

**MARCO CEZÁRIO DE MELO**

Cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral, Hospital das Clínicas
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE - Brasil
Cirurgião da DIGEST, Clínica do Aparelho Digestivo
Vice-Presidente Nacional da SOBRACIL

Diante de um Ponto de Não-Retorno

Ahead of a no Return Point

A ciência é incessante, flui naturalmente, mantendo uma certa unidade. Vez por outra, entretanto, ocorre um corte epistemológico advindo de precursores que abraçam o descontinuísmo do pensamento científico, questionando o saber anterior. Esta ruptura de conhecimento acontece dentro de certa frequência temporal, reordenando valores e alterando verdades estabelecidas.

A implantação da cirurgia laparoscópica como um todo (videocirurgia avançada), constitui um destes cortes epistemológicos e por isso mantém-se no topo das discussões. Enquanto alguns se situam, única e exclusivamente no terreno das idéias ou das possibilidades, outros invadem espaços nunca antes alcançados, em busca de um novo modelo que mude radicalmente a concepção da intervenção cirúrgica.

Desde a implantação da colecistectomia laparoscópica percebeu-se que as lesões das vias biliares eram bem mais frequentes nesta nova abordagem cirúrgica.¹ No início, este fato foi atribuído à curva de aprendizado, porém, com o passar dos anos, apesar da visível redução destas lesões, continuam elas a ocorrer em maior frequência que na cirurgia aberta. Alguns serviços, no entanto, têm demonstrado retorno às taxas da cirurgia convencional, ao se tomar alguns cuidados. Serão, estes, suficientes para evitar estas lesões?

Um outro dado que, desde o início, vem sendo demonstrado é o diminuto percentual de infecção do sítio cirúrgico com este novo acesso, evidenciado particularmente na apendicite aguda.² Acredita-se que a mínima resposta ao trauma com preservação de mecanismos de defesa locais e gerais sejam responsáveis por esta diferença.^{3,4} Talvez o CO₂ utilizado para a realização do pneumoperitônio também possa ser responsabilizado por este baixo índice de infecção.^{5,6}

Editorial

O aparecimento, em portais, de implantes neoplásicos, após a remoção de vesículas tumorais foi um fato que preocupou e fez com que a cirurgia oncológica por via laparoscópica não evoluísse rapidamente.⁷ Os coloproctologistas, no entanto, começaram a realizar ressecções em portadores de carcinomas intestinais e provaram que a extensão desta ressecção, a quantidade de linfonodos ressecados e a incidência de implantes em portais da cirurgia laparoscópica eram iguais aos da cirurgia aberta.⁸ A aspersão das células neoplásicas seria a responsável pelos implantes nos portais? Por que o fenômeno não ocorre nas colectomias?

Teoricamente, os pacientes portadores de neoplasia maligna teriam vantagens em realizar sua cirurgia por procedimento minimamente invasivo. A menor resposta ao trauma e menor impacto na resposta imunológica condicionaria alguma diferença na evolução do tumor.^{9,10} Recentemente, trabalho prospectivo e randomizado, comparando a cirurgia laparoscópica com a aberta, demonstrou aumento da sobrevida a longo prazo, nos pacientes com tumor de cólon no estágio 3 quando submetidos à ressecção laparoscópica.¹¹ Este dado repetir-se-á nos trabalhos multicêntricos que vêm sendo realizados?

Uma outra diferença relatada na literatura é a mudança das causas de falha na cirurgia para a cura da doença do refluxo gastro-esofágico.¹² A cirurgia laparoscópica introduziu duas novas causas para a re-operação nestes doentes: a torção do esôfago pela fundoplicatura e o estômago em dois compartimentos pela confecção da válvula com o corpo gástrico. Ambos decorrentes da inexperiência, dependente da curva de aprendizado. Porém a maior frequência da migração da válvula para o tórax, observada na abordagem laparoscópica, não deve ser relacionada ao aprendizado. A menor quantidade de aderências, seria a responsável pela maior migração?

Os cirurgiões que atuam por via laparoscópica sobre o pâncreas observaram o dobro de fistulas pancreáticas quando da ressecção parcial deste órgão.¹³ Encontramos uma incidência elevada de vazamentos quando analisamos nossas coledocoduodenostomias realizadas por laparoscopia.¹⁴ Uma meta-análise comparando a cirurgia para obesidade mórbida por via laparoscópica com a cirurgia aberta demonstrou também maior percentual de fistulas nos procedimentos laparoscópicos.¹⁵ Poderíamos responsabilizar a curva de aprendizado por esta diferença?

Voltando a esta meta-análise sobre a cirurgia para tratamento da obesidade mórbida encontramos diferenças importantes. A obstrução intestinal, hemorragia digestiva e estenose de anastomose foram mais frequentes na cirurgia laparoscópica. Em compensação observou-se diminuição das complicações de parede no procedimento laparoscópico, tais como infecção e hérnia. A necessidade de esplenectomia incidental (iatrogênica) não ocorreu no grupo da cirurgia laparoscópica, fato semelhante ao registrado na realização da fundoplicatura para tratamento da doença do refluxo.¹⁶ O que chama mais atenção, no entanto, é que a mortalidade foi estatisticamente menor na abordagem laparoscópica, fato este sugerido por outra meta-análise relacionada com a exploração das vias biliares.¹⁷ Outra recente publicação conclui dizendo ser o procedimento laparoscópico muito bem tolerado por pacientes de idade superior aos 65 anos, com índices de complicações menores que em procedimentos

Editorial

abertos.¹⁸ Será que nestes pacientes (obesos mórbidos ou pacientes idosos) existe esta diferença observada?

Questionamentos ficam no ar... Muitas dúvidas e algumas certezas começam a surgir... Necessitamos observar mais, perceber mais, pesquisar mais... Afinal de contas, esta abordagem cirúrgica nasceu ontem.

Foi sugerida a colocação de pequenos fragmentos de tela de Prolene nas válvulas de anti-refluxo para provocar aderências e diminuir a migração das mesmas...¹² Sugere-se colocação de cola biológica nas anastomoses para diminuir vazamentos e fistulas...¹⁹ A introdução da imagem tridimensional poderá diminuir as lesões das vias biliares? Certamente a luz infravermelha acoplada à ótica laparoscópica facilitará a identificação pelo calor, de vasos, ureteres e outras estruturas anatômicas antes de dissecá-las.²⁰

Estamos diante de uma nova cirurgia ainda em evolução. Algumas vantagens são importantes e já bem definidas, como índice de infecção bem menor. Outras começam a evidenciar-se, como a melhora na sobrevida dos portadores de neoplasias malignas e menor morbimortalidade nos pacientes de maior complexidade. Resta, no entanto, a resolução de pequenos problemas, para que esta nova abordagem, seguindo o princípio da menor invasão e menor trauma, proporcione uma cirurgia, não somente com menor sofrimento, melhor aspecto estético e surpreendente recuperação; mas condicionando, melhor resultado, menor morbidade e menor mortalidade.

Seguramente estamos diante de um procedimento inovador.

De uma nova postura.

De um ponto de não-retorno.

Referências Bibliográficas

1. Cruz O, Melo MC. Lesões das vias biliares na colecistectomia videocirúrgica In: Petroianu A. Terapêutica cirúrgica. Ed Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro 2001: 578-87.
2. Sauerland S, Lefering R, Holthausen U, Neugebauer EAM. Laparoscopic vs conventional appendectomy – a meta-analysis of randomized controlled trial. *Langenbech's Arch Surg* 383:289-95.
3. Targarona EM, Balagué C, Knook MM, Trias M. Laparoscopic surgery and surgical infection. *Br J Surg* 2000; 87:536-44.
4. Hackam DJ, Rotstein OD. Host response to laparoscopic surgery: mechanisms and clinical correlates. *CJS* 1998; 41(2):103-11.
5. Debs-Louka E, Louka N, Abraham G, Chabot V, Allaf K. Effect of compressed carbon dioxide on microbial cell viability *Applied Environmental Microbiology* 1999; 65(2):626-31.
6. Sorbello A. Análise comparativa da evolução da peritonite induzida por inóculo de *Escherichia coli* em ratos: controles, laparotomia e pneumoperitônio com dióxido de carbono. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2001

Editorial

7. Fleshman JW, Nelson H, Peters WR, Kim HC; Larach S; Boorse RR; et al. Early results of laparoscopic surgery for colorectal cancer. Retrospective analysis of 372 patients treated by Clinical Outcomes of Surgical Therapy (COST) Study Group. *Dis Colon Rectum* 1996; 39:S53-8.
8. Lumley J, Stitz R, Stevenson A, Fielding G, Luck A. Laparoscopic colorectal surgery for cancer: intermediate to long-term outcomes. *Dis Colon Rectum*. 2002; 45(7):867-72.
9. Bouvy ND, Marquet RL, Hamming JF, Jeekel J, Bonjer HJ. Laparoscopic surgery in the rat: beneficial effect on body weight and tumour take. *Surg Endosc* 1996; 10:490-4.
10. Eggermont AMM, Steller EP, Surgerbacker PH. Laparotomy enhances intraperitoneal tumour growth and abrogates the antitumour effects of interleukin-2 and limphokine-activated killer cells. *Surgery* 1987; 102:71-8.
11. Lacy AM, Garcia -Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taurá P, Piqué JM, Visa J Laparoscopy-assistide colectomy versus open colectomy for treatment of no-metastatic colon câncer: a randomized trial. *Lancet* 2002; 359:2224-9.
12. Hunter JG, Smith CD, Branum GD, Waring JP, Trus TL, Cornwell M, Galloway K. Laparoscopic fundoplication failures: patterns of failure and response to fundoplication revision. *Ann Surg* 1999; 230(4):595-604.
13. Tagaya N, Kasama K, Suzuki N, Taketsuka S, Horie K, Kubota K. Laparoscopic resection of the pâncreas and review of the literature. *Surg Endosc*. 2003; 17(2):201-6.
14. Melo MC, Ramos RP, Lins MSG, Neto JE. Coledocoduodenostomia laparoscópica. *Rev Col Bras Cir* 2003 In Press (enviado para publicação)
15. Podnos YD, Jimenez JC, Wilson SE, Stevens CM, Nguyen NT. Complications after laparoscopic gastric bypass: a review of 3464 cases. *Arch Surg* 2003; 138:957-61.
16. Perdakis G, Hinder RA, Lund RJ, Reiser F, Katada N. Laparoscopic Nissen fundoplication: where do we stand? *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7(1)17-21.
17. Tranter SE, Thompson MH. Comparison of endoscopic sphincterotomy and laparoscopic exploration of the common bile duct. *Br J Surg* 2002; 89(12):1435-502.
18. Weber DM. Laparoscopic Surgery. An excellent approach in elderly patients. *Arch Surg* 2003; 138:1083-8.
19. Gagner M. Comunicação pessoal durante o XXV Congresso Brasileiro de Cirurgia. Porto Alegre 2003.
20. Brioschi ML, Malafaia O. Imagem infravermelha e cirurgia por meio de visão térmica. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2003; 15(3):99-100.

Marco Cezário de Melo
cezario@clinicadigest.com.br

Editorial