

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(3): 158-162.

Caros Colegas
Saudações Laparoscópicas!

É com grande honra que apresentamos neste número o comentário especial do **Dr. Mário Ribeiro** - Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Videocirurgia, *Fellow* do Colégio Americano de Cirurgiões, Presidente da Sobracil no biênio 2004-2005 e Diretor Científico da Associação Médica de Minas Gerais no triênio 1999-2001.

De modo claro e simples ele faz uma análise do artigo e nos transmite uma parte do seu conhecimento e sua grande experiência em videocirurgia.

Ao Dr. Mário, nossos agradecimentos por sua colaboração.

1. LESÃO IATROGÊNICA DA VIA BILIAR E VIDEOCIRURGIA

“Bile duct injury in the era of cholecystectomy”

Connor S, Garden OJ
British J Surg. 2006; 93: 158-168.

artigo foi dividido pelos autores em introdução, prevenção, diagnóstico, classificação, manejo intraoperatório, pós-operatório imediato e tardio, abordagem endoscópica com *stents*, acompanhamento ambulatorial, qualidade de vida e conclusões. Citam 85 artigos em suas referências bibliográficas, sendo 8 publicados de 2004 em diante (língua inglesa no Medline).

Na introdução, chamam a atenção para a catástrofe que representa este tipo de lesão iatrogênica, com sua alta morbi-mortalidade e interferência negativa na qualidade de vida dos pacientes portadores de tais lesões.

Afirmam, baseados em extensa bibliografia, que há um expressivo aumento da incidência de lesões acidentais das vias biliares com o advento da abordagem laparoscópica. Vale à pena ressaltar que em nosso meio, Savassi-Rocha e colaboradores realizaram um estudo no Brasil envolvendo 91.232 colecistectomias

laparoscópicas e 115.465 casos nos quais a operação foi realizada por laparotomias e observaram que não houve diferença significativa do número de lesões de vias biliares relacionada ao tipo de acesso.

Acreditamos que a real incidência das lesões acidentais de vias biliares não é facilmente estabelecida. A maioria dos pacientes é tratada no próprio hospital onde ocorreu a lesão. Sabe-se que a grande maioria delas poderia ter sido evitada. Desta forma, freqüentemente a lesão é associada a uma falha técnica do cirurgião, o que pode determinar uma subnotificação.

Em relação à prevenção, os autores afirmam que mais de 70% dos cirurgiões consideram que não é possível prevenir de forma absoluta a lesão e que o maior número delas é causada por cirurgiões com menos de 100 casos operados. No estudo de Savassi-Rocha e colaboradores anteriormente citado, o maior número de lesões foi encontrado entre os cirurgiões com maior experiência (mais de 100 pacientes operados).

A questão da realização da colangiografia per-operatória também foi discutida pelos autores neste artigo. Interessante observar que a discussão entre colangiografia seletiva e rotineira era assunto não resolvido na era da colecistectomia por laparotomia e continua controversa quando o acesso é laparoscópico. Existem defesas enfáticas de cada lado, sem base realmente segura na literatura médica disponível. Parece-nos que a colangiografia tem maior valor na identificação de lesões já ocorridas e com isto pode impedir que a lesão seja agravada pelo cirurgião na continuidade do ato operatório. A maioria dos diagnósticos é realizada no pós-operatório recente ou tardio e os autores chamam a atenção para a importância do diagnóstico no per-operatório, minimizando assim os efeitos globais da lesão.

Quanto à classificação, apresentam uma tabela com classificações estabelecidas por seis diferentes autores, mostrando que elas são heterogêneas e incompletas.

Manejo intra-operatório das lesões:

Nesta seção, salientam a necessidade de caracterizar bem a lesão através de estudo radiológico e a importância do cuidado para não agravá-la. Consideramos que a maioria dos cirurgiões envolvida com este tipo de acidente operatório não tem grande experiência em seu tratamento adequado. Soma-se ainda o fato de que há freqüentemente interferência na qualidade do ato operatório pelo estresse que envolve a equipe cirúrgica com este tipo de complicação. Sempre que possível é desejável a participação de um cirurgião com maior experiência nesta área para a correção da lesão.

Manejo pós-operatório precoce:

Drs. Connor e Garden apresentam as opções técnicas indicadas para os vários tipos de lesões, relacionando o momento operatório com o resultado obtido e reafirmam que os melhores resultados são observados em operações realizadas por cirurgiões com maior treinamento na cirurgia da via biliar. Não fazem menção à abordagem feita pela própria via laparoscópica, o que já é realizado em alguns casos, de acordo com a experiência do cirurgião.

Manejo pós-operatório tardio:

Nesta parte é discutida a abordagem das complicações tardias em suas várias possibilidades. Apresentam situações em que há indicação de abordagem endoscópica. Para as demais lesões, comparam técnicas e resultados quando existe lesão vascular associada. Aqui também não foi discutida a possibilidade de resolução laparoscópica da lesão, mas alguns cirurgiões têm capacitação inclusive para realizar anastomoses término-terminais entre ductos lesados e também com alças intestinais.

Uso de *stents* endoscópicos:

Embora muito efetivo no tratamento de lesões de ductos de menor calibre, tem resultado inferior ao cirúrgico nas lesões de maior monta e com estenose significativa. Os autores mostram o papel auxiliar importante do uso de *stents*.

Acompanhamento ambulatorial:

Muitas das complicações pós-tratamento das lesões acidentais das vias biliares são tardias, ocorrendo vários anos após o tratamento operatório. Este importante aspecto é abordado nesta seção.

Qualidade de vida:

A lesão acidental da vias biliares realmente representa um grande problema para o paciente e também para o cirurgião. Mesmo nos casos de sucesso ao final do tratamento, são freqüentes múltiplos procedimentos e o paciente requer um seguimento em longo prazo. É evidente a interferência negativa na qualidade de vida do paciente por longo período de tempo.

Conclusão:

Os autores concluem que as lesões acidentais são mais comuns na colecistectomia laparoscópica e que se deve ter mais atenção na sua prevenção e reconhecimento precoce. Sugerem que o tratamento cirúrgico destas lesões deve ser efetuado por cirurgião experiente neste tipo de abordagem, que na maioria dos casos a operação de escolha é a hepaticojejunostomia e que se requer um acompanhamento em longo prazo. Em nossa opinião o cirurgião deveria sempre estar preocupado com a possibilidade de causar lesão acidental das vias biliares durante colecistectomias laparoscópicas. Esta é uma complicação que pode ocorrer mesmo com o cirurgião mais experiente. As lesões ocorrem muitas vezes em casos classificados como “simples”, em que as importantes regras de prevenção são desrespeitadas.

Comentário Pessoal:

Apesar de conhecermos e valorizarmos os chamados fatores de risco, em muitos casos em que houve lesões, eles não se aplicavam. Em nossa experiência pessoal tivemos uma paciente com lesão acidental do ducto biliar comum, correspondendo a 0,04 % do total de casos operados. A paciente não era obesa, a operação foi eletiva e tratava-se do caso número 304. Houve ligadura e secção do colédoco. A lesão foi identificada logo a seguir e optamos pela conversão para laparotomia e realização de anastomose ductal término-terminal. A paciente teve boa evolução precoce e tardia.

Dr. MÁRIO RIBEIRO

E-mail: marioribeiro1@uol.com.br

2. HIPERHIDROSE E QUALIDADE DE VIDA

“The effect of Thoracoscopy Sympathectomy on quality of life and symptoms management of hyperhidrosis”

Boley TM; Belange KN; Markwell S; Hazelrigg SR
British J Surg 2007; 4(3): 435-438.

Neste artigo os autores fazem uma análise comparativa da qualidade de vida dos pacientes submetidos à simpatectomia por videocirurgia (SV) (n= 26) e dos não operados (n= 22). Sua conclusão foi que, apesar de desenvolverem graus variáveis de sudorese compensatória, os pacientes submetidos à SV relataram melhora da qualidade de vida (p= 0.004)

3. VIDEOCIRURGIA E ERGONOMIA

“Postural control during laparoscopic surgical tasks”

Serge Savoie M; Tanguay S; Centomo H et al
The American J Surg. 2007; 193:498-501.

A posição bípede trouxe para os seres humanos muitas vantagens na evolução. Porém ao longo dos anos os problemas relacionados a esta posição se apresentam. O cirurgião por força da prática permanece de pé por várias horas e o controle do equilíbrio e postura são essenciais para o bom andamento do ato operatório. Neste artigo foram comparados 7 cirurgiões iniciantes em videocirurgia com 7 *experts*. Em sua análise concluíram que o controle postural melhora com o desenvolvimento da habilidade videocirúrgica.

4. LAPAROSCOPIA E ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

“The Current role of laparoscopy in staging Upper Gastrointestinal Malignancies”

McKinlay R; Sanfiel F; Roth JS
Current Surgery. 2006; 62(1): 35-37.

Desde sua introdução na cirurgia, a laparoscopia tem sido utilizada com diversos propósitos. Por outro lado, neste mesmo espaço de tempo os avanços no diagnóstico por imagem também foram grandes, dispensando muitas vezes à laparoscopia como método diagnóstico. Neste artigo os autores mostram como a indicação da Laparoscopia como método de diagnóstico em pacientes selecionados pode ser extremamente benéfica fornecendo o diagnóstico e algumas vezes alterando o tratamento.

5. LAPAROSCOPIA E TRAUMA PENETRANTE DO ABDÔMEN

“Laparoscopy offers diagnosis and treatment in abdominal stab injuries”

Saribeyoglu K; Pekemezci S; Baca B et al
Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2007; 17(5): 396-401.

Os cirurgiões que trabalham em Serviços de Emergência muitas vezes enfrentam a difícil decisão de qual é a melhor maneira de conduzir o acompanhamento de um paciente com ferida penetrante do abdômen por arma branca.

Neste artigo os autores concluem que a laparoscopia é uma conduta segura entre a observação clínica e a laparotomia permitindo inclusive o tratamento de algumas lesões e evitando laparotomias desnecessárias.

6. LAPAROSCOPIA E IMUNOMODULADORES

“The immunomodulatory Effects of Laparoscopic Surgery”

Corrigan M; Cahill RA; Redmond, HP
Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2007; 17(4): 256-259.

As vantagens da videocirurgia sobre a cirurgia convencional já foram amplamente discutidas e analisadas no que diz respeito à redução da dor no pós-operatório, recuperação rápida e efeitos estéticos. Neste artigo os autores discorrem sobre os efeitos na imunomodulação de vários fatores presentes na videocirurgia como o pneumoperitônio, exposição visceral e componentes mecânicos. Concluem que embora os estudos clínicos atuais mostrem uma ação positiva sobre a imunomodulação, um estudo comparativo mais profundo é necessário.

7. A LAPAROSCOPIA DE HOJE

“Laparoscopic Surgery Today”

Slim K; Chipponi J (Sociedade Francesa de Cirurgia Digestiva)
British J Surg. 2006; 93(7): 779-780.

Os autores fazem uma profunda reflexão sobre a utilização da Videocirurgia, após a publicação de um “guideline” francês baseado em evidência. Neste guideline as indicações para apendicectomia e para correção de hérnias inguinais por vídeo têm recomendações muito precisas o que motivou uma manifestação de desagrado de vários cirurgiões. Deve ser lido por todos nós que praticamos videocirurgia como um alerta de que embora provavelmente 90% das operações possam ser feitas por vídeo, o método deve ser indicado em benefício do paciente e não para provar as habilidades do cirurgião.

Correspondência para:

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