

# CIRURGIA COLORRETAL POR VIA LAPAROSCÓPICA. EXPERIÊNCIA INICIAL

RAUL CUTAIT, TSBCP  
 JOSÉ LUIZ ALVIM BORGES, TSBCP  
 PAULO ALBERTO FALCO PIRES CORREA, FSBCP  
 MARCELO AVERBACH, ASBCP  
 EDUARDO CARONE FILHO

CUTAIT R, BORGES JLA, CORREA PAFP, AVERBACH M & CARONE FILHO E - Cirurgia colorretal por via laparoscópica. Experiência inicial. *Rev bras Colo-Proct*, 1994; 14(3): 172-174

**RESUMO:** Os autores relatam sua experiência inicial com a cirurgia colorretal por via laparoscópica. São relatados sete procedimentos cirúrgicos, suas dificuldades e complicações. Discutem aspectos relevantes da técnica operatória. Comentam ainda as indicações atuais dessa técnica, considerando as relações entre seu custo e suas vantagens em relação ao método tradicional. Seu emprego nas cirurgias oncológicas é, na opinião dos autores, ainda questionável, pois embora as ressecções colorretais laparoscópicas possam ser realizadas seguindo técnica oncológica adequada, a inspeção da cavidade abdominal por esse método ainda é precária, o que pode impedir a radicalidade cirúrgica nos casos de câncer.

**UNITERMOS:** colectomia; peritoneoscopia

A cirurgia por via laparoscópica é prática comum em ginecologia há cerca de duas décadas. Nos últimos três anos, os cirurgiões gerais e digestivos passaram a praticar a colecistectomia laparoscópica, mudando o perfil do tratamento cirúrgico da colelitíase (1). O entusiasmo gerado por essa técnica, bem como o desenvolvimento de novos equipamentos e instrumental para cirurgia laparoscópica fizeram com que outros órgãos do aparelho digestivo passassem também a ser abordados por essa via de acesso, entre eles o intestino grosso (2). O intuito do presente trabalho é descrever nossa experiência inicial com a cirurgia laparoscópica em afecções colorretais.

## Relato dos casos

De agosto a dezembro de 1992, indicou-se a via laparoscópica para tratamento de sete enfermos portadores de afecções cirúrgicas do intestino grosso (Tabela 1).

Tabela 1

Caso	Diagnóstico	Procedimento proposto	Efetuada
1	Procidência retal	Sacropromontofixação	Sim
2	Hartmann	Restabelecimento do trânsito	Sim
3	Diverticulite aguda	Sigmoidectomia	Sim
4	Hartmann	Restabelecimento do trânsito	Não
5	Pólipo séssil de cólon descendente	Ressecção segmentar	Não
6	Tumor de cólon transverso	Ressecção segmentar	Sim
7	Tumor de cólon transverso	Ressecção segmentar	Sim

Segue-se a descrição dos casos.

*Caso 1. JCAC*, 23 anos, sexo masculino, portador de procidência de reto há 2 anos. Procedimento realizado: sacropromontofixação. Boa evolução, com restabelecimento do trânsito intestinal no 3º dia pós-operatório e alta hospitalar no 5º dia.

*Caso 2. MT*, 65 anos, sexo masculino, portador de colostomia terminal no cólon descendente após cirurgia de Hartman por ferimento de arma branca há 10 meses. Procedimento realizado: reconstrução do trânsito intestinal através de anastomose colorretal mecânica com grampeador circular. Evolução com quadro suboclusivo, que se resolveu espontaneamente, tendo sido dada alta no 10º pós-operatório.

*Caso 3. EBF*, 60 anos, sexo feminino, com várias crises de diverticulite aguda nos últimos meses e, no momento, com novo quadro agudo. Procedimento realizado: sigmoidectomia e reconstrução do trânsito com anastomose colorretal mecânica, utilizando grampeador circular (US Surgical CEEA Premium 31). Evolução pós-operatória sem intercorrências, tendo a paciente evacuado no 2º dia pós-operatório e tido alta no 4º dia.

*Caso 4. SR*, 45 anos, sexo masculino, portador de colostomia terminal na transição sigmóide-descendente após cirurgia de Hartman por diverticulite perfurada há 2 meses. Procedimento proposto: reconstrução do trânsito intestinal,

por via laparoscópica. Procedimento executado por laparotomia mediana devido à excessiva quantidade de aderências que impossibilitaram a realização da cirurgia laparoscópica.

*Caso 5. PHT, 37 anos, sexo masculino, com diagnóstico de pólipos viloglandular em cólon descendente proximal, parcialmente ressecado por via colonoscópica. Procedimento proposto: ressecção cólica segmentar por via laparoscópica. Na manipulação do cólon com a pinça endobabcock (US Surgical CEEA Premium 31) houve perfuração da parede cólica, sendo a cirurgia imediatamente convertida à laparotomia. Não havia contaminação intracavitária, mas constatou-se que a lesão residual era, na verdade, massa endurecida envolvendo toda a parede intestinal. Assim, foi realizada a hemicolectomia esquerda. O paciente teve alta no 5º dia pós-operatório, sem anormalidades.*

*Caso 6. ITN, 79 anos, sexo feminino, portadora de neoplasia subestenosante de cólon transverso distal, com múltiplas metástases hepáticas. Procedimento realizado: ressecção segmentar com anastomose colo-cólica extra-abdominal. A paciente evoluiu com íleo adinâmico, apresentando exoneurações no 3º dia pós-operatório. Contudo, no 5º dia, teve dor abdominal súbita e as radiografias efetuadas mostraram a presença de pneumoperitônio. A paciente foi imediatamente reoperada, tendo sido encontrada perfuração bloqueada do cólon transverso, eventualmente em local de apreensão da alça intestinal com a pinça endobabcock. Havia ainda coleção líquida infectada no quadrante superior esquerdo do abdômen. Foi feita ressecção do segmento que compreendia o local da perfuração e cirurgia de Hartmann. A paciente evoluiu mal, tendo ido a óbito no 12º dia pós-operatório, por sepse e falência de múltiplos órgãos.*

*Caso 7. EC, 73 anos, sexo masculino, portador de neoplasia subestenosante do cólon transverso distal, com múltiplas metástases hepáticas. Procedimento realizado: ressecção segmentar com anastomose colo-cólica extra-abdominal. O paciente evoluiu bem, apresentando trânsito intestinal eficaz no 2º pós-operatório, quando foi realimentado. A alta hospitalar ocorreu no 5º pós-operatório.*

## MÉTODOS

Todos os pacientes foram submetidos ao preparo do cólon, utilizando-se manitol, metronidazol e neomicina. A profilaxia antimicrobiana foi realizada com três doses de cefoxitina, sendo uma pré e duas pós-operatórias.

Com os pacientes sob anestesia geral, os procedimentos iniciaram-se com a instalação de pneumoperitônio através de punção com agulha de Veress. A seguir, para introdução da videocâmera e inspeção da cavidade abdominal, passou-se um trocarte descartável de 10/12 mm pela cicatriz umbilical ou pela linha média da região suprapúbica. Esse tipo de trocarte possui uma cápsula retrátil que protege as vísceras de lesões ao ser introduzido. Nos casos de reconstituição do trânsito, após cirurgia de Hartmann, a operação começou pela liberação da colostomia terminal e instalação da ogiva

do grampeador circular na boca do cólon a ser anastomosada, a qual, a seguir, é reintroduzida na cavidade celomática. As aderências são liberadas, na maior extensão possível. Quando factível, introduz-se o primeiro trocarte pela cicatriz umbilical, sob visão direta. Fecha-se, então, a parede abdominal e instala-se o pneumoperitônio. Todas as portas instaladas subsequentemente também devem ter o calibre de 10/12 mm. A razão para a utilização de portas de maior diâmetro reside no fato de que, diferentemente da colecistectomia laparoscópica, os procedimentos que envolvem o cólon exigem trocas constantes de apresentação e de ângulos de abordagem cirúrgica, com rodízio de instrumentos calibrosos como a videocâmera, as pinças de endobabcock, o aplicador de "clips" e o endogrampeador cortante linear. Por esse motivo, é importante que os trocartes possuam dispositivo de fixação na parede abdominal para que não se desprendam durante as manobras, e que apresentem redutores acoplados para tornar mais rápida a passagem de instrumentos de menor calibre como endotesouras, pinças de apreensão e outras. O número de portas utilizadas varia entre quatro e cinco, dependendo do procedimento a ser realizado. As colectomias segmentares foram auxiliadas pela laparoscopia, tendo a dissecação sido realizada por essa via, com exteriorização do intestino e confecção das anastomoses fora da cavidade abdominal. Nos casos de retossigmoidectomia, após secção do reto com endogrampeador linear cortante, a peça cirúrgica é retirada por uma das portas, seccionada, instalando-se a ogiva do grampeador circular na boca cólica proximal e reintroduzindo-se a alça na cavidade abdominal, que é, a seguir, fechada. A anastomose colorretal é feita no ambiente intra-abdominal por grampeador circular introduzido por via retal. Esse tipo de anastomose também é o utilizado nas reconstituições do trânsito após cirurgia de Hartmann.

## COMENTÁRIOS

Vários grupos, em todo o mundo, vêm efetuando a cirurgia colorretal por via laparoscópica, incluindo restabelecimento de trânsito intestinal (3), ressecções intestinais (4), amputação de reto (5), proctocolectomia total com reservatório ileal (6) e sacropromontofixação (7). Do ponto de vista técnico, a cirurgia laparoscópica é exequível, permitindo cirurgias tão extensas quanto aquelas realizadas a céu aberto. Dificuldades têm sido suplantadas com melhor adestramento e o advento de novos instrumentos que possibilitam executar os vários tempos cirúrgicos com mais facilidade e segurança. Assim, por exemplo, o endobabcock, por nós utilizado, já foi substituído por um novo modelo que permite melhor apreensão do cólon com menor risco de perfuração.

Devido ao pequeno número de casos não é possível observar diferenças no período de íleo adinâmico pós-operatório e no tempo de hospitalização dos pacientes. Os dados obtidos da literatura são controversos. Jacobs e cols. (8) afirmam que, em sua experiência, o emprego da laparoscopia reduz o período de íleo paralítico e o de hospitalização.

Wexner, por sua vez, não observou diferenças em relação a esses parâmetros ao comparar a colectomia total laparoscópica à mesma intervenção por celiotomia (6). Em recente estudo multiinstitucional, constatou-se que o tempo de hospitalização é menor para as colectomias direitas e sigmoidectomias realizadas por via laparoscópica quando comparado ao tempo de hospitalização nas cirurgias tradicionais ou nas convertidas. Contudo, o custo financeiro foi semelhante ao das cirurgias tradicionais em virtude das despesas mais altas do ato cirúrgico (3).

A morbidade e o índice de conversões para laparotomia desses procedimentos laparoscópicos, embora ainda altos, deverão ser sensivelmente reduzidos com a aquisição de experiência com a técnica por parte dos cirurgiões (9), bem como por indicações mais precisas.

No presente momento da evolução da cirurgia colorretal laparoscópica, delineam-se ainda as indicações (10). Se, do ponto de vista técnico, é possível executar-se a grande maioria dos procedimentos, parece-nos ser necessário entender algumas limitações. Assim, pacientes que apresentaram quadro peritonítico importante podem ser de abordagem mais difícil ou até mesmo inexecutável. Outrossim, é controversa a indicação para portadores de câncer submetidos à cirurgia com intenção curativa. Se as ligações vasculares altas, assim como a dissecação do reto extirpando-se a gordura perirretal são factíveis (8) por outro lado, o estadiamento intra-operatório não pode ser feito com a amplitude e a segurança da cirurgia a céu aberto. Dessa maneira, pequenos implantes no mesentério ou no epíploon podem passar despercebidos. O argumento de que pacientes que apresentam implantes representam casos incuráveis não corresponde à realidade, pois todos os cirurgiões com certa experiência têm em suas casuísticas casos que contradizem essa assertiva. Por outro lado, podem também ser perdidos pequenos nódulos hepáticos, não detectáveis pelos métodos de imagem, mas que são perceptíveis pela ampla inspeção e palpação do fígado durante o ato operatório. Isso sem contar com a impossibilidade (talvez apenas temporária) de se realizar a ultrasonografia intra-operatória, de importância cada vez mais reconhecida (11), assim como a eventual dificuldade de se executar metastasectomias que devem ser realizadas no mesmo ato cirúrgico.

Em conclusão, estamos convictos de que a cirurgia por via laparoscópica tem seu espaço assegurado, devendo fazer parte do armamentário do cirurgião colorretal para casos selecionados, levando-se em conta as limitações de custo e de indicações.

**CUTAIT R, BORGES JLA, CORREA PAFP, AVERBACH M & CARONE FILHO E - Laparoscopic surgery for colorectal diseases. Initial experience.**

**SUMMARY: The authors report their initial experience with laparoscopic surgery for colorectal diseases. The first seven procedures and complications are described. Indications, the main technical aspects of laparoscopic colectomies as well as the cost-benefit rate compared with open surgery are discussed. The authors understand that laparoscopic resections of the colon and rectum are still under evaluation for oncologic cases although an adequate resection can be performed. The inventory of the abdominal cavity, by this method may be not complete, impairing the radicality of the surgery.**

**KEY WORDS:** colectomy; peritoneoscopy

#### REFERÊNCIAS

1. Soper NJ, Dunnegan RN. Laparoscopic Cholecistectomy: Experience of a Single Surgeon. *World J Surg* 1993; 17: 16-21.
2. Wexner SD, Johansen OB. Laparoscopic Bowel Resection: Advantages and Limitations. *Ann Med* 1992; 24: 105-110.
3. Falk PM, Beart RW, Wexner SD e cols. Laparoscopic Colectomy: A Critical Appraisal. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 28-34.
4. Phillips EH, Franklin M, Carrol BJ e cols. Laparoscopic Colectomy. *Ann Surg* 1992; 216: 703-707.
5. Franklin ME, Ramos R, Rosenthal D e cols. Laparoscopic Colonic Procedures. *World J Surg* 1993; 17: 51-56.
6. Wexner SD, Johansen OB, Noguera JJ e cols. Laparoscopic Total Abdominal Colectomy. A Prospective Trial. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 651-655.
7. Berman IR. Sutureless Laparoscopic Rectopexy for Procidentia. Technique and Implications. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 689-693.
8. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally Invasive Colon Resection (Laparoscopic Colectomy). *Surg Laparoscopy Endoscopy* 1991; 1: 145-150.
9. Pappas TN. Laparoscopic Colectomy. Innovation continues. (Editorial). *Ann Surg* 1992; 216: 701-702.
10. Noguera JJ, Wexner SD. Laparoscopic Colon Resection. *Perspect Colon Rectal Surg* 1992; 5: 79-97.
11. Charnley RM, Morris DL, Dennison AR e cols. Detection of Colorectal Liver Metastases Using Intraoperative Ultrasonography. *Br J Surg* 1991; 78: 45-48.

**Endereço para correspondência:**

Raul Cutait  
Al. Joaquim Eugenio de Lima, 130/1º andar  
01403 - São Paulo - SP