

Abordagem Combinada por Via Laparoscópica e Cirurgia Aberta de Massa Renal Complexa

Mário Oliveira²; Joan Palou¹; Josep Maria Gaya¹; Rosa Sagristá¹;
Antonio Rosales¹

1 - Fundació Puigvert (Barcelona);

2 - Hospital S. Marcos (Braga)

Correspondência: mario_oliv@yahoo.com

Introdução

A cirurgia conservadora de massas renais demonstrou bons resultados oncológicos. A evolução da laparoscopia tem permitido a realização de nefrectomias parciais com escassa morbidade, apesar de se ter descrito um maior número de complicações nos casos complexos. Adicionalmente, a abordagem laparoscópica implica um tempo de isquemia quente superior ao da via aberta.

Objectivos

Apresentação de abordagem combinada com início de laparoscopia com dissecação do rim e seu pedículo, facilitando uma segunda fase de cirurgia aberta conservadora que requer uma incisão abdominal menor.

Desenvolvimento

Paciente de 46 anos com antecedentes de síndrome antifosfolípido e trombose venosa profunda. Durante seguimento por patologia litiásica, é diagnosticado um tumor intra-parenquimatoso direito de 26mm e outro periférico com 9 mm. Inicia-se a cirurgia com a libertação de aderências, seguida de dissecação do espaço peri-renal e identificação do ureter. Uma vez identificados os vasos renais, procede-se à libertação da gordura peri-renal até se obter um rim totalmente móvel. Mantendo o paciente na mesma posição, procede-se à extracção dos trocates e realiza-se a uma pequena incisão subcostal. Coloca-se uma compressa posteriormente ao rim para facilitar a sua exteriorização. A localização da lesão é definida por ecografia intra-operatória, visualizando-se tumor intra-parenquimatoso a 0,5 cm da superfície renal. Após administração de manitol, introduz-se o clampe pelo trocar da óptica, sendo clampado o pedículo vascular. Após incisão do parênquima renal e identificação do tumor, é realizada dissecação romba do tumor. Após enucleação, é realizada coagulação selectiva e sutura hemostática do leito de ressecção. Finalmente, são realizados pontos de sutura do parênquima renal, sendo colocado Floseal e Surgicel no interior da cavidade para facilitar a hemostase. É desclampado o pedículo renal. Tempo de isquemia quente: 18 minutos. Perda hemática mínima. Posteriormente, é efectuada exérese sem isquemia de um pequeno tumor satélite. Finalmente, é realizado encerramento da parede abdominal. O exame anatómico-patológico revelou um carcinoma renal de células claras Fuhrman 2, margens livres de neoplasia.

Conclusão

Relativamente ao grau de dificuldade, a nefrectomia parcial laparoscópica é considerada uma cirurgia complexa. Em casos de dificuldade técnica maior, forçar a indicação laparoscópica poderá acarretar um maior risco para o rim afectado. Acreditamos que esta opção facilita a execução destes casos complexos e minimiza o impacto fisiológico para o paciente e parede abdominal.