



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 12 • Março 2010

Micro-Laparoscopia – Uma Alternativa ou um Complemento às Técnicas de Video-Cirurgia por Porta Única?

Micro-Laparoscopy – an alternative or a complement to the techniques of video-surgery through single port?

José M. Schiappa

Hospital CUF Infante Santo, Lisboa
Clínica CUF Cascais, Cascais

RESUMO

Como suporte da apresentação de um vídeo que mostra a técnica da colecistectomia através da Micro-laparoscopia, este texto sumaria a introdução à utilização da chamada “needlescopy”, a sua evolução tecnológica, os detalhes da técnica executada e os resultados obtidos pelo autor. No final são feitas considerações relativas à utilização desta abordagem, seja como alternativa, seja como complemento das técnicas de “Porta Única”

ABSTRACT

As a text support for the presentation of a video clip showing the technique of cholecystectomy by Micro-laparoscopy, this text gives a summarized introduction to the use of the so called “needlescopy”, to its technological evolution, to the details of the technique performed and to the results the author has obtained. In the final part the author gives his comments on the use of this approach, as an alternative and as a complement to the “Single Port” techniques.

INTRODUÇÃO

Em 1997, alguns fabricantes de material cirúrgico começaram a desenvolver e a colocar no mercado material de laparoscopia com diâmetros de 2 e 3 mm. A ideia base era a de minimizar ainda mais a agressividade da cirurgia, com pontos de entrada abdominal de dimensões muito reduzidas.

Como habitual, imediatamente a seguir a esta introdução de equipamentos, começaram a ser publicados relatos e a ser feitas apresentações da sua utilização em

várias das técnicas então rotineiras de cirurgia laparoscópica.

Também em Portugal se fez a divulgação deste equipamento e efectuámos algumas cirurgias com ele.

Este material existia com alguns dos instrumentos com diâmetro de 2mm. e outros com 3mm. de diâmetro. Do mesmo modo, os trocartes, cânulas e mandris tinham diâmetros reduzidos e correspondentes aos instrumentos e existiam ópticas de 3mm.

As vantagens teóricas da utilização desta abordagem, chamada de micro-laparoscopia ou “needlescopy”



pareciam sustentáveis, mas a prática não o demonstrou por problemas de vária ordem.

O primeiro – que também levou à nossa interrupção precoce da aplicação dos instrumentos – tinha que ver com a fragilidade do material. Quer o material de acesso, quer os instrumentos, quer ainda as ópticas pecavam por uma clara fragilidade, sem qualquer resistência ao torque. Nas mãos de profissionais de saúde, cirurgiões, enfermeiras e técnicos de esterilização que estavam habituados ao material de 5 e 10mm, já então considerado “clássico”, duraram pouco, sofrendo torções e quebras nas várias fases dos processos de utilização.

O segundo problema era mais grave e, somado ao anterior, também contribuiu fortemente para que abandonássemos a técnica: as ópticas de 3mm não tinham qualidade suficiente para garantir a visualização do campo operatório em boas condições. Havia um risco de segurança que não podia ser ignorado.

SITUAÇÃO ACTUAL

Em 2008 e 2009, foi lançada uma nova geração de equipamentos como os acima referidos; são vários os fabricantes. Alguns dos problemas anteriores já não são tão marcantes. A qualidade do material e a resistência é superior, mantendo-se ainda – obviamente – uma certa fragilidade; os equipamentos têm, de qualquer modo, que ser manipulados cuidadosamente. A maior diferença encontra-se ao nível do que as ópticas são hoje capazes de produzir em termos de imagem. A visualização pode-se considerar bastante boa e, fazendo a comparação, é manifesta a melhoria de qualidade.

TÉCNICA E RESULTADOS

A técnica da Colecistectomia por Micro-laparoscopia é semelhante à técnica que usamos normalmente na Colecistectomia por via laparoscópica com o equipamento de uso corrente.

Três pontos têm de ser realçados, uma vez que são fundamentais para o sucesso da técnica:

1) As portas de acesso têm de ser colocadas mais perto do “ponto de actuação” do que o habitual. Isto não só porque alguns dos instrumentos são um pouco mais curtos do que os de 5 mm de uso corrente, mas também porque há que minimizar as possíveis forças de torção exercidas durante a manipulação.

2) Há que considerar se vai ser necessário usar clips (conforme a cirurgia a ser efectuada); nesse caso a colocação das portas tem de permitir o uso fácil de uma pinça de 5 mm. Durante esse tempo cirúrgico a visualização é feita com a óptica de 3mm.

3) Se vai ser efectuada a remoção de órgão (vesícula biliar ou outro), pode ser mais eficaz utilizar logo de entrada uma porta de 10-12mm a nível umbilical para se efectuar a remoção, no final, e permitir, através dela, o uso de instrumentos de maior diâmetro durante a cirurgia. Esta solução está dependente da dimensão do órgão em questão já que, em alguns casos é possível a remoção da vesícula, por exemplo, através de uma porta de 5mm.

A utilização de 3 ou 4 portas de acesso depende das opções do cirurgião e da facilidade ou dificuldade de execução da colecistectomia em cada caso particular. Em geral tomamos a decisão durante a cirurgia, conforme as condições locais.

Habitualmente usamos a colocação de porta umbilical para a óptica, de 5mm e a colocação de 2 ou 3 portas mais, de 2 ou 3mm. O posicionamento das portas é o nosso usual, com a ressalva de se colocarem mais próximo do “ponto de actuação”, a região média do rebordo costal direito, no hipocôndrio. A técnica de dissecação, identificação e libertação das estruturas, nomeadamente do pedículo biliar, é semelhante à usada na colecistectomia laparoscópica “clássica”. Depois de identificadas as estruturas (canal e artéria císticos), é necessário proceder à troca de ópticas e de seu posicionamento. É colocada uma óptica de 3mm na porta localizada no hipocôndrio esquerdo e a porta umbilical de 5mm é usada para a utilização de uma pinça de clips de 5mm. Finalizada a clipagem e secção das estruturas, pode-se voltar ao posicionamento inicial e finalizar a cirurgia. Se necessário é convertida a porta de 5mm umbilical em 12mm.



A aplicação clínica da técnica de micro-laparoscopia foi por nós efectuada em 1997 (foram efectuadas 5 colecistectomias e 3 laparoscopias diagnósticas) e retomada em 2009 (10 casos de colecistectomia efectuados).

Todas as cirurgias correram sem incidentes e com post-operatórios sem complicações. Os tempos operatórios ficaram dentro dos tempos médios habituais.

Sob o ponto de vista de resultados estéticos, fica apenas visível uma cicatriz a nível umbilical (5 ou 12mm), não havendo cicatriz residual nos pontos de aplicação das outras portas (“picada” de agulha de 2 ou 3mm).

Os doentes referem a ausência quase completa de dor e a satisfação cosmética.

VÍDEO DEMONSTRATIVO

No vídeo que pode ser visualizado a acompanhar estas notas (ver noutro local deste caderno qual o URL a usar) é feita a demonstração da técnica de Micro-laparoscopia, comparando a execução da cirurgia há dez anos atrás, com o equipamento inicialmente disponibilizado, e em 2009, com o equipamento mais recente.

Pode-se verificar a grande diferença na qualidade da imagem fornecida pelas ópticas actuais, permitindo ver com clareza todo o campo operatório e fornecendo agora condições de observação segura para prossecução da cirurgia.

COMENTÁRIOS FINAIS

A utilização da Micro-laparoscopia, pela nossa experiência, tem vantagens sobre a “Laparoscopia Clássica”

em termos de diminuição da dor e correspondente utilização de analgésicos; os doentes referem satisfação com o aspecto cosmético que, de facto, deixa cicatrizes quase imperceptíveis. Não podemos deixar de frisar que se tratam de dados subjectivos – nossos e dos doentes – que não têm substracto de evidência científica dos resultados.

O acesso por “Porta Única” é hoje muito falado. Muitos cirurgiões têm efectuado cirurgias deste tipo, usando os vários métodos de abordagem possíveis. Existem, claramente, dificuldades técnicas para a sua execução e essas dificuldades levantam questões de vária ordem quanto à aplicação e, mais ainda, à generalização da técnica.

Há que olhar para a micro-laparoscopia com espírito aberto e perceber bem todo o seu potencial. Tem, de facto – apesar de não existir a fundamentação científica –, vantagens de utilização, percebidas pelos executantes e pelos doentes. Se considerarmos a utilização conjunta das duas técnicas (“Porta Única” como via principal de abordagem, visualização e mesmo de trabalho e “Micro-Laparoscopia” como via de aplicação de instrumentos de manipulação e trabalho e mesmo de visualização em determinados passos), teremos, quanto a nós, a resolução de muitos dos problemas existentes em qualquer das técnicas e uma boa solução para a obtenção dos propósitos finais.

A complementaridade entre as duas técnicas e os equipamentos existentes é evidente e, quanto a nós, será o caminho a seguir. Já tendo efectuado duas das cirurgias utilizando esta opção parece-nos que a podemos recomendar.

JOSÉ M.SCHIAPPA

jschiappa@net.vodafone.pt



