

Esvaziamento inguinoilíaco: técnica e tática operatórias

FERNANDO C. GENTIL¹, ADEMAR LOPES², ITAMAR TRINDADE NEVES EPIFÂNIO²,
SILVIO DE FREITAS CAVALCANTI², ARTHUR OSCAR DE SOUZA E SA²

Unitermos: Linfadectomia, Metástase inguinoilíaca.

Key words: Lymph node dissection, Groin metastasis.

RESUMO — É apresentada a técnica e tática cirúrgicas do esvaziamento inguinoilíaco para o tratamento das metástases linfonodais da região. Os tempos operatórios estão bem ilustrados e obedecem aos princípios da cirurgia oncológica atual.

DEFINIÇÃO

É uma ressecção preferencialmente em monobloco dos linfonodos, vasos linfáticos e tecido areolar de sustentação da cadeia ilíaca primitiva, externa e interna, do conteúdo da fossa obturadora e do triângulo de Scarpa.

INDICAÇÃO

Metástases linfonodais da região inguinoocrural e/ou inguinoilíaca, uni ou bilateral.

SUMMARY

The AA. present their surgical technique in performing groin dissection for the treatment of lymph node metastasis.

Técnica e tática cirúrgicas como são realizadas no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A.C. Camargo — Fundação Antônio Prudente, São Paulo. Recebido em 29/7/86. Aprovado para publicação em 4/8/86.

1. Diretor do Departamento de Cirurgia Pélvica.

2. Titular do Departamento de Cirurgia Pélvica.

TÉCNICA E TÁTICA OPERATÓRIAS

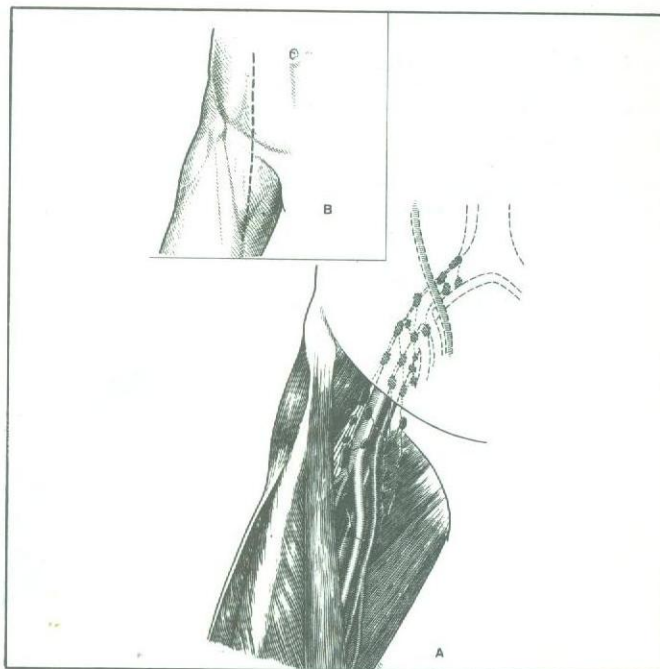


Fig. 1 — **A)** Esquemáticamente, observam-se os linfonodos e canais linfáticos ao longo dos vasos ilíacos primitivos, externos e internos, e também o conteúdo linfático do triângulo de Scarpa. O ureter é visto cruzando os vasos ilíacos primitivos imediatamente acima de suas bifurcações. **B)** Paciente em decúbito dorsal com seu membro inferior em ligeira abdução e flexão. Incisão da pele e tecido celular subcutâneo até o limite da fáscia superficial, iniciando-se superiormente, em um ponto ao nível e cerca de três dedos transversos laterais à cicatriz umbilical, dirigindo-se para baixo, em linha reta até o vértice do triângulo de Scarpa.

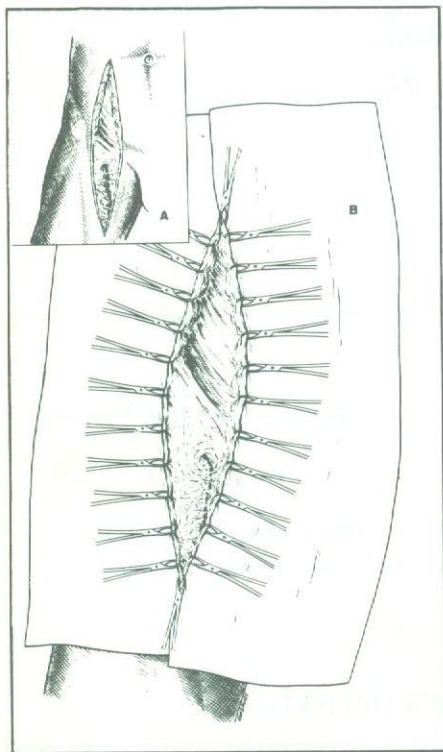


Fig. 2 — A) Com a pele e o tecido celular subcutâneo já incisados, observa-se, por transparência e sob a fáscia profunda, a aponeurose do músculo grande oblíquo, a arcada de Poupart e a veia safena magna envolta em tecido areolar frouxo. **B)** Observam-se as bordas da ferida operatória protegidas por campos secundários, presos com pinça de Adair que serão utilizadas para tração dos retalhos, permitindo sua cuidadosa dissecação no plano limítrofe entre as fáscias superficial e profunda.

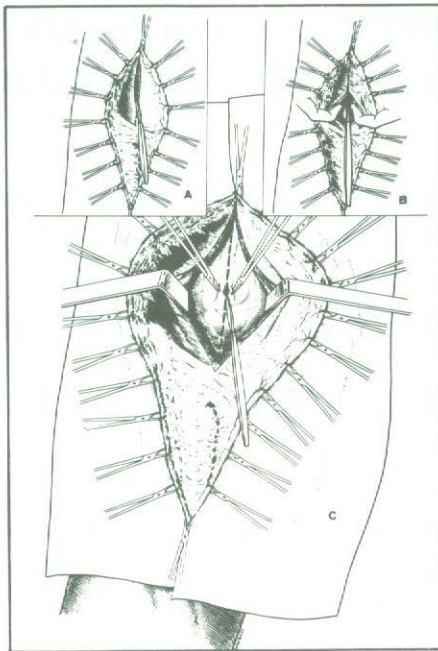


Fig. 3 — A e B) Secção do tecido músculo aponeurótico da parede látero-inferior do abdome que inclui os músculos grande e pequeno oblíquo e transversos. Visualiza-se, em B, o peritônio sob a musculatura. **C)** Completada a secção do plano muscular, o peritônio é visualizado, reparado e aberto, a fim de permitir a exploração minuciosa do conteúdo abdominal e julgar da indicação do prosseguimento da cirurgia.

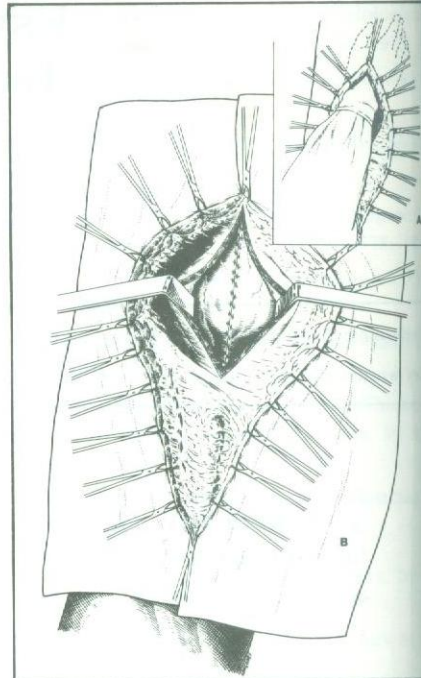
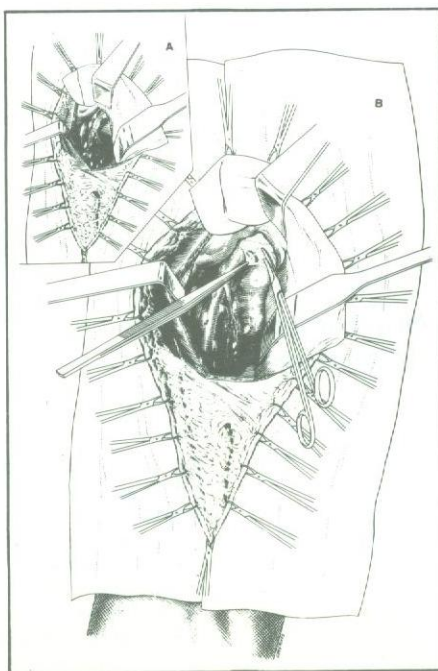


Fig. 4 — A) Através da abertura peritoneal, procede-se à exploração abdominal de maneira a mais minuciosa possível. **B)** Observa-se a incisão peritônea já fechada por intermédio de sutura contínua usando-se fio de catagute 2/0 cromado.

Fig. 5 — A) O peritônio e seu conteúdo são afastados por dissecação romba no sentido cranial e medial, proporcionando ampla exposição do campo operatório com visualização dos vasos ilíacos, linfonodos e tecido areolar que os envolve. **B)** O esvaziamento ilíaco propriamente dito é iniciado superiormente, logo abaixo da bifurcação da aorta, à ponta de tesoura.

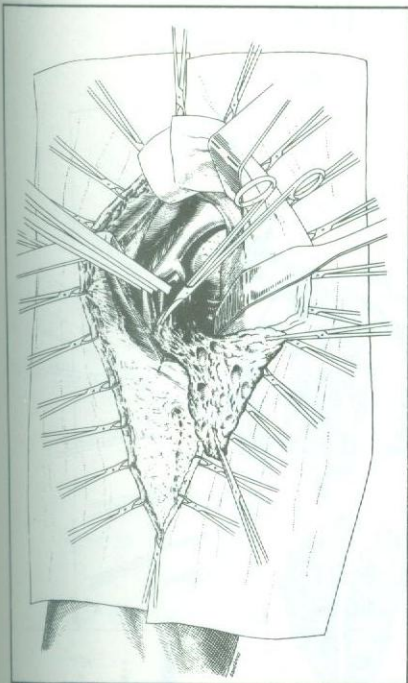


Fig. 6 — A) Mantém-se o peritônio rebatido com afastadores apropriados e remove-se o tecido areolar e linfático em torno dos vasos ilíacos, no sentido craniocaudal. Com os vasos ilíacos reparados com drenos de Penrose, procede-se à dissecção cuidadosa da artéria em primeiro lugar, seguida da veia até próximo ao ligamento inguinal. A seguir, efetua-se o esvaziamento da fossa obturadora em monobloco com o tecido já liberado dos vasos ilíacos, sendo este conjunto mantido preso em torno dos vasos ao nível da arcada inguinal, que será seccionada conforme mostra o tracejado.

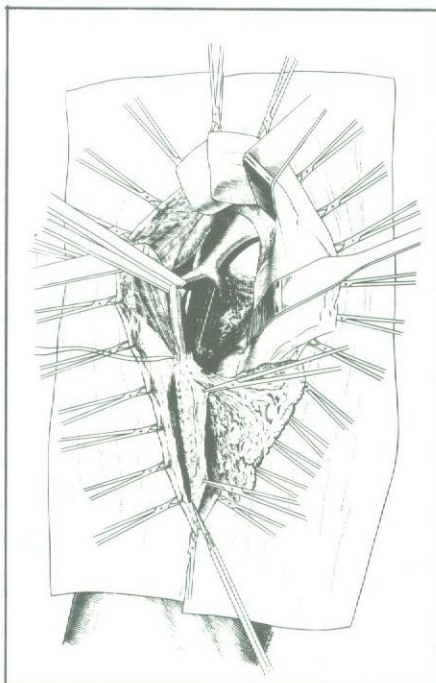


Fig. 7 — O esvaziamento ilíaco propriamente dito está concluído. Observa-se a fossa obturadora completamente dissecada, assim como também a limpeza ao longo dos vasos ilíacos primitivos, externos e internos com suas colaterais. Vêem-se também de fora para dentro as seguintes estruturas anatômicas: músculo psoas, nervo femorocutâneo, nervo obturador e o ureter, este último preso ao peritônio posterior. A arcada inguinal foi seccionada. Com o bisturi procede-se ao descolamento dos retalhos laterais até o músculo sartório e, medialmente, até o músculo adutor médio, mantendo-se sempre o plano de dissecção entre as fáscias superficial e profunda. Inicia-se o esvaziamento inguinal propriamente dito, seccionando-se a fáscia sobre os músculos sartório e adutor médio, sendo a mesma reparada com pinças que servirão para tração. Os vasos femorais estão visíveis por transparência.

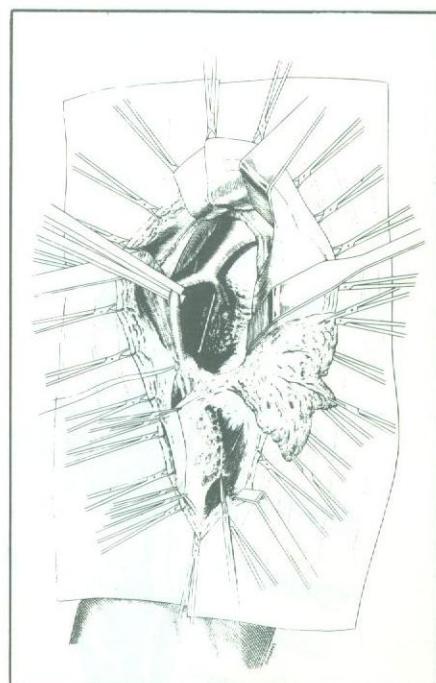


Fig. 8 — Inferiormente e sobre a borda medial do adutor médio, observa-se a veia safena magna já ligada e seccionada. Tracionando-se a peça, descola-se o tecido celuloadiposo e linfático do triângulo de Scarpa incluindo a fáscia muscular até expor os vasos femorais, que serão isolados e dissecados cuidadosamente, a partir do vértice do referido triângulo.

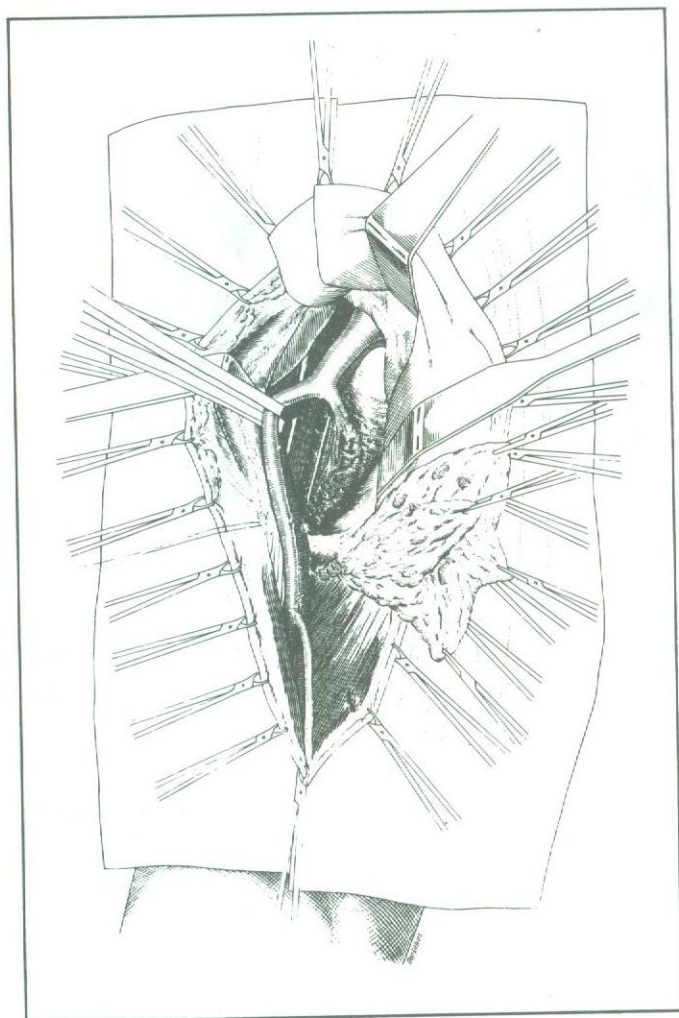


Fig. 9 — A peça operatória foi levantada após a dissecação cuidadosa dos vasos femorais, estando presa à veia do mesmo nome por intermédio da safena magna que, em seguida, será triplamente ligada e seccionada entre a segunda e a terceira ligadura. A peça operatória é retirada em monobloco com o esvaziamento ilíaco e crural. Observam-se as ligaduras dos cotos dos ramos da artéria femoral e tributárias da veia e, em profundidade, o ligamento de Cooper. De fora para dentro vêem-se as seguintes estruturas anatômicas: borda medial do músculo sartório, ramos do nervo femoral, artéria e veia femorais, veia safena interna prestes a ser seccionada. Infero-medialmente, observa-se a borda interna do músculo adutor médio, coto da safena magna ligado e seccionado e a penetração dos vasos no canal dos músculos adutores.

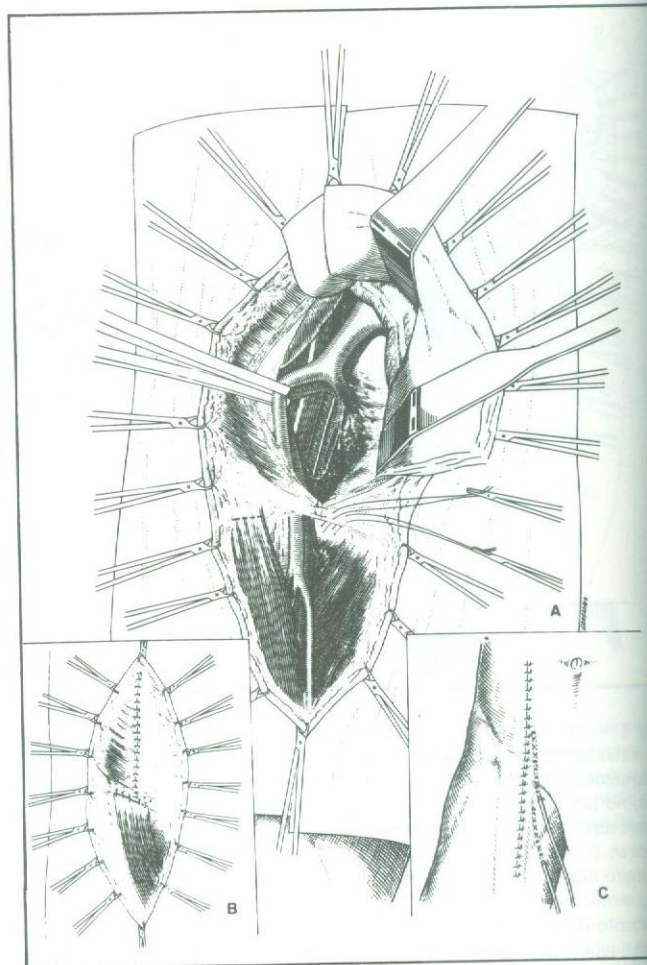


Fig. 10 — A) Após a remoção da peça cirúrgica inicia-se a reconstrução da ferida operatória. A arcada inguinal é refeita com a aproximação e sutura de seus dois cotos. A seguir, fixa-se a arcada inguinal ao ligamento de Cooper com fios inabsorvíveis, prevenindo assim a formação de hérnia crural. Observa-se o tracejado onde o músculo sartório será seccionado, a fim de ser transposto medialmente para proteger o pedículo vasculonervoso da coxa. B) O plano muscular da parede abdominal já foi reconstruído, observando-se superiormente a síntese da aponeurose do músculo grande oblíquo com pontos de fios inabsorvíveis. Inferiormente, vê-se o músculo sartório já transposto em sua porção superior e fixo ao ligamento inguinal. C) O leito operatório é drenado usando-se preferencialmente o sistema de sucção com dois ramos, um para o espaço retroperitoneal e o outro para o triângulo de Scarpa. A seguir, faz-se a síntese da pele com pontos de fios inabsorvíveis.