

# Linfadenectomia no câncer gástrico com *hook* laparotômico

## *Lymphadenectomy in gastric cancer with laparotomic hook*

ANDRÉ ROSSETTI PORTELA, ACBC-MG<sup>1</sup>; MÁRIO GISSONI DE CARVALHO<sup>2</sup>; JOSÉ DE ALENCAR GONÇALVES DE MACEDO<sup>3</sup>

### R E S U M O

O câncer gástrico é uma neoplasia frequente e de tratamento cirúrgico. Gastrectomia com linfadenectomia D2 é o procedimento padrão com intuito curativo. Os autores relatam o uso do *hook* laparotômico como alternativa técnica para linfadenectomia.

**Descritores:** Neoplasias. Neoplasias gástricas. Terapêutica. Procedimentos cirúrgicos operatórios. Excisão de linfonodo.

### INTRODUÇÃO

Apesar dos registros de redução da incidência do câncer gástrico (CG), este continua sendo o quarto tumor mais frequente e a segunda causa de morte no mundo. Nos últimos anos, cirurgiões japoneses realizaram grandes esforços para melhorar os resultados do tratamento cirúrgico do CG e introduziram a idéia da linfadenectomia sistematizada por estações, o que resultou em melhor estadiamento, melhora do prognóstico e sobrevida, embora estes resultados muitas vezes não sejam reproduzidos no ocidente<sup>1-3</sup>. A dificuldade técnica, a falta de adestramento e a indisponibilidade de instrumental adequado são as possíveis causas de insucesso da linfadenectomia do CG.

O escopo do trabalho é descrever uma alternativa técnica, para a execução da linfadenectomia, executada com sucesso em 18 pacientes com câncer gástrico na Santa Casa de Belo Horizonte e Instituto Mário Penna/Hospital Luxemburgo – Belo Horizonte, MG, Brasil.

#### Aspectos Técnicos

O *hook* laparotômico (HL) é constituído de uma haste metálica com ponta em L, sem superfície cortante, recoberto por material isolante na haste. O calibre do HL deve ser adaptado à caneta de cautério usada na instituição. Uma alternativa é a confecção de uma caneta de cautério de uso permanente, autoclavável com um HL na extremidade. O comprimento do HL deve variar com o tamanho e compleição física do paciente, devendo o cirurgião possuir, segundo opinião dos autores, um *hook* com cinco, e outro com dez centímetros. (Figura 1)

A dissecação da cadeia D2 pode ser feita após a ressecção do estômago, omento maior, lâmina intercólona

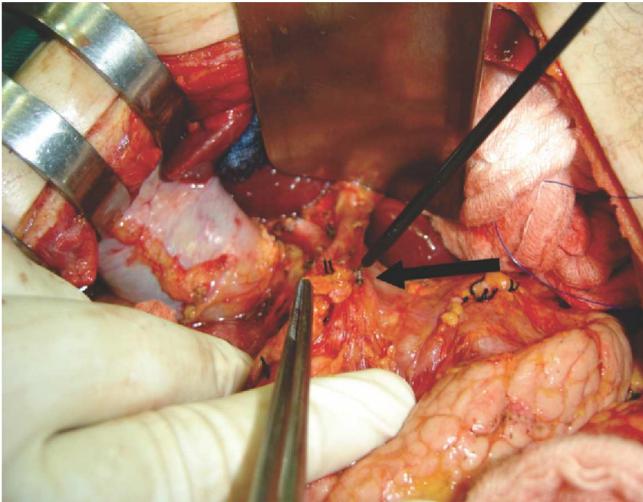
epiplóica e pancreática. No entanto é de preferência dos autores a exérese em bloco, facilitado pela tração feita pelo auxiliar dos elementos acima descritos. O cautério monopolar deve estar no modo de coagulação, na intensidade de 20, para se evitar lesão das estruturas adjacentes. A ressecção linfonodal deve seguir o modelo do uso do *hook* na laparoscopia, “dissecar-coagular”, identificando rigorosamente as estruturas vasculares. Os autores recomendam que seja feita a ligadura mecânica dos linfáticos hepáticos, geralmente posicionados a esquerda da veia porta. (Figuras 2 e 3).



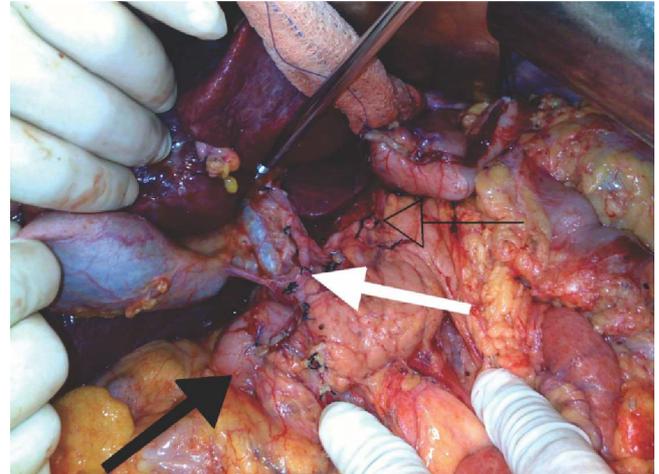
**Figura 1 –** A partir do cabo de bisturi: as duas primeiras hastes são as pontas acopláveis ao cautério de cinco e dez centímetros. As duas últimas são canetas com o HL já acoplados.

Trabalho realizado no Instituto Mário Penna/Hospital Luxemburgo – Belo Horizonte/MG. Santa Casa de Belo Horizonte – MG.

1. Cirurgião do Instituto Mário Penna/Hospital Luxemburgo. Assistente da IIª Clínica Cirúrgica da Santa Casa de Belo Horizonte/MG; 2. Cirurgião do Instituto Mário Penna/Hospital Luxemburgo – Belo Horizonte/MG; 3. Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo. Assistente da IIª Clínica Cirúrgica da Santa Casa de Belo Horizonte/MG.



**Figura 2** – Dissecção com o hook laparotômico dos linfonodos da artéria hepática (seta preta).



**Figura 3** – Coto duodenal fechado (seta preta grossa), pedículo hepático dissecado (seta branca grossa) e tronco celíaco com artéria gástrica esquerda ligada (seta preta fina).

## DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico o único recurso isolado que pode levar à cura ou a uma maior sobrevida, por isso, cabe ao cirurgião realizar com esmero este procedimento. O prognóstico inicialmente está relacionado à penetração da serosa e ao envolvimento linfonodal, porém será de fundamental importância a ressecção completa do tumor macro e microscopicamente (R0). O CG apresenta envolvimento linfonodal relevante mesmo nos tumores precoces, sendo 3% a 5% nos restritos a mucosa e 16% a 25% nos limitados a submucosa. Diante de tal comportamento, nas últimas três décadas, a escola japonesa vem realizando sistematicamente a linfadenectomia D2 como procedimento padrão (linfonodos das artérias gástrica esquerda, hepática comum, esplênica, hepática própria, hilo esplênico e tronco celíaco mais linfonodos das estações 1 a 6) por acreditar que ocorre um aumento na sobrevida, além de melhor estadiamento e avaliação prognóstica<sup>1-3</sup>.

A linfadenectomia D2 no CG não é isenta de complicações. No entanto, a ausência de pinças coaguladoras e selantes de vasos não pode impedir a realização da linfadenectomia adequada. A sugestão do uso pelos autores do HL se deve ao baixo custo do instrumento, que pode ser fabricado por profissionais que fazem a manutenção do instrumental cirúrgico, além de ser autoclavável e poder ser usado diversas vezes. O adestramento prévio pela grande maioria dos cirurgiões com o hook nas operações laparoscópicas facilita a realização da linfadenectomia. Parece haver diminuição do tempo operatório em relação aos pacientes operados com instrumental convencional. A ligadura mecânica dos linfáticos mais calibrosos, especialmente dos linfáticos à esquerda da veia porta é estimulada pelos autores no intuito de se evitar a ascite linfática, mesmo se tratando de evento raro<sup>4</sup>.

Nossa experiência permite concluir que o hook laparoscópico pode ser empregado para realizar a linfadenectomia D2 com segurança.

## A B S T R A C T

*Gastric cancer is a common malignancy of surgical treatment. D2 lymphadenectomy is the standard procedure with curative intent. The authors report the use of laparoscopic hook as an alternative technique for lymphadenectomy.*

**Key words:** Neoplasms. Gastric neoplasms. Therapy. Operative surgical procedures. Lymph node excision.

## REFERÊNCIAS

1. Wang Z, Chen JQ, Cao YF. Systematic review of D2 lymphadenectomy versus D2 with para-aortic nodal dissection for advanced gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2010 March 7; 16(9): 1138-1149.
2. Ilias EJ, Malheiros CA, Kassab P, Castro OAP. Linfadenectomia no adenocarcinoma gástrico. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(4): 270-4.
3. Dicken BJ, Bigam DL, Cass C, et al. Gastric Adenocarcinoma. Review and Considerations for Future Directions. *Ann Surg* 2005;241: 27-39.
4. Tanaka K, Ohmori Y, Mohri Y, et al. Successful treatment of refractory hepatic lymphorrhea after gastrectomy for early gastric cancer, using surgical ligation and subsequent OK-432 (Picibanil) sclerotherapy. *Gastric Cancer* 2004; 7: 117-121.

Recebido em 10/02/2012

Aceito para publicação em 15/03/2012

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

**Endereço para correspondência:**

André Rossetti Portela

E-mail: ar.portela@bol.com.br

**Como citar este artigo:**

Portela AR, Carvalho MG, Macedo JAG. Linfadenectomia no câncer gástrico com hook laparotômico. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2013;40(2). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>