

# Reconstrução com retalho miocutâneo anterior da coxa após hemipelvectomy por carcinoma de células escamosas de região glútea: relato de caso

*Anterior thigh myocutaneous flap for reconstruction after external hemipelvectomy performed to treat a buttock squamous cell carcinoma: case report*

Danton Spohr Corrêa, Benedito Mauro Rossi, Fábio de Oliveira Ferreira, Wilson Toshihiko Nakagawa,  
Gustavo Cardoso Guimarães e Ademar Lopes

## Resumo

Hemipelvectomy utilizando retalho miocutâneo anterior é indicada para tumores extensos da região glútea e parte posterior proximal da coxa. Um paciente do sexo masculino com 49 anos apresentou-se para tratamento de tumor ulcerado e infectado com crescimento progressivo há 3 anos em região glútea esquerda, originado de uma área de ulceração e cicatrização crônicas provocadas pela aplicação de múltiplas injeções de drogas ilícitas no local. O tumor infiltrava a pele, tecido celular subcutâneo e musculatura glútea, estando fixo ao osso ilíaco, articulação coxo-femural e trocanter maior. A tomografia computadorizada da pelve confirmou os achados do exame físico. A biópsia aberta foi realizada e revelou um carcinoma de células escamosas. Hemipelvectomy externa foi a opção escolhida para o tratamento. Um grande defeito foi criado após ressecção da extremidade inferior, hemipélvis e glúteo. Um retalho miocutâneo anterior do músculo quadríceps femoral, adutores, sartório, pectíneo e grácil com pele e tecido celular subcutâneo sobrejacentes foi realizado. Os vasos femurais foram utilizados para manter o retalho viável. A recuperação pós-operatória aconteceu sem intercorrências e o retalho permaneceu totalmente viável. Alguns aspectos da técnica são apresentados.

**Palavras-chave:** hemipelvectomy; reconstrução; retalhos cirúrgicos; coxa.

## Abstract

*Hemipelvectomy utilizing an anterior myocutaneous flap is indicated for extensive tumors of the buttock and posterior proximal portion of the thigh. A 49-year-old man came to the clinic with a tumor that had been progressively growing over three years. It was at the left buttock, and originated from an area of a previous scar and chronic ulceration. The tumor was infected and ulcerated, infiltrating to skin, subcutaneous fat, and gluteal musculature, being fixed to the iliac bone, hip joint and great trochanter. A CT-scan of the area showed infiltration of the structures above. An open biopsy was done and revealed a squamous cell carcinoma. External hemipelvectomy was the treatment option. A large defect was created after resection of the lower extremity, hemipelvis and buttock. An anterior myocutaneous flap of the quadriceps femoris, adductors, sartorius, pectineum and gracilis muscles with overlying subcutaneous fat and skin was done. The femoral vessels were used to maintain the flap viable. The post-operative course was uneventful and the flap remained fully viable. Some aspects of the technique are presented.*

**Key words:** hemipelvectomy; reconstruction; surgical flap; thigh.

## INTRODUÇÃO

Um dos problemas encontrados após realização de hemipelvectomia externa para tratamento de tumores infiltrando musculatura glútea é a escolha do retalho apropriado para reparar o grande defeito criado. Em uma hemipelvectomia padrão, o retalho miocutâneo de musculatura glútea é o mais utilizado. Para extensos tumores glúteos ou da região proximal posterior da coxa que necessitam hemipelvectomia para tratamento, o retalho miocutâneo anterior da coxa mantido pelos vasos femurais é sem dúvida a opção mais apropriada e segura. No presente caso, relatamos o uso deste retalho para o reparo de extensa área cruenta criada após hemipelvectomia por carcinoma de células escamosas da região glútea esquerda. Alguns aspectos da técnica serão discutidos.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, com 49 anos, apresentou-se para tratamento em março de 2001 com extensa tumoração ulcerada e infectada na região glútea esquerda, medindo 17 x 16cm, fixa ao osso íliaco, articulação

coxo-femural e grande trocanter (Figura 1). O tumor originou-se três anos antes, em uma área de cicatrização e ulceração crônicas provocadas pela aplicação de múltiplas injeções intramusculares de drogas ilícitas no local entre 1978 e 1981. Foi realizada biópsia aberta e o diagnóstico de carcinoma de células escamosas bem diferenciado infiltrativo foi obtido. A tomografia computadorizada de região pévica confirmou os achados do exame físico (Figura 2). A radiografia de tórax e a tomografia computadorizada de abdome superior foram normais. Devido à localização e extensão da lesão, uma hemipelvectomia externa tipo IV foi realizada. A reconstrução foi feita com o retalho miocutâneo anterior da coxa (Figura 3). O paciente recebeu três unidades de concentrado de hemácias durante a operação. A recuperação pós-operatória aconteceu sem intercorrências, a não ser pela ocorrência de dor fantasma. O paciente recebeu alta no 7º dia pós-operatório, com integração completa do retalho. O exame anátomo-patológico definitivo confirmou o achado inicial, assim como a invasão de osso íliaco. As margens operatórias da peça cirúrgica estavam livres de neoplasia.

Figura 1. Tumor úlcero-infiltrativo envolvendo a região glútea e face lateral da coxa esquerda.

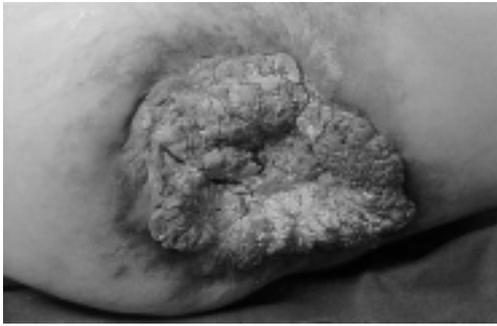


Figura 2. Tomografia computadorizada da pelve mostrando o tumor ulcerando e infiltrando a pele, tecido celular subcutâneo e musculatura glútea, atingindo a região periacetabular.



## DISCUSSÃO

Tumores extensos da região pélvica invadindo osso, partes moles, nervos e vasos são difíceis de tratar conservadoramente. A hemipelvectomy externa pode ser a única alternativa para a ressecção de tais tumores com margens adequadas e com um intervalo livre de doença aceitável.<sup>1,2</sup> A hemipelvectomy com retalho miocutâneo anterior da coxa é indicada nos casos onde ossos pélvicos, terço proximal do fêmur, nervo ciático e partes moles glúteas, como no caso presente, estão envolvidos por tumor.<sup>1</sup> Para ressecção curativa, o tumor não pode envolver os vasos ilíacos comuns ou externos, que devem ser preservados para manter o fluxo sanguíneo para o retalho. Em anos passados, tumores como o descrito eram considerados irressecáveis, devido à falta de uma opção adequada para a reconstrução.

Figura 3. A- visão lateral do retalho. A incisão é feita desviando do tumor. B- visão anterior do retalho. A incisão é feita logo acima do joelho. C- retalho levantado após a hemipelvectomy; o quadriceps femoral é mostrado. D- resultado final.



Retalhos de parede abdominal cutâneos ou miocutâneos assim como a rotação de epiplon com enxertia cutânea têm resultados e complicações desapontadores quando comparados ao retalho miocutâneo anterior. Frey et al<sup>3</sup> foram os primeiros a descrever o retalho miocutâneo anterior em 1976. Lopes et al<sup>4</sup> padronizaram a técnica em 1981. Toda a pele, tecido celular subcutâneo e musculatura da parte anterior da coxa compõe a unidade miocutânea do retalho. Os músculos quadriceps femoral, adutores, sartório, pectíneo e grácil formam o componente muscular. O fluxo sanguíneo para o retalho é mantido através dos vasos femurais, que são seccionados 4cm acima do joelho. Os nervos femoral e obturador mantêm a inervação motora, evitando a atrofia do retalho. A sensibilidade cutânea é mediada pelos nervos genitofemural e cutâneo femoral lateral. As complicações pós-operatórias são raras, sendo a isquemia cutânea incomum. A dor fantasma presente neste caso tem incidência similar a qualquer outro tipo de amputação e foi tratada com sucesso. O potencial de reabilitação é satisfatório, sendo possível em pacientes altamente motivados à adaptação de uma prótese sobre o retalho e a deambulação sem o auxílio de muletas.<sup>1</sup> Em conclusão, o retalho miocutâneo anterior da coxa é uma opção segura para o reparo de grandes defeitos criados após hemipelvectomias para tumores de região glútea e parte proximal posterior da coxa, e mesmo para tumores

intrapélvicos, desde que não haja comprometimento dos vasos femurais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sugarbaker PH, Chretien PA. Hemipelvectomy for buttock tumors utilizing an anterior myocutaneous flap of quadriceps femoris muscle. *Ann Surg* 1983;197:106-15.
2. Apffelstaedt JP, Zhang PJ, Driscoll DL, Karakousis CP. Various types of hemipelvectomy for soft tissue sarcomas: complications, survival and prognostic factors. *Surg Oncol* 1995;4(4):217-22.
3. Frey C, Matthews LS, Benjamin H, Fidler WJ. A new technique for hemipelvectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1976;143(5):753-6.
4. Azevedo JF, Caríssimo LA, Lopes A, Gentil FC. Retalho miocutâneo antero-medial da coxa na hemipelvectomy. *Acta Oncol Bras* 1981; 1:325-3.