

Hemipelvectomia com reconstrução por retalho miocutâneo anterior de coxa : relato de caso e descrição da técnica cirúrgica

Hemipelvectomy utilizing an anterior myocutaneous flap: case report and surgical technique description

Leonardo José Vieira¹, João Paulo Vieira², Alexandre Ferreira de Oliveira³, Rosyane Rena de Freitas⁴

Resumo

A hemipelvectomia com reconstrução usando-se retalho miocutâneo ântero-medial da coxa, é indicada para o tratamento dos sarcomas da região glútea e da porção proximal posterior da coxa. O grande defeito cirúrgico é coberto pelo retalho miocutâneo do músculo quadríceps femoral. O resultado da hemipelvectomia com reconstrução por retalho miocutâneo anterior de coxa é excelente, exceto pela dor fantasma e sensação do membro persistente em alguns pacientes. As considerações quanto à reabilitação e ao risco de dor e membro fantasma são similares aos associados aos outros tipos de hemipelvectomias. Em virtude da rápida cicatrização vista neste tipo de retalho, a adaptação de uma prótese, quando requerida, pode ser mais precoce. No presente trabalho apresentamos um caso em que foi realizado este tipo de cirurgia, procedendo-se à descrição da técnica cirúrgica utilizada.

Palavras-chave: Hemipelvectomia; Retalho miocutâneo anterior; Coxa.

Abstract

Hemipelvectomy utilizing an anterior myocutaneous flap is indicated for sarcomas of the buttock and proximal portion of the posterior thigh. A large operative defect created posteriorly by amputation of the lower extremity, hemipelvis, and buttock is covered by a myocutaneous flap of quadriceps femoris muscle and overlying skin and subcutaneous tissue. The result of the hemipelvectomy utilizing an anterior myocutaneous flap is excellent, although this surgery can cause sensation of pain and phantom limb in a few patients. The considerations about the rehabilitation and risk of phantom limb pain are similar the others types of hemipelvectomy. Due to the fast recuperation of the tissue in this type of flap, the adaptation of a prosthesis, when applied can be early. In this work, we present a case of hemipelvectomy utilizing an anterior myocutaneous flap with the surgical technique description.

Key words: Hemipelvectomy; Anterior myocutaneous flap; Thigh.

¹ Especialista em Cirurgia Oncológica pela Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC). Chefe do Serviço de Cirurgia do Hospital ASCOMCER de Juiz de Fora. Professor de Oncologia da UFJF.

² Cirurgião do Tórax com pós-graduação em Cirurgia do Tórax pelo ITP - UFRJ (Instituto de Tisiologia e Pneumologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro), mestrado em Pneumologia pelo ITP - UFRJ, especialista em Cirurgia do Tórax pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica, professor de Cirurgia do Tórax da UFJF e professor de Cirurgia Ambulatorial da FAME (Faculdade de Medicina) de Barbacena-MG.

³ Cirurgião Oncológico. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Professor Substituto de Cirurgia Gastroenterológica da UFJF.

⁴ Acadêmica da Faculdade de Medicina da UFJF.

Trabalho realizado no Hospital ASCOMCER- Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora (Hospital Maria José Baeta Reis), Juiz de Fora - MG. *Endereço para correspondência:* L.J.V. - Hospital ASCOMCER - Av Independência, 3500 - Bairro Cascatinha - Juiz de Fora - MG - *E-mail:* ljvieira@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A hemipelvectomy é normalmente indicada para o tratamento dos sarcomas da região glútea e da porção proximal posterior da coxa, bem como dos tumores ósseos da pelve com extensão posterior¹⁻⁷.

Na hemipelvectomy convencional, a reparação da perda de substância é realizada com retalho miocutâneo do músculo glúteo máximo⁴. Bowden e Booher, ao revisarem o tratamento do sarcoma da região glútea, descreveram uma hemipelvectomy onde o retalho miocutâneo glúteo podia ser parcialmente ressecado com a lesão nos casos em que o tumor invadia o músculo glúteo. Para cobrir o defeito posterior, os vasos ilíacos externos e uma pequena porção dos vasos femorais superficiais eram preservados para nutrir um retalho cutâneo anterior¹. Frey et al. descreveram o uso do retalho miocutâneo anterior da coxa². Sugarbaker e Chretien descreveram em detalhe uma hemipelvectomy na qual um grande defeito posterior é fechado com um retalho miocutâneo composto dos músculos quadríceps femoral e nutrido pelos vasos femorais superficiais. A massa muscular do quadríceps produz um coxim adequado de tecido sobre o sacro para suportar o peso requerido por uma prótese alta³.

O resultado da hemipelvectomy com reconstrução por retalho miocutâneo anterior de coxa é excelente, possibilitando a retirada adequada do tumor e a confecção de um retalho apropriado para cobrir a extensa área perdida, porém dor fantasma e sensação do membro persistente pode ocorrer em alguns pacientes⁴.

Como sempre, deve-se fazer uma seleção cuidadosa dos pacientes para que os resultados obtidos sejam aceitáveis. Uma grande vantagem deste procedimento é que o retalho miocutâneo anterior pode ser usado para reconstrução de um grande defeito posterior com pequeno risco de necrose. Em virtude da boa vascularização do retalho, a ferida cirúrgica normalmente cicatriza rápido⁵. O índice de necrose isquêmica de 10 a 30 % verificado nas hemipelvectomias com retalho posterior não ocorre com o retalho anterior. Desta forma, o risco de complicações no período pós-operatório é muito reduzido⁴.

As considerações quanto à reabilitação e o risco de dor e membro fantasma são similares aos associados aos outros tipos de hemipelvectomias. Em virtude da rápida cicatrização vista neste tipo de retalho, a adaptação

de uma prótese, quando requerida, pode ser mais precoce⁴.

Apresentamos um caso submetido à cirurgia de hemipelvectomy com reconstrução por retalho miocutâneo anterior de coxa, procedendo à descrição da técnica cirúrgica. Esta não apresenta modificações à utilizada por outros autores, não sendo portanto inédita, porém devido à raridade dos casos submetidos à esta cirurgia, optamos por descrevê-la.

RELATO DE 1 CASO

Paciente do sexo feminino, 26 anos, melanodérmica, procurou o serviço de Oncologia no ano 2000 com lesão tumoral em face lateral proximal da coxa direita e região glútea direita, medindo cerca de 28 cm de diâmetro e apresentando crescimento progressivo. Ao estadiamento, não apresentava qualquer comprometimento sistêmico da doença. A biópsia da região revelou tratar-se de sarcoma sinovial bifásico, sendo realizada radioterapia pré-operatória com resposta parcial (redução de 14 cm), porém ainda mantendo extensa lesão que era incompatível com cirurgia preservadora do membro. A paciente foi submetida à hemipelvectomy (amputação interileoabdominal) direita com reconstrução por retalho miocutâneo ântero-medial da coxa direita pedunculado nos vasos femorais superficiais. A viabilidade deste tipo de cirurgia deveu-se ao não comprometimento dos vasos ilíacos externos pelo tumor, possibilitando a confecção de um retalho amplo nutrido pela artéria femoral superficial (ramo da artéria ilíaca externa) para cobrir a perda de substância posterior. O pós-operatório evoluiu sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar no 15º dia pós-cirurgia. A demora em conceder a alta deveu-se à condições sociais precárias da paciente, as quais a impossibilitariam de dispensar os mínimos cuidados exigidos por uma cirurgia deste porte, desde os cuidados locais até a alimentação básica. O laudo anatomopatológico evidenciou massa tumoral constituída por estroma fibroso com ocasionais células de padrão necrótico, presença de extensa necrose com processo inflamatório focalmente denso e focos de calcificação, neoplasia com profundas alterações decorrentes da radioterapia e margens cirúrgicas livres. Tratamento complementar à cirurgia não foi requerido. A paciente encontra-se em acompanhamento clínico sem indício de recidiva há 3 anos, sendo a última consulta em 30/03/2004 (Figuras 1,2,3 e 4).

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA

Primeiro desenha-se a incisão medial à lesão posteriormente, ou seja, no lado da linha mediana acima do ânus. Superior e lateralmente, a incisão deve ser paralela à asa do íliaco até a espinha ilíaca ântero-superior. Ali, ela continua distalmente ao longo da porção

Figura 1 - Intra-operatório, evidenciando liberação do retalho miocutâneo anterior de coxa.



Figura 2 - Intra-operatório, evidenciando a região de perda de substância posteriormente, tendo sido realizada a amputação do membro inferior e da hemipelve.



Figura 3 - Peça cirúrgica, evidenciando o local de retirada do retalho.

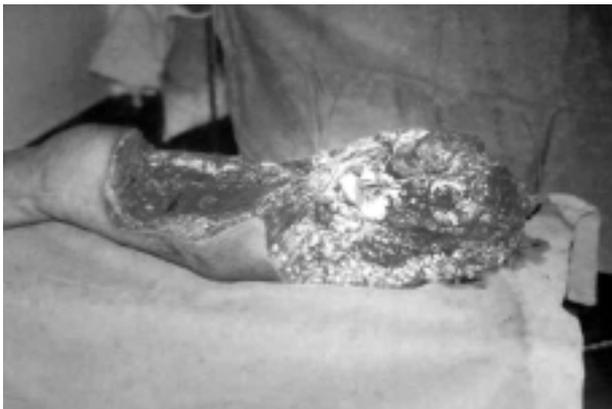


Figura 4 - Radiografia simples da bacia, realizada durante o controle clínico da paciente no pós-operatório, evidenciando presença apenas da hemipelve esquerda.



média da face lateral da coxa, até a junção entre o terço inferior e médio da coxa.

A incisão medial cursa 2 a 3 cm lateralmente ao ânus, anteriorizando-se então na prega glútea em direção do tubérculo púbico. Ela então continua ao longo do ponto médio da coxa até a junção do terço medial e inferior da coxa. As duas incisões longitudinais na coxa são então ligadas por uma incisão transversa sobre a face anterior da coxa.

As inserções sacrais dos músculos glúteo máximo e eretores da espinha são seccionados de suas origens entre a espinha sacral média e os forames sacrais dorsais. Os músculos abdominais e lombares que se originam no sacro e na crista ilíaca são incisados. Os músculos seccionados são o oblíquo externo, o eretor da espinha, o grande dorsal e o quadrado lombar.

O membro inferior é fletido em direção ao quadril e a origem remanescente do glúteo máximo é então seccionada do cóccix e do ligamento sacrotuberoso.

A incisão anterior na junção do terço médio e inferior da coxa é feita e aprofundada até o fêmur, seccionando totalmente o quadríceps. Lateralmente essa incisão continua para cima, em direção ao grande trocânter até a espinha ilíaca ântero-superior. O músculo tensor da fáscia lata é separado de sua fáscia e incluído na peça operatória.

O vasto lateral é desinserido do fêmur com o eletrocautério.

A incisão medial da pele é feita da área do canal de Hunter até o tubérculo púbico. Os vasos femorais superficiais são localizados no ponto de sua convergência, nos músculos adutores, e são ligados e seccionados neste ponto. Esses vasos correm ao longo da margem profunda do retalho miocutâneo, e na

dissecção subsequente, eles são dissecados superiormente até o ligamento inguinal.

As origens dos vastos intermédio e medial são desinseridas do fêmur. Os vasos femorais profundos são ligados e seccionados na sua origem com os vasos femorais comuns.

O retalho miocutâneo é liberado dos seus ligamentos pélvicos por meio do seguinte procedimento: os músculos abdominais e as fâscias são seccionadas da crista ilíaca; o músculo sartório é seccionado na sua origem, na espinha ilíaca ântero-superior; o músculo retofemoral é seccionado em sua origem, na espinha ilíaca ântero-inferior; a bainha femoral sobre a articulação do quadril é seccionada; o músculo retoabdominal é liberado do osso púbico

Realiza-se a secção da sínfise púbica. Os vasos ilíacos internos são seccionados. O músculo psoas é seccionado perto de sua junção com o músculo ilíaco. O nervo obturador é também seccionado. As raízes nervosas sacrais e lombossacrais são ligadas e seccionadas perto dos forames sacrais ventrais. Cuidado com o nervo femoral, que cursa dentro do retalho miocutâneo.

A perna é elevada e o diafragma urogenital, o elevador do ânus e os músculos piriformes são seccionados, perto de suas inserções pélvicas.

É realizada a secção do sacro, retirando a peça operatória.

O retalho anterior é transposto sobre a área do defeito, colocam-se os drenos de sucção. A fâscia do músculo quadríceps femoral é suturada com a musculatura da parede abdominal anterior, dos diafragmas pélvico e lombar, e também do sacro. A pele é fechada com pontos separados.

DISCUSSÃO

Os pacientes com sarcomas extensos em partes moles da região glútea, ou portadores de osteossarcomas da pelve com extensão posterior, anteriormente eram considerados incuráveis mesmo com amputação. A hemipelvectomia convencional com retalho posterior requer um retalho de pele glútea para cobrir o defeito cirúrgico. O retalho anterior permite o sacrifício de toda a pele e de partes moles da região glútea até a linha média. Até mesmo pacientes que apresentam grande contaminação tumoral na linha média têm nesta cirurgia a possibilidade de cura¹⁻⁷.

Sempre que possível, os tumores nesta área, especialmente aqueles de baixo grau de malignidade histológica, devem ser tratados por uma excisão muscular local ampla (ressecção glútea). Nestes casos, quando o tumor se estende através do grande glúteo e envolve o

glúteo médio ou mínimo, ou atinge o nervo ciático ou mesmo estruturas ósseas pélvicas, uma amputação radical com um retalho miocutâneo anterior é a mais indicada.

As complicações pós-operatórias a esta cirurgia são incomuns. O problema sério de isquemia de retalhos, que ocorre com certa frequência na hemipelvectomia convencional, não é observado. Os numerosos ramos musculares dos vasos femorais superficiais ao quadríceps fornecem excelente suprimento sanguíneo ao retalho^{4,5}. Lima et al, estudando dezessete pacientes submetidos a hemipelvectomia (independente do tipo de reconstrução) no Hospital do Câncer de Pernambuco registraram um óbito transoperatório, três infecções da ferida, uma embolia pulmonar e uma recidiva local, representando 37,5% de complicações cirúrgicas no total estudado. Os autores atribuíram este elevado índice ao estado avançado da doença no momento em que os pacientes procuraram o hospital⁸. O caso apresentado evoluiu sem maiores problemas no pós-operatório e encontra-se sob controle clínico, sem indício de recidiva.

O problema mais inquietante a longo prazo é a dor fantasma (assim como na hemipelvectomia convencional). Aproximadamente 20 % dos pacientes que sobrevivem apresentam dor fantasma, necessitando do uso de opiáceos diariamente. Entretanto a incidência de dor fantasma não é nitidamente diferente da observada na hemipelvectomia convencional⁴. Felizmente a paciente apresentada integrou o grupo dos 80% em que dor fantasma não é referida.

O caso descrito representa uma indicação clássica deste tipo de cirurgia pelo acometimento extenso da região glútea com envolvimento muscular, vaso nervoso e de pele pelo tumor. A viabilidade do retalho miocutâneo anterior da coxa, mostrando-se livre da doença, possibilitou a reconstrução adequada da extensa região de perda de substância posterior, com excelente resultado.

Devido à raridade dos casos que apresentam indicação para esta cirurgia, o caso relatado é o único que dispomos até o momento.

REFERÊNCIAS

1. Bowden L, Booher RJ. Surgical consideration in the treatment of sarcoma of the buttock. *Cancer*. 1953;6:89-99.
2. Frey C, Matthews LS, Benjamin H, et al. A new technique for hemipelvectomy. *Surg Gynecol Obstet*. 1976;143:753-6.
3. Sugarbaker PH, Chretien PA. Hemipelvectomy for buttock tumors utilizing an anterior myocutaneous flap of quadriceps femoris muscle. *Ann Surg*. 1983;197:106-15.
4. Sugarbaker P, Henshaw R, Malawer M. Hemipelvectomia

- de retalho anterior. In: Malawer MM, Sugarbacker PH, Lopes A. Atlas de cirurgia para sarcomas ósseos e de partes moles. São Paulo: Lemar; 2003.
5. Kulaylat MN, Froix A, Karakousis CP. Blood supply of hemipelvectomy flaps: the anterior flap hemipelvectomy. *Arch Surg.* 2001;136(7):828-31.
 6. Santanelli F, Berlin O, Fogdistam I. The combined tensor fascial latae/rectus femoris musculocutaneous flap: a possibility for major soft tissue reconstruction in the groin, hip, gluteal, perineal, and lower abdominal regions. *Ann Plast Surg.* 1993;31(2):168-74.
 7. Vancabeke M, Harper L, Penders W, Putz P. Anterior flap for coverage following hip desarticulation for osteomyelitis. *Acta Orthop Belg.* 1999;65(2):223-5.
 8. Lima JA, Garcia Filho RJ, Souza AMG, Almeida MBU. Hemipelvectomy: resultados obtidos em dezessete pacientes operados no Hospital do Câncer de Pernambuco. *An Fac Med Univ Fed Pernamb.* 1997;42(1):43-6.