

Aspectos Técnicos em Ressecções Laparoscópicas Colo-Retais

Technical Aspects in Laparoscopic Colorectal Resections

COORDENADOR

Fábio Guilherme Campos (SP)

DEBATEDORES CONVIDADOS

Jayne Vital de Souza (Salvador - BA)

João de Aguiar Pupo Neto (Rio de Janeiro - RJ)

José Alfredo dos Reis Jr (Campinas - SP)

Paulo Alberto Falco Pires Correa (São Paulo - SP)

Sérgio Eduardo Alonso Araújo (São Paulo - SP)

Univaldo Etsuo Sagae (Cascavel - PR)

Sociedades Brasileiras de Videocirurgia e Colo-Proctologia

RESUMO Este painel tem por finalidade trazer aos leitores da Revista Brasileira de Vídeo-Cirurgia as opiniões de ilustres colegas brasileiros sobre procedimentos colo-retais realizados por acesso vídeo-laparoscópico. Através de perguntas simples e objetivas sobre diversos aspectos técnicos envolvidos nas ressecções laparoscópicas, são apresentadas idéias e propostas que refletem a experiência e o pensamento individual de cada um. São abordados temas como preparo pré-operatório, técnica preferencial de pneumoperitônio, posicionamento dos trocártes, indicações em obesos, escolha da incisão para conversões, dicas para manuseio do mesentério inflamado, vantagens das colectomias totais e cuidados técnicos em operações oncológicas.

Palavras-chave: LAPAROSCOPIA/ cirurgia/ técnica; cólon; reto.

ABSTRACT This panel aims to provide the readers of this Videosurgery Periodical with settled judgment opinions of important Brazilian specialists about laparoscopic colorectal procedures. Through simple and objective questions concerning technical aspects involved in laparoscopic resections, we presented ideas and propositions that reflect the individual experience of each one. Discussion is focused in aspects such as intestinal preoperative care, preferred techniques of pneumoperitoneum, trocar positioning, indications for obese patients, choice of incisions during conversion, tips for managing the inflamed mesentery, advantages of total colectomies and technical precautions during oncological operations.

Key words: LAPAROSCOPY/ sugery/ technique; colon; rectum.

CAMPOS FG, SOUZA JV, PUPO NETO JA, REIS JR JA, CORREA PAFP, ARAÚJO SEA, SAGAE EU. Aspectos Técnicos em Ressecções Laparoscópicas Colo-Retais. Rev bras videocir 2004;2(4):214-222.

O desenvolvimento de novos instrumentais e a experiência acumulada na última década têm permitido ampliar as indicações de ressecções colo-retais por via laparoscópica. Diversas séries têm atestado a segurança e as vantagens de diversos procedimentos mini-

mamente invasivos, embora ainda persistam controvérsias quanto às suas reais vantagens e limites ¹.

A complexidade técnica envolvida nas operações intestinais se reflete em uma curva de aprendizado mais lenta e em um maior índice de

conversões^{2,3}. Por isso, preconiza-se iniciar a experiência individual pela realização de derivações intestinais, reservando-se as ressecções segmentares para doenças benignas como uma etapa posterior. Ressecções curativas para câncer devem ser realizadas somente por equipes treinadas que sigam protocolos previamente definidos e que possam garantir uma ressecção oncológica adequada e com mínima manipulação tumoral^{4,5}.

Entretanto, tais qualidades não se conquistam de maneira fácil, requerendo estudo teórico, atualização contínua, prática clínica freqüente e espírito crítico para avaliação dos próprios resultados.

Nesse contexto, este artigo visou trazer aos leitores da Revista Brasileira de Vídeo-Cirurgia um pouco da larga experiência de Membros Titulares da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia que militam nesta área de atuação, expressando suas opiniões e idéias sobre alguns aspectos técnicos envolvidos nas operações laparoscópicas.

**Pergunta: Como faz o preparo do paciente ?
(enfocar especificamente preparo colônico,
antibioticoterapia, prevenção de trombose)**

JAYME VITAL DE SOUZA - Preparo colônico com fosfosoda, antibioticoprofilaxia com cefalosporina e metronidazol, prevenção de tromboembolismo (quando indicado) com clexane.

JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO - Na antevéspera prescrevo dieta líquida sem resíduos e 3 comprimidos de Duocolax às 15hs. Na véspera, dieta zero, hidratação parenteral, *fleet enema* (2 frascos diluídos em 150ml de suco bem gelado) via oral às 13:00hs. Utilizo Ciprofloxacina 500mg e Metronidazol 400mg por via endovenosa 2 horas antes da cirurgia. A prevenção de trombose venosa profunda é realizada no pós-operatório com Insulina de baixo peso molecular via subcutânea acrescida do uso de meias elásticas.

JOSÉ ALFREDO DOS REIS JR - O preparo colônico é feito com picossulfato sódico (PICOLAX)

na véspera, sendo 01 *sachê* diluído em suco de limão ou soda limonada *diet* às 10 horas da manhã e outro às 15 horas. *Fleet enema* via retal também na véspera as 16, 18 e 20 horas. Como antibioticoterapia utilizamos o Cefoxitina (2g) na indução anestésica e mantendo de 8 em 8 horas até completar 24 horas. Não utilizamos antibioticoterapia por via oral no preparo. A profilaxia da trombose é medicamentosa (enoxiparina) e mecânica.

PAULO CORREA - Preparo do cólon: o mesmo que uso para os casos eletivos de colonoscopia: dieta líquida sem resíduos nas 24hs que antecedem a cirurgia e manitol a 10%: 750 a 1500 ml por via oral, na tarde da véspera da cirurgia. Antibioticoterapia profilática: neomicina 500 mg + metronidazol 400 mg, ambos por via oral, às 16, 20 e 24hs do dia anterior à cirurgia. Cefoxitina sódica 2 gr endovenosos na indução anestésica e 1 gr endovenoso cada 2 hs, só durante o ato cirúrgico. Caso haja pequena / moderada contaminação no intra-operatório a limpeza mecânica local e o uso preemptivo (até 48 hs) de antibiótico pode ser indicado. Nos casos de contaminação grosseira, uso antibióticos de largo espectro, de forma terapêutica, por 8 a 10 dias, além da exaustiva limpeza mecânica das áreas contaminadas. Prevenção de tromboembolismo: massagador pneumático, em ambos membros inferiores, durante às 12 primeiras horas, do início do ato cirúrgico. Caso o paciente não possa sair do leito e deambular, o massagador é mantido até que possa fazê-lo. Heparina de baixo peso molecular, subcutânea, nos pacientes sem risco maior de sangramentos, acima de 40 anos de idade, 8 hs após o término da cirurgia. Nos pacientes de alto risco, acima de 40 anos de idade, heparina sódica 5.000 UI subcutâneas cada 8 hs, iniciando-se também a primeira dose 8 hs depois do término da cirurgia. Estimulo a deambulação o mais precoce possível de todos os pacientes. Costumo manter a heparina até o paciente estar deambulando sem dificuldade. Nos casos de alto risco para tromboembolismo (AVC prévio, TVPs de repetição, válvula cardíaca, etc), recomendo o uso por até 10 dias ou até a re-introdução de anti-coagulante oral. Não indico a

cirurgia laparoscópica nos casos suboclusivos ou obstrutivos em que haja distensão abdominal. Nos casos agudos, sem distensão abdominal, pode-se realizar a cirurgia sem nenhum preparo cólico.

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO - Realizamos preparo intestinal mecânico para todas as operações por vídeo onde se prevê a realização de anastomose ileocólica, colo-cólica ou colorretal. Damos preferência à solução oral de fosfato de sódio, porém já operamos diversos casos submetidos a preparo intestinal com manitol o que aparentemente não acarretou dificuldade. Realizamos antibioticoprofilaxia sistêmica com antibióticos de largo espectro (mais frequentemente ceftriaxone e metronidazol), iniciando-os antes da indução anestésica e mantendo-os por 24h exceto nas situações de mau preparo, doença inflamatória intestinal, imunossupressão ou contaminação quando o emprego de antibióticos é terapêutico. Realizamos a profilaxia da trombose venosa profunda empregando mais comumente enoxaparina sódica em pacientes com mais de 60 anos, com déficit ou dificuldade para deambulação ou com antecedente de trombose. Realizamos a primeira injeção na noite do POi. Utilizamos também meia elástica ou compressão intermitente quando disponíveis.

Univaldo Etsuo Sagae - No dia anterior a cirurgia preparamos 3 *sachês* de Picolax (Picossulfato Sódico) diluídos em 300 ml de água, após hidratação via oral até evacuar limpo. Deve seguir uma dieta líquida, também no dia anterior a cirurgia. O antibiótico profilático usado uma hora antes da cirurgia com Cefalosporina de 3ª geração (Ceftriaxona) 2g, metromidazol 500mg – 2 frascos, e Novamin 500mg por 24 horas. A prevenção de trombose usamos anticoagulante de baixo peso molecular Enoxaparina (Clexane 40 mg) no pré-operatório e mantemos durante o período hospitalar.

Pergunta: Pneumoperitônio: prefere a via aberta ou fechada? Por quê e quando?

JAYME VITAL DE SOUZA - Sempre pela técnica de *Hasson* modificada, pois não gostei de ver uma alça perfurada. Esta técnica consiste em fazer uma incisão trans-umbilical, passar um trocar sob visão direta e realizar uma sutura em bolsa com fio de algodão.

JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO - Uso ambas as técnicas. Indico a via aberta em pacientes obesos ou naqueles que se submeteram a cirurgia abdominal prévia. Uso a agulha de *Veress* na cicatriz umbilical nos pacientes magros, de preferência.

JOSÉ ALFREDO DOS REIS JR - Quando possível, sempre utilizamos a técnica fechada (com agulha de *Veress*) no hipocôndrio esquerdo, pois acreditamos que nesta posição diminui a incidência de complicações referentes à punção. Não utilizamos a técnica fechada em pacientes com cirurgia prévia no local da punção.

PAULO CORREA - Sempre me utilizei apenas da via fechada. Nos casos em que há cirurgia abdominal prévia, procuro um ponto “virgem” para a punção com a agulha de *Veress* e a colocação do primeiro trocarte e da ótica.

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO - Preferimos a via fechada exceto se incisão prévia e nos casos de megacólon chagásico com timpanismo ao exame físico do abdome imediatamente antes da punção, quando então realizamos a via aberta. Estabelecemos o pneumoperitônio sempre na cicatriz umbilical.

UNIVALDO ETSUO SAGAE - Usamos pneumoperitônio pela técnica fechada, com agulha de *Veress* porque é mais fácil, rápido e seguro. Deixamos a técnica aberta nos casos de cirurgia mediana anterior.

Pergunta: Relacione o posicionamento dos trocártes em ressecções do cólon direito, cólon esquerdo, amputação de reto, reconstrução de trânsito pós-Hartmann e colectomia total

JAYME VITAL DE SOUZA - Em todos os casos eu utilizo: ótica na cicatriz umbilical e mais quatro punções nos flancos e fossas ilíacas.

JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO - Cólon direito - 5 trocarters: 10mm cicatriz umbilical, 5mm flanco esquerdo, 12mm fossa ilíaca esquerda, 5mm flanco direito, 5mm fossa ilíaca direita. Cólon esquerdo - 5 trocarters: 10mm cicatriz umbilical, 5mm flanco esquerdo, 5mm fossa ilíaca esquerda, 12mm flanco direito, 5mm fossa ilíaca direita. Amputação de reto - 5 trocarters: 10mm cicatriz umbilical, 5mm flanco esquerdo, 12mm fossa ilíaca esquerda, 12mm flanco direito, 5mm fossa ilíaca direita. Reconstrução Hartmann - 10mm cicatriz umbilical, 5mm flanco esquerdo, 12mm fossa ilíaca esquerda, 5mm fossa ilíaca direita. Colectomia total - Cirurgia híbrida com incisão transversa supra umbilical e um trocarter de 10 mm na cicatriz umbilical para a ótica e outro de 5 mm epigástrico para auxílio na liberação dos ângulos.

JOSÉ ALFREDO DOS REIS JR - Cólon direito: 3 trocateres de 10/12 mm (hipocôndrio esquerdo, fossa ilíaca esquerda e supra umbilical). Cólon esquerdo e amputação de reto: 3 trocateres de 10/12 mm (hipocôndrio direito, fossa ilíaca direita e supra umbilical [2 cm acima e 2 cm lateral esquerdo]); quando é necessário uma pinça a mais, coloco-a na fossa ilíaca esquerda (local da possível colostomia). Reconstrução de trânsito: na maioria das vezes faço como na colectomia esquerda, porém depende muito do intra-operatório (aderências). Na colectomia total utilizamos 5 trocateres (10/12 mm) supra umbilical, fossa ilíaca direita, fossa ilíaca esquerda, hipocôndrio esquerdo e hipocôndrio direito.

PAULO CORREA - A posição varia de caso a caso, e de cirurgião a cirurgião, mas os princípios que devem ser seguidos são: 1) que o trocarter da ótica deve estar diametralmente oposto ao segmento a ser manipulado, de preferência na cicatriz umbilical, 2) que os trocateres do cirurgião não fiquem muito "juntos", de forma que as pinças mantenham um ângulo mais aberto possível entre si, permitindo todo o tipo de manobras, inclusive a confecção de sutura

e pontos endoscópicos, 3) sempre que possível utilizar-se de trocateres de 10 mm, para que se necessário, a ótica possa ser trocada de lugar ou possa se utilizar qualquer pinça ou instrumento laparoscópico através destes trocateres e finalmente 4) sempre que necessário não "economizar" e utilizar-se de mais um trocarter para diminuir a necessidade de conversão.

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO - Via de regra procuramos utilizar sempre 5 punções: uma em cada quadrante e a umbilical (12 mm) para a ótica. A punção do quadrante inferior direito (12 mm) é utilizada para a passagem do endogrampeador, clipador automático, bisturi harmônico (pinça de 10 mm) ou porta-agulhas conforme o caso.

UNIVALDO ETSUO SAGAE - Cólon direito: 1º trocarter de 10/11mm na cicatriz umbilical. O 2º e 3º trocarter dependendo do biotipo do paciente colocamos um superior na linha do músculo reto abdominal, mais ou menos 5 cm do rebordo costal esquerdo ou direito, com trocarter de 5 mm e o terceiro trocarter na linha muscular do reto abdominal direito ou esquerdo a 5 cm do púbis com trocarter de 10/12 mm. Um 4º trocarter em hipocôndrio direito na linha axilar anterior a 3 cm do rebordo costal. Os brevelíneos temos preferência ao 2º e 3º trocateres na linha muscular do reto abdominal a direita e os longelíneos a esquerda, devido a distância entre a alça e o trocarter. Cólon Esquerdo e amputação de reto: 1º trocarter 10/11mm para óptica na cicatriz umbilical, a 2ª óptica na fossa ilíaca direita de 10/12mm tomando cuidado para não ficar muito próximo do osso ilíaco direito e pubis. O 3º orifício em flanco esquerdo de 5 mm ou 10/11 mm nos casos de liberação do ângulo esplênico do cólon e o 4º orifício na linha Hemi claviclar direita mais ou menos 5 cm da reborda costal. Reconstrução de trânsito pós-Hartmann: 1º trocarter de 10/11 mm na incisão da colostomia após a liberação do ostoma e colocação da ogiva, damos pontos para ajustar o trocarter. 2º trocarter na cicatriz umbilical sob visão de 10/11 mm e o 3º em fossa ilíaca direita de 5 ou 10/11 mm, dependendo do grau de aderências e uso de pinças e ópticas de 10/11 mm neste portal.

Colectomia total: 1º portal na cicatriz umbilical 10/11 mm, 2º portal na fossa ilíaca direita 10/12 mm tomando cuidado para não ficar muito próximo do osso ilíaco direito e púbis. 3º portal trocarer 10/11 mm em flanco esquerdo e o 4º portal 10/11 mm na linha Hemi clavicular direita a 5 cm da borda costal direita.

Pergunta: Em que medida considera o peso e idade do paciente como fatores limitantes para indicação cirúrgica ?

JAYME VITAL DE SOUZA – Eu contraindico a cirurgia colorretal em pacientes obesos. Esta seleção é feita em bases pessoais. Quanto à idade, só se houver fatores limitantes sistêmicos.

JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO - Os pacientes com maior peso apresentam mais dificuldade cirúrgicas, embora possam ser operados por videolaparoscopia, contudo este fator deve ser considerado na indicação.

JOSÉ ALFREDO DOS REIS JR - - Acredito que os fatores limitantes para a cirurgia vídeo-laparoscópica sejam mais relacionados aos fatores cardíaco-respiratórios.

PAULO CORREA - Nunca, desde que haja real necessidade do procedimento cirúrgico.

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO - Obesidade e idade avançada são contra-indicações relativas à via de acesso por vídeo para as operações colorretais, a despeito das evidências que se pode encontrar na literatura, sobretudo para cirurgias na curva de aprendizado que devem selecionar com cuidados seus pacientes a fim de não aumentar desnecessariamente a morbidade no início da experiência. Obesos são os maiores beneficiados pela vídeo-laparoscopia. No entanto, as operações colorretais por vídeo em obesos são algo mais demoradas do que as realizadas pela via convencional o que pode levar a incremento no custo e favorecer a ocorrência de trombose venosa.

Entendo que obesos e idosos (geralmente com comorbidades) não devem ser selecionados para via de acesso por vídeo se não houver garantia de que possam ser operados em intervalo de tempo semelhante ao realizável pela via convencional.

UNIVALDO ETSUO SAGAE - Os pacientes com IMC acima de 30 discutimos com o paciente o risco de conversão e nos casos de tumores damos a preferência por acesso laparotômico.

Pergunta: Colectomia total: quais são seus critérios de indicação? Existem vantagens – para quais pacientes ? Em que ordem faz a mobilização dos segmentos colônicos ?

JAYME VITAL DE SOUZA - Não vejo nenhuma vantagem em fazer colectomia total por vídeo. Quando fiz, procurei ligar os pedículos a princípio e mobilizar cólon esquerdo, direito e finalmente transverso.

JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO - Faço sempre pela técnica combinada com acesso manual através de incisão transversa suprapúbica.

JOSÉ ALFREDO DOS REIS JR - As indicações seguem as da laparotomia e as vantagens são as mesmas inerentes aos procedimentos vídeo-laparoscópicos. Começo a cirurgia pelo cólon esquerdo, após cólon direito, transverso e termino com o reto.

PAULO CORREA - Indico a colectomia total e a proctocolectomia total + reservatório ileal, para casos selecionados de “Adenomatose Familiar Múltipla” e de “Doenças Inflamatórias Inespecíficas do Cólon”, ambos de forma eletiva. As vantagens inerentes ao acesso laparoscópico são relacionadas principalmente a cosmese e ao retorno mais precoce às atividades físicas. No entanto, devemos nos lembrar que o índice de complicações para este procedimento é bastante alto, mesmo pela via convencional, sendo que temos que, em até 20% das vezes, re-explorarmos cirurgicamente a cavidade

abdominal. Tenho iniciado a mobilização no sentido medial para lateral, ou seja, fazendo primeiro as ligaduras dos pedículos vasculares do cólon direito, do esquerdo e do reto, para depois fazer a liberação destes segmentos da parede abdominal, deixando para o fim o descolamento inter cólon-epiplóico e a ligadura do pedículo vascular médio.

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO - As operações de colectomia total ou retocoliectomia total com anastomose ileoanal com bolsa ileal têm na videolaparoscopia nossa opção de via de acesso, exceto se, para os casos de retocolite ulcerativa ou polipose adenomatosa familiar, houver diagnóstico pré-operatório de malignidade. Obesidade é, para nós, uma contra-indicação para essa via de acesso uma vez que o procedimento pode ser realizado pela via convencional nesses casos em tempo operatório significativamente mais curto. Iniciamos pela mobilização do sigmóide, cólon esquerdo e transversos, seguida pela desvascularização desses segmentos. A mobilização e desvascularização do cólon direito são feitas em seqüência antes da realização da incisão auxiliar que é utilizada para retirar a peça nos casos de colectomia total ou para realizar a proctectomia, confeccionar o reservatório e realizar a anastomose ileoanal nos casos retocoliectomia.

UNIVALDO ETSUO SAGAE - As colectomias totais em mulheres com doença de retocolite e polipose familiar indicamos e observamos vantagens. Nos homens discutimos com o paciente e vemos vantagens sobre a laparotomia. Em casos de urgência e tumores preferimos a técnica aberta, mas em casos selecionados damos como opção a laparoscopia. Liberamos na seguinte seqüência: cólon sigmóide, cólon esquerdo, cólon direito e cólon transversos.

Pergunta: Quais são os truques na dissecação do mesentério inflamado e espesso ?

JAYME VITAL DE SOUZA - o uso de endogrampeadores (o que encarece demais o procedimento) ou “*Ligasure*”, que faz o mesmo efeito.

JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO - Nestes casos temos que ter muito cuidado na tração do mesocólon, pois pode facilmente provocar lesões vasculares. Outro cuidado importante é a delicada dissecação dos vasos antes de ligá-los.

JOSÉ ALFREDO DOS REIS JR - Primeiro ter uma equipe treinada e com bons equipamentos, utilizar a técnica de tração e contra tração com delicadeza, iniciar sempre pelo mais fácil e progredindo para o mais difícil. Na dúvida, pare e pense 3 vezes: a conversão não é derrota do cirurgião e sim uma opção tática de cirurgia.

PAULO CORREA - Deve-se tentar fazer a dissecação o mais próximo possível da emergência dos pedículos vasculares principais, fugindo das bifurcações vasculares e fazendo, portanto, menos ligaduras. Evitar apreender as áreas “inflamadas”, utilizando-se de pinças adequadas em pontos mais “sãos”.

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO - Uso da gravidade para deslocar segmentos móveis, otimizar tração e contra-tração (utilizando 5 punções), usar bisturi harmônico, reconhecimento anatômico constante e utilizar a dissecação pelo espaço mesentérico-cólico.

UNIVALDO ETSUO SAGAE - Dissecar o mais próximo da raiz do pedículo arterial, evitando mesocólon próximo ao cólon, pois a inflamação é maior neste local.

Pergunta: Na conversão operatória, que incisão utiliza nos diversos procedimentos operatórios ?

JAYME VITAL DE SOUZA - Sempre medilínea.

JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO - Utilizo a incisão transversa suprapúbica total.

JOSÉ ALFREDO DOS REIS JR - Incisão mediana.

PAULO CORREA - Muitas vezes não há necessidade de “conversão total” e sim de algum “reparo” de alguma complicação imediata. Nestas circunstâncias podemos utilizar uma pequena incisão mediana umbilical longitudinal ou uma pequena incisão transversa supra-púbica, sem perdermos as vantagens do acesso laparoscópico. Caso haja necessidade de conversão “real”, sempre utilizo incisão mediana ampla.

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO - Aderências e dificuldade técnica são as principais indicações de conversão. No caso de aderências, optamos pela incisão mediana uma vez que realizar toda a operação pela via convencional se faz necessário. Nos casos de retossigmoidectomia onde a mobilização do ângulo esplênico é necessária e pôde ser feita por vídeo, a incisão de Pfannenstiel é nossa opção para terminar a mobilização, realizar ligaduras vasculares e realizar a anastomose.

UNIVALDO ETSUO SAGAE - A incisão preferencial é a transversa baixa, e no cólon direito e cólon transverso, incisão mediana peri-umbilical pequena 7-8 cm.

Pergunta: Quais são os principais cuidados técnicos que utiliza na prevenção da disseminação tumoral ?

JAYME VITAL DE SOUZA - Fixar trocarteres, não pinçar o cólon, não abrir alça na cavidade, “wash-out” do reto, desinsuflar com trocarteres em posição, lavar os sítios de punção, incisão adequada para retirar a peça operatoria.

JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO - Fixação dos trocarteres, limpeza dos trocarteres ao final da cirurgia, limpeza mecânica freqüente dos instrumentos, e todos os cuidados gerais para qualquer cirurgia para câncer, como evitar manipulação tumoral, evitar a perfuração do tumor, etc.

JOSÉ ALFREDO DOS REIS JR - Fixar os trocarteres; não manipular o tumor; respeitar os critérios

oncológicos da cirurgia laparotômica; e quando da retirada da peça cirúrgica, fazê-la em incisão onde o tumor não seja exprimido e sempre com proteção da parede abdominal.

PAULO CORREA – A) Ligadura vascular prévia, na emergência dos troncos vasculares do segmento comprometido. B) manipulação mínima da neoplasia (se possível nenhuma) C) Proteção da parede abdominal durante a retirada do espécime cirúrgico.

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO - Ainda não submetemos pacientes com câncer de cólon a tratamento cirúrgico curativo por vídeo-laparoscopia exceto para os casos de pólipos malignos. Pacientes com câncer do reto distal já submetidos a quimio-irradiação neoadjuvante são preferencialmente operados por vídeo-laparoscopia quando a decisão por amputação do reto está definida no pré-operatório. Nessas situações os princípios oncológicos são os mesmos das operações convencionais (ligadura arterial na origem e excisão total do mesorreto).

UNIVALDO ETSUO SAGAE - Fazer dissecação rente aos vasos aorto-iliacos, ligadura do tronco arterial na sua emergência e da veia mesentérica inferior próximo ao pâncreas, preservando os nervos sacrais e identificando os ureteres em todos os casos. Evitar a manipulação do tumor diretamente com as pinças. Evitar escape de gases pelas folgas dos orifícios dos portais e retirar a peça protegida com saco plástico ou invólucro plástico.

Comentários

Conforme se observa das opiniões aqui apresentadas, existem várias formas de apreciar o mesmo problema, como em todos os campos da medicina. Uma vez que ninguém é detentor da verdade absoluta, cabe ao leitor saber extrair, de cada um, uma informação que desconhecia, uma boa dica ou mesmo uma idéia em que ainda não havia pensado.

Apesar de haver tendências diferentes na literatura, os autores aqui consultados ressaltam a

importância de preparo colônico prévio em cirurgias eletivas, apresentando vários métodos de limpeza mecânica que consideram eficientes.

Deduz-se, também, que a prevenção de fenômenos trombo-embólicos neste grupo de pacientes faz parte da rotina dos cirurgiões, considerando-se o maior risco envolvido em operações laparoscópicas de longa duração, com pneumoperitônio mantido em pacientes freqüentemente acima do peso ideal, como são aqueles portadores de doenças colo-retais.

Quanto à indicação em pacientes obesos, as opiniões apresentadas denunciam um certo receio na indicação desses casos, embora existam evidências de que justamente os obesos sejam mais beneficiados devido à diminuição do trauma parietal⁶. Assim, fica a mensagem de que as indicações de procedimentos laparoscópicos nesses pacientes sejam feitas cuidadosamente caso a caso.

Em relação às opiniões expressadas sobre as colectomias totais, verifica-se que esta indicação continua a ser altamente seletiva e os debates sobre suas reais vantagens estão ainda longe de encontrar um ponto comum. Apesar de alguns não realizarem colectomias totais, não se pode deixar de reconhecer bons resultados obtidos em pacientes jovens selecionados, motivados, em boas condições clínicas, em atividade laborativa ou estudantil, situações bastante comuns entre pacientes com polipose adenomatosa familiar. Há que se considerar ainda que esses pacientes podem se beneficiar do menor trauma tecidual imposto pelas técnicas minimamente invasivas, reduzindo a chance de desenvolver tumores desmóides nesta população.

Ainda mais, a via laparoscópica determina menor formação de aderências intestinais e complicações obstrutivas pós ressecções extensas do cólon e reto⁷. Entretanto, essas supostas vantagens ainda não foram devidamente comprovadas nas séries publicadas até o momento.

No tocante às cirurgias oncológicas, ficou muito bem documentado que são necessários cuidados técnicos especiais na mobilização do tumor, na exérese dos tecidos potencialmente envolvidos e também na retirada da peça operatória. Esses passos técnicos têm sido exaustivamente reiterados em

diversas publicações sobre o assunto, enfatizando-se que eventuais resultados adversos no tratamento dos tumores estejam mais relacionados ao emprego de técnica cirúrgica inadequada do que ao método laparoscópico *per se*⁸.

Assim, espero que as idéias aqui expostas tenham contribuído para sugerir novas idéias e apresentar sugestões práticas àqueles que porventura venham a realizar ressecções laparoscópicas para tratamento das doenças colo-retais. Por fim, registro meu agradecimento aos colegas que prontamente se dispuseram a contribuir com este Painel, apresentando de maneira clara e objetiva suas opiniões.

Referências Bibliográficas

1. Regadas FSP, Averbach M, Campos FGCM, Pandini LC, Reis Neto AJ, Ramos JR. Experiência Brasileira em cirurgia laparoscópica colorretal: Mesa-redonda. Rev bras videocir 2004; 2 (2): 93 – 97.
2. Araújo SEA, Sousa Jr AHS, Campos FG, Habr-Gama A, Dumarco RB, Caravatto PPP, Nahas SC, Silva JH, Kiss DR e Gama-Rodrigues J. Conventional approach x laparoscopic abdominoperineal resection for rectal cancer treatment after neoadjuvant chemoradiation: results of a prospective randomized trial. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo 2003; 58 (3): 133-140.
3. Campos FG. Complications and conversions in laparoscopic colorectal surgery: results of a multicenter Brazilian trial. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2003; 13 (3): 173-9.
4. Campos FG. Perspectivas e vantagens da vídeo-cirurgia no tratamento do câncer colo-retal. Rev bras videocir 2004; 2 (1): 39 – 42.
5. Nelson H et al (Cost Study Group). A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. N Engl J Med 2004; 350: 2050-9.
6. Campos FG. Análise dos riscos associados à idade avançada e obesidade em cirurgia laparoscópica colorretal. Rev bras Coloproct 2002; 22: 289-93.
7. Duepre HJ, Senagore AJ, Delaney CP, Fazio VW. Does means of access affect the incidence of small bowel obstruction and ventral hernia after bowel resection? Laparoscopy versus laparotomy. J Am Coll Surg 2003; 197 (2): 177-81.
8. Campos FGCM – Avaliação oncológica das técnicas laparoscópicas no tratamento do câncer colo-retal. Resultados de estudos comparativos e de séries com seguimento prolongado. Rev bras Coloproct 2003; 23: 217-24.

**Painel com Especialistas em Cirurgia Colo-Retal
Aspectos Técnicos em Ressecções Laparoscópicas Colo-Retais**

JAYME VITAL DE SOUZA (*Salvador - BA*)

Médico

Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia

E-mail: drjvss@aol.com

JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO (*Rio de Janeiro -RJ*)

Médico

Presidente-Eleito da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia

E-mail: joaopupo@iis.com.br

JOSÉ ALFREDO DOS REIS JR (*Campinas-SP*)

Médico

E-mail: reisjr@nutecnet.com.br

PAULO CORREA (*São Paulo - SP*)

Cirurgião do Hospital Sírio-Libanês de São Paulo

E-mail: abcc-sp@uol.com.br

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO (*São Paulo - SP*)

Médico-Assistente da Disciplina de Colo-Proctologia do Depto de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutor pela Faculdade de Medicina da USP

E-mail: sergioed@terra.com.br

UNIVALDO ETSUO SAGAE (*Cascavel - PR*)

Docente da Disciplina de Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo da UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Especialista em Coloproctologia (Sociedade Brasileira de Coloproctologia) e Gastroenterologia (USP). Pós graduando da USP.

E-mail: sagae@gastro.com.br

FÁBIO GUILHERME CAMPOS (*São Paulo - SP*)

Médico-Assistente Doutor da Disciplina de Colo-Proctologia do Depto de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Presidente Eleito da SOBRACIL-SP

E-mail: fgmcampos@terra.com.br