

Referências

1. Furuse K, Fukuoka M, Kawahara M, Nishikawa H, Takada Y, Kudoh S, et al. Phase III study of concurrent versus sequential thoracic radiotherapy in combination with mitomycin, vindesine and cisplatin in unresectable stage III non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 1999; 17:2692-9.
2. Curran W, Scott C, Langer R, Komaki JL, Hauser S, Movsas B, et al. Phase III comparison of sequential vs concurrent chemoradiation for patients with unresectable stage III non-small cell lung cancer (NSCLC): Report of Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) 9410. *Lung Cancer* 2000; 29:93. (abstract 302).

Clinica Cirúrgica

HERNIOPLASTIA INGUINAL HOJE. LICHTENSTEIN SEMPRE?

Todos sabemos que a ocorrência de diversas técnicas cirúrgicas para um mesmo fim demonstra não estar havendo satisfação completa com os métodos em uso.

Na hernioplastia inguinal não é diferente. E por isso, com o avanço dos conhecimentos e das pesquisas, novas idéias surgem constantemente. Na década de 80 foi descrita por Lichtenstein a técnica de hernioplastia inguinal sem tensão.

Os excelentes resultados apresentados pelo autor e a reprodução destes resultados em todo o meio científico determinaram sua rápida difusão no meio cirúrgico, sendo então considerada por muitos como método ideal de reparo para esta enfermidade.

É importante lembrar que devemos adaptar a técnica ao doente e não o doente à técnica. Portanto, hoje não há espaço para se pensar em uma hernioplastia inguinal sem levar em consideração a possibilidade de reforço a Lichtenstein, mas esquecer técnicas comprovadas, como o reforço a Mc Vay, Shoudice, Stoppa, Bassini, etc seria mesmo um absurdo.

Somos partidários da técnica descrita por Irving L. Lichtenstein há muitos anos e propagadores de seus benefícios, mas nem por isso deixamos de lembrar os riscos de infecção, edema, hematoma, seroma,

rejeição ou recidiva (a técnica não é milagrosa), assim como em outras técnicas, e, portanto, a orientação ao doente de que "colocarei uma tela e seus problemas estarão resolvidos" pode ser falsa ou mesmo pretenciosa por parte do cirurgião.

**DARCY LISBÃO MOREIRA DE CARVALHO
PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME**

Referências

1. Forte A, D'Urso A, Palumbo P, Lo Storto G, Gallinaro LS, Bezzi M, et al. Inguinal hernioplasty: the gold standard of hernia repair. *Hernia* 2003; 7(1):35-8.
2. Amid PK. The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty. *Hernia* 2003, 7(1):13-6.
3. Lichtenstein IL. *Hernia repair without disability*. 2nd ed. Tokyo: Ishiyaku Euroamerica Inc.; 1986.

Ginecologia

ENDOMETRIOSE DE VAGINA. COMO ABORDAR CIRURGICAMENTE?

Dentro dos quadros de endometriose pélvica, a de localização vaginal é pouco frequente. A manifestação clínica caracteriza-se, geralmente, por dispareunia de profundidade, dificultando o relacionamento sexual, podendo também se acompanhar de graus variados de dismenorréia. É fundamental que se avalie o sítio exato destas lesões e a abordagem cirúrgica deve ser por via abdominal (de preferência laparoscópica) e não por via vaginal.

Caso Clínico

S.M.A, 30 anos, nulípara, nuligesta, com queixa de dispareunia de profundidade, dismenorréia e pequeno sangramento ao coito.

Ao exame ginecológico detectou-se presença de nódulos escuros de 0,5 a 1,0 cm de diâmetro, localizados no 1/3 superior da vagina, logo abaixo do lábio posterior do colo do útero. Ao exame de toque os nódulos apresentavam-se dolorosos. O restante do exame ginecológico, bem como a ecografia vaginal não mostravam alterações signifi-

cativas. A determinação sérica do CA 125 revelou resultado de 30 (limite superior de normalidade). A paciente foi encaminhada para colposcopia e foi solicitada biópsia dos nódulos. O anatomo-patológico das lesões evidenciou presença de epitélio glandular endometrial de permeio a fibras musculares.

Com esse diagnóstico foi indicada videolaparoscopia, cujo resultado mostrou cavidade abdominal sem alterações significativas, identificando o útero de tamanho e forma normais, ovários de aspecto normal e tubas uterinas normais. O fundo de saco útero-retal mostrava-se livre, porém notaram-se lesões escuras nas regiões dos ligamentos útero-sacros. Não se constatou nódulos entre os ligamentos útero-sacros; entretanto, à palpação com instrumental laparoscópico desta região notou-se irregularidade que coincidia com os nódulos de vagina. Com este quadro, decidiu-se pela excisão das lesões dos ligamentos útero-sacros e abertura por via laparoscópica da cúpula vaginal. Assim, introduziu-se na vagina instrumental para apresentação da cúpula utilizado em cirurgias laparoscópicas e, com o bisturi ultrassônico laparoscópico, procedeu-se à abertura da vagina. Uma vez aberta, observou-se a presença de quatro nódulos escuros, endurecidos e de 1 cm de diâmetro. Retirou-se uma faixa de 1 cm a 1,5 cm de vagina. A utilização do palpador especial fez com que não houvesse saída de gás durante o procedimento e dessa forma evitou-se a perda do pneumoperitônio. A sutura vaginal foi realizada por via laparoscópica.

Alta hospitalar ocorreu 24 hs após o procedimento. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou tratar-se de endometriose vaginal. A paciente foi orientada a utilizar contraceptivo oral após o procedimento.

Apesar da reativação da via vaginal para cirurgias de retirada de útero, a endometriose de vagina não deve ser abordada por esta via, pois as lesões na vagina podem representar uma ponta do "iceberg" de um grande implante endometriótico propriamente dito. A via laparoscópica, além de fazer um diagnóstico mais amplo e efetivo, permite uma abordagem segura e eficaz com retirada de todo implante endometriótico.

FRANCESCO VISCOMI