

TÉCNICA OPERATÓRIA DO Esvaziamento ÍLIO-INGUINAL COM A INCISÃO DE GIBSON MODIFICADA.

ORNELLAS, A. A. (*)
RANGEL, J. R. M. (*)
LINHARES, E. R. M. (*)
SEIXAS, A. L. C. (**)

* Médico-cirurgião do INCa.

** Chefe do serviço de cirurgia urológica.

INTRODUÇÃO

O esvaziamento ílio-inguinal constitui cirurgia de interesse de diversas especialidades e apresenta uma grande multiplicidade de técnicas cujo resultado é avaliado pelo maior número de linfonodos ressecados e menor índice de complicações pós-operatórias. Os autores descrevem a técnica inédita que vêm utilizando, com excelentes resultados, para o esvaziamento mediante uma única incisão, a incisão de Gibson modificada.

POSIÇÃO OPERATÓRIA

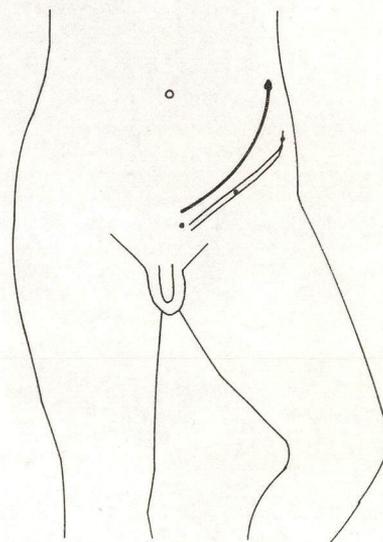
Utilizamos o decúbito dorsal, estando o membro superior do lado a ser operado em rotação externa com flexão da perna sobre a coxa formando um ângulo de aproximadamente 100°. Os campos são colocados de maneira a propiciar mobilização da

outra perna nos casos de esvaziamento bilateral.

INCISÃO CUTÂNEA

A incisão cutânea preconizada é uma modificação da incisão de Gibson, utilizada para o acesso ao uréter inferior. É uma incisão arqueada estendendo-se de um ponto 2 cm acima do tubérculo púbico até outro ponto situado 2 cm medialmente à espinha ilíaca ântero-superior, passando 2 cm acima do ligamento inguinal.¹ Incisamos os planos superficiais até atingirmos a aponeurose do músculo oblíquo externo. Por acreditarmos que parte da nutrição do retalho, situado inferiormente seja fornecida pela borda superior da incisão, evitamos a eletrocoagulação excessiva, utilizando ligaduras para os vasos maiores. Esta é a incisão básica nos casos não complicados, sendo

modificada apenas nas lesões ulceradas onde, pela necessidade de guardar uma margem de segurança de 3 cm, visando evitar a desastrosa recidiva local, procedemos a incisões atípicas amplas, mesmo que tenhamos de lançar mão de outros meios para reconstrução. (FIG. 1)



ESVAZIAMENTO ILÍACO – OBTURADOR

Iniciamos a dissecação sempre pelo esvaziamento ilíaco, uma vez que a simples manipulação destes condutos linfáticos promove a liberação de células neoplásticas.

O acesso aos vasos ilíacos é feito mediante a secção das aponeuroses, musculatura da parede abdominal, permanecendo íntegro o peritônio que é deslocado medialmente, procedendo-se toda a cirurgia por via extra-peritonial. Iniciamos a dissecação a nível da bifurcação da aorta, sendo o uréter deslocado no sentido medial. Procedemos ao esvaziamento de todo o tecido gorduroso-linfático que acompanha os vasos ilíacos externos e internos, tendo por limites: o músculo psoas maior lateralmente, o nervo Obturador medialmente, e o anel crural inferiormente, onde é retirado o linfonodo de Cloquet. (Fig. 2) Após revisão cuidadosa da hemostasia, colocamos dreno de aspiração tipo Hemovac por contra-abertura, exteriorizado pelo flanco. A síntese se faz em plano único com pontos separados de fio insbsorvível. Este acesso é por nós considerado de extrema valia uma vez que ocasionalmente necessitamos atingir os linfonodos para-aórticos, bastando para tanto, prolongar superiormente a incisão e também porque não alterando a estrutura do ligamento inguinal desaparecem as

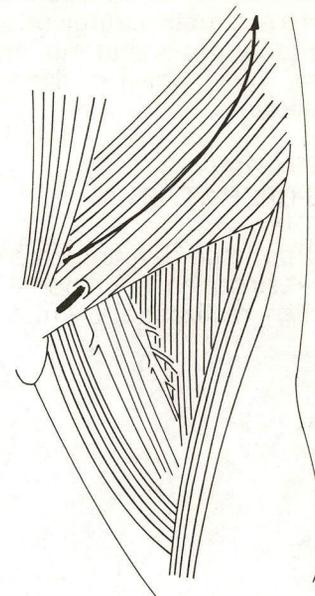
hérnias pós-operatórias, sempre de difícil correção.

DESCOLAMENTO DO RETALHO

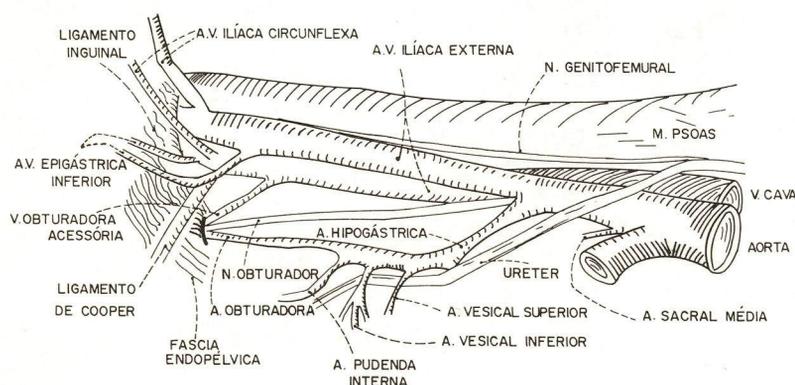
A borda superior da incisão é levantada com ganchos de pele e procedemos à feitura do retalho com bisturi, superficialmente à *fascia superficialis*, plano pouco vascularizado. Aqui também fazemos uso criterioso do bisturi elétrico para coagulação, uma vez que muitos destes pequenos vasos param de sangrar com simples compressão. O descolamento do retalho é continuado à semelhança de um túnel tendo por limites: lateralmente o m. tensor da fascia lata, medialmente o m. adutor médio, inferiormente o vértice do triângulo de Scarpa e o limite superior será a própria incisão, isto é, o tecido gorduroso situado 2 cm acima do ligamento inguinal. (Fig. 3)

ESVAZIAMENTO INGUINAL

A delimitação da peça é feita segundo modificações do quadrilátero determinado por DASELER², cujos limites para o adulto médio são: superior, uma linha paralela 1 cm acima do ligamento inguinal iniciada no tubérculo púbico e finda na espinha ilíaca ântero-superior; lateral, uma linha de 20 cm de comprimento iniciada no limite lateral da linha superior; medial,



uma linha iniciada no tubérculo púbico estendendo-se inferiormente até o limite da linha lateral e inferior pela junção dos limites lateral e medial. No limite inferior, após a ligadura dupla da veia safena interna, no vértice do triângulo de Scarpa, utilizamos pontos separados no tecido celular subcutâneo, pois constatamos que a ligadura destes linfáticos oriundos da perna diminui a incidência de linfocele pós-operatória. Retornamos à dissecação com bisturi de cima para baixo, mobilizando a peça progressivamente até exposição dos vasos femurais e da junção safeno-femural quando então procedemos a dupla ligadura da veia safena interna, promovendo-se então a retirada da peça com esqueletização dos vasos. Após revisão da hemostasia, procedemos a drenagem de aspiração com dreno tipo Hemovac por contra-abertura, exteriorizando-se pela face interna da coxa abaixo do limite inferior de dissecação. Não realizamos a transposição do músculo Sartório uma vez que não temos complicações evitáveis por esta medida. Realizamos a síntese da pele com pontos de Donatti de mononáilon 4.0. As figu-



ras 4, 5, 6, 7 mostram os diversos tempos cirúrgicos e o resultado pós-operatório imediato, no momento da alta do paciente.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

O paciente deverá permanecer restrito ao leito por 4 a 5 dias realizando exercícios

fisioterápicos leves para evitar acidentes trombo-embólicos. Os drenos permanecem enquanto forem funcionantes, geralmente também por este período. Só nos valem de antibioticoterapia profilática em casos de comprometimento cutâneo pela neoplasia ou pacientes com infecções repetidas de membro inferior tipo erisipela. Aconselhamos a utili-

zação de meia elástica após alta nos casos de bilateralidade do esvaziamento e evitar a posição supina por tempo prolongado.

BIBLIOGRAFIA

1. GLENN, J. F. AND, BOYCE, W. H. *Urologic Surgery*, Harper and Row, New York, 1969, pg. 151
2. DASELER, E. H. ET AL: *radical excision of the inguinal and iliac lymph glands*. Surg. Gynec. Obst. 87: 679, 1948



Figura 4 — Confeção do Túnel subcutâneo e ligadura da veia safena no vértice do triângulo de Scarpa.

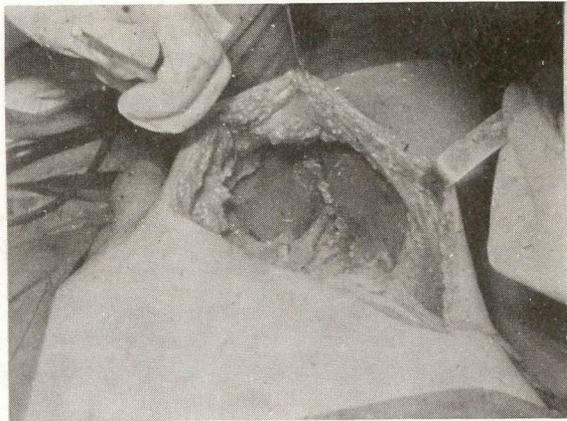


Figura 5 — Esvaziamento inguinal concluído.

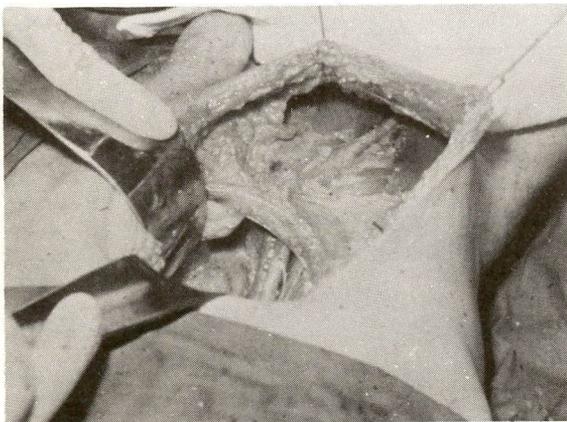


Figura 6 — Visão do campo operatório após completado o esvaziamento ilíaco-obturador e inguinal.



Figura 7 — Resultado local após esvaziamento ílio-inguinal bilateral por blastoma de pênis — Dia da alta do paciente.