

Resumos de Artigos Comentados

Commented Abstract

Elizabeth Gomes dos Santos

*Membro Titular da Sobracil, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões,
Cirurgiã do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil*

SANTOS EG. Resumos de artigos comentados. Rev bras videocir 2007;5(2): 103-106

Prezados Colegas

Saudações Laparoscópicas !

O comentário especial deste número é do Professor Roberto Saad Junior.

Ex- Presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, que com sua vasta experiência através de seu comentário nos transmite uma parte de seus conhecimentos.

Nossos agradecimentos ao Professor Saad por sua valiosa contribuição.

1. TORACOSCOPIA NA URGÊNCIA

“Early Video-Assisted Thoracic Surgery for Primary Spontaneous Hemopneumothorax”

Chang,YT, Dai,ZC, Kao,EL et al

World Journal of Surgery 2007;31:19-25.

O **hemopneumotórax espontâneo** é uma situação de rara ocorrência. Mais raro ainda é o aparecimento de um hemotórax espontâneo puro. Muito mais freqüente nos Serviços de Emergência é o pneumotórax espontâneo. Na enfermaria de cirurgia de tórax da Santa Casa de São Paulo, entre 3.903 internações, tivemos 37 (0,95%) doentes com esta enfermidade.

Os autores do artigo relataram que em 15 anos trataram 24 doentes com **hemopneumotórax espontâneo**, o que resulta em menos de dois doentes por ano ou mais precisamente 1,6 doentes. O grupo da Santa Casa de São Paulo tratou apenas dois doentes em 15 anos (1992 – 2007), o que confirma que o grupo da Kaohsiung Medical University Hospital conseguiu acumular uma experiência considerável.

Entre os anos de 1989 e 2000, 13 doentes foram atendidos com **hemopneumotorax**: dois foram submetidos à toracotomias nas primeiras horas, e em nove indicou-se a toracotomia entre 15 e 36 horas após o episódio e os dois restantes também foram operados, um devido a persistência de fístula aérea e o outro em consequência da presença de hemotórax coagulado, a proposta de tratamento inicial tenha sido a drenagem pleural, todos os doentes, foram submetidos à toracotomias.

No período entre 2000 e 2005, outros onze doentes foram tratados e a indicação de videotoracoscopia foi a orientação logo após a reanimação dos doentes. Foi, portanto, instituído um tratamento operatório precoce para grupo.

Estes autores recomendam a videotoracoscopia precoce como tratamento de escolha para estes pacientes, ao invés da drenagem pleural inicial por ser em sua opinião um procedimento mais seguro para o doente, além das vantagens já conhecidas da videocirurgia.

No hemotórax traumático, afirmam que o tratamento de escolha é a drenagem pleural, pois nestes casos a cura ocorre em 95% dos doentes, apenas 5% requerem uma toracotomia.

Também acreditamos que nos doentes com **hemopneumotórax espontâneo** é necessária uma intervenção precoce, pois nestes, a fonte de sangramento é um vaso sistêmico, e a hemorragia só cessará, após a ligadura do vaso responsável.

A causa determinante do sangramento é quase sempre a ruptura de bolhas de enfisema ou "blebs", o pulmão colaba, satisfazendo a sua tendência permanente para a retração. Se houver uma aderência, a energia cinética condicionada por esta retração constitui uma força centrípeta que, em lugar de se distribuir por toda pleura parietal, concentra-se na aderência. Tais aderências, habitualmente, têm vasos de neoformação constituídos por endotélio revestido por fina camada fibrosa, sem lâmina muscular e, conseqüentemente, pouco retráteis. Nestas situações não adianta indicar a drenagem pleural como tratamento inicial e observar a evolução. É certo que este vaso continuará sangrando, devendo a cirurgia ser realizada. Embora o acesso por videotoracoscopia seja menos traumático, a toracotomia poderá ser feita, caso o cirurgião ou o Hospital não tenham condições para realizar a videocirurgia. A toracotomia precoce é também uma boa opção.

Nos pacientes com **hemotórax traumático** a drenagem inicial deverá ser realizada, pois nestes casos a fonte de sangramento é de um vaso pulmonar, pertencente à pequena circulação que tem 1/6 da pressão sistêmica, portanto, com grande possibilidade do sangramento cessar espontaneamente sem necessidade de ligadura cirúrgica.

O mérito deste trabalho foi demonstrar que o sangramento nos pacientes portadores de **hemopneumotórax** necessita de um tratamento precoce, comprovando-se o que se acreditava na teoria, isto é, o sangramento vem de um vaso sistêmico, que foi identificado em vinte quatro doentes estando, portanto, indicada a cirurgia precoce.

A pergunta que fica é: por qual via de acesso? A toracotomia ou videocirurgia? Acreditamos que se temos condições de realizar a videocirurgia, esta será a via preferencial, caso contrário a toracotomia axilar será uma alternativa.

Roberto Saad Junior
E-mail: rsaad@uol.com.br

2. LAPAROSCOPIA E ESTAGIAMENTO DE NEOPLASIAS

“The current role of laparoscopy in staging upper gastrointestinal malignancies”

McKinley R, Sanfiel F, Roth JS
Current Surgery 2005;62(1):35-6.

Muitas vezes pacientes são levados à cirurgia porque os métodos empregados para o diagnóstico não são capazes de definir se a doença é avançada ou não.

Neste artigo os autores, após revisão cuidadosa da literatura, concluem que a laparoscopia, mesmo com o uso de anestesia geral e não isenta de complicações, deva ser utilizada, no sentido de auxiliar o cirurgião na definição do tratamento quer mostrando a possibilidade de uma extensa ressecção ou impedindo uma laparotomia desnecessária.

3. CANCER GÁSTRICO – CIRURGIA CONVENCIONAL E VIDEOCIRURGIA

“Comparison of laparoscopic and open gastrectomy for gastric cancer”

Varela,JE, Hiashi M, Nguyen T at all
The American Journal of Surgery 2006;192:837-42.

A videocirurgia já se estendeu para vários campos. Seu uso no tratamento das neoplasias, especialmente as gástricas ainda não tem total aceitação. Neste artigo os autores fazem uma comparação entre sobrevida e a propriedade da linfadenectomia. A comparação foi feita entre 15 pacientes operados por vídeo e 21 por via aberta. Os parâmetros aferidos foram: perda sanguínea, tempo operatório, necessidade de transfusão, tempo de internação, morbidade e número de linfonodos ressecados. Como resultados mostraram que não houve conversões e que em relação à videocirurgia observou-se menor perda de sangue e consequentemente menor necessidade de transfusão. O tempo operatório foi semelhante nas duas abordagens assim como o tempo de internação e a quantidade de linfonodos ressecados. Concluem os autores, que a gastrectomia videolaparoscópica é factível e pode ser realizada preservando-se os preceitos oncológicos.

4. DOR ABDOMINAL E ADERÊNCIAS

“Chronic abdominal pain: the role of adhesions and benefit of laparoscopic adhesiolysis”

Van der Wal JBC, Halm JA, Jeckel J
Gynecol Surg 2006;2:168-74.

Após estudo estes autores concluíram que 1% de todas as admissões e 3% de todas as laparotomias são resultado de obstrução intestinal por bridas, que são, também, responsáveis por quadros de dor abdominal crônica. Afirmaram que, após esgotadas todas as possibilidades do quadro de dor abdominal, a lise de aderências por via laparoscópica está indicada, mesmo levando-se em conta as possibilidades de complicações: sangramentos, perfuração de alças ou lesões térmicas.

5. CIRURGIA ROBÓTICA OU LAPAROSCÓPICA EM UROLOGIA

"A prospective comparison of robotic and laparoscopic pyeloplasty"

Link RE, Bhayani SB, Louis R
Annals of Surgery 2006;243(4): 486-91.

Neste artigo os autores tiveram como objetivo comparar se a pieloplastia robótica assistida tem vantagens significativas sobre a pieloplastia laparoscópica e concluíram que para o laparoscopista experiente a cirurgia robótica oferece poucas vantagens além de acrescentar grandes custos.

6. VIDEOCIRURGIA, CIRURGIA ABERTA E VENTILAÇÃO

"Changes in breathing control and mechanics after Laparoscopic vs Open Cholecystectomy"

Bablekos, GD; Michaelides, SA; Roussou, T; Charalabopoulos, KA
Arch Surg 2006;141:16-22.

Nesta publicação os autores compararam as alterações nos mecanismos respiratórios e no controle da respiração em dois grupos de pacientes: 18 submetidos à cirurgia aberta e 10 à videocirurgia. Vários parâmetros foram analisados no segundo e oitavo dia pós-operatório. Concluíram que mesmo após oito dias, nos pacientes submetidos à videocirurgia a resistência das vias aéreas ainda era alta o que poderia causar um impacto desfavorável nos pacientes com função pulmonar alterada.

7. PERMEABILIDADE INTESTINAL E COLECISTECTOMIA POR VIDEO

"Intestinal Permeability and Systemic Endotoxemia after Laparotomic and Laparoscopic Cholecystectomy"

Schietroma M, Francesco C, Capelli S, Gianfranco A
Annals of Surgery 2006;243(3):359-63.

Neste artigo foi realizada uma comparação dos níveis de endotoxinas no pré-operatório e pós-operatório em medidas seriadas de pacientes submetidos à colecistectomia aberta e por vídeo. Concluíram que há um aumento da permeabilidade intestinal e dos níveis de endotoxinas nas colecistectomias abertas.

Correspondência para:

Dra. ELIZABETH G. SANTOS
R. Morais e Silva 126/305 - Maracanã
20271-031- RJ
E-mail: eligsant54@gmail.com