
CASOS CLINICOS

HEMIPELVECTOMIA

Registro de dois casos

ALBERTO COUTINHO

Rio de Janeiro



BILLROTH em 1891, com o objetivo de tratar doente portador de sarcoma do ilíaco, idealizou e executou a remoção, em um só tempo, do membro inferior juntamente com a hemi-pelvis sede da lesão. Creou-se, assim, novo tipo de operação que tem sido modificada e aperfeiçoada segundo autores ingleses, alemães, franceses e americanos, recebendo nomes diferentes e resultando daí a vasta sinonímia através da qual é conhecida (amputação inter-ilíaco-abdominal, desarticulação inter-ilíaco-abdominal, desarticulação inter-pelvi-abdominal, desarticulação inter-ilíaco-sacro-pública, amputação do quadril, hemipelvectomia, amputação trans-ilíaca). O paciente de Billroth faleceu em post-operatório imediato, o mesmo acontecendo com os de Jaboulay e Cacciopoli. No entanto, em 1895, Girard, realizou com sucesso a primeira operação deste tipo e desde então juntam-se as observações de cura definitiva ou transitória. Em 1945, segundo Sugarbaker, o número de casos publicados atingia unicamente a soma de 132. Em 1946 George Pack e Harry Ehrlich deram à publicidade seis novos casos. Entre nós, conhecemos as observações de Antonio Prudente e Motta Maia, algumas ainda não publicadas. Quizemos, com os dois únicos casos observados e tratados até hoje no Serviço Nacional do Câncer,

aumentar o número das observações existentes sobre a hemipelvectomia.

É preciso considerar que a amputação inter-ilíaco-abdominal deve ser indicada com absoluta justeza, levando sempre em conta, não só dados clínicos e anátomo-patológicos, como as possibilidades do enfermo ser beneficiado após a realização de ato cirúrgico de tão elevada responsabilidade e altamente mutilante. O tratamento, mesmo paliativo, é, por vezes indispensável em face de certas ocorrências como: dór, hemorragia, processos infecciosos secundários etc. A melhora que experimentam os doentes é sobremodo apreciável; o estado geral floresce, permitindo o paciente viver em relativo conforto e capacitando-o de parcial atividade. As indicações principais da hemipelvectomia são dadas pelos tumores ósseos que se desenvolvem na extremidade superior do femur abrangendo a articulação e o ilíaco e os tumores primitivos das partes moles da coxa invadindo a pelvis e a fossa ilíaca interna. Devemos acrescentar, também, os tumores malignos da extremidade distal dos membros inferiores quando já deram metástases nos gânglios ilíacos e estes se apresentam em massa volumosa, dura, fixa aos vasos e à parede pélvica. Nas seis observações de Pack e Ehrlich encontramos os seguintes diagnósticos:

sarcoma hemorrágico de Kaposi (1) miolipossarcoma (1) condrossarcoma (1) sarcoma neurogênico (1) fibro-sarcoma perióstico (1) e sarcoma osteogênico extra-ósseo (1).

Além da indicação operatória ser função dos dados supra-mencionados, é de absoluta necessidade averiguar o estado das vísceras abdominais mediante metucioso exame físico, radiológico, endoscópico, incluindo a peritonioscopia, para a observação direta do peritônio parietal e dos órgãos intra-pélvicos.

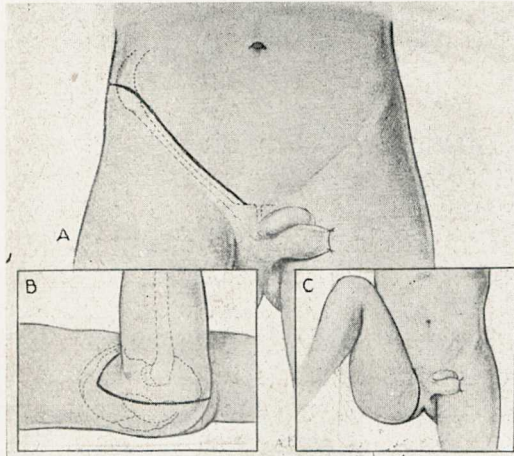


Fig. 1 — Traçado da incisão cutânea.
(Pack-Ehrlick.)

No que respeita aos cuidados pré-operatórios, pouco de especial há a fazer. São sobejamente conhecidas as providências a serem tomadas quanto à normalização dos coeficientes hemáticos, uréico, protéico e outros fatores metabólicos. A presença de fistulas e de tecido fungoso requerem debridamento e coagulação. Os processos infecciosos devem ser debelados pelos meios gerais. Quanto à anestesia, alguns autores preferem a ráqui contínua associada ao thionembatal e outros a narcose, que nos parece a melhor. Aconselham-se a colocação de um ca-

teter de Foley na bexiga e a sutura circular do anus.

O ato operatório requer grande precisão e conhecimento da anatomia topográfica da pelvis. Si bem que descrito largamente nos compendios de técnica, há certos pontos dignos de menção. Si o caso permitir, a resseção do pubis não deve ser procedida na sínfise e sim para fora da espinha, com o objetivo de ser poupada a inserção do corpo cavernoso. O seu comprometimento motiva sempre intensa e abundante hemorragia e, nos indivíduos moços, possíveis de boa recuperação, a desinserção do corpo cavernoso influencia sobre o mecanismo de ereção. Outro tempo importante refere-se à ligadura arterial. Onde deve ser procedida? Sempre que possível na íliaca externa. A ligadura da íliaca interna pôde ocasionar mortificação parcial ou total do retalho posterior por deficiência nutritiva. Ela deve ser, porém, realizada, nos casos em que se prevê grande hemorragia consequente a tumor muito vascularizado ou devido a aderências tumorosas aos vasos ilíacos externos. Devemos referir que a secção posterior do iliaco ou a desarticulação sacro-iliaca, é um tempo de extrema delicadeza e é neste momento que o choque pôde se instalar e ha o perigo de ferimento da veia hipogástrica. Se a formação tumerosa invade a massa glútea e não é possível aproveitar o seu plano muscular para a confecção do retalho posterior, este pôde ser constituído unicamente de pele, não havendo receio de que o côto venha a ficar fraco quando formado somente pelo tegumento, gordura subcutânea, fascia extraperitoneal e peritônio. Se o doente fôr submetido a bom tratamento pré-operatório e o ato cirúrgico decorrer sem acidente, o post-operatório costuma ser silencioso, exigindo somente os cuidados gerais dos

grandes operados. Alguns pacientes podem deixar o leito entre o 4º e o 10º dia e a ferida operatória curada no espaço de 2 ou 3 semanas. Os enfermos adaptam-se primeiramente ao uso de muletas e, em seguida, usam aparelhos protéticos. A recuperação é satisfatória havendo mesmo casos, como o de Judin, em que a paciente engravidou e pariu normalmente. Devemos mencionar que no post-operatório podem ser observadas certas complicações como

por exemplo: parestias intestinal e vesical, perturbações do esfinter anal e hernia.

Felizmente, graças ao progresso da técnica cirúrgica, da anestesia, às transfusões, oxigenioterapia e ao melhor conhecimento de patologia tumoral, os resultados imediatos e afastados da hemipelvectomia tem melhorado sobremodo. A mortalidade, que atingia outrora a 90 %, desceu a 14 % e a estatística de Pack acusa 6 casos sem mortalidade. As sobrevividas tem sido notados de 1 a 5 anos e mesmo mais.

OS NOSSOS CASOS

C. S. — 41 anos, solteiro, preto, registro 14 770, matriculado em 5-10-1949.

MOLÉSTIA ATUAL — Informa que há 6 meses começou sentindo dores na articulação coxo-femural direita. O seu mal foi tomado como sendo reumatismo e como tal tratado, sem resultado. A sua doença, no 4º mês de evolução, não lhe permitia caminhar devido a ter se instalado impotência funcional do membro inferior direito havendo aparecido, nessa época, tumoração no quadril homólogo que rapidamente cresceu até às dimensões atuais

EXAME — Paciente muito desnutrido, com facies de sofrimento, marcha com extrema dificuldade, apoiado em muletas. Apresenta apreciável tumoração em correspondência com a região coxo-femural direita, desvio da bacia e do tronco para este lado, rotação externa do membro inferior direito, que não está edemaciado. Quando de pé, apoia o corpo sobre o membro inferior oposto. Pela palpação da região enferma não se notam modificações de temperatura, batimentos ou expansão. Constata-se a existência de um tumor

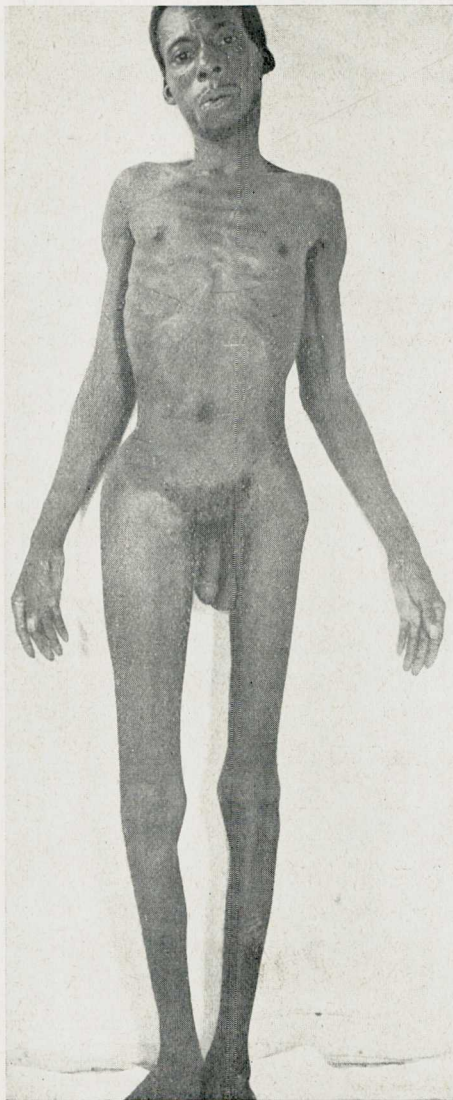


Fig. 2 — Reg. 14.770 — Observe-se a deformação da região coxo-femural direita.

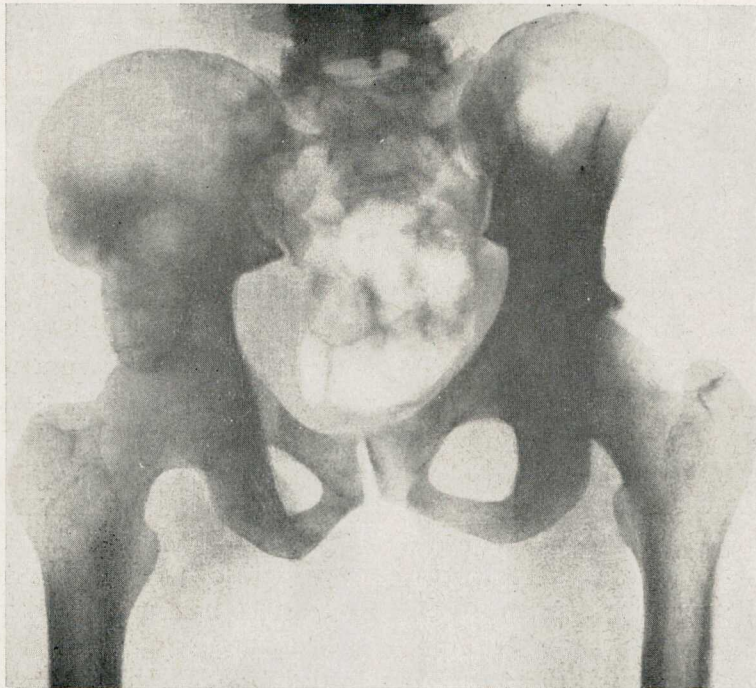


Fig. 3 — Reg. 14.770 — Radiografia da bacia. Observa-se lesão osteolítica, de aspecto não homogêneo e limites, irregulares, ocupando o corpo do ilíaco direito.

duro, pouco doloroso fazendo corpo integrante com o ilíaco e notado também pela palpação da fossa ilíaca interna. Ausência de formações locais de natureza ganglionar. Os movimentos ativos da articulação coxo-femoral direita são impossíveis e os provocados por manobras manuais despertam intensas dores e são praticamente nulos. Observa-se, também, estado de contratura dos músculos pelvitrocantarianos. Não existem massas anormais palpáveis no abdomen.

A exploração radiológica da pelvis e dos campos pulmonares revelou: "Lesão osteolítica, de aspecto não homogêneo e limites irregulares, pouco nítidos, ocupando o corpo do ilíaco direito, atingindo a cavidade cotilóide. Ausência de alterações evidentes na articula-

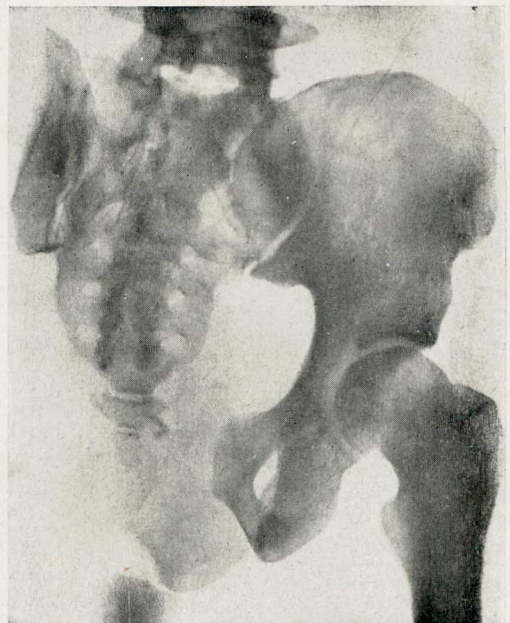


Fig. 4 — Reg. 14.770 — Radiografia da bacia, após o ato cirúrgico.

ção coxo-femural. Osteoporose do fêmur. Sarcoma osteogenico? Pulmões transparentes". (a.) Evaristo Machado — Não foram encontradas outras al-

terações ósseas sob o ponto de vista clínico e radiológico — Próstata, tiróide e cavum normais — Procedida biopsia da lesão do ilíaco, foi esclarecida a sua natureza: "Condro-sarcoma. (a) F. Fialho".

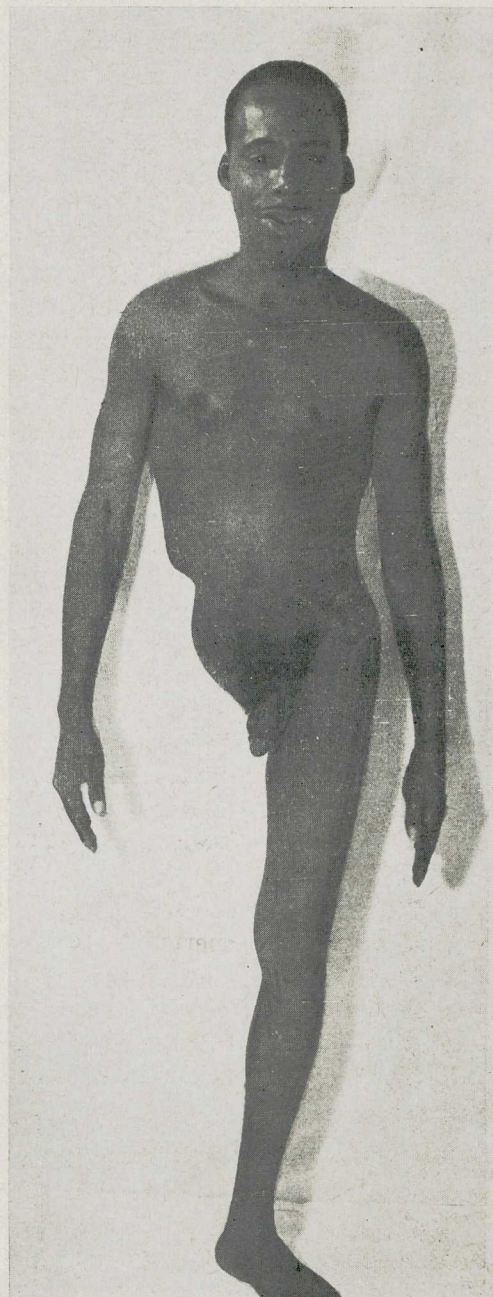
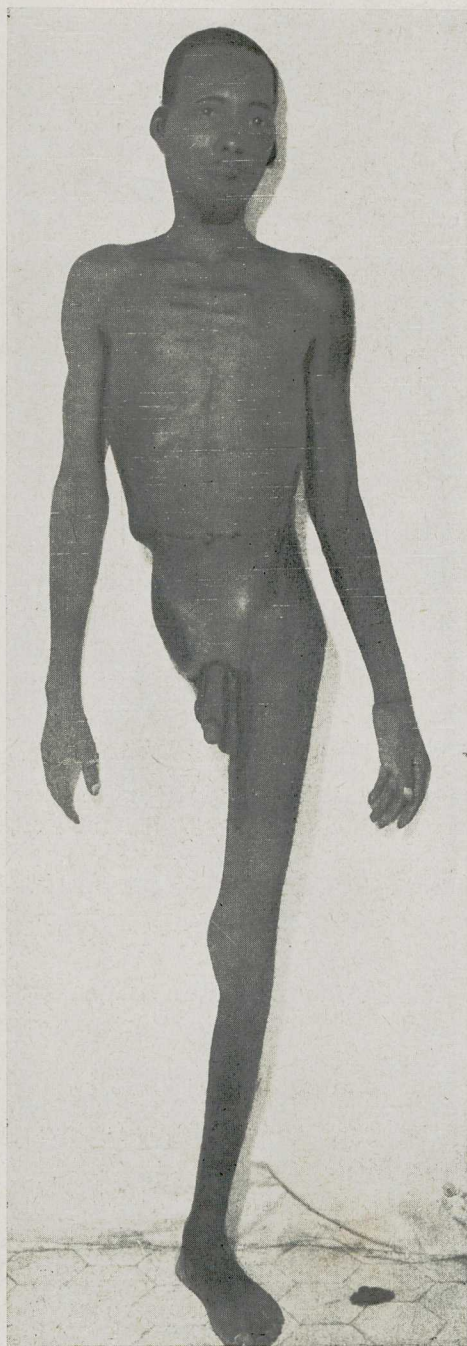


Fig. 5 — Reg. 14.770 — O doente visto após a operação.

Fig. 6 — Reg. 14.770 — O doente visto 4 meses após a hemipelvectomy.

Levado o caso à consideração da mesa redonda, esta determinou que se procedesse ao tratamento cirúrgico, sendo indicada a hemipelvectomy como recurso terapêutico.

TRATAMENTO — Operado em 2/12/1949 pelo Dr. Mário Kroeff. Anestesia geral pelo ciclopropano + oxigênio. Intervenção: hemipelvectomy direita. Durante o ato operatório ministraram-se 2 litros de sangue total. A operação decorreu sem acidente digno de nota — Constataram-se gânglios ilíacos internos, hipogástricos e lombáres que foram removidos. Tempo operatório: 3 horas. O doente suportou perfeitamente a intervenção.

SEQUÊNCIA — O período post-operatório decorreu sem acidente. Não houve qualquer alteração circulatória, respiratória, nervosa ou urinária digna de nota. Cicatrização per primam — O paciente conseguiu levantar-se e ficar

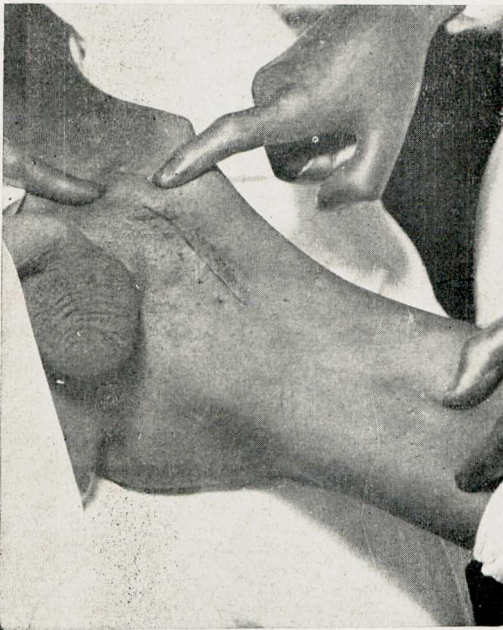


Fig. 7 — Reg. 16.611 — Lesão tumoral do terço inferior da perna e do pé.



Fig. 8 — Reg. 16.611 — Observam-se formação nodular no terço médio da coxa, admpatias, inguino crusais, assim como a cicatriz resultante da biópsia.

em pé sem apoio no 19º dia de post-operatório — em 31/4/1950 foi revisto em ótimas condições locais e gerais.

★

A. D. L. — 21 anos, branco, brasileiro, registro 16 611. Matriculado em 26/6/1950.

MOLÉSTIA ATUAL — Há um ano e três meses o membro inferior esquerdo tornou-se edemaciado, doloroso, surgindo dificuldade para caminhar devido aos sintomas mencionados. Procurou um médico que lhe receitou injeções de vitamina B com o que desapareceu o edema, persistindo dór no tornozelo. Este, no entanto, começou a

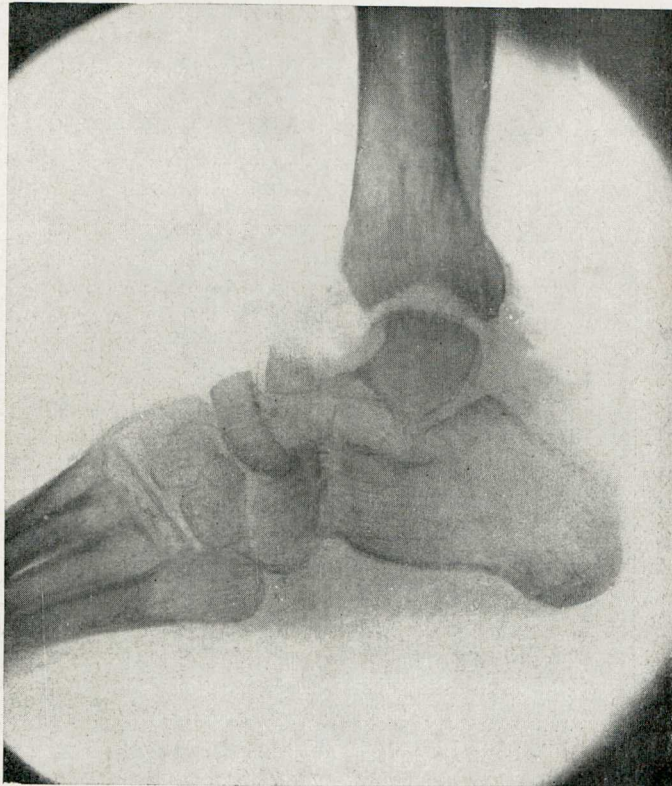


Fig. 9 — Reg. 16.611 — A radiografia do pé enfermo evidencia acentuada rarefação dos ossos deste segmento.

inchar, tornando-se volumoso, ao mesmo tempo que aparecia um gânglio na região inguino-crural homóloga. A biópsia feita na tumoração do tornozelo evidenciou suspeita de processo maligno e o exame histológico do gânglio referido, conforme laudo que trouxe o doente ao nos procurar, revelou:

“*Linfopatia sarcomatosa metastática*. Sarcoma fusocelular típico (Fibro-sarcoma). Invasão em massa. Apenas vestígios de estrutura ganglionar característica. Elementos neoplásicos da série conjuntiva, fusiformes, relativamente volumosos com núcleos hiper-cromáticos, organizados em feixes entrecruzados em tôdas as direções. Atividade cariocinética fraca”.

O paciente tem emagrecido bastante devido a inapetência com as dôres

constantes e tenazes que sente na articulação mencionada. Há muitas semanas que não deixa o leito; não pode caminhar porque o membro inferior esquerdo persiste inchado, pesado e as tentativas de marcha despertam-lhe dôres no tornozelo, joelho e articulação coxo-femural esquerda. O membro enfermo é mantido em flexão e apoiado em travesseiros. Não tem tosse, nem perturbações digestivas, circulatórias ou urinárias. Sente-se muito nervoso.

EXAME — Indivíduo moço, bastante emagrecido, pálido, queixando-se de fortes dôres no membro inferior esquerdo e não podendo caminhar. Mantém-se no leito em decúbito dorsal com o membro inferior fletido em rotação externa e abdução de modo a apoiá-lo no leito pela sua face externa. A região

do tornozelo esquerdo encontro-se aumentada de volume, séde de um processo tumoral que se estende desde a extremidade inferior da perna até o terço médio do pé. A tumoração é irre-

to limitados e são extremamente dolorosos. O paciente acusa mesmo dór intensa na ausência de qualquer tentativa de mobilização. Observamos no 1/3 médio da face interna da coxa esquer-

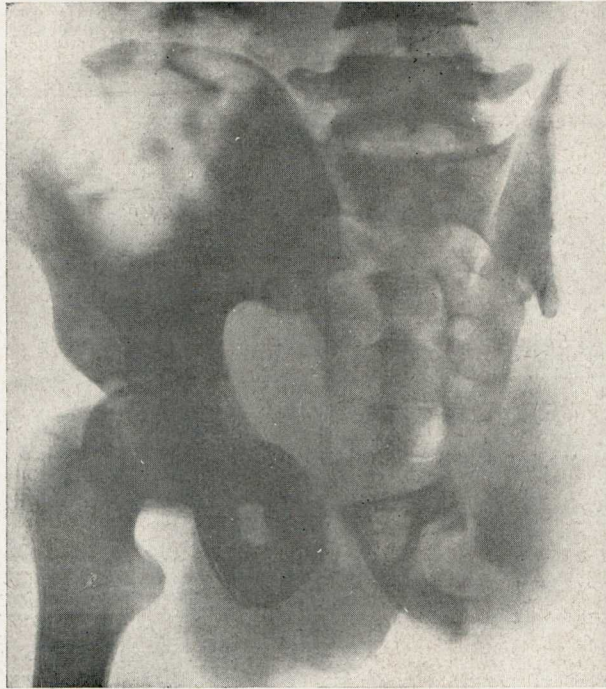


Fig. 10 — Geg. 16.611 — Radiografia da bacia, após a hemipelvectomia.

gular, bosselada, não atingindo o calcanhar. Sôbre o maléolo interno nota-se uma solução de continuidade da pele e dos tecidos sub-jacentes correspondente à biópsia feita e que não cicatrizou completamente. A pele apresenta-se normal em quasi tôda a extensão do tumor. Num ou noutro ponto mostra-se de aspécto mais brilhante e levemente hiperemiada. Não há circulação colateral apreciavel. A palpação, este tumor se apresenta de consistência variável, com zonas amolecidas de discreta flutuação e outras de consistência mais dura. Nas zonas amolecidas, a palpação provoca dór intensa. Os movimentos de articulação tibio-társica estão mui-

da formação tumerosa nodular, dura, movel e indolor. Na região inguino-crural cicatriz de ferida operatória com bom aspécto, correspondente à biópsia gânglionar. Palpam-se alguns gânglios duros indolores relativamente moveis. Massa gânglionar palpavel na fossa ilíaca esquerda dura e fixa. Ausência de adenopatias palpaveis noutras regiões. O exame palpatório do abdomen foi negativo, salvo a presença de formações gânglionares na fossa ilíaca esquerda, como já ficou mencionado. A exploração radiológica do tórax não evidenciou qualquer alteração para os campos pleuro-pulmonares e mediastino. Submetido o paciente a apreciação

da mesa redonda, juntando-se à observação clínica os exames complementares, ficou decidido que, em face do diagnóstico histo-patológico, da possível metástase existente na parte média

TRATAMENTO — Operado em 1/7/1950 pelo Dr. Alberto Coutinho. Anestesia geral com intubação, pelo ciclopropano oxigenio. Intervenção: hemipelvectomy esquerda. A operação

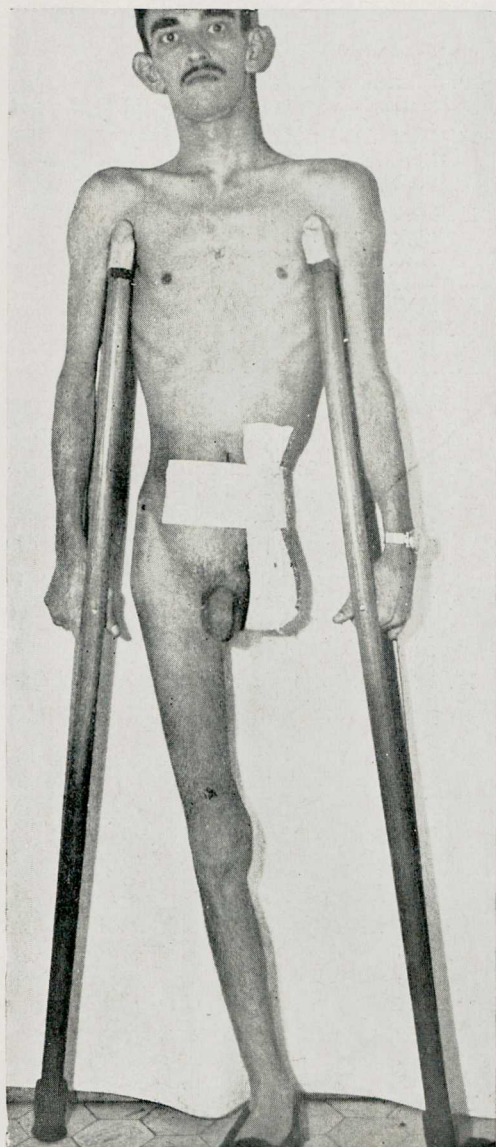


Fig. 11 — Reg. 16.611 — O doente, com 8 dias de operado, momentos antes de deixar o hospital.

da coxa, das adenopatias inguino-cruais e inguino-abdominais, estas já fixas, se realizasse uma hemipelvectomy esquerda.

realizou-se sem que houvesse qualquer acidente. As massas ganglionares iliacas aderiam ao plano muscular sotoposto, tornando-se quasi fixas. Foram en-

contrados gânglios ao longo dos vasos ilíacos, lombares e aórticos, tendo os mesmos sido removidos até às inserções do diafragma. É de supor a existência de idênticas formações acima deste músculo. Tivemos desejo de incisá-lo e remover as massas ganglionares que por ventura fossem encontradas. Temendo que o doente não suportasse a gravidade da operação nos abstermos de ir mais além. Durante o ato operatório, que durou 1 1/2 horas, o doente tomou 1 litro e meio de sangue total conservado. Ao deixar a sala de cirurgia o seu pulso era de 82 p/m e a pressão arterial de 11 Mx. e 8 Mm.

SEQUÊNCIA OPERATÓRIA: — O enfermo recuperou-se rapidamente. Não apresentou perturbações retais nem urinárias. A sonda vesical foi retirada no 3º dia, época em que o paciente exonerou espontaneamente sua bexiga. Estado geral sempre em progressão. Levantou-se no 4º dia. No 6º dia instalou-se foco supurativo na região operada tendo sido no 8º dia eliminados fragmentos mortificados de aponevrose. O tratamento post-operatório consistiu em manter o equilíbrio das constantes bio-químicas (sôro, vitaminas B e C, transfusão, etc.) e evitar qualquer surto infeccioso mediante o uso de antibióticos (penicilina, estreptomicina). A figura n.º 11 representa o paciente no dia de sua alta hospitalar e a n.º 10 dá idéia da ressecção iliaca realizada.

O exame histopatológico da peça operatória, realizada no Serviço, revelou: Sinovioma maligno. (a) Dr. Francisco Fialho).

BIBLOGRAFIA

1. Billroth, T.: Cited by Savariaud, W. (22)
2. Brittain, H. A.: Hindquarter amputation J. Bone Surg., 1949, 31-B:404
3. Cacciopoli, G.: Riforma med., 1894, 10 (pt. 2):819
4. Cooper, W. G., Zumwalt, W., and Sugarbaker, E. D.: Surgery, 1944 16:886.
5. Ehrenfried, A.: J. Am. M. Ass., 1915, 64:1642.
6. Idem: J. Am. M. Ass., 1917, 68:502.
7. Ferrero, V.: Arch. ital. chir., 1925, 12:236.
8. Fierro, Dario Fernandes: La desarticulation interilio-sacro pulica. Jour. International Coll. Sug. 6, 368, 374, 1943.
9. Fitzwilliams, D. C. L.: Proc. R. Soc. M., Lond., 1938, 31, 548.
10. Girard, C.: Sur la desarticulation interilio-abdominale. Congres franc. de chir., 9.823, 1895.
11. Idem: Sur la disarticulation inter-ilio-abdominale. Rev. Chir., Paris, 18, 1141-1143, 1898.
12. Gordon-Taylor, G., and Wiles Phipip: Interinnomino-abdominal (Hindquater) Operation. Brit. Jour. Surg., 22, 671-695, 1935.
13. Ilem: A further Rewiew of the interinnomino abdominal Operations: Eleven Personal Cases. Brit. Jour. Surg., 27, 643-650, 1940.
14. Jaboulay M.: Lyon med. 1894, 75:507.
15. Judin, Sergey S.: Ilio-abdominal Amputation in a Case of Sarcoma; Recovery: Pregnancy and Birth of a Living Child Surg., Gynec. and Obst., 43, 668-676, 1926.
16. Leighton, W. E.: Interpelviabdominal Amputation: Report of Three Cases. Arch. Surg., 45, 913-925, 1942.
17. Morton, John, J.: Interinnomono-abdominal (Hindquater) Amputation. Annals of Surgery, 115, 628-646, 1942.
18. Pack, George T., Mcncer, Gordon. and Coley, Bradley, L.: Interscapulothoracic Amputation for Malignant Tumores of the Upper Extermity: Report of Thirty-One Consecutive Cases, Surg., Gynec., and Obst., 74, 161-175, 1942.
19. Idem: and Reckers, Paul: The Management of Malignant Tumors in the Groin. Amer. Jour. Surg., 56, 545-565, 1942.
20. Phemister, D. B.: Surg. Gyn. Obst., 1930, 5-216.
21. Pringle, J. Hogarth: The Interpelvi-abdominal Amputation. Notes on Two Cases, Brit. Jour. Surg., 4, 283-296, 1916.
22. Savariaud, W.: Rev. Chiv., Paris, 1902, 26:350.
23. Stewart, F. W.: Am. J. Path., 1931, 7:87.
24. Sugarbaker, Everett D., and Ackerman, Lauren V.: Disarticulation of the Innominate Bone for Malignat Tumors of Pelvic Parietes and Upper Thigh. Surg., Gynec., and Obst. 81, 36-52, 1945.
25. Warren, S.: Am. J. Path., 1931, 7:161.
26. Wlliams, E. R. Brit. J. Radiol., 1934, 7:45.
27. Wilson, H. Ann. Surg., 1941, 113:95.