

Resumos de Artigos Selecionados

Selected Abstracts

Elizabeth Gomes dos Santos (RJ)

Membro Titular da Sobracil, Membro Titular do CBC, Coordenadora da Residência Médica
em Cirurgia Geral do HUCCF, UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil

1 .VIDEOCIRURGIA NA GRAVIDEZ, OBESIDADE E CIRURGIAS PRÉVIAS

Special problems in laparoscopic surgery. Previous abdominal surgery, obesity, and pregnancy

Curet MJ

Department of Surgery, University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque, USA.

Surg Clin North Am 2000; 80(4): 1093-110

Neste artigo, os autores discorrem sobre a contra-indicação relativa que representam para a cirurgia laparoscópica, quando associada à obesidade, à gravidez e às cirurgias prévias. Advertem para os cuidados a serem tomados, técnica apurada e planejamento metuculoso quando da indicação desta via de acesso para estes casos especiais.

2. EFEITOS DA POSIÇÃO E DO PNEUMOPERITÔNIO SOBRE A VENTILAÇÃO

Influence of pneumoperitoneum and patient positioning on respiratory system compliance

Rauh R, Hemmerling TM, Rist M, Jacobi KE

Department of Anesthesiology, University of Erlangen-Nuremberg, Nuremberg, Germany.

J Clin Anesth 2001; 13(5): 361-5

O objetivo deste estudo foi mostrar os efeitos do pneumoperitônio (PP) e da posição na mesa cirúrgica sobre a complacência pulmonar e na pressão respiratória. Foi realizado um estudo prospectivo na qual 10 pacientes ASA I e II foram submetidos a cirurgias ginecológicas eletivas, todas com o mesmo tipo de anestesia. Concluíram que o posicionamento na mesa não exerce significativa modificação nos parâmetros respiratórios, mas que a criação de um PP em torno de 15mmHg aumenta a complacência pulmonar e a pressão das vias aéreas que voltam rapidamente ao normal com a deinsuflação.

3. VIDEOCIRURGIA E GRAVIDEZ

Laparoscopic surgery during pregnancy.

Shay DC, Bhavani-Shankar K, Datta S

Department of Anesthesiology, Perioperative and Pain Medicine, Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts, USA.

Anesthesiol Clin North America 2001; 19(1): 57-67

Discussão sobre importantes fatores sobre a laparoscopia na gravidez. Os autores assinalam os riscos da bronco-aspiração; da hipotensão provocada pela compressão da aorta e da cava, que pode ser o maior problema; da restrição pulmonar resultante da gravidez; e, a realização com fetos de baixo peso e risco de parto prematuro. Afirmam que o procedimento é seguro e pode ser realizado em qualquer estágio da gravidez e não requer monitorização fetal invasiva e contínua embora devamos estar cientes das modificações que ocorrem na parturiente e no feto.

4. MITOS DA CIRURGIA LAPAROSCÓPICA

The myths of laparoscopic surgery.

Hopkins MP

Department of Obstetrics and Gynecology, Northeastern Ohio Universities College of Medicine, Canton, Ohio, USA

Am J Obstet Gynecol 2000; 183(1): 1-5

Neste artigo o autor firma sua opinião sobre os mitos criados a partir do advento da Cirurgia Videolaparoscópica e, como exemplos, cita: novas tecnologias são melhores que as antigas; a cirurgia oncológica pode ser feita da mesma maneira; há grande economia com este método, entre outros. Em sua opinião deve ser feita uma avaliação crítica sobre qualquer nova método.

5. CISTO RENAL POR VIDEOCIRURGIA

Laparoscopic management of renal cystic disease.

Hemal AK

Department of Urology, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India.

Urol Clin North Am 2001; 28(1): 115-26

Neste artigo o autor mostra que a o tratamento do cisto renal por videocirurgia é muito eficaz e seguro, sendo considerado uma alternativa para a cirurgia aberta. Os cistos podem ser tratados por via peritoneal ou extra-peritoneal. As complicações são mínimas, o tempo operatório é reduzido, a perda de sangue desprezível. A recuperação, o tempo de internação e o resultado cosmético são de grande satisfação para os pacientes e os cirurgiões. Observa, porém, que nos casos de neoplasmas os mesmos devem ser tratados com nefrectomia total e que não há acompanhamento de longa data para mostrar disseminação da doença tratada pelo método.

6. ESPLENECTOMIA EM ESPLENOMEGALIA

Laparoscopic splenectomy for massive splenomegaly.

Kercher KW, Matthews BD, Walsh RM, et al.

Department of General Surgery, Carolinas Medical Center, P.O. Box 32861, Charlotte, NC 28232, USA.

Am J Surg 2002; 183(2): 192-6

Os autores mostram que a via laparoscópica é a preferencial para a ressecção dos baços de tamanho normal e apresentam sua experiência com baços de tamanho muito aumentado. Sua conclusão foi que a esplenectomia videolaparoscópica é segura mesmo nas grandes esplenomegalias e parece minimizar a morbidade per-operatória. Afirmam, no entanto, que em alguns casos de baços muito grandes a esplenectomia com o acesso manual (*hand-assisted*) pode ser necessária.

7. APENDICECTOMIA ABERTA vs LAPAROSCÓPICA

Comparison of open and laparoscopic treatment of acute appendicitis.

Kurtz RJ, Heimann TM

Department of Surgery, Mount Sinai Medical Center, New York, NY, USA.

Am J Surg 2001; 182(3): 211-4

Este estudo compara a evolução dos pacientes submetidos a apendicectomia por videocirurgia e aberta convencional. Foram revisados 758 pacientes dos quais 271 foram submetidos à apendicectomia aberta e 487 à apendicectomia por laparoscopia. Foi verificado que: o tempo de internação nas apendicectomias abertas foi maior e que os custos da apendicectomia por videocirurgia foram maiores. Concluíram que a diferença entre a recuperação do paciente nos dois tipos de cirurgia são mínimas. Os caso mais difíceis de apendicite com gangrena podem requerer cirurgia aberta. A economia obtida com menor tempo de internação não é compensada pelo alto custo do equipamento de vídeo.

8. ANTIEMÉTICOS EM COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Metoclopramide versus ondansetron in prophylaxis of nausea and vomiting for laparoscopic cholecystectomy.

Wilson EB, Bass CS, Abrameit W, et al.

Department of Surgery, Scott and White Clinic and Memorial Hospital, Texas A&M University System Health Science Center College of Medicine, Temple 76508, USA.

Am J Surg 2001; 181(2): 138-41

Neste artigo, é apresentado um estudo randomizado prospectivo e duplo cego comparando os efeitos da metoclopramida e do ondansetron no tratamento das náuseas e vômitos pós-operatórios dos pacientes submetidos à cirurgia por vídeo. Duzentos e trinta e dois pacientes participaram do estudo. No final foi observado que a administração de qualquer das medicações reduz significativamente a incidência de vômitos pós-operatório nas cirurgias por vídeo, mas não houve diferença significativamente estatística entre uma e outra droga. A metoclopramida tem menor custo.

9. IMPLANTE EM PORTA NA CIRURGIA DE TUMOR OVARIANO

Laparoscopic port site implantation with ovarian cancer.

Hopkins MP, von Gruenigen V, Gaich S

Department of Obstetrics and Gynecology, Akron General Medical Center and Northeastern Ohio Universities College of Medicine, Akron, Ohio, USA.

Am J Obstet Gynecol 2000; 182(3): 735-6

Neste artigo são relatados três casos em que pacientes portadoras de câncer ovariano foram submetidas a vídeo-ressecção. Os ovários não eram ectoscopicamente tumorais. Depois do resultado, as pacientes foram submetidas à re-exploração três semanas depois, sendo encontrada disseminação peritoneal e implantação nas portas. O autor afirma existir potencial de disseminação quando se trata de câncer de ovário operado por vídeo e na re-operação, o sítio do trocarer dever ser completamente excisado.