

Amputação interilioabdominal: técnica e tática operatórias

FERNANDO C. GENTIL¹, ADEMAR LOPES², ITAMAR TRINDADE N. EPIFÂNIO², SILVIO DE FREITAS CAVALCANTI³,
ARTUR OSCAR DE SOUZA E SÁ², VALTER PENNA²

Unitermos: Hemipelvectomy. Interilioabdominal — Amputação.

Key words: Hemipelvectomy. Hind-quarter — Amputation.

RESUMO — Os autores apresentam a técnica cirúrgica e a tática operatória da amputação interilioabdominal como é executada no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antônio Prudente, São Paulo.

DEFINIÇÃO

É a remoção cirúrgica do membro inferior em conjunto com a hemipélvis ou parte dela.

INDICAÇÕES

- 1) Tumor ósseo maligno da hemipélvis ou do terço proximal do fêmur com invasão da articulação coxofemoral e/ou pedículo vasculonervoso.
- 2) Tumor primário maligno de partes moles da hemipélvis ou do terço proximal da coxa com invasão da articulação coxofemoral e/ou do pedículo vasculonervoso.
- 3) Tumor maligno primário da pele com envolvimento da articulação coxofemoral e/ou do pedículo vasculonervoso.
- 4) Tumor metastático infiltrando a articulação coxofemoral e/ou o pedículo vasculonervoso.
- 5) Paliativa, com finalidade higiênica e/ou antiálgica.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Pélvica, Hosp. A.C. Camargo, da Fundação Antônio Prudente. Aprovado para publicação em 17/9/87.

1. Diretor.
2. Titular.
3. Titular Adjunto.

SUMMARY

The authors have described their surgical technique and tactics in reference to the hemipelvectomy as it is carried out at the Pelvic Surgical Department of the Hospital A.C. Camargo.

POSIÇÃO E PREPARO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA

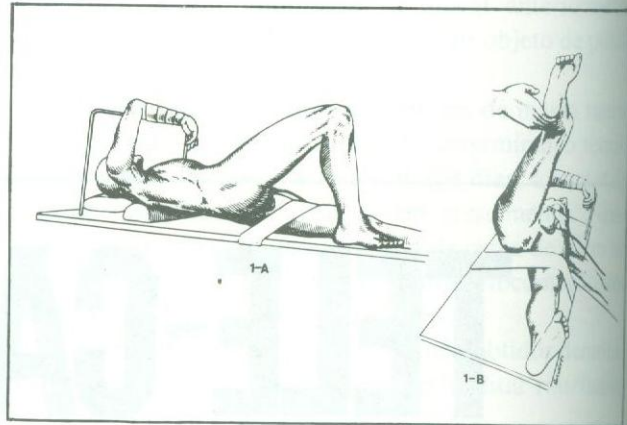


Fig. 1 — A) Decúbito dorsal, com inclinação mais ou menos acentuada para o lado sã, à custa de coxim colocado obliquamente à região sacra, chegando até à região escapular, que se apoia sobre ele. Contenção do paciente à mesa com faixa larga de esparadrapo. O braço do lado do tumor é fletido sobre o arco da mesa cirúrgica, onde é contido por enfaixamento. B) É colocada sonda vesical de demora, a bolsa escrotal é rebatida para o lado oposto sobre o pênis e fixada à pele por pontos de algodão. Tampona-se o reto e efetua-se uma sutura-em-bolsa no ânus com a finalidade de prevenir a contaminação do campo operatório (compressão do reto durante as manobras de dissecação).

TÉCNICA OPERATÓRIA

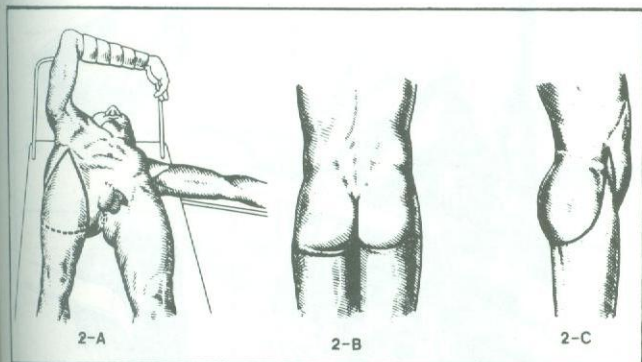


Fig. 2 — Representação esquemática do traçado da incisão, que é composto por três ramos: ântero-medial (A), ântero-lateral (A e C) e ramo posterior (B).

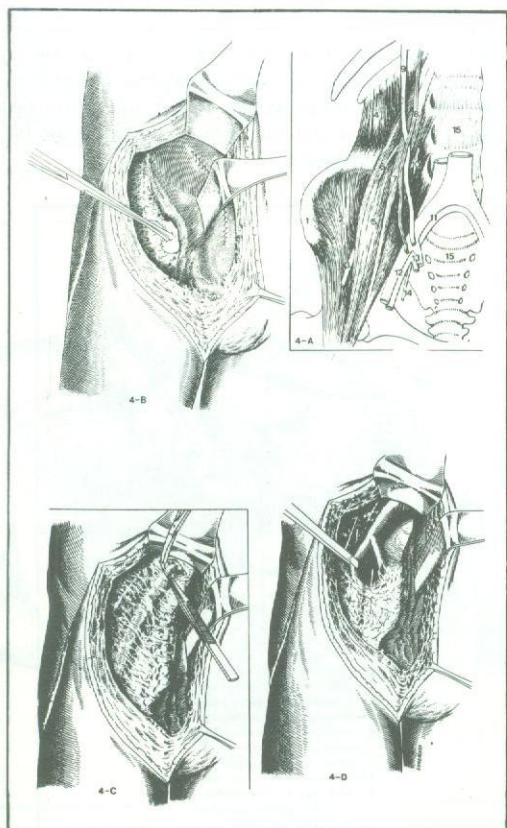


Fig. 4 — A) Representação esquemática da anatomia da região, vendo-se no sentido látero-medial: 1) crista ilíaca anterior e superior; 2) músculo ilíaco; 3) nervo crural; 4) músculo quadrado lombar; 5) músculo psoas maior; 6) nervo femorocutâneo; 7) músculo psoas menor; 8) vasos espermáticos; 9) ureter; 10) nervo gënitocrural; 11) vasos ilíacos primitivos; 12) vasos ilíacos externos; 13) vasos ilíacos internos; 14) nervo obturador; 15) coluna lombossacra. B) Adentra-se o espaço retroperitoneal por dissecação romba, com gaze montada, rebatendo-se o peritônio e seu conteúdo, medial e cranialmente, até a linha média do sacro. C) Com o peritônio rebatido até a linha média do sacro e contido por afastadores apropriados, obtém-se ampla exposição da fossa ilíaca. Vêm-se os vasos ilíacos recobertos pelo tecido areolar que os envolve. Nos casos onde haja indicação (carcinoma, melanoma e sarcoma de partes moles), inicia-se o esvaziamento linfonodal na origem dos vasos ilíacos primitivos. D) Observam-se os vasos ilíacos já dissecados até o nível (variável conforme a extensão do tumor) da sua ligadura. A artéria ilíaca externa está reparada e tracionada por um dreno de Penrose. Esta manobra facilita a visualização da veia ilíaca externa e do nervo obturador.

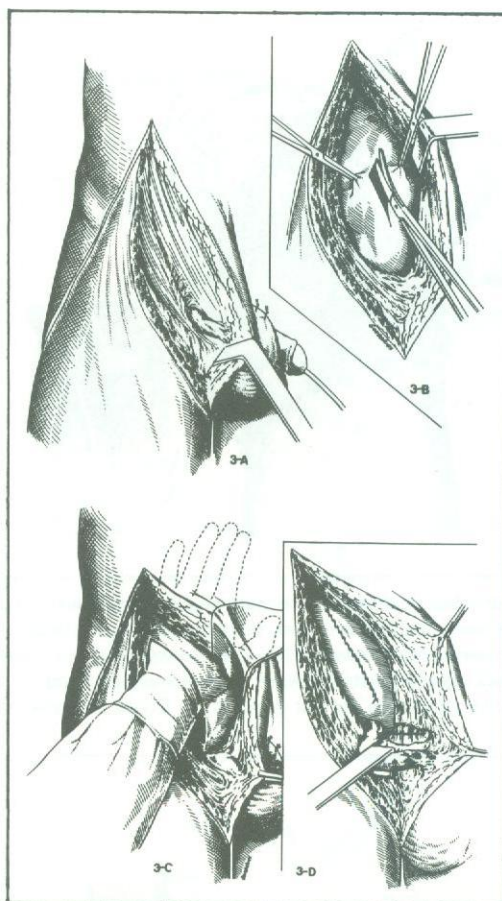


Fig. 3 — A) Ramo ântero-medial: a incisão deve interessar a pele e o tecido celular subcutâneo. Inicia-se em um ponto situado na parede anterior do abdome, três dedos transversos acima da espinha ilíaca ântero-superior e dois dedos medialmente a ela, descendo paralela à arcada inguinal, passando dois centímetros lateralmente à crista do púbis, de onde se curva, dirigindo-se à raiz da coxa. A linha tracejada mostra o nível de secção da camada musculoaoneurótica da parede ântero-lateral do abdome. Vê-se o cordão espermático penetrando no orifício inguinal superficial. B) Reparo e abertura do peritônio. C) Inventário minucioso da cavidade abdominal com a finalidade de julgar a resecabilidade do tumor. D) Incisão peritoneal já fechada com sutura contínua de catêgute dois zeros cromado. O cordão espermático é rebatido por afastador de Farabeuf. A linha tracejada mostra o nível de secção dos músculos reto anterior e piramidal.

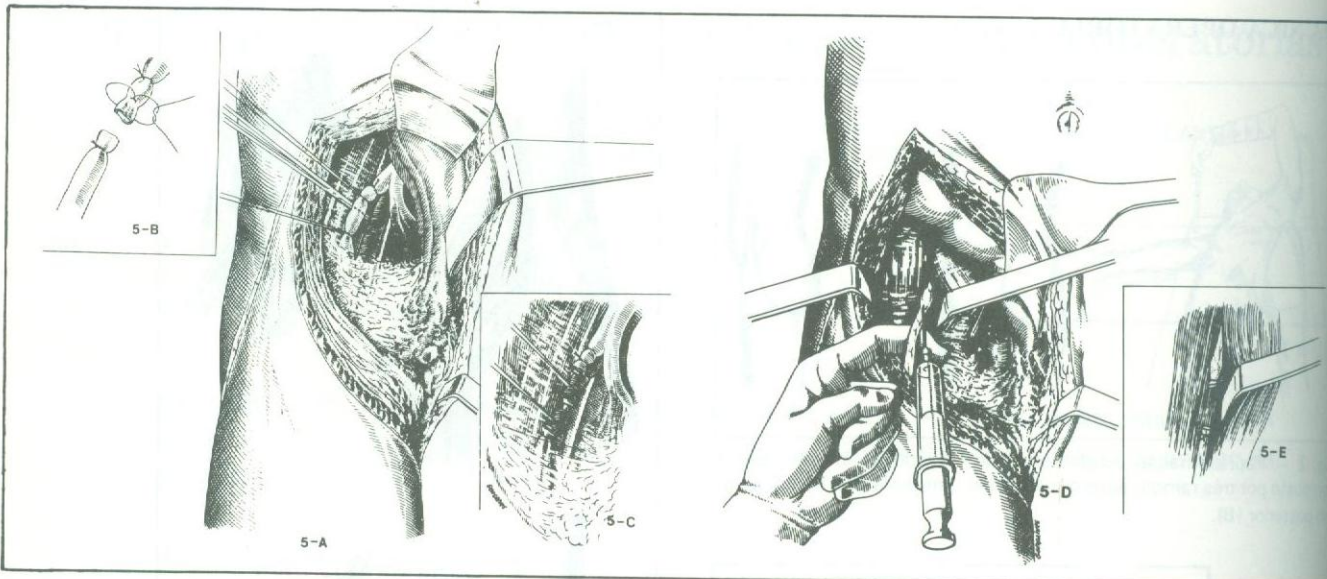


Fig. 5 — **A)** A artéria ilíaca externa é triplamente ligada logo abaixo da bifurcação da ilíaca primitiva, apoiada por uma pinça e seccionada entre a segunda e a terceira ligaduras, como mostra a linha tracejada. Adota-se o mesmo procedimento para a veia ilíaca externa. **B)** Detalhes da realização da ligadura transfixante no coto proximal. **C)** Cotos dos vasos ilíacos, mostrando as duplas ligaduras proximais. **D)** O músculo psoas é afastado medialmente, abrindo-se a goteira existente entre ele e o músculo ilíaco, com exposição do nervo crural, que está sendo fenolizado (solução de fenol a 15%), para posterior ligadura e secção a bisturi. **E)** Cotos do nervo crural já ligados e seccionados.

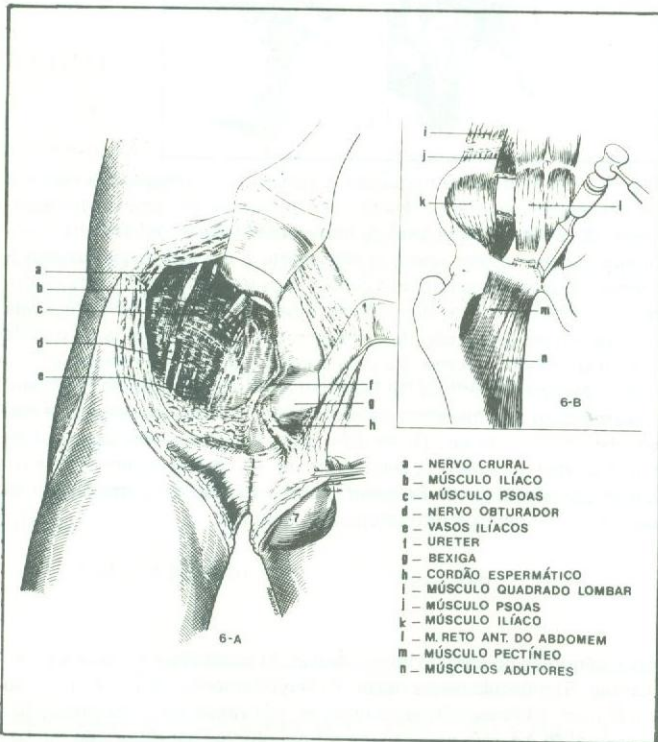


Fig. 6 — **A)** Sobre o músculo psoas maior, observam-se os cotos dos nervos femorocutâneo e genitocrural, que foram isolados, fenolizados, ligados e seccionados. As linhas tracejadas mostram os níveis de secção do músculo psoas maior e da desarticulação interpúbica. **B)** Observam-se os músculos quadrado lombar, psoas maior e reto anterior do abdome, já seccionados, e detalhes da desarticulação interpúbica.

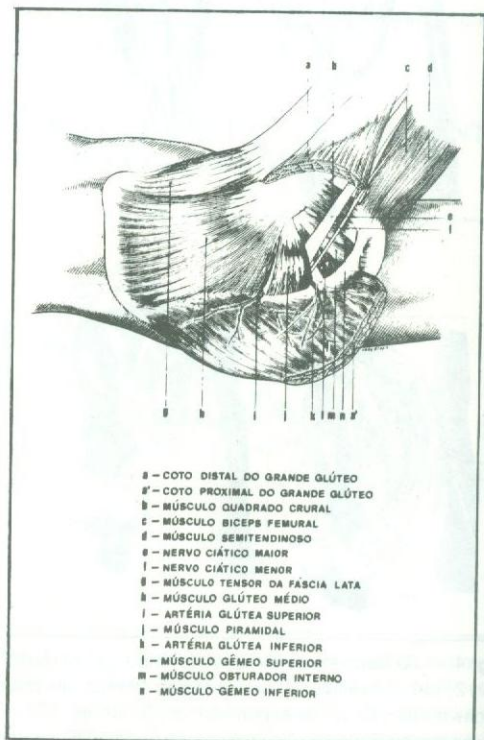


Fig. 7 — Representação das estruturas anatômicas da região em questão.

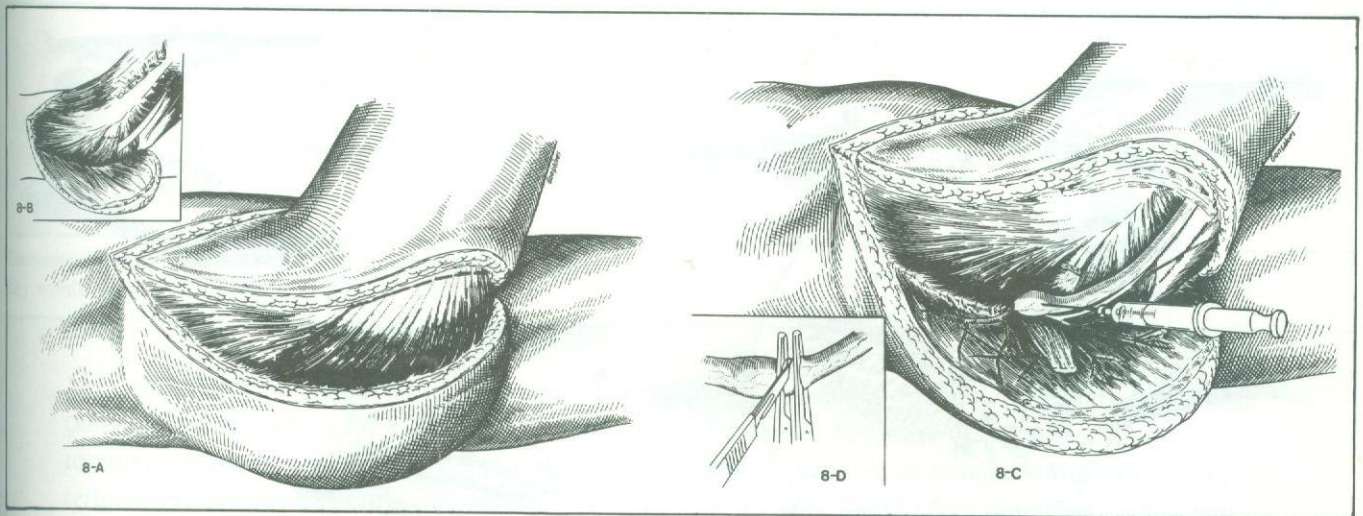


Fig. 8 — **A)** Ramo ântero-lateral: incisão interessando a pele e o tecido subcutâneo. Inicia-se junto da borda lateral do músculo quadrado lombar, progride na direção do grande trocater, cruzando-o na sua porção mais saliente. Dirige-se para a face posterior da coxa, passando 2cm abaixo da prega glútea, unindo-se à incisão anterior (ramo posterior). A linha tracejada indica o nível de secção do músculo grande glúteo próximo à sua inserção femoral. **B)** Músculo grande glúteo seccionado e rebatido dos planos profundos, formando um grande retalho miocutâneo posterior. A linha tracejada indica o nível de secção do tendão do músculo piramidal, vendo-se o nervo ciático passando sob o mesmo. **C)** O músculo piramidal seccionado é rebatido sobre a face profunda do grande glúteo, expondo o nervo ciático, que é fenolizado (solução de fenol a 15%) para posterior ligadura e secção. Este nervo deve ser seccionado o mais alto possível, para que o coto não fique na linha de cicatrização. Vêm-se os ramos dos vasos glúteos que garantem a nutrição dos retalhos. **D)** Detalhe da secção do nervo grande ciático.

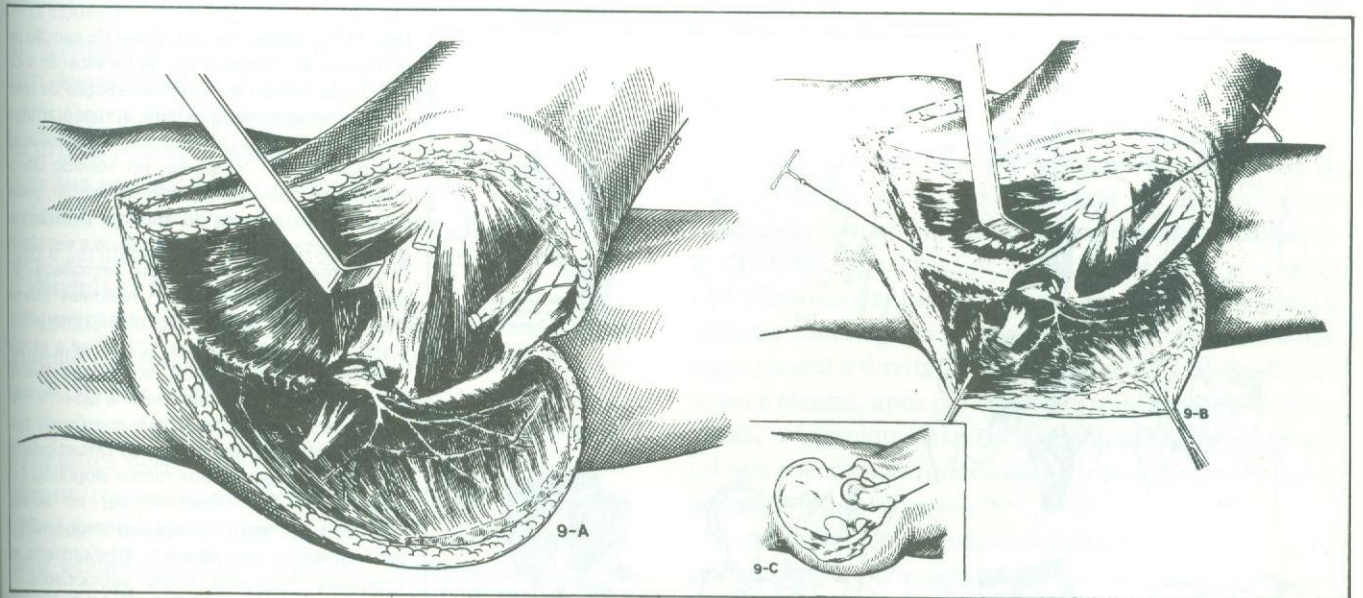


Fig. 9 — **A)** Vê-se o músculo glúteo médio afastado anteriormente com Farabeuf. O músculo piramidal rebatido sobre a face profunda do grande glúteo, expondo os cotos proximais dos nervos grande e pequeno ciático, com preservação dos ramos que se dirigem ao grande glúteo. Distalmente observam-se os do grande e pequeno ciático sobre os músculos gêmeo superior, obturador interno, gêmeo inferior e quadrado femoral. **B)** A linha tracejada mostra onde será seccionada com serra de Gigli, ao nível da articulação sacroilíaca, entre as inserções dos músculos grande e médio glúteo. Nesta fase é necessário cuidado para não lesar o tronco da artéria glútea superior, que emerge no forame isquiático. **C)** Seccionado o ilíaco, a peça fica presa apenas pelos ligamentos sacroespinhoso e sacrotuberoso, que são seccionados ao nível das linhas tracejadas.

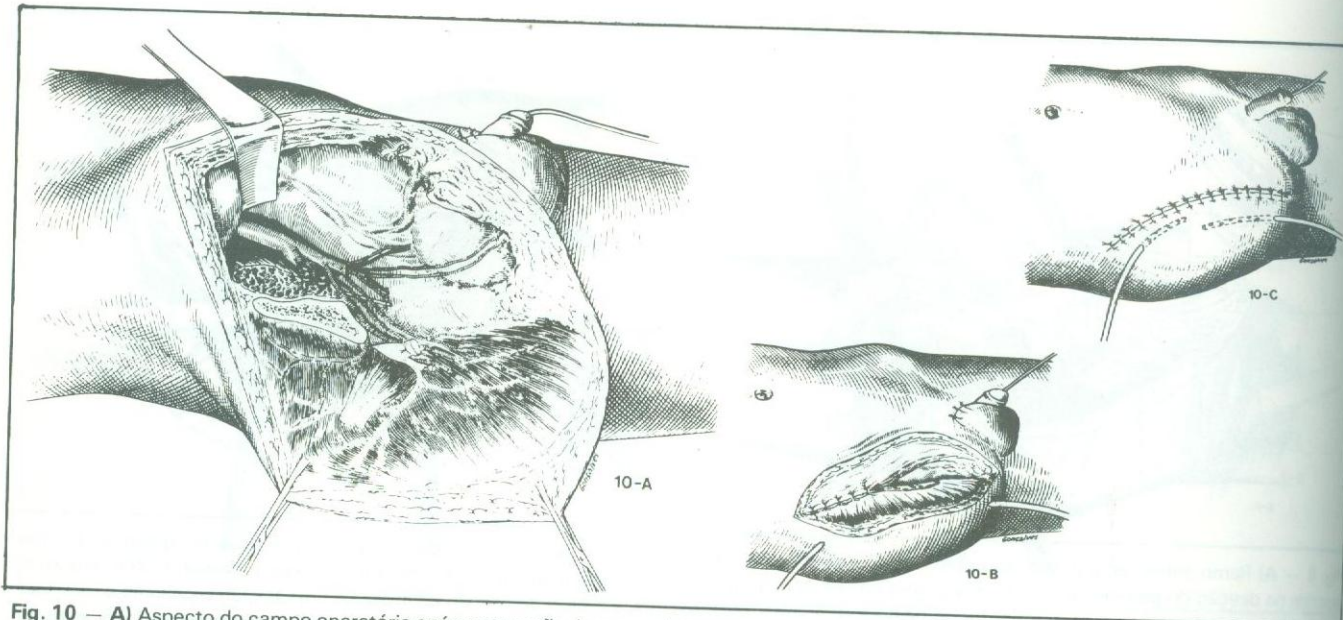


Fig. 10 — A) Aspecto do campo operatório após a remoção da peça, observando-se a perfeita vascularização e inervação do grande glúteo, que faz parte do grande retalho miocutâneo posterior. Em profundidade vê-se a superfície de secção do osso ilíaco, o coto proximal do músculo psoas, os cotos dos vasos ilíacos externos, os vasos hipogástricos com seus ramos, os cotos dos vasos e o nervo obturador, o ureter fixo ao peritônio posterior, a bexiga e a superfície da desarticulação interpúbica. B) Síntese da ferida operatória, suturando-se o músculo grande glúteo aos músculos da parede ântero-lateral do abdome. Em seguida, um segundo plano, aproximando a aponeurose do grande glúteo com a da parede abdominal com pontos separados de fio inabsorvível. C) Síntese da pele com pontos separados de fio inabsorvível.

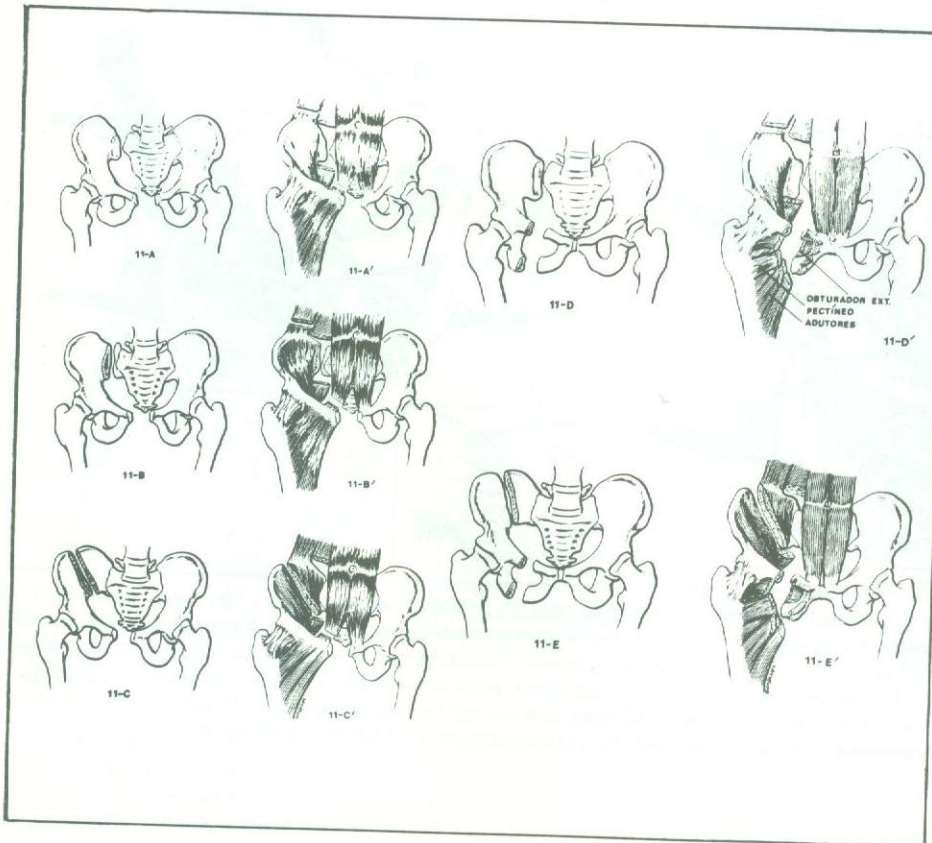


Fig. 11 — Variações dos níveis de secção osteomuscular: dependendo da localização e extensão do tumor, os níveis de secção da musculatura e esqueleto podem apresentar algumas variações. A) Desarticulação sacroilíaca e interpúbica. A') Vêem-se, no sentido látero-medial, os músculos quadrado lombar, psoas maior e reto anterior do abdome já seccionados. B) Desarticulação interpúbica e secção do ilíaco próximo à articulação sacroilíaca. B') Seccionam-se os mesmos músculos que os descritos em A'. C) Desarticulação interpúbica e secção da asa do ilíaco. C') Vê-se a secção oblíqua do músculo ilíaco, no mesmo nível da secção óssea, do psoas maior e do reto anterior do abdome. Note-se que o músculo quadrado lombar é preservado. D) Desarticulação sacroilíaca e secção dos ramos ilio-púbico e isquio-púbico. D') Observam-se, no sentido látero-medial, os músculos quadrado lombar e psoas maior já seccionados. Inferiormente, os seguintes músculos estão seccionados: 1) obturador externo; 2) pectíneo; 3) adutores da coxa. Atente-se para o fato de que o músculo reto anterior é preservado. E) Secção da asa do ilíaco e dos ramos ilio-púbico e isquio-púbico. E') Secção do músculo ilíaco, ao mesmo nível da secção óssea, psoas maior e, inferiormente, os músculos obturador externo, pectíneo e adutores. Preservam-se o quadrado lombar e o reto anterior do abdome.