

# Resumos de Artigos Comentados

## *Commented Abstract*

***Elizabeth Gomes dos Santos***

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

---

SANTOS EG. Resumos de artigos comentados. Rev bras videocir 2005;3(3):173-174.

Prezados colegas

Saudações Laparoscópicas!

O comentário deste número é do Dr. Sílvio Henriques da Cunha Neto, professor do departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Membro Associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, que nos brinda com sua vasta experiência em cirurgia videolaparoscópica e em particular na cirurgia da supra-renal.

*Elizabeth Gomes dos Santos*

### **LAPAROSCOPIC CURATIVE RESECTION OF PHEOCHROMOCYTOMAS**

---

Kercher, KW; Novitsky, YW; Park, A; Matthews, BD; Litwin, DEM; Heniford, BT.

Annals of Surgery

Volume 241(6), June 2005, pp 919-928.

As indicações de supra-renalectomia por laparoscopia para os adenomas não funcionantes assim como para as síndromes de Cushing e de Conn estão bem estabelecidas. Mas quando a patologia em questão é o feocromocitoma, as dúvidas se exacerbam, visto que geralmente são tumores maiores, potencialmente malignos, poderem estar associados a outras neoplasias endócrinas (NEM) e pelas alterações cardíacas que decorrem de sua manipulação durante o ato cirúrgico.

Este artigo, que é a continuação de um já publicado anteriormente pelos mesmos autores e reproduzido na Revista de Cirurgia Videoendoscópica (SOCIVERJ) em 2001 – volume 4 – nº 4 – pp. 105-109, faz-se um estudo prospectivo de 80 supra-renalectomias realizadas em 6 anos, em 4 hospitais terciários. Foram encontrados tumores extra-adrenais em 2 pacientes; malignidade também em 2; bilateralidade em 1

e associação com NEM em 8. A colelitíase estava presente em 1 paciente concomitantemente. Estes achados estão dentro das variações estatísticas da literatura, porém vale ressaltar que estes percentuais podem ser maiores. É descrito, por exemplo, incidência de até 30% de colelitíase associada ao feocromocitoma. A colecistectomia pode ser realizada no mesmo ato cirúrgico, mas dependente de um julgamento muito criterioso do cirurgião e anestesista do risco-benefício particularizado para aquele paciente. Já tivemos a oportunidade de realizar colecistectomia em 2 pacientes associada à supra-renalectomia direita por laparoscopia, tendo sido ambas de grande facilidade técnica apesar do decúbito lateral esquerdo completo.

O tamanho médio do tumor foi de 5cm, porém a única variável que se mostrou pior neste estudo, nos tumores grandes, foi em relação ao tempo cirúrgico bem maior que nos tumores pequenos. Foram similares a perda volêmica, estabilidade hemodinâmica e recuperação pós-operatória. Porém, vale ressaltar que a incidência de malignidade nos tumores de supra-renal maiores que 6cm é bem mais alta que nos tumores pequenos. Esses tumores, quando à direita, tendem a crescer por detrás da veia cava, são ricos em drenagem venosa, tendo em muito dificultada sua dissecação. À esquerda, crescem geralmente para baixo dos vasos renais e medialmente, dificultando da mesma maneira a dissecação. De modo que supra-renalectomia em tumores maiores que 6cm não deve ser realizada por cirurgiões com pouca experiência neste procedimento.

A incidência de alterações hemodinâmicas per-operatórias nestes pacientes foi de 53% para hipertensão e 28% para hipotensão, o que é até mesmo menor que nas cirurgias convencionais para feocromocitoma. Esta incidência está diretamente relacionada com o preparo pré-operatório a que estes pacientes devem ser submetidos: 10 a 14 dias antes da cirurgia. Interessante é a citação do trabalho de Fernández-Cruz et al (World J. Surg. 20, 762-768, 1996) que compara a liberação de catecolaminas nas várias fases da cirurgia por via laparoscópica e convencional, mostrando que durante a manipulação do tumor essa liberação é duas vezes menor no primeiro procedimento.

O tempo médio de internação foi de 2,3 dias. A mortalidade e taxa de conversão neste estudo foi nula, com morbidade baixa, demonstrando a eficácia e a segurança da via laparoscópica para supra-renalectomia por feocromocitoma.

Em relação à técnica cirúrgica, todos os pacientes foram operados em decúbito lateral e por via trans-peritoneal. Não descreve a posição do paciente em que havia lesão nas duas glândulas. Essa é também nossa via de escolha por apresentar mais pontos anatômicos de referência e por propiciar maior campo de trabalho que a via retro-peritoneal. Mesmo no caso de supra-renalectomia bilateral preferimos o decúbito lateral, com mudança na posição do paciente para a realização do lado contra-lateral.

Quanto à ligadura prévia venosa nas supra-renalectomias por feocromocitoma para evitar as respostas adrenérgicas da manipulação do tumor é digna de nota a referência ao trabalho de Rocha et al<sup>26</sup> relatando que ocorre liberação hormonal apesar desse procedimento, provavelmente devido a grande vascularização dos feocromocitomas. Entendemos que é melhor maior dissecação, mas ligadura com segurança, que tentativas de ligadura venosa sem identificação segura da anatomia vascular da área operada (daí lesão de veia renal, veia cava etc.). Neste trabalho, a ligadura dos vasos maiores que 7mm foi realizada com "stapler" endovascular, mas sugiro que o controle da veia supra-renal direita principal, para a veia cava, deva ser feito com clips, porém quase todos os demais vasos tanto venosos quanto arteriais podem ser controlados com bisturi harmônico ou bipolar.

Dentre os 80 pacientes operados, em 2 o feocromocitoma foi um achado em pacientes com incidentaloma, ou seja, massa ou nódulo incidental da supra-renal, encontrado num exame de imagem do abdome, realizado para investigação de alguma queixa não relacionada a essa glândula. Assim, é oportuno ressaltar que todo paciente com incidentaloma, independente do tamanho, deve ser investigado para feocromocitoma, além de Cushing e hiperaldosteronismo antes de ser levado à cirurgia. Esses pacientes podem não ser hipertensos prévios e terem conseqüências drásticas no ato operatório.

**SILVIO HENRIQUES DA CUNHA NETO**

cunhanet@mls.com.br