em direção ao retalho que é deixado envolvido em compressas úmidas. Passamos, então, à fase da hemipelvectomy propriamente dita.

3.^a) Fase: Hemipelvectomy Propriamente Dita.

Posição do paciente e da equipe cirúrgica igual a 2.^a fase.

Afastamos, delicadamente, os vasos ilíacos externos e o nervo femoral no sentido medial. Dissecamos e seccionamos o tendão do músculo psoas maior próximo a sua inserção femoral. Suturamos este tendão no ligamento inguinal. Com este procedimento, as relações anatômicas do nervo gênito-



Fig. 5 — Representação Esquemática do Rebatimento Medial do Músculo Quadríceps Femoral. 1 — Músculo vasto medial. 2 — Músculo vasto-intermédio. 3 — Côto medial do músculo vasto lateral. 4 — Músculo reto femoral. 5 — Tendão conjunto do músculo quadríceps femoral. 6 — Côto distal do músculo quadríceps femoral. 7 — Músculo sartório. 8 — Músculo adutor longo. 9 — Septo intermuscular femoral medial. 10 — Músculo ilíaco. 11 — Músculo psoas maior. 12 — Fáschia lata.

crural, do ureter e dos vasos testiculares ou ováricos, são mantidas quase inalteradas com este músculo. Além disso, tentamos assim manter também a sua função, sabendo-se que o mesmo é um importante músculo postural.

Em seguida, desinserimos o arco tendinoso íleo-pectíneo do ramo ósseo íleo-púbiano. Identificamos o nervo e vasos obturadores na fossa obturadora. Passamos uma serra de Gigli no canal obturador com muito cuidado para não se lesar este importante feixe vâsculo-nervoso. Seccionamos, então, este ramo ósseo. Em seguida, seccionamos ao meio o músculo obturador externo em direção ao ramo ósseo ísquio-púbiano no local onde terminou a secção do músculo adutor magno (**Fig. 7**). Fazemos, então, a secção óssea ísquio-púbiana.

Afastamos medialmente o músculo psoas. Os nervos femoral e obturador são identificados na fase posterior deste músculo, originando-se do plexo lombar. O músculo ilíaco não será conservado. Os vasos glúteos superior e inferior e pudendo interno são dissecados, ligados e seccionados na sua entrada no forame ciático maior. O tronco nervoso lombo-sacral e todos os ramos do plexo-sacral que penetram neste forame são também seccionados após fenolização.

Seccionamos ao meio o músculo obturador interno, e executamos a desinserção tendinosa do músculo elevador do ânus e seccionamos os músculos coccígeo e piriforme. Seccionamos, ainda, a massa comum dos músculos da goteira vertebral, o músculo quadrado lombar e o ligamento íleo-lombar, desnudando assim toda crista ilíaca.

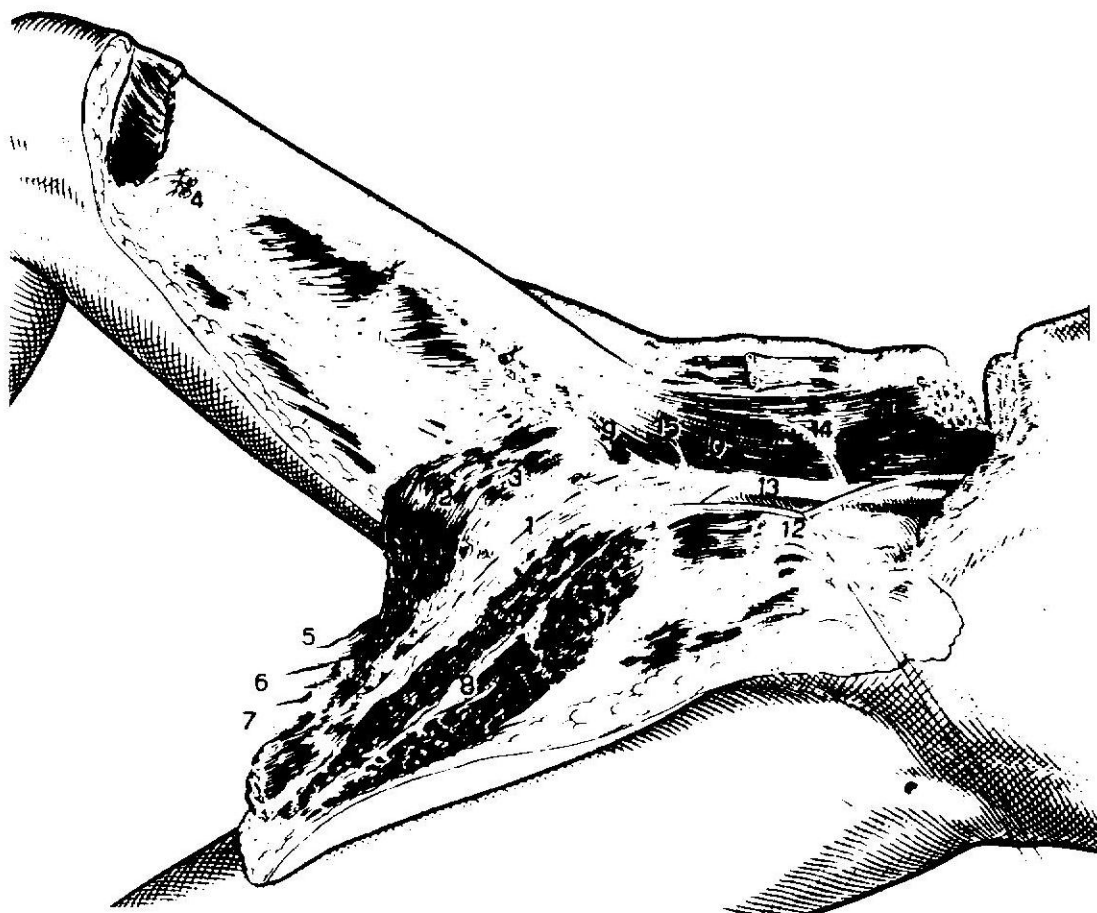


Fig. 6 — Representação Esquemática do Rebatimento Supero-Medial da Musculatura Antero-Medial da Coxa.

1 — Artéria femoral profunda com seus ramos perfurantes. 2 — Porção distal do músculo adutor magno. 3 — Porção distal do músculo adutor médio. 4 — Coto dos vasos femurais. 5 — Tendão do músculo grácil. 6 — Músculo sartório. 7 — Tendão do músculo adutor magno. 8 — Músculo quadríceps femoral. 9 — Músculo pectíneo. 10 — Músculo psoas maior. 11 — Músculo ilíaco. 12 — Nervo femoral. 13 — Artéria ilíaca externa. 14 — Artéria circunflexa profunda ilíaca. 15 — Ramo profundo da artéria femoral circunflexa interna.

ca. Executamos, também, a desinserção sacral dos ligamentos sacro-tuberal e sacro-espinal. O nervo pudendo e os vasos pudendos internos são novamente ligados e seccionados na fossa isquio-retal. Executamos, então, a secção óssea sacral ao nível de sua asa lateral, objetivando uma margem de ressecção satisfatória. A peça é removida (Fig. 8).

4.^a) Fase: Síntese.

Posição do paciente e da equipe cirúrgica igual a 1.^a fase.

Após cuidadosa revisão da hemostasia, o retalho é rebatido no sentido latero-posterior para reparação do grande defeito glúteo. Suturamos a musculatura com pontos em **U** com categute cromado nº 00. Em seguida, suturamos a aponeurose em pontos separados com algodão nº 000, a fascia subcutânea com categute simples nº 00 e a pele em pontos de Donatti com mononylon nº 0000. Deixamos dois drenos penrose saindo na parte posterior da ferida.

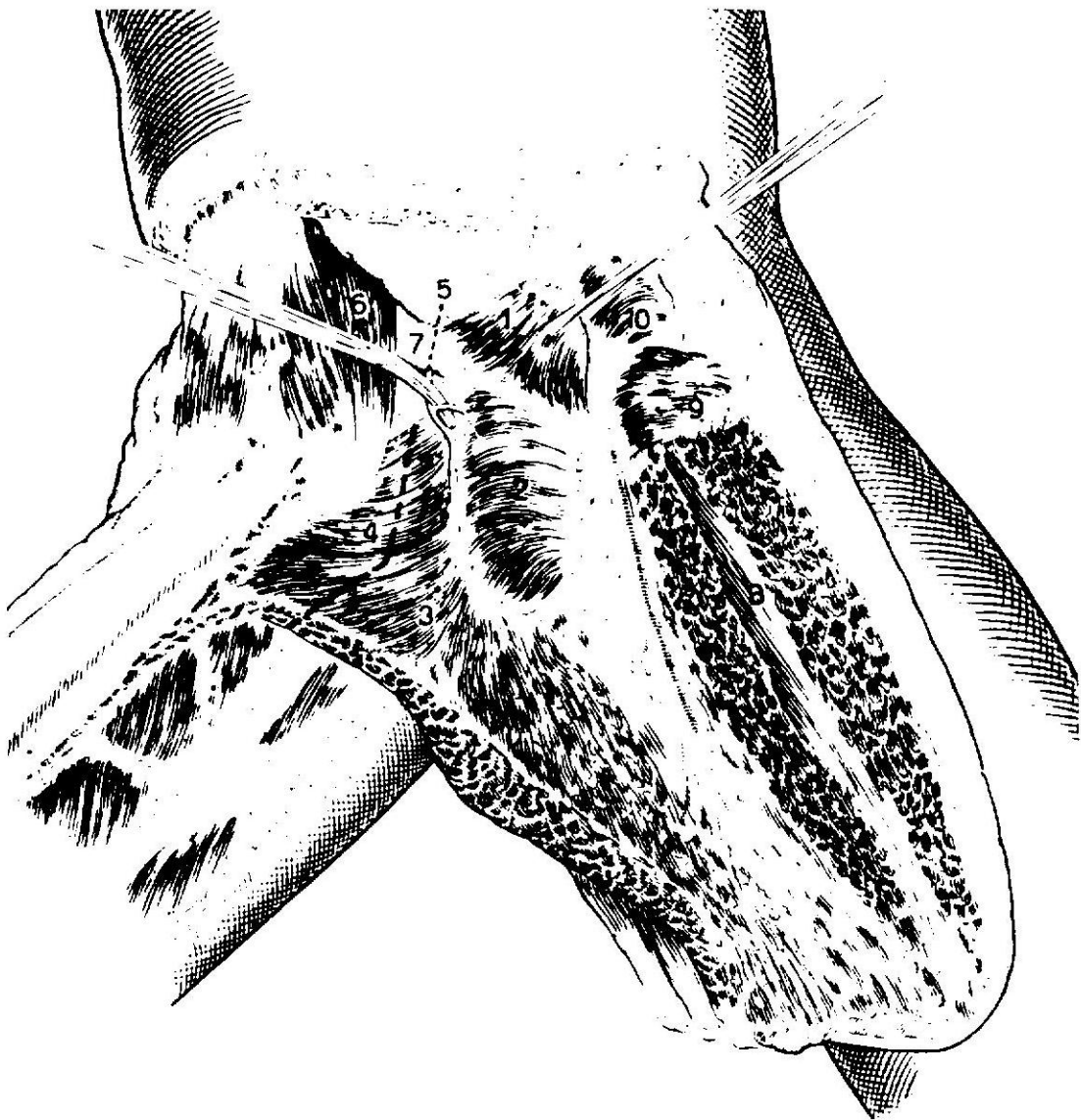


Fig. 7 — Representação Esquemática do Rebatimento Supero-Medial dos Músculos Pectíneo e Adutor Médio.

1 — Músculo pectíneo. 2 — Músculo adutor médio. 3 — Porção proximal do músculo adutor magno. 4 — Músculo obturador externo. 5 — Nervo obturador. 6 — Músculo psoas maior. 7 — Ramo ósseo íleo-púbico. 8 — Músculo quadríceps femoral. 9 — Músculo reto femoral. 10 — Músculo tensor da fáscia lata.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente A.R., Reg. 79-2502, 17 anos de idade, sexo feminino, cor branca, brasileira, procedente do interior do Paraná, foi atendida no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A.C. Camargo — São Paulo,

em agosto de 1979, com história de um tumor indolor na região glútea direita há um ano. Até um mês e meio atrás, não a havia incomodado, quando o mesmo passou rapidamente a aumentar de tamanho e começou a apresentar dor local, principalmente quando se sentava ou se agachava.



Fig. 8 — Representação Esquemática do Leito Operatório e do Retalho.

1 — Tendão do músculo psoas maior reinserido no ligamento inguinal. 2 — Nervo cutâneo femoral lateral. 3 — Nervo genito-crural. 4 — Nervo femoral. 5 — Artéria e nervo obturador. 6 — Vasos ilíacos externos. 7 — Plexo lombar. 8 — Artéria glútea superior. 9 — Artéria glútea inferior. 10 — Artéria pudenda interna. 11 — Coto do plexo sacral. 12 — Coto do tronco nervo lombo-sacral. 13 — Coto do músculo obturador interno. 14 — Coto do músculo obturador externo. 15 — Músculo elevador do ânus. 16 — Coto do músculo glúteo maior. 17 — Músculo adutor médio. 18 — Músculo quadriceps femoral.

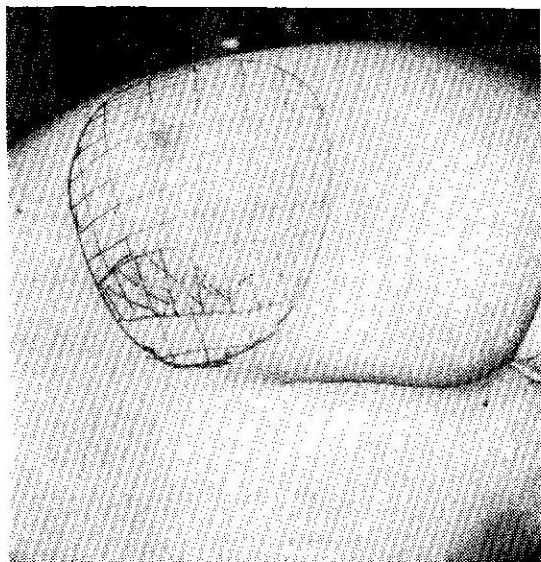


Fig. 9 — Aspecto Clínico do Condrossarcoma do Osso Iliaco Direito.

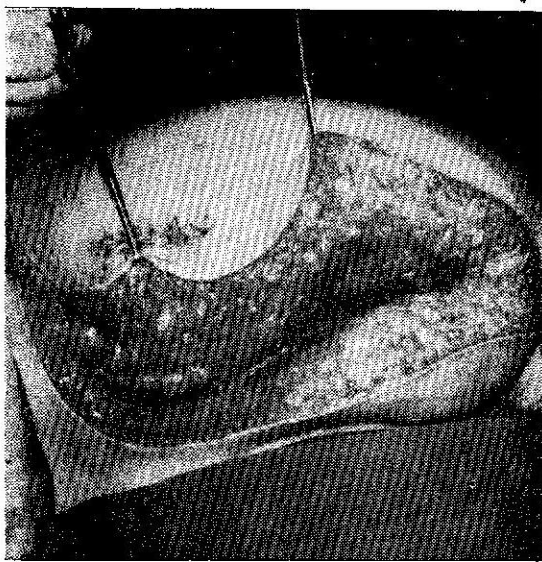


Fig. 11 — Exploração Prévia das Condições de Ressecabilidade Tumoral.



Fig. 10 — Aspecto Radiográfico do Condrossarcoma do Osso Iliaco Direito.

Procurou facultativo que, após radiografia da bacia, a encaminhou ao nosso Serviço com diagnóstico de tumor no Osso Iliaco Direito. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, corada, deambulando normal-

mente com um tumor arredondado localizado no quadrante supero-interno da região glútea direita, com pele íntegra, medindo 15 cm x 10 cm, indolor, endurecido e imóvel (Fig. 9). A radiografia da bacia revelou um tumor no osso ilíaco direito com calcificações floconosas sugestivas de Condrossarcoma (Fig. 10). A cintilografia óssea revelou hiperconcentração do radiotraçador nesta região. Foi realizada biópsia que confirmou a suspeita radiológica. Em virtude da natureza e da extensão da neoplasia, optou-se por uma hemipelvectomy com seção óssea em nível da asa lateral do sacro. O grande retalho miocutâneo antero-medial de coxa, descrito neste trabalho, foi usado em virtude da necessidade de se reparar o grande defeito na região glútea (Figs. 11 a 17).

RESULTADO

O exame macroscópico mostrou que o tumor comprometia os músculos glúteos e o músculo piriforme; que o mesmo se estendia até o forame ciático maior e que invadia a articulação sacro-ilíaca. O estudo histológico revelou se tratar de um Condrossarcoma Periférico. As margens de ressecção cirúrgica se encontravam livres de neoplasia. A radiografia do coto da bacia não revelou tumor residual (Fig. 18). A cintilografia óssea tornou-se normal.

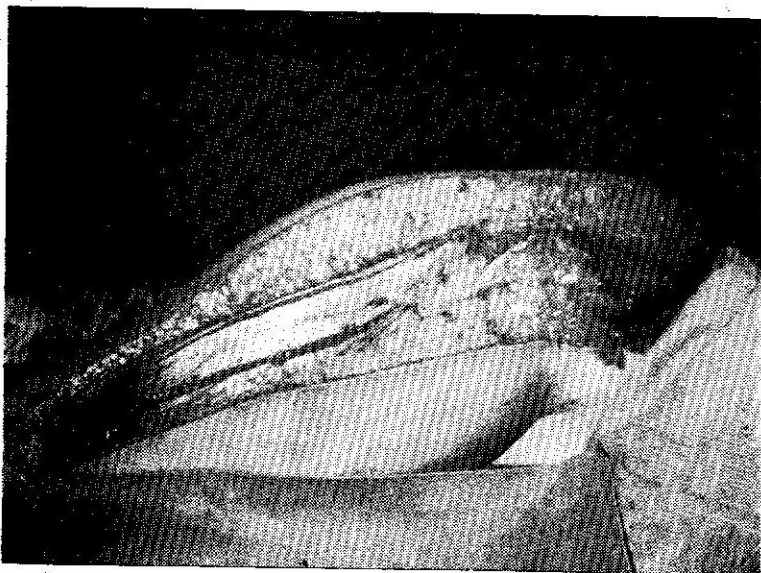


Fig. 12 — Traçado Lateral do Retalho.

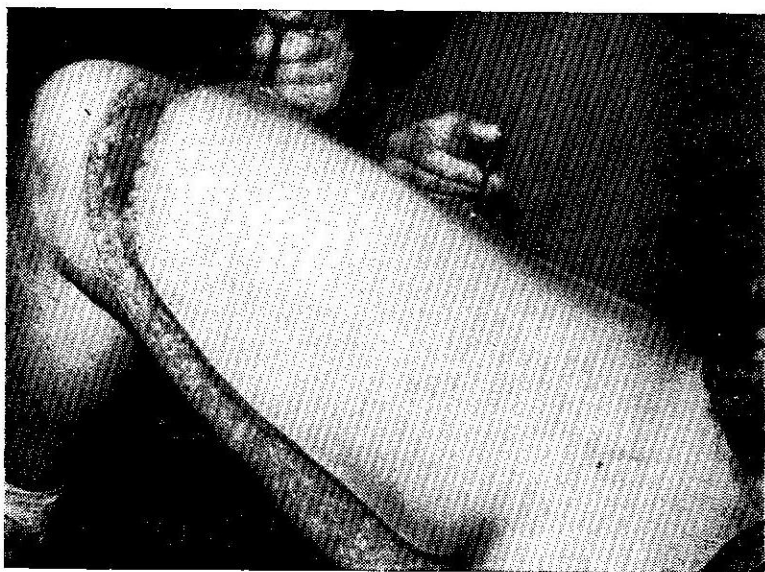


Fig. 13 — Traçado Medial do Retalho.

O retalho foi mantido com curativos oclusivos e contensivos por causa de seu grande peso que poderia forçar a linha de sutura. O que mais nos chamou a atenção no pós-operatório foi a abundante secreção seroliposanguínea pelos drenos que nos obrigava a trocar o curativo duas vezes por dia. No 15º dia de pós-operatório a paciente sofreu uma queda, tendo traumatizado a região operada em choque com o solo. Houve somente uma pequena deiscência de 6,0 cm x 2,0 cm na parte posterior da ferida.

No 26º dia de pós-operatório as secreções haviam diminuído consideravelmente e a deiscência foi corrigida. Recebeu alta hospitalar no 34º dia pós-operatório. No 44º dia pós-operatório, a ferida estava completamente cicatrizada. Não houve, em qualquer momento, nenhum sinal de sofrimento do retalho que se pudesse atribuir a transtorno circulatório.

Funcionalmente o retalho preencheu todos os seus requisitos. O mesmo apresen-



Fig. 14 — Rebatimento Medial do Músculo Quadriceps Femural.

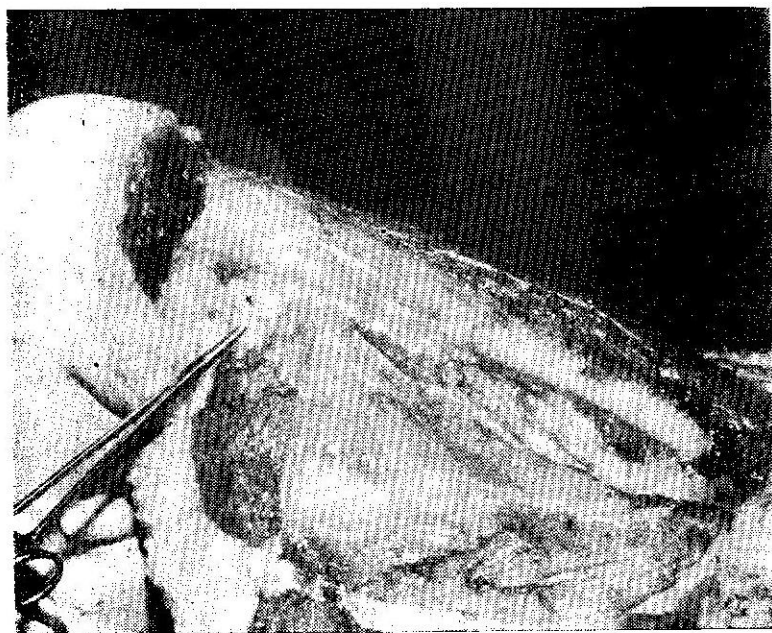


Fig. 15 — Identificação dos Vasos Femurais na sua Entrada na Fossa Poplitea.

tava sua própria contração muscular e sensibilidade cutânea conservada. O coxim para colocação da futura prótese ficou ótimo e a atrofia muscular foi mínima. Além disso, a nova região glútea, assim formada, se apresentou esteticamente satisfatória (Fig. 19).

DISCUSSÃO

Este retalho não apresenta nenhum risco de necrose porque o mesmo é muito bem

vascularizado pelos vasos femurais que são seccionados a dois dedos acima do joelho. O nervo femoral conservado garante somente a inervação dos músculos quadríceps, sartório e pectíneo. A conservação do nervo obturador garante a inervação de todos os músculos adutores e do músculo grácil. Desta maneira, a inervação de todos os músculos do retalho fica conservada. O nervo obturador é responsável ainda, em parte,

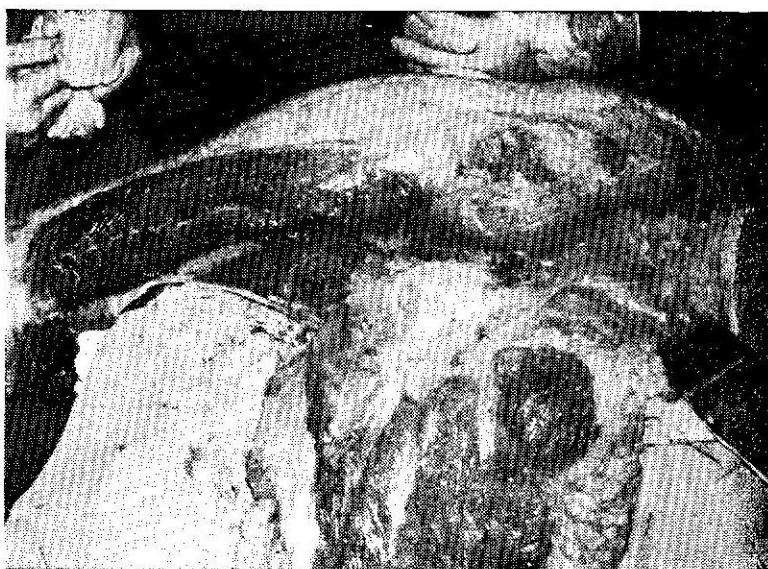


Fig. 16 — Aspecto do Retalho já Confeccionado.

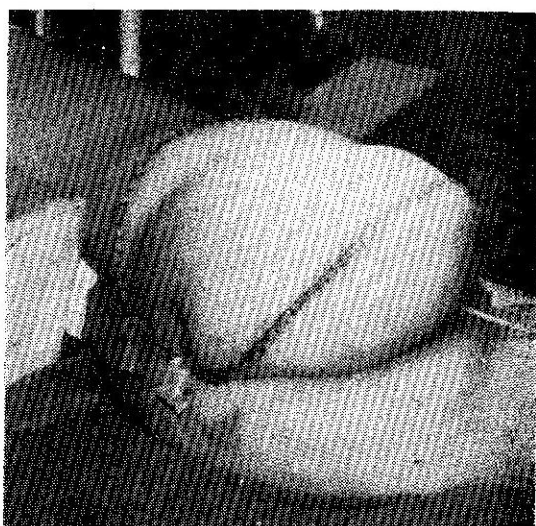


Fig. 17 — Aspecto Final da Operação.

pela sensibilidade cutânea medial do retalho. O nervo femoral garante ainda a sensibilidade cutânea antero-medial do retalho.

A reinserção do músculo psoas no ligamento inguinal, além de proteger de uma certa maneira o ureter, os vasos testiculares ou ováricos e o nervo genito-crural, é uma tentativa de manutenção da função deste músculo, sabendo-se que o mesmo é um importante músculo postural. O nervo gênito-crural é responsável pela sensibilidade cutânea antero-superior do retalho.



Fig. 18 — Aspecto Radiográfico do Côto da Bacia. Observa-se fio de aço que foi usado para correção de fratura acidental do osso sacro durante o ato cirúrgico.

Achamos conveniente a não conservação do músculo iliaco, principalmente se o paciente apresenta um sarcoma do osso iliaco, porque não raro este músculo pode estar infiltrado pela neoplasia. Nesta situação, o nervo cutâneo femoral lateral deve previa-

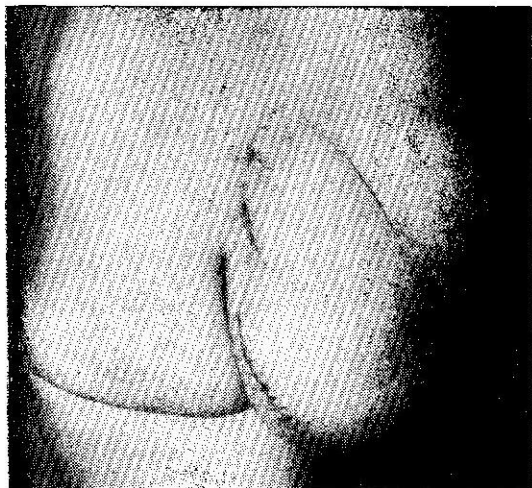


Fig. 19 — Aspecto Pós-Operatório Tardio (três meses).

mente ser dissecado da face anterior deste músculo. A sua conservação garantirá toda sensibilidade cutânea lateral do retalho.

A disposição da equipe cirúrgica nesta cirurgia é exatamente o inverso de uma hemipelvectomy convencional. Isto porque o cirurgião fica a maior parte do tempo cirúrgico de frente para o ventre do paciente, usando uma abordagem anterior.

A incisão, passando pela parte mais anterior da região troncatéria, decorreu da finalidade única de obter um retalho com maior largura e assim proporcionar um melhor fechamento da ferida. A curvatura lateral da incisão no nível da região glútea inferior teve por finalidade poupar a região perineal. Obviamente, a incisão do nível da região deve ser alterada de acordo com a extensão da neoplasia.

Referências Bibliográficas

- 1 — **Bowden, L. e Booker, R.J.:** Surgical consideration in the treatment of sarcoma of the buttock. *Cancer* 6:89-99, jan-1953.
- 2 — **Frey, C.; Matthews, L.S. Benjamin, H. e Fidler, W.J.:** A new technique for hemipelvectomy. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, 143: 753-756, nov-1976.
- 3 — **Melega, H.:** Amputação Inter-íleo-Abdominal. Tese para concurso de Docência Livre da Cátedra de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1950.
- 4 — **Pack, G.T., Miller, T.F. e Arici, I.M.:** Hemipelvectomy. In "Treatment of Cancer and Allied Diseases". Editado por G.T. Pack e I.M. Arici. Vol. VIII — 2.^a Edição, pgs. 284-307. New York: Harper e Row, 1964.
- 5 — **Savariand, M.:** Un cas de désarticulation inter-ílio abdominale, procédé à lambeau interne. *Revue de Chirurgie* 26: 345-366, 1902.