

TÉCNICA DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SIMILAR À OPERAÇÃO COM PORTAL ÚNICO

Alternative technique for cholecystectomy comparable to single port

Carlos **SABBAG**, Ana **BLITZCKOW**

Trabalho realizado no Hospital Santa Cruz, Hospital Vita Batel e Clínica Los Angeles, Curitiba, PR, Brasil

DESCRITORES - Colecistectomia laparoscópica. Colecistite. Colelitíase. Procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos

RESUMO – Racional: Com o avanço da cirurgia laparoscópica, novas técnicas têm sido propostas e difundidas com o objetivo de diminuir a agressão cirúrgica e obter melhores resultados estéticos. **Objetivo:** Apresentar técnica alternativa para videocolecistectomia similar à técnica de single port, contudo utilizando material convencional para cirurgia laparoscópica. **Método:** Procedimento de videocolecistectomia com uso de duas incisões, exposição do triângulo de Calot por tração da vesícula biliar com fio e ligadura dos elementos do hilo cístico com cliques de polímero. **Resultado:** Foram realizadas nove operações com esse método, não se observando complicações e nem aumento do tempo operatório em relação à videocolecistectomia convencional, contudo com resultado estético grandemente superior. **Conclusão:** A técnica é factível, reproduzível e mostra benefícios e segurança ao paciente.

Correspondência:

Carlos A Sabbag
E-mail: Cas-sac@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesse: não há.

Recebido para publicação: 09/06/2016
Aceito para publicação: 08/09/2016

HEADINGS - Cholecystectomy, laparoscopic. Cholecystitis. Cholelithiasis. Minimally invasive surgical procedures

ABSTRACT – Background: With the advancement of laparoscopic surgery, new techniques have been proposed and disseminated in order to reduce the surgical aggression and get better cosmetic results. **Aim:** To present alternative technique for videocholecystectomy comparable to single port technique using conventional material for laparoscopic surgery. **Method:** Introduction of laparoscopic devices using two incisions; gallbladder traction with thread, exposition of Calot triangle, and ligation of cystic pedicle with polymer clips. **Results:** Nine operations were carried out with this method, without complications and no increase in operative time, being compared to conventional videocholecystectomy, however vastly superior in aesthetic results. **Conclusion:** The technique is feasible, reproducible, showing benefits to patient's safety

INTRODUÇÃO

Com a evolução da cirurgia laparoscópica e desenvolvimento de novas tecnologias, houve crescente preocupação em minimizar, mais ainda, a agressão cirúrgica. Os resultados estéticos e o retorno do paciente às suas atividades laborais foram otimizados. A literatura amplamente comprova vários benefícios da cirurgia minimamente invasiva. Os cirurgiões desenvolveram métodos alternativos para realizar procedimentos cada vez menos invasivos, reduzindo ao máximo o número de portais. Algumas técnicas com esse propósito foram descritas e se encontram em estudo ou em processo de desenvolvimento. O NOTES, operação realizada através de orifícios naturais, e a técnica de single port, realizada com incisão única trans-umbilical, são exemplos da preocupação em encontrar a operação videolaparoscópica ideal. Estes novos procedimentos diminuem o número de incisões e a agressão cirúrgica; porém, elevam os custos, riscos de complicações e a necessidade da equipe se adaptar à uma técnica nova.

O objetivo deste estudo é apresentar uma técnica alternativa, utilizando material convencional de videolaparoscopia para realização de uma cirurgia comparável a cirurgia de single port.

MÉTODO

Técnica

O procedimento tem início de maneira convencional com incisão transumbilical de 15 mm, punção com agulha de Veress, pneumoperitônio e introdução de trocarte de 10 mm. Um segundo trocarte de 5 mm é introduzido no mesmo corte, a direita do primeiro, sob visão direta da ótica, e um terceiro do mesmo diâmetro é colocado ao nível do epigástrico em seu lado esquerdo. Pelo trocarte de 10 mm será introduzido (dentro de redutor) um fio de catgut cromado 2-0 (agulha gastrointestinal) com retificação da

agulha e com um laço em seu final; este fio será transfixado no fundo da vesícula biliar e, passando a agulha pelo laço se fecha sobre si mesmo e consegue-se a tração adequada da vesícula (Figura 1A). Secciona-se o fio distando 2-3 cm da agulha que é retirada pelo trocarte de 5 mm. A seguir, é feita uma punção com agulha rosa (40x12) no espaço intercostal, podendo ser entre as linhas hemiclavicular direita e axilar anterior, do 7º ao 9º arco costal - preferência do cirurgião -, respeitando a anatomia do feixe neurovascular. O fio de catgut é então introduzido na luz da agulha rosa (diâmetro de 1,2 mm, Figura 1B) que se encontra no espaço intercostal; sendo exteriorizado e tracionado, expondo a vesícula biliar e amplamente o triângulo de Calot. Este método permite uma maior mobilidade conforme a escolha do ponto de punção na parede torácica.

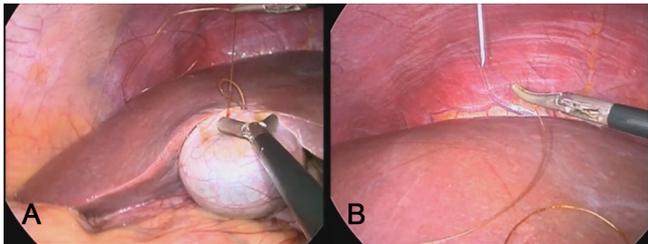


FIGURA 1 - A) Transfixação do fundo da vesícula usando catgut cromado 2-0 com agulha gastrointestinal; B) o fio de catgut é introduzido na luz da agulha rosa (diâmetro de 1,2 mm) que encontra-se no espaço intercostal

A disseção do hilo cístico se faz de maneira habitual e a ligadura do ducto e artéria cística será realizada com o uso de cliques de polímero (carga verde, tamanho médio), o clipador é introduzido pelo portal de 5 mm (Figura 2).

A vesícula é retirada do seu leito de maneira convencional, assim como a hemostasia e revisão. A extração da vesícula do abdomen é feita com um breve recuo da ótica, com a pinça auxiliar se direciona a vesícula para dentro do trocarte de 10 mm, sempre com visão direta. O conjunto é exteriorizado em bloco pela cicatriz umbilical. O trocarte de 5 mm posicionado à esquerda do epigástrico facilita a angulação de acesso, assim como o esvaziamento prévio da vesícula biliar (punção e aspiração do líquido biliar). Após a extração da vesícula pela cicatriz umbilical, reposiciona-se o trocarte de 10 mm com a ótica para a revisão final.

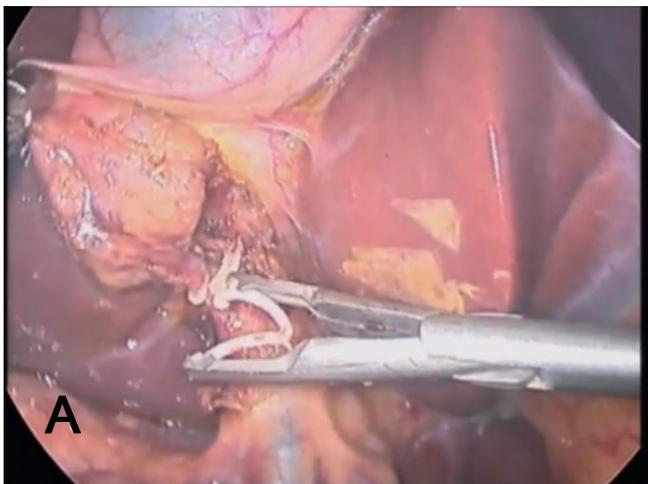


FIGURA 2 - Ligadura do ducto e artéria cística realizada com o uso de clipe de polímero (carga verde, tamanho médio)

RESULTADOS

Foram realizadas nove operações com esse método, não se observou complicações adicionais, não houve aumento do tempo operatório, o resultado estético e a minimização da agressão à parede abdominal se mostraram amplamente superiores em relação à videolecistectomia convencional. (Figura 3).



FIGURA 3 - Resultado estético mostrando-se superior à videolecistectomia convencional

DISCUSSÃO

A técnica proposta mostra o uso de instrumental básico da videocirurgia para sua realização. O resultado final é comparável ao procedimento com portal único, sendo que a diferença consiste na colocação de um portal extra de 5 mm no epigástrico, lembrando que muitas vezes esse portal se faz necessário na operação de single port. A tração da vesícula por punção intercostal se mostra segura e com exposição tão boa ou até melhor que no tradicional uso da pinça em flanco direito. Entende-se que é um método mais seguro que o uso do fio de nylon transfixando a parede abdominal, porque diminui o trauma e riscos de complicações.

Como não existe na literatura descrição deste tipo de procedimento, após pesquisa de vários materiais, definiu-se que o melhor fio é o catgut cromado 2-0 (agulha gastrointestinal) e o uso da agulha rosa (40x12). O revestimento do fio cromado permite a passagem pela luz da agulha sem dificuldades. Salienta-se que esta técnica pode ser utilizada em outros procedimentos, como operações ginecológicas, preparo para o grampeamento de tela intra-abdominal em correção de hérnia incisional, apresentação em anastomoses intestinais e outros. O clipe de polímero se faz necessário pelo uso do trocarte de 5 mm, uma vez que o clipe tradicional neste tamanho não promove ligadura tão segura quanto a do polímero com dispositivo de trava em sua clipagem. Estes autores já usaram ligadura com fios (nós intra e extra-corpóreos); porém, existe considerável aumento no tempo cirúrgico e a ligadura não se mostra tão eficaz como no uso deste tipo de clipe. Ainda que haja o aumento de custos, ele não é significativo. A disposição de dois trocarteres na cicatriz umbilical não leva a nenhuma dificuldade extra, permite que a mão esquerda do cirurgião

trabalhe segurando a parede da vesícula, não exigindo treinamento específico e sim uma adaptação (Figura 4). Comparativamente à operação com portal único, acredita-se que esse método apresente como vantagens: 1) exposição do trígono de Calot comparável à colecistectomia laparoscópica convencional (o que promove segurança ao procedimento); 2) aspecto estético muito satisfatório; 3) trauma em cicatriz umbilical reduzido e comparável à colecistectomia laparoscópica convencional; 4) custos comparáveis à operação tradicional e o uso exclusivo de material convencional.



FIGURA 4 - Disposição de dois trocárteres na cicatriz umbilical permitindo que a mão esquerda do cirurgião trabalhe segurando a parede da vesícula

CONCLUSÃO

A técnica apresentada é factível, passível de reprodução, demonstra benefícios e segurança ao paciente, não apresenta aumento significativo de custos, usa somente material convencional à videolaparoscopia e permite excelente resultado estético.

REFERÊNCIAS

1. António Alves Júnior, J Port Gastroenterol. v.18 n.3 Lisboa maio 2011
2. ABAID, Rafael Antoniazzi, Ceconello, Ivan And Zilberstein, Bruno Simplified laparoscopic cholecystectomy with two incisions. ABCD, arq. bras. cir. dig., June 2014, vol.27, no.2, p.154-156. ISSN 0102-6720
3. Guo W, Zhang ZT, Han W, et al. Transumbilical single-port laparoscopic cholecystectomy: a case report. Chin Med J 2008;121:2463-2464
4. Gagner M, Garcia-Ruiz A. Technical aspects of minimally invasive abdominal surgery performed with needlescopic instruments. Surg Laparosc Endosc 1998 Jun;8(3):171-9.
5. Leonardi, Zilberstein, Jacob, Yagi, Ceconello. Nodes and sutures in video-surgery: technique and practice guidelines ABCD Arq Bras Cir Dig 2010;23(3):20205
6. Machado, Marcel Autran, Makdissi, Fabio F. And Surjan, Rodrigo C. Single-port for laparoscopic gastric resection with a novel platform. ABCD, arq. bras. cir. dig., June 2014, vol.27, no.2, p.157-159. ISSN 0102-6720
7. Martins MVDC, Skinovsky J, Coelho DE. Colecistectomia videolaparoscópica por trocarte único (SITRACC®) - Uma nova opção. Rev Col Bras Cir 2009;36:177-179.
8. Ramos, Almino Cardoso et al. Total clipless cholecystectomy by means of harmonic sealing. ABCD, arq. bras. cir. dig., 2015, vol.28, no.1, p.53-56. ISSN 0102-6720
9. Rafael Antoniazzi ABAID, Ivan CECCONELLO, Bruno ZILBERSTEIN, Simplified laparoscopic cholecystectomy with two incisions. ABCD Arq Bras Cir Dig 2014;27(2):154-156
10. Rosenberg J, Kehlet H. Surgical physiopathology. New results of importance for optimization of the postoperative course. Ugeskr Laeger 2001;163:908-912.
11. Seid VE, Araujo SEA, Caravatto PPP, et al. NOTES: presente e futuro – uma breve revisão. Einstein 2008;6:99-101.
12. Saad S, Strassel V, Sauerland S. Randomized clinical trial of single-port, minilaparoscopic and conventional laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg [Internet]. 2013 Feb;100(3):339-49.
13. Tacchino R, Greco F, Matera D. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: surgery without a visible scar. Surg Endosc 2009;23:896-899.