

Abordagem da coluna lombar por via anterior

Carlos Eduardo Oliveira¹

RESUMO

O autor descreve as indicações e contra-indicações da abordagem da coluna vertebral por via anterior, ressaltando as dificuldades técnicas e recomendações para evitar complicações.

Descritores: Coluna / cirurgia.

SUMMARY

The author presents the anterior approach for lumbar spine and comments in advantage and disadvantage for the access.

Key Words: Spine / surgery.

INTRODUÇÃO

A coluna vertebral é um importante sítio de acometimento de doenças sistêmicas como infecções específicas e metástases de carcinomas. O corpo vertebral devido à sua área de superfície maior em relação aos outros elementos vertebrais, constitui-se no principal local de lesão óssea secundária. A coluna lombar é o segmento de maior incidência de acometimento no esqueleto axial. A abordagem por via anterior parece mais difícil e menos usual que a abordagem posterior, porém em 1960 Hodgson ⁽¹⁾ demonstrou que o mal de Pott é melhor tratado por via anterior. Em 1987 Jean Dubousset recomendou a artrodese via anterior associada a via posterior para impedir o fenômeno de “crankshaft” (comunicação pessoal).

Neste artigo vamos abordar o acesso anterior para tratamento cirúrgico de patologias lombares.

INDICAÇÃO

O acesso anterior está indicado nos seguintes casos:

- 1- artrose por discopatias degenerativas sintomáticas
- 2- para correção de escolioses (com ou sem instrumentação).
- 3- ressecção de tumores
- 4- drenagem de discites infecciosas
- 5- descompressão com ou sem fixação em casos de fraturas ou tumores.

ABORDAGEM DA COLUNA LOMBAR

A via de acesso anterior permite a visualização do corpo vertebral com o pedículo e o espaço do forâmen de conjugação do qual a raiz emerge. As patologias infecciosas em geral estão acometendo o corpo vertebral de forma centrífuga. As fraturas levam a fragmentos que comprimem o canal neural de anterior para posterior. Os tumores levam à lise do pedículo e corpo da vértebra, e por isso podem causar lesão neurológica. Estas situações descritas geram uma condição anatômica na qual o compartimento posterior está em geral intacto. A abordagem posterior para anterior gera um conflito de opiniões, onde alguns autores defendem que somente a abordagem direta da lesão seria necessária; outros defendem a dupla abordagem, mas existe um consenso que a via posterior isolada tem valor discutível.

ANATOMIA CIRURGICA

O acesso para a região lombar se faz de duas formas:

a-) transperitoneal, b-) retroperitoneal. O primeiro envolve uma taxa maior de morbidade e mortalidade, enquanto o segundo acesso exhibe menor taxa. O acesso retroperitoneal é o mais indicado e oferece visibilização da coluna lombar para trabalho de L5 a L2. Os níveis acima e abaixo, como L1 e S1, são de difícil acesso, requerendo vias de acesso combinadas.



Figura 1

A abordagem do espaço retroperitoneal se faz através da musculatura lateral constituída pelos músculos oblíquo externo, oblíquo interno e transversos. Este espaço está preenchido com uma camada de tecido gorduroso frouxo. Neste espaço estão ainda o ureter, plexo simpático, loja renal e grandes vasos como a aorta e veia cava. A importância da cava é o fato de receber tributárias que provêm do corpo vertebral denominadas de veias lombares. Na região da aorta abdominal existe ainda uma importante cadeia de ganglios linfáticos.

TÉCNICA

- 1- POSICIONAMENTO DO PACIENTE - Paciente deve ficar em decúbito lateral, de preferência do lado direito para acesso lombar esquerdo, pois isso minimiza o risco de lesão da veia cava. (figura 1)
- 2- Sempre que possível devemos colocar a mesa em “posição de canivete” para produzir uma escoliose afim de afastar a crista ilíaca do espaço L5-L4. (figura 2)
- 3- A incisão de pele deve seguir o sentido das fibras do músculo oblíquo externo. E este deverá ser divulsionado sem romper suas fibras. (figura 3)
- 4- A abertura do oblíquo interno também deve ser no sentido de suas fibras. Abaixo está o músculo transversos cuja fascia profunda após seccionada, dá acesso ao espaço retroperitoneal e a gordura que ocupa esta área. (figura 4)



Figura 2

- 5- A dissecação romba expõe o psoas que pode ser divulsionado no seu sentido longitudinal das fibras, sempre o mais lateral possível. (figura 5)
- 6- Abaixo destes planos está a coluna vertebral com o plexo simpático. O ureter esta superficial ao psoas e junto a ele está uma gordura colada a esta estrutura. (figura 6)

Durante a incisão da pele e subcutâneo o sangramento é controlado com hemostáticos e cauterização; a abertura das fascias dos músculos oblíquos deve ser romba para evitar sangramento. Varios afastadores têm sido empregados para manter o campo operatório exposto, como os autostáticos do tipo MASPAS, ou comuns como válvula de Doian, ou Diver, Richardson, e Langenback. Os instrumentais de abordagem na coluna vertebral devem ser longos medindo de 20 a 30 centímetros. Recomenda-se o uso de fonte de luz frontal para o cirurgião.

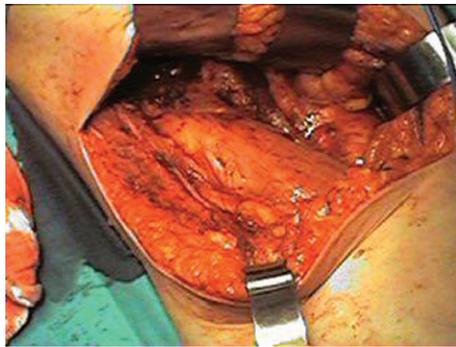


Figura 3



Figura 4

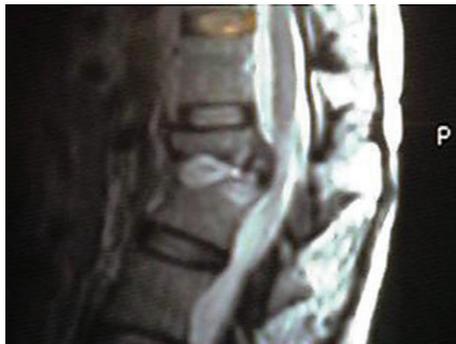


Figura 5



Figura 6

RECOMENDAÇÕES

- A) No posicionamento do paciente os quadris e os joelhos devem estar quase totalmente estendidos.
- B) A radioscopia deve ser realizada antes e após a abertura do espaço retroperitoneal.
- C) Evite abordar com divulsão romba na altura do corpo vertebral para evitar lesão das veias lombares, evitando sangramento.

ABORDAGEM DA COLUNA LOMBAR

A divulsão romba dos planos musculares no sentido de suas fibras diminui o campo de abordagem, portanto se for necessário a ampla exposição recomenda-se a incisão dos músculos com bisturi elétrico sempre no sentido das fibras do oblíquo externo, com isso a exposição do segmento L4-L5 fica mais ampla.

COMPLICAÇÕES

As principais complicações descritas são a lesão dos grandes vasos, rotura dos ureteres, e abertura incidental do peritônio. Apenas a lesão dos grandes vasos constitui uma complicação séria, mas passível de reparação através de sutura.

COMENTÁRIOS

Uma equipe bem treinada pode realizar a via de acesso em menos de 20 minutos, e oferecer boa visibilização das vértebras com corpo e pedículo, permitindo a abertura do canal medular de forma ântero-lateral (figura 7). O emprego da osteossíntese permite fixação lateral (figura 8), enquanto que a artrodese mostra boa área de cobertura com enxerto ósseo.

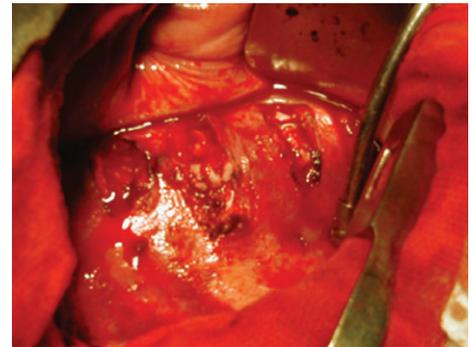


Figura 7

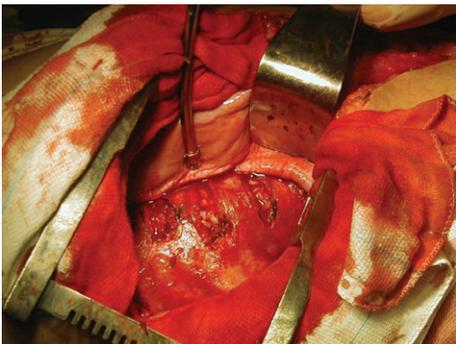


Figura 8

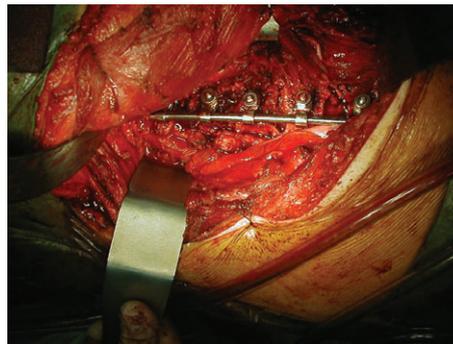


Figura 9 - Presença de osteossíntese intersomática lombar.

REFERÊNCIAS

1. Hodgson AR, Stock FE. Anterior spine fusion for the treatment of tuberculosis of the spine. J Bone Joint Surg (A) 1960;42:295-310.
2. Dunn HK. Anterior approach to the thoracic/lumbar spine. In: Bradford D. editor. The Spine. New York:Lippincot; 1999 p.23-41.