

COMPLICAÇÕES EM LINFADENECTOMIA PÉLVICA PARA CÂNCER DE BEXIGA

Sidney Castro de Abreu
Fellow em Laparoscopia Cleveland Clinic Foundation
Doutorando Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto
ANDROS – Hospital Santa Helena de Brasília

1. Introdução

A linfadenectomia pélvica bilateral é rotineiramente realizada durante cistectomia radical aberta para câncer de bexiga com invasão muscular. Os resultados de longo prazo em pacientes com gânglios positivos sugerem haver um real papel curativo da linfadenectomia no câncer de bexiga. De fato, a linfadenectomia nos dá importantes informações a cerca do estadiamento do tumor e pode até mesmo ter caráter terapêutico, em especial no envolvimento micrometastático dos gânglios e particularmente quando as micrometástases atingem menos de 5 linfonodos.

Demonstrada sua utilidade e eficácia, atualmente permanece a discussão a cerca do limite proximal de dissecação na linfadenectomia pélvica para câncer de bexiga; uma vez que, trabalhos recentes demonstram algum benefício em se incluir tecido linfonodal localizado 2 – 3 cm acima da bifurcação da aorta. Estando claro que a laparoscopia trata-se de uma via de acesso que visa duplicar os princípios estabelecidos pela via aberta convencional, todos os esforços devem ser feitos para a realização, quando indicada, de linfadenectomia pélvica estendida por via laparoscópica. Mesmo que isto possa resultar, assim como na cirurgia aberta, em um maior potencial de complicações peri-operatórias para o paciente. (1 – 3)

Diante do acima exposto, a equipe composta pelos urologista Sidney

Abreu, Anibal Branco, Márcio Lamy e Gilvan Neiva realizou com sucesso o primeiro caso de linfadenectomia pélvica ampliada no Brasil, tendo como limites de dissecação: 1) DISTAL – o linfonodo de cloquet, 2) LATERAL – o nervo gênito femural, 3) MEDIAL – a bexiga, 4) INFERIOR – o nervo obturatório, 5) PROXIMAL – a bifurcação da aorta. (**Figuras 1 A e B**)

2. Técnica cirúrgica e seu impacto sobre as complicações:

O primeiro aspecto técnico referente a realização de linfadenectomia pélvica ampliada durante cistectomia radical laparoscópica diz respeito ao posicionamento dos portais. É crucial que o trocater primário seja inserido cerca de 2 polpas digitais acima da cicatriz umbilical, o que permite acesso ao limite proximal da dissecação: a bifurcação da aorta. Outro aspecto técnico importante diz respeito ao momento em que se deve realizar a linfadenectomia: antes ou depois da retirada da bexiga. Pessoalmente acredito que a linfadenectomia deva ser realizada após a cistectomia propriamente dita. Desta feita, a bolsa de extração contendo a peça cirúrgica da cistectomia é posicionada, com sua “boca aberta”, no fundo da cavidade pélvica e a medida que os linfonodos vão sendo dissecados, os mesmos vão sendo inseridos no saco de extração não ficando em nenhum momento livres no interior da cavidade abdominal. Por outro lado, alguns advogam que ao realizar a linfadenectomia como primeiro tempo, torna-se mais fácil a dissecação e o controle dos pedículos vasculares da bexiga. (4 – 8).

Ainda do ponto de vista técnico, vale ressaltar que todos os linfáticos da região delimitada (limites da linfadenectomia ampliada) devem ser removidos, ficando o músculo psoas completamente desnudo bilateralmente. Tanto o tecido linfático anterior como posterior aos vasos devem ser removidos. Para realização de tal dissecação, julgamos de muita valia a utilização de um gancho

laparoscópico, que permite ao cirurgião dissecar com segurança o tecido linfático aderido aos vasos ilíacos. Uma vez que o tecido linfático é “enganchado”, afastado da estrutura nobre e somete então a corrente elétrica é ativada com segurança. Outro ponto importante, remete ao fato da obrigatoriedade de se clipar quaisquer vasos linfáticos mais calibrosos, evitando assim a ocorrência desagradável de fístulas linfáticas de alto débito e até mesmo de espoliantes ascite quilosas. Finalmente, os gânglios linfáticos devem ser dissecados de forma integral, sem serem seccionados, sob pena de haver extravasamento local de células malignas e recidiva tumoral pélvica. (4 – 8)

3. Mensagem:

Sendo a cistectomia radical laparoscópica com linfadenectomia pélvica ampliada e a construção do reservatório urinário um procedimento tecnicamente difícil, de certa forma demorado e fisicamente desgastante para a equipe cirúrgica. Vale a pena considerar a possibilidade da utilização de duas equipes cirúrgicas que se alternariam entre a parte extirpativa e reconstrutiva do procedimento. Assim diminuindo a fadiga dos cirurgiões e aumentando a eficácia do procedimento. (9-11)

É crucial que os princípios oncológicos estabelecidos pela cirurgia aberta tradicional sejam respeitados. Desta feita, quando indicado, não há limitação técnica para realização de linfadenectomia pélvica ampliada por via laparoscópica e os cuidados técnicos acima descritos são de grande valia para redução de complicações intra e pós operatórias. (9 -11)

4. Referências Bibliográficas:

1. Vieweg, J., Gschwend, J. E., Herr, H. W. and Fair, W. R.: Pelvic lymph node dissection can be curative in patients with node positive bladder cancer. *J Urol*, **161**: 449, 1999
2. Stein, J. P., Lieskovsky, G., Cote, R., Groshen, S., Feng, A. C., Boyd, S. et al: Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. *J Clin Oncol*, **19**: 666, 2001
3. Skinner, D. G.: Management of invasive bladder cancer: a meticulous pelvic node dissection can make a difference. *J Urol*, **128**: 34, 1982
4. Stein, J. P., Cai, J., Groshen, S. and Skinner, D. G.: Risk factors for patients with pelvic lymph node metastases following radical cystectomy with en bloc pelvic lymphadenectomy: the concept of lymph node density. *J Urol*, **170**: 35, 2003
5. Poulsen, A. L., Horn, T. and Steven, K.: Radical cystectomy: extending the limits of pelvic lymph node dissection improves survival for patients with bladder cancer confined to the bladder wall. *J Urol*, **160**: 2015, 1998
6. Leissner, J., Hohenfellner, R., Thuroff, J. W. and Wolf, H. K.: Lymphadenectomy in patients with transitional cell carcinoma of the urinary bladder; significance for staging and prognosis. *BJU Int*, **85**: 817, 2000
7. Konety, B. R., Joslyn, S. A. and O'Donnell, M. A.: Extent of pelvic lymphadenectomy and its impact on outcome in patients diagnosed with bladder cancer: analysis of data from the Surveillance, Epidemiology and End Results Program data base. *J Urol*, **169**: 946, 2003
8. Herr, H. W., Bochner, B. H., Dalbagni, G., Donat, S. M., Reuter, V. E. and Bajorin, D. F.: Impact of the number of lymph nodes retrieved on outcome in patients with muscle invasive bladder cancer. *J Urol*, **167**: 1295, 2002

9. Schuessler, W. W., Vancaillie, T. G., Reich, H. and Griffith, D. P.: Transperitoneal endosurgical lymphadenectomy in patients with localized prostate cancer. *J Urol*, **145**: 988, 1991
10. Gill, I. S., Fergany, A., Klein, E. A., Kaouk, J. H., Sung, G. T., Meraney, A. M. et al: Laparoscopic radical cystoprostatectomy with ileal conduit performed completely intracorporeally: the initial 2 cases. *Urology*, **56**: 26, 2000
11. Turk, I., Deger, S., Winkelmann, B., Schönberger, B. and Loening, S. A.: Laparoscopic radical cystectomy with continent urinary diversion (rectal sigmoid pouch) performed completely intracorporeally: the initial 5 cases. *J Urol*, **165**: 1863, 2001

5. Legenda das Figuras:

Figuras 1 A e B: Limites da linfadenectomia pélvica ampliada durante cistectomia radical laparoscópica: DISTAL – o linfonodo de cloquet, LATERAL – o nervo gêmeo femural, MEDIAL – a bexiga, INFERIOR – o nervo obturatório, PROXIMAL – a bifurcação da aorta.

