

Esplenectomia Laparoscópica Contribuição Tática Pelo Uso de Alça Externa de Fio de Nylon para Exposição do Pedículo

Laparoscopic Splenectomy Tactical Contribution by Exposition of the Pedicle with a Transparietal Nylon String

Elton Francisco Nunes Batista, Sperandio Reinaldo Del Caro, Margareth Carneiro, Neves Ruschi, Marco Aurélio Barbieri Ferreira, Alexandre Augusto Ruschi Filho, Gustavo Adolfo Pavan Batista

CIAS - Centro Integrado de Atenção a Saúde (Hospital da Unimed Vitória)

RESUMO A abordagem videoendoscópica através de pequenas incisões tem como vantagens um melhor resultado estético, menor incidência de dor pós-operatória, baixo índice de infecção da ferida e retorno precoce às atividades. No entanto, para alguns cirurgiões, ainda há certas operações com maior grau de dificuldade, por exemplo, a esplenectomia. Esta operação exige mais treinamento e tem maior risco de sangramento devido às dificuldades no acesso e exposição. Com o objetivo de facilitar esta abordagem, introduzimos um detalhe tático para fixar e posicionar o baço com um fio controlado externamente, expondo o seu pedículo durante grande parte do ato cirúrgico e na fase de sua captação para retirada da cavidade. É uma manobra simples, fácil, segura e não acarreta danos ao baço nem demanda qualquer custo adicional. Ao mesmo tempo, facilita a realização da operação com apenas três trocartes.

Palavras-chave: ESPLENECTOMIA; CIRURGIA LAPAROSCÓPICA; TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICAS.

ABSTRACT *The videoendoscopic approach through small incisions. The advantages of this method include: better cosmetic results, less pain, lower wound infection rate, and earlier resumption of normal activities, without lessening the safety of the procedure. This last aspect has been questioned regarding videosplenectomy. It has a higher risk of bleeding, due to difficult to expose the splenic hylum. Attempting to make this approach easier, we describe a simple, feasible and cheap maneuver to safely retract the spleen toward the abdominal wall, using a transparietal nylon thread, exposing its pedicle and, later, facilitating its bagging. It also allows the procedure to be performed with only three minor incisions.*

Key words: SPLENECTOMY; LAPAROSCOPIC SURGERY; SURGICAL TECHNIQUES AND TACTICS.

BATISTA EFN, DEL CARO SR, CARNEIRO M, RUSCHI N, FERREIRAMAB, RUSCHI FILHO AA, BATISTA GAP. Esplenectomia Laparoscópica - Contribuição Tática Pelo Uso de Alça Externa de Fio de Nylon para Exposição do Pedículo. Rev bras videocir 2006;4(2):70-74.

Recebido em 15/04/2006

Aceito em 15/08/2006

O tempo vem demonstrando as vantagens da cirurgia videoendoscópica, com ampliação das indicações, na medida em que os cirurgiões se tornam mais hábeis e mais experientes com esta forma de abordagem. Depois da colecistectomia⁷, a cirurgia anti-refluxo e a apendicectomia videoendoscópicas já se tornaram padrão “ouro”. Muitas

outras operações também ganharam espaço e já são referendadas para a execução preferencial através dessa via. Nesse grupo já começa a ser incluída a esplenectomia, que requer maior treinamento e envolve maiores dificuldades técnicas, justificando ainda uma certa cautela na sua realização por via não convencional.

Existem restrições bem justificadas nos casos de baços muito grandes^{3,6}. A dificuldade na exposição tem sido referida como o maior problema na abordagem do pedículo vascular. Para vencer essa dificuldade, adotam-se posições alternativas do paciente na mesa, número variável de trocartes e locais de acessos discutíveis e controversos³.

Com o objetivo de facilitar a exposição e abordagem do pedículo vascular, introduzimos desde 1997 um detalhe técnico muito simples que tem facilitado a operação, fixando o baço com fio externo junto à parede abdominal, mesmo após a sua completa liberação. Além disso, esta manobra também tem simplificado de modo significativo a introdução do baço na bolsa de extração para a sua retirada da cavidade em um tempo extremamente curto, além de tornar a esplenectomia videolaparoscópica exequível com apenas três trocartes.

POSIÇÃO DO PACIENTE E ACESSOS

O decúbito lateral direito não deve ser completo para não prejudicar o acesso inicial umbilical (Figura-1A). O decúbito lateral pode ser completado durante a operação pela movimentação

da mesa operatória. O acesso à cavidade ocorre com apenas três portais, na seguinte distribuição (Figura-1B): a) umbilical (óptica); b) sub-xifóide (pinça auxiliar) e, c) lateralmente ao músculo reto abdominal esquerdo (portal de trabalho), em uma distância intermediária entre os dois anteriores, formando um triângulo aberto. O calibre dos trocartes pode variar conforme o instrumental utilizado, a preferência do cirurgião, a idade do paciente e, eventualmente, a presença de obesidade. À exceção do acesso umbilical (11mm), o uso de trocartes de 6mm nos outros acessos não torna menos confortável e nem mais trabalhosa a operação.

DISTRIBUIÇÃO VASCULAR

O baço é irrigado pela artéria esplênica, ramo direto do tronco celíaco, por vasos curtos pancreáticos afluentes do pedículo vascular e, por vasos independentes que chegam ao baço pelo ligamento gastroesplênico, originários da grande curvatura do estômago⁷, sendo que estes garantem o suprimento do seu pólo superior após ligadura dos

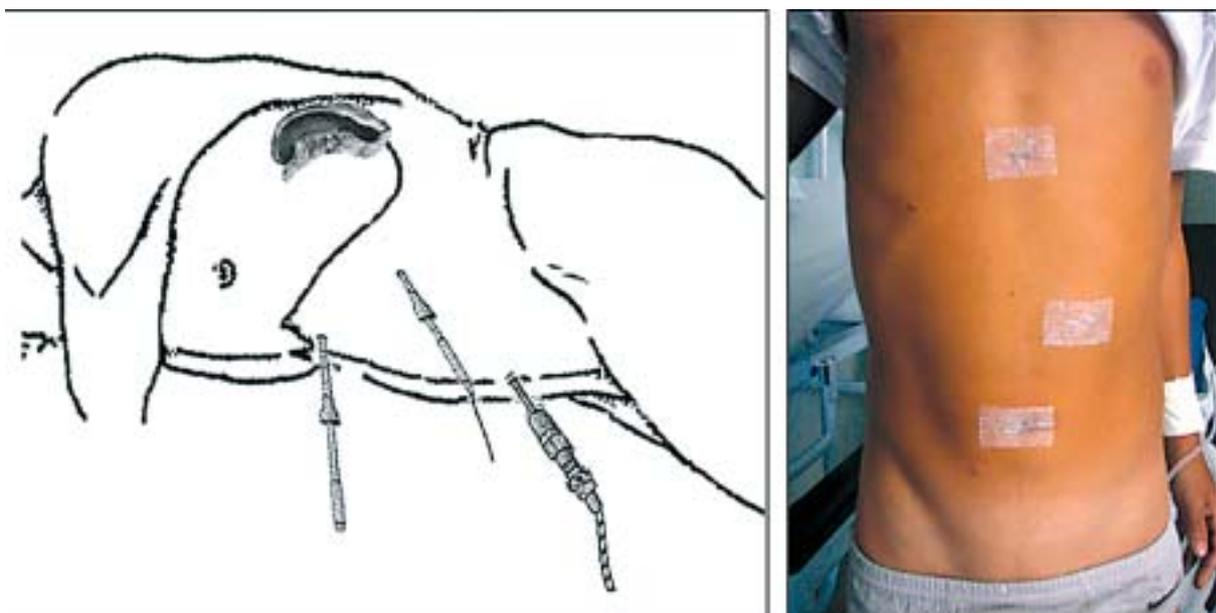


Figura 1 – (A) Posição ideal do paciente para a operação e localização dos trocartes. (B) Em detalhe, foto com os locais de acesso.

vasos esplênicos. As veias têm distribuição e trajeto equivalentes. Os ramos arteriais terminais são resultantes da divisão e subdivisão da artéria esplênica e chegam ao hilo onde conferem ao baço o caráter segmentar. Isto fica evidente na medida em que as “ligaduras” vasculares se sucedem. A mudança de coloração do parênquima pode ser observada quando a isquemia segmentar se estabelece.

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA

Quando possível, a ligadura prévia da artéria esplênica junto à cauda do pâncreas pode minimizar o risco de sangramento, mas não temos utilizado este recurso de rotina. O tipo e distribuição da irrigação esplênica não parecem alterar ou impor dificuldades quanto aos aspectos técnicos da operação, uma vez que a seqüência de “ligaduras” vasculares na esplenectomia videolaparoscópica ocorre do pólo inferior para o superior³, em qualquer situação.

A abordagem do baço começa pelo seu pólo inferior que é inicialmente elevado pela pinça auxiliar. Neste ponto os vasos têm pequeno calibre e a dissecação pode avançar bastante mesmo com o bisturi mono ou bipolar. Após essa primeira fase, secciona-se a aderência posterior do baço com a parede, avançando-se o máximo possível até soltar o baço quase completamente da sua fixação parietal, o que pode ser mais trabalhoso em baços maiores. Neste ponto, introduz-se uma agulha 40/12 próximo da linha axilar média (Figura-2A), sob visão direta, logo abaixo da inserção diafragmática, com cuidado para não causar um pneumotórax. Pela agulha introduz-se uma alça de fio de nylon 2-0 ou zero e o mesmo é tracionado com pinças e direcionado para enlaçar o baço em sua parte média onde será exercida a tração (Figura-2B, C e D). A posição da alça no baço é garantida pela fixação externa do fio junto à pele com uma pinça hemostática. Sempre que necessário, esta alça de fio pode ser manuseada para soltar o baço, rodá-lo e também pode ser reposicionada. Nos pacientes com baços maiores ou

quando o pólo inferior já liberado cai sobre o campo, uma segunda alça pode ser utilizada como já o fizemos em várias oportunidades.

Esta tática também elimina a necessidade de novos portais para o afastamento do baço, garante a exposição do pedículo vascular durante todo o procedimento e elimina o risco de sangramento por lesões que podem ser produzidas com afastadores. A liberação do restante do hilo é semelhante ao procedimento inicial, tendo-se maior cuidado com os vasos curtos gastroesplênicos.

A tração do baço permite que o seu pedículo fique bem mais exposto e libera a pinça auxiliar para a seqüência do trabalho de dissecação e hemostasia. Finalizada a liberação do baço, o mesmo é mantido em suspensão pela alça do fio para facilitar a sua introdução na bolsa de extração (Figura-2 E e F).

DISCUSSÃO

Mesmo sendo um procedimento um pouco mais complexo, alguns consideram a esplenectomia como uma das operações abdominais mais adequadas para ser realizada por videolaparoscopia⁶. Mas, pelo seu maior grau de dificuldade, ainda não é de domínio técnico para muitos cirurgiões. Ainda assim, tem-se conseguido avanços, favorecidos pela evolução tecnológica que vem oferecendo alternativas seguras e rápidas para tornar esta operação um procedimento mais corriqueiro pela via laparoscópica.

A simples utilização de clips, que parece insegura, as ligaduras vasculares que, além de demoradas, aumentam o risco de sangramento durante a sua execução e os bisturis tradicionais mono e bipolar, embora ágeis e eficientes, já não parecem tão seguros como os modernos equipamentos ultra-sônicos e a nova versão bipolar de selagem de vasos. Extrapolando-se um pouco, surgem os grampeadores mecânicos, com custo muito elevado e que são preconizados como recurso facilitador na esplenectomia videolaparoscópica, oferecendo maior segurança hemostática e maior rapidez no procedimento.

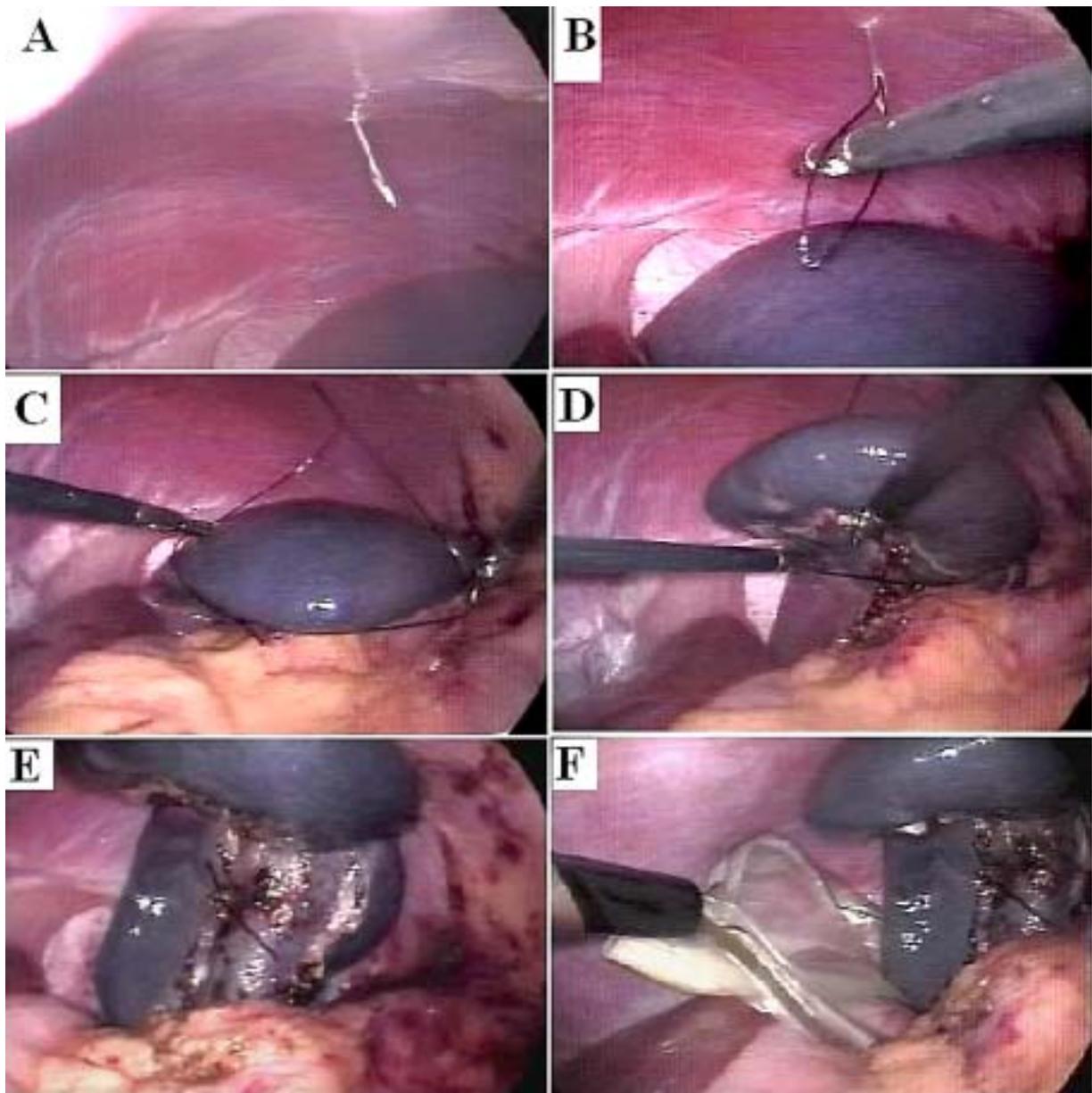


Figura 2 – A e B) Introdução da agulha e alça de fio de nylon; C e D) Envolvimento do baço pela alça do fio externo e tração suave; E) Baço mantido em suspensão pelo fio, já com o seu pedículo completamente liberado; F) Captação do baço pela bolsa de extração, facilitada pela fixação externa.

A despeito do custo, todas essas alternativas são válidas, ainda mais quando somadas com a manobra facilitadora de exposição do baço, como a que estamos propondo, minimizando tanto quanto possível o grau de dificuldade técnica que limita principalmente os cirurgiões que ainda encontram-se na curva de aprendizado.

Por esta razão, a tática aqui proposta para expor e fixar o baço junto à parede abdominal com

alça de fio externo, pode contribuir para tornar a esplenectomia videolaparoscópica mais simples e acessível para os profissionais que se iniciam nesta operação. Ela fixa o baço na cavidade, facilita o acesso ao pedículo vascular, reduz o tempo da liberação desse pedículo com qualquer recurso de hemostasia e também simplifica o trabalho e o tempo de introdução do órgão na bolsa de extração.

Referências Bibliográficas

1. Batista, EFN. Cirurgia do baço – Monografia. Fundação Ceciliano Abel de Almeida – UFES, 1984
2. Carneiro, JLA & Batista, EFN. Cirurgia sobre o pedículo esplênico. In: Petroianu, A. (ed). O baço. São Paulo, CLR Balieiro, 2003, p. 367-73
3. Domene, CE. Videocirurgia do baço. In: Petroianu, A (ed). O baço. São Paulo, CLR Balieiro, 2003, p. 382-393.
4. Melo-Filho, AA; Miranda, ML; Oliveira-Filho, AG; Pinheiro, VR; Brandalise, NA & Bustorff-Silva, JM. Esplenectomia laparoscópica nas doenças hematológicas. Rev. Col. Bras. Cir., 2003, 30 (5), 382-387.
5. Fin, AS. Colecistectomia laparoscópica à marionete, análise crítica. Rev. Soc. Bras. Cir. Laparosc., 1, maio 1997 - P. 23-25.
6. Nogueira, MVF; Azevedo, JCS; Teixeira, CAB & Oliveira, MHE. Terceira esplenectomia para recidiva de púrpura trombocitopênica imunológica, por videolaparoscopia. Rev. Cir. Videoendoscópica - Sociverj, Jan-Março 1998, vol. 2 (1), p. 32-35.
7. Petroianu, A. Aspectos históricos do baço e da cirurgia esplênica. In: O baço. São Paulo, CLR Balieiro, 2003, p. 3-15.

Endereço para correspondência

ELTON FRANCISCO NUNES BATISTA

Rua Dr. Antônio Honório, 75 – Bento Ferreira

29050-770 – VITÓRIA – ES

Tel: (027) 3324-0005

E-mail: eltonmed@yahoo.com.br / efbatista@unimedvitoria.com.br