

Desarticulação coxofemoral: técnica e tática operatórias

FERNANDO C. GENTIL¹, ARTHUR OSCAR DE SOUZA E SÁ², ADEMAR LOPES²,
ITAMAR TRINDADE NEVES EPIFÂNIO², SILVIO DE FREITAS CAVALCANTI²

Unitermos: Coxa — Tumor. Desarticulação.

Key words: Thigh — Tumors. Disarticulation.

RESUMO — Os autores apresentam a tática e a técnica cirúrgicas da desarticulação coxofemoral da maneira pela qual é executada no Departamento da Cirurgia Pélvica do Hospital A.C. Camargo, para o tratamento de neoplasias malignas do membro inferior.

DEFINIÇÃO

É a remoção cirúrgica do membro inferior ao nível de sua articulação com a bacia.

INDICAÇÕES

- 1) Tumor ósseo maligno primário do fêmur envolvendo o seu terço proximal com comprometimento de partes moles e/ou do feixe vâsculo-nervoso.
- 2) Tumor primário maligno de partes moles do terço proximal da coxa com invasão do feixe vâsculo-nervoso e/ou do fêmur.
- 3) Tumor primário maligno da pele do terço proximal da coxa com invasão do feixe vâsculo-nervoso e/ou do fêmur.
- 4) Tumor metastático na raiz da coxa, com invasão do feixe vâsculo-nervoso e/ou do fêmur.

POSIÇÃO E PREPARO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA

Decúbito dorsal com a região sacra elevada às custas de coxim colocado transversalmente a ela. Contenção do paciente à mesa com faixa larga de esparadrapo. O braço do lado a ser desarticulado é fletido sobre o arco da mesa cirúrgica onde é contido por enfaixamento (fig. 1-B).

A face lateral do paciente do lado a ser desarticulado deve ficar paralelamente situada e junto à borda da mesa operatória.

Estes cuidados permitem a livre flexão da perna e da coxa, facilitando o transcurso da desarticulação (fig. 1-C).

Em seguida coloca-se sonda vesical de demora e rebate-se a bolsa escrotal para o lado oposto, sobre o pênis, fixando-a com dois ou três pontos de algodão à pele (fig. 1-D).

TÉCNICA OPERATÓRIA

A incisão deve interessar a pele e o tecido celular subcutâneo. É composta por três ramos: anterior (fig. 1-A), lateral (fig. 1-B) e posterior (fig. 1-C).

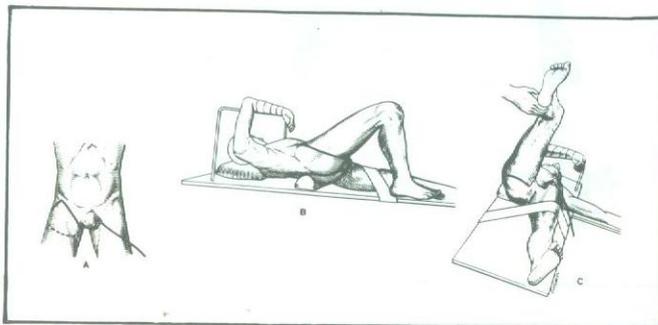


Fig. 1 — **A)** Ramo anterior — inicia-se a dois centímetros abaixo da espinha íliaca ântero-superior, dirige-se paralelamente à arcada inguinal para um ponto situado dois centímetros abaixo da prega genitocrural; **B)** ramo lateral — com o membro fletido e o pé apoiado sobre a mesa, a incisão parte do mesmo ponto que a anterior, dirige-se para baixo e para fora, passando imediata e anteriormente ao grande trocanter, progredindo com leve curvatura em direção à prega glútea; **C)** ramo posterior — com o membro fletido e sustentado por um auxiliar, a incisão progride horizontalmente, unindo os ramos anterior e lateral, passando cerca de três centímetros abaixo da prega glútea.

Recebido em 31.7.86. Aprovado para publicação em 17.9.86.

1. Diretor do Departamento de Cirurgia Pélvica. Hospital A.C. Camargo da Fundação Antônio Prudente — São Paulo.

2. Titular do Departamento de Cirurgia Pélvica.

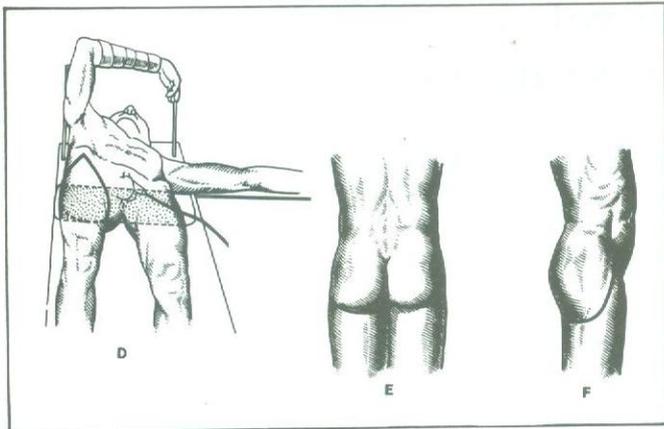


Fig 1 — D, E e F) detalhes do traçado da incisão.

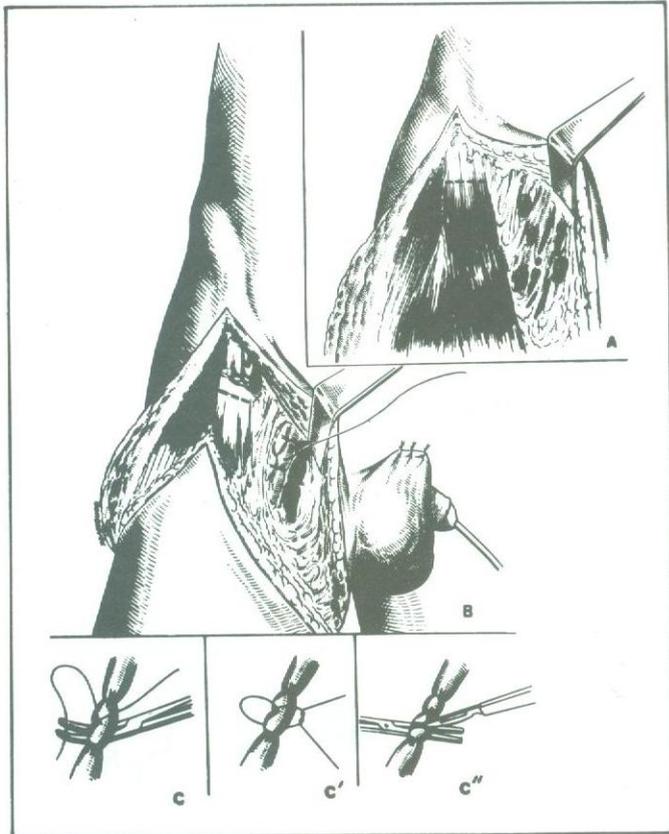


Fig. 2 — A) Exposição do triângulo de Scarpa, vendo-se por transparência o feixe vásculo-nervoso e a arcada crural. Linha tracejada sobre o sartório, delineando o seu nível de secção, o que será também o plano horizontal da secção da musculatura anterior da coxa, tendo como referência o grande trocater e o púbis; B) observa-se o músculo sartório seccionado e os vasos femorais sendo ligados. Estas ligaduras devem ser triplas, uma delas transfixante, ligando os cotos proximais. Sobre o músculo sartório vê-se o coto do nervo femorocutâneo que foi ligado e seccionado após fenolização; C) detalhes da realização da ligadura transfixante e da secção do vaso a bisturi entre a segunda e terceira ligaduras no sentido craniocaudal.

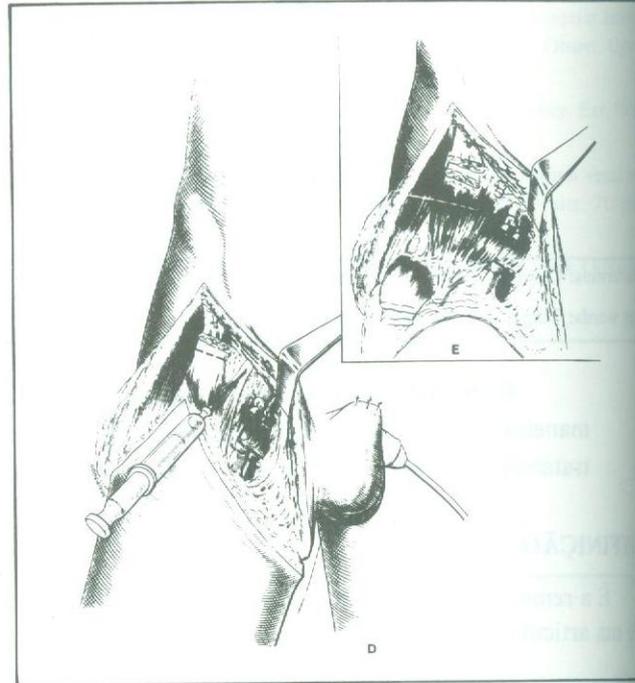


Fig. 2 — D) exposição e fenolização (solução a 15%) do nervo crural para posterior ligadura e secção do mesmo, imediatamente abaixo da arcada crural. A linha tracejada vista sobre o músculo reto anterior mostra o seu nível de secção. Medialmente, observam-se os vasos femorais já seccionados; E) observa-se superiormente os cotos proximais dos vasos femorais, do músculo sartório e reto anterior. Inferiormente, seus cotos distais rebatidos no sentido caudal com exposição da musculatura profunda. A linha tracejada delinea o plano de secção dos músculos tensor da fáscia lata, psoas e ilíaco.

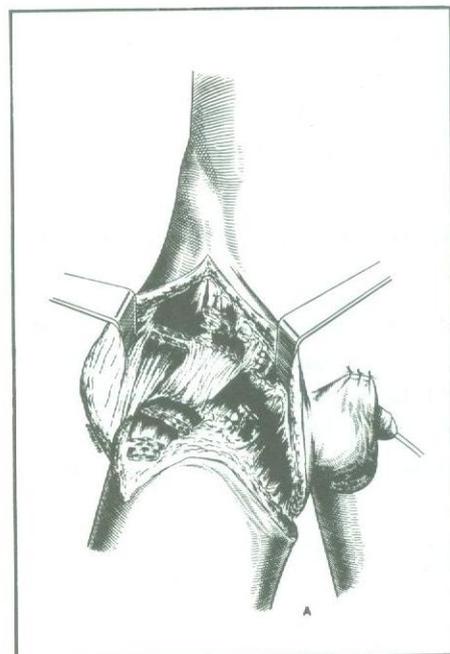


Fig. 3 — A) Retalho lateral afastado com Farabeuf, visualizando-se o músculo tensor da fáscia lata já seccionado. A cápsula articular é exposta após a secção do músculo psoas maior. Retalho medial afastado, expondo os músculos pectíneo, adutor médio e reto interno, este recobrendo parcialmente a cápsula articular na sua porção medial.

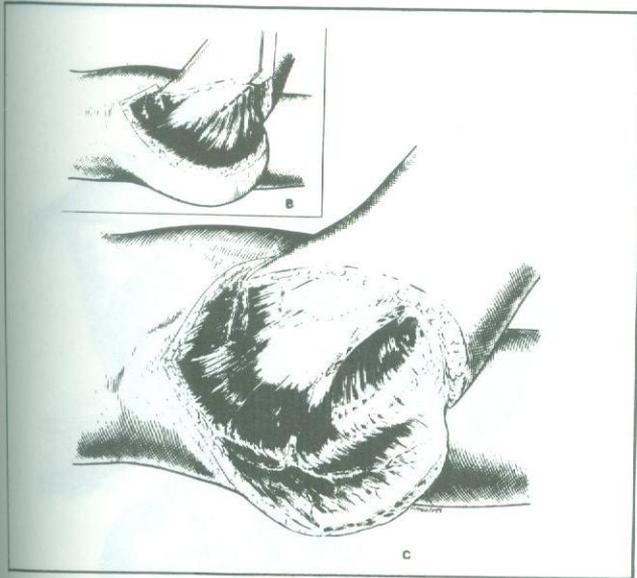


Fig. 3 — B) linha tracejada mostrando o nível de desinserção femoral do músculo grande glúteo. Observa-se ainda, ântero-lateralmente, os cotos da musculatura anterior da coxa, o glúteo médio e a sua inserção no grande trocanter; C) vê-se o retalho miocutâneo do grande glúteo formado pela desinserção femoral desse músculo. Observa-se a artéria glútea preservada para assegurar a nutrição do retalho. Nota-se ainda a inserção do glúteo médio e do piramidal. O nervo grande ciático é visto por transparência através do tecido célula-adiposo.

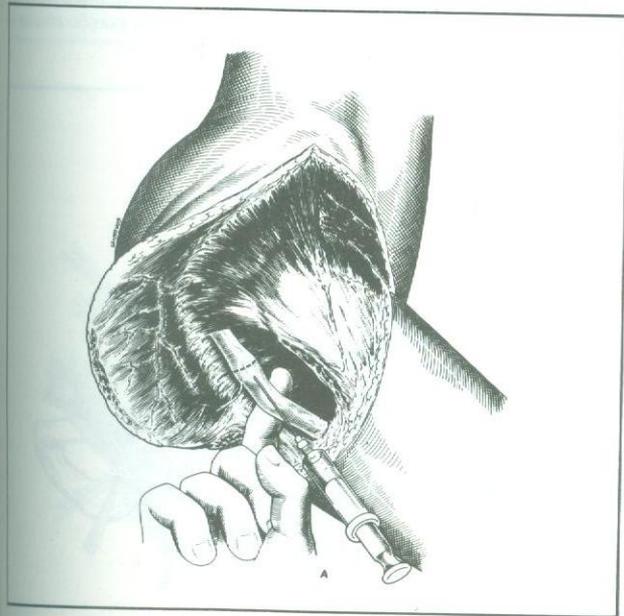


Fig. 4 — A) Com o membro inferior semifletido, através de manobra digital, expõe-se o nervo grande ciático que é fenolizado (fenol 15%, cerca de 3 ml). A linha tracejada mostra o nível onde o nervo é seccionado e ligado com fio de algodão 00. A secção do nervo deve ser feita o mais alto possível, evitando-se que o coto fique na linha de cicatrização. Tratamento idêntico é dado ao pequeno ciático que é parcialmente visualizado logo abaixo da linha tracejada.

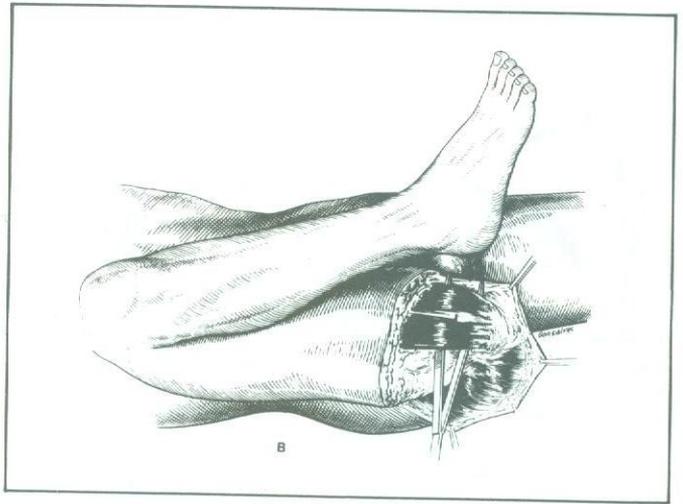


Fig. 4 — B) flexão máxima da coxa, afastamento do retalho dermogor-duroso posterior e exposição da musculatura usando-se uma pinça anatômica. A linha tracejada sobre os músculos semimembranoso, semitendinoso e bíceps crural mostra o nível de secção dos mesmos no sentido médio-lateral.

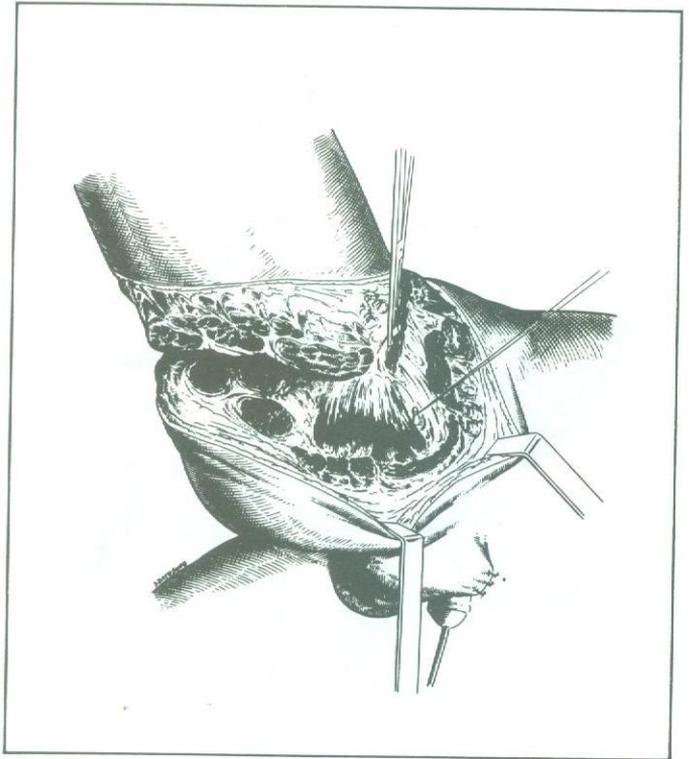


Fig. 5 — Com a coxa em flexão e abdução, observam-se os cotos da musculatura da sua face medial, ou seja, pectíneo, primeiro adutor, reto interno e adutor maior, seccionados o mais próximo possível das suas inserções pubianas. Em profundidade observa-se o músculo obturador interno que deve ser preservado. Na sua borda anterior e junto do púbis vê-se o coto do nervo obturador que foi fenolizado, seccionado e ligado. Procede-se também à ligadura dos vasos obturadores a este nível.

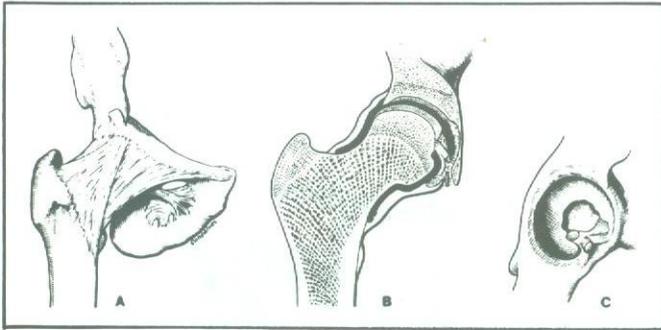


Fig. 6 — **A)** Detalhe anatômico mostrando a cápsula articular e as estruturas ligamentares de sustentação do fêmur; **B)** corte frontal da articulação, mostrando em negrito o contorno da cápsula articular e dois dos pontos de fixação do fêmur: internamente o ligamento redondo e externamente a cápsula articular, vendo-se também o fundo-de-saco capsular; **C)** esquema do acetábulo, vendo-se ao fundo a maior depressão (fóvea acetabular) e o ligamento redondo com seus fascículos púbico, médio e isquiático.

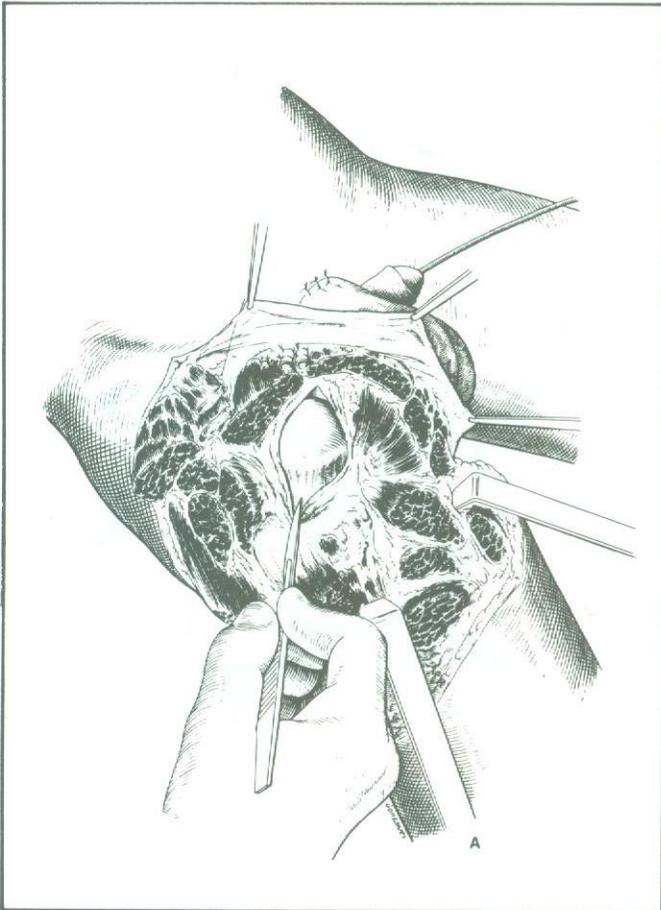


Fig. 7 — **A)** Borda anterior da incisão tracionada, visualizando-se os cotos dos vasos femorais, a musculatura ântero-interna da raiz da coxa seccionada e o músculo obturador interno com o coto do nervo obturador na sua borda interna. Abertura da cápsula articular no sentido iliofemoral.

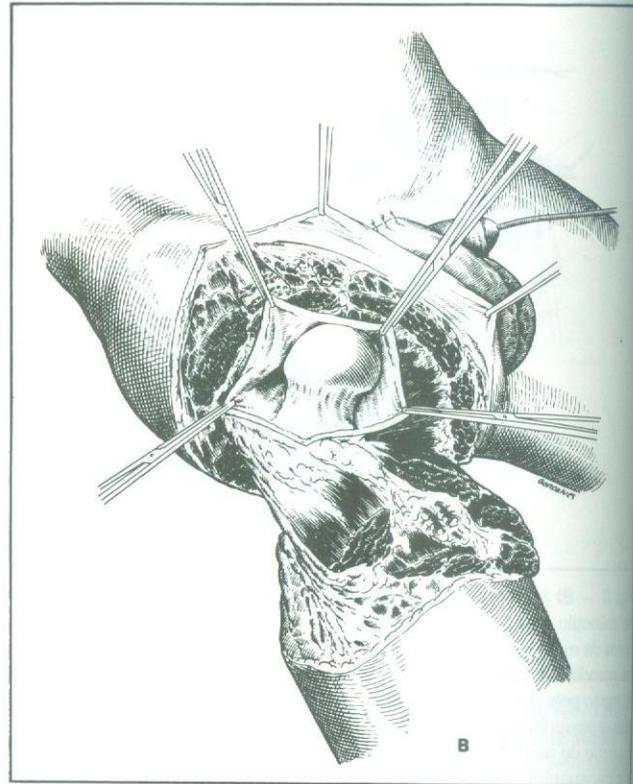


Fig. 7 — **B)** amplia-se a abertura da cápsula articular a bisturi, expondo-se parcialmente a cabeça e o colo do fêmur. A cápsula articular já aberta é reparada e parcialmente desinserida na sua porção anterior e distal, com exposição da cabeça e do colo do fêmur.

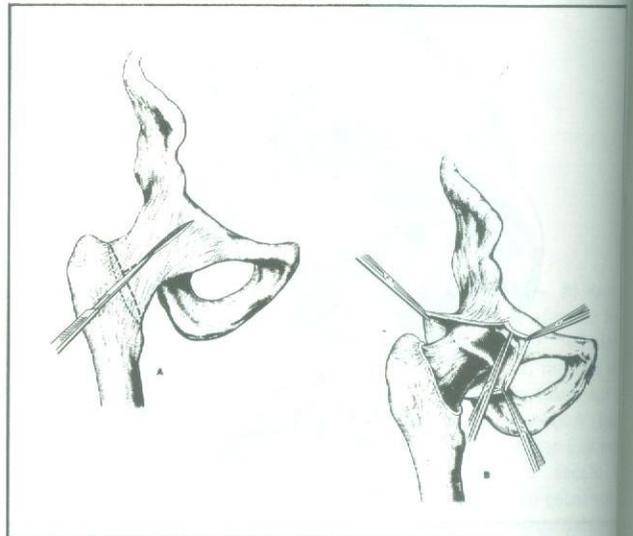


Fig. 8 — **A)** Incisão em T invertido sobre a cápsula articular. O ramo perpendicular passa sobre o colo do fêmur no sentido iliofemoral e o ramo transversal circunda a cápsula ao nível do seu fundo-de-saco, conforme mostra a linha tracejada; **B)** cápsula articular aberta, desinserida do fêmur e reparada por pinças. A cabeça do fêmur parcialmente exposta e o ligamento redondo pinçado.

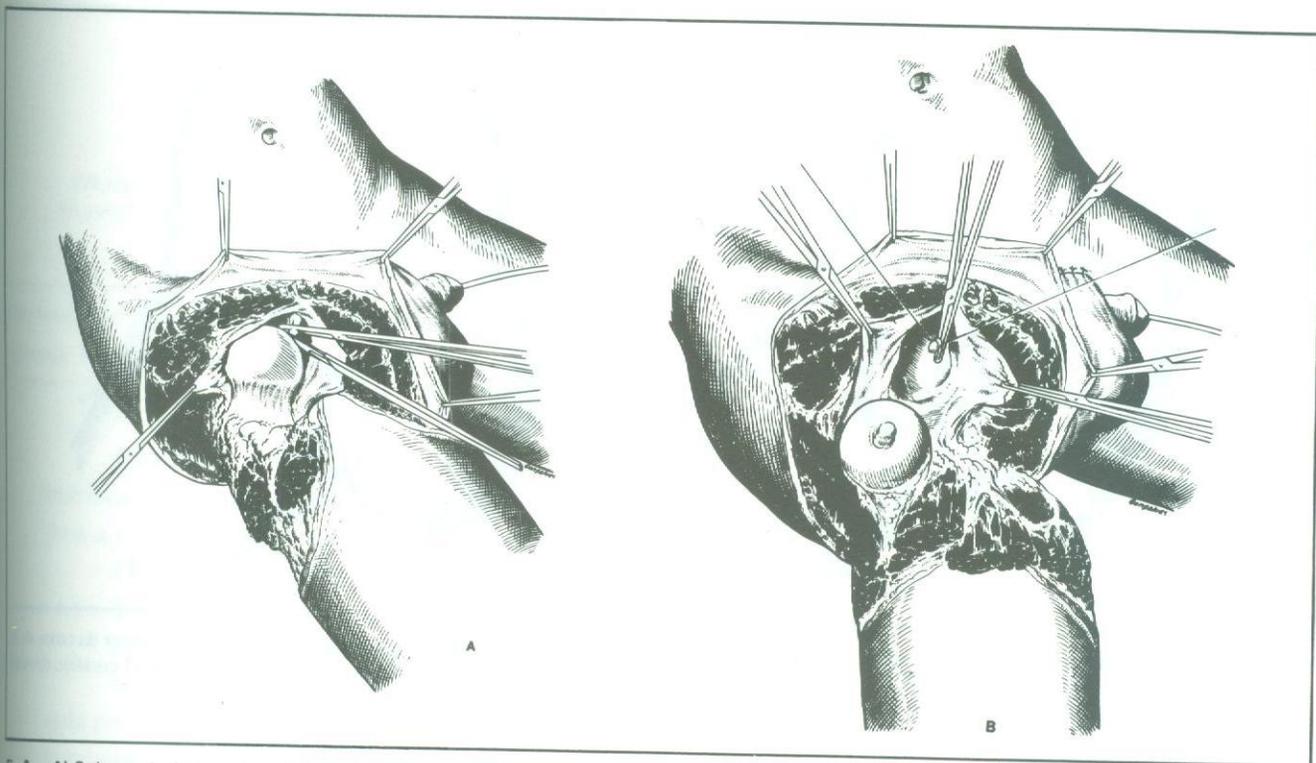


Fig. 9 – A) Cabeça do fêmur luxada do acetábulo por movimento de tração, abdução e rotação externa da coxa, expondo-se o ligamento redondo, que é pinçado e seccionado. A peça fica presa agora somente pela musculatura pelvirocantérica e pela parede posterior da cápsula articular; B) a seguir o coto proximal do ligamento redondo é ligado com categut 00 cromado. Desinserção da face posterior da cápsula em conjunto com a musculatura pelvirocantérica, completando-se a liberação da peça operatória.

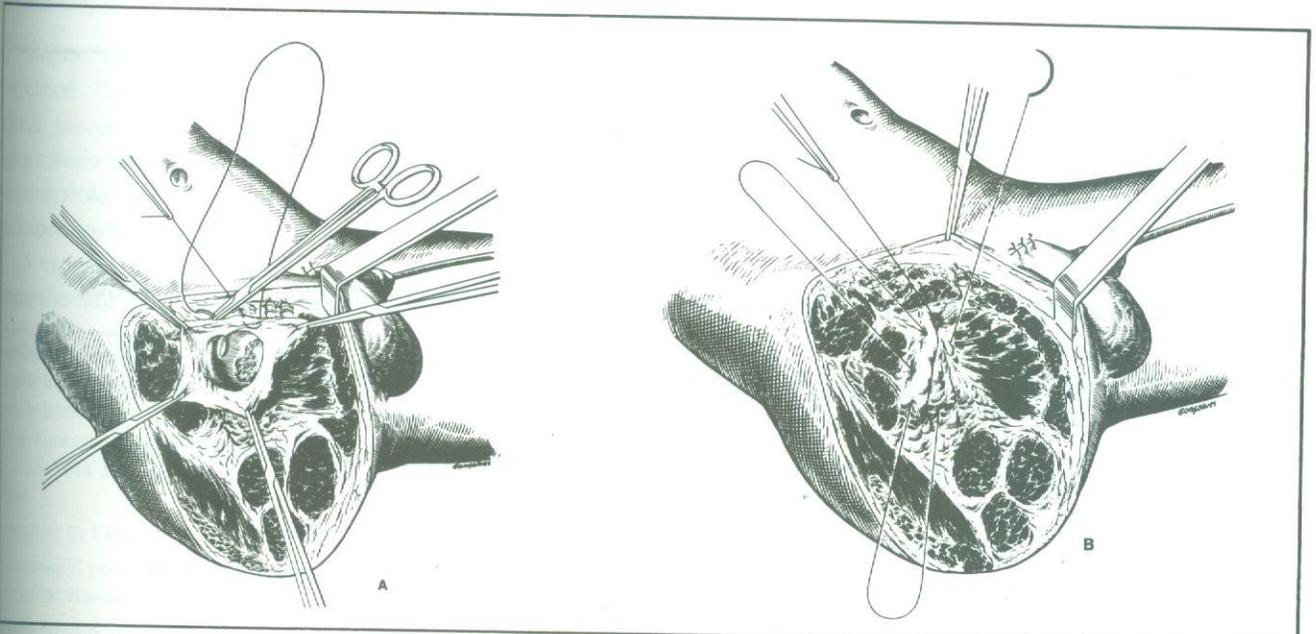


Fig. 10 – Fechamento da cavidade articular: A) removida a peça, procede-se à cuidadosa revisão da hemostasia. Em seguida fecha-se a cápsula articular com sutura em chuleio invaginante, de categut 00 cromado; B) segundo plano da sutura em barra grega, com o mesmo fio sepultando o primeiro. Esta sutura facilita o sepultamento do primeiro plano e torna hermético o fechamento da cavidade acetabular. Esta modificação técnica, que nos parece ser original de um dos autores (A.O.S.S.), impede o extravasamento de líquido sinovial e, conseqüentemente, diminui os riscos de infecção e a morbidade pós-operatória.

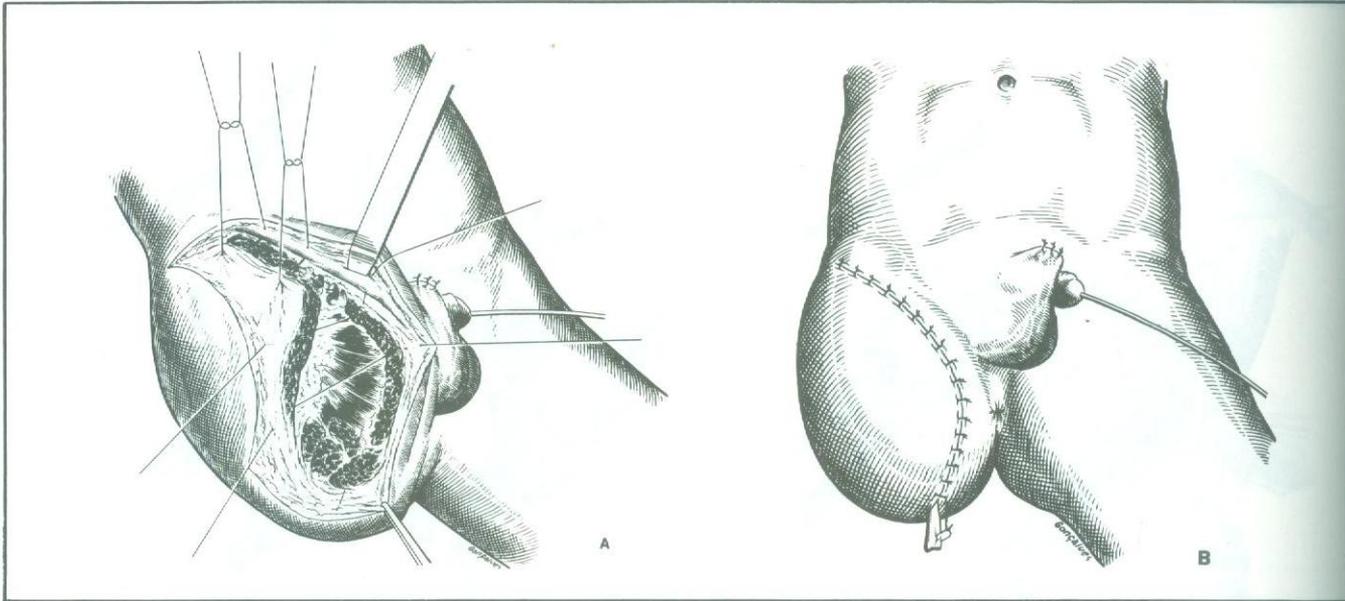


Fig. 11 — Síntese da ferida operatória: **A)** usando-se fio inabsorvível, aproxima-se o grande glúteo dos cotos da musculatura anterior da coxa, da artéria crural e dos músculos adutores; **B)** coloca-se dreno de Penrose e fecha-se a pele com pontos separados de fio inabsorvível. O curativo deve ser compressivo e prestar-se a contenção dos retalhos.

SUMMARY

The authors present the way they perform the hip joint disarticulation in the Department of Pelvic Surgery

(Hospital A.C. Camargo). The surgical technique is meticulously illustrated and described.

Sociedades médicas

Sociedade Paulista de Cancerologia — Rua Prof. Antônio Prudente, 211 — 01509
São Paulo, SP.

Sociedade Brasileira de Cancerologia — Rua Humberto de Campos, 11
Graça — 40150 — Salvador, BA.

FLASCA (Federación Latinoamericana de Sociedades de Cancerologia)
(fundada em 16 de setembro de 1985)
Paraguay, 5.190 — Buenos Aires (1425), Argentina.

Sociedade Brasileira de Médicos para a Prevenção da Guerra Nuclear
(Prêmio Nobel da Paz em 1985).

Informações: Av. Cidade Jardim, 427 — cj. 93 — 01453 — São Paulo, SP.