

HEPATECTOMIA REGRADA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

RULED HEPATECTOMY BY VIDEOLAPAROSCOPY

Antonio Nocchi Kalil, TCBC-RS¹
Rafael Giovenardi²
Spencer Marcantônio Camargo³

INTRODUÇÃO

Até o presente momento, os procedimentos realizados por videolaparoscopia incluíam: colecistectomia, exploração e anastomoses sobre as vias biliares, hérnias, operações sobre o tubo digestivo e, mais recentemente, ressecções de órgãos parenquimatosos como baço, glândulas adrenais e rim.¹

A hepatectomia laparoscópica apresenta limitações técnicas quando comparada a outros procedimentos sobre este órgão. O maior desafio consiste na realização da hemostasia do parênquima seccionado e no controle do sangramento dos vasos intra-hepáticos calibrosos.² Com o desenvolvimento de novos instrumentos laparoscópicos, este procedimento tornou-se possível em casos selecionados e, desde que Reich,³ em 1991, descreveu dois casos bem sucedidos de hepatectomia laparoscópica para tumores superficiais, observou-se um maior número de casos relatados.^{2,4,5}

Nosso objetivo é descrever a técnica utilizada na realização de uma lobectomia esquerda sem o uso de instrumentos laparoscópicos sofisticados. Esta é, de nosso conhecimento, a primeira hepatectomia laparoscópica regrada realizada no Brasil.

RELATO DO CASO

Mulher branca, 47 anos, submetida a mastectomia radical por adenocarcinoma, em 1995, apresentou no acompanhamento pós-operatório lesão heterogênea de aproximadamente 4 cm de diâmetro em lobo hepático esquerdo (segmentos II e III) à ecografia. A tomografia computadorizada confirmou esta lesão. Uma abordagem laparoscópica foi sugerida e, após visualização da lesão, optou-se pela ressecção.

A laparoscopia foi realizada com pneumoperitônio a uma pressão máxima de gás carbônico (CO₂) de 12 mmHg. Utili-

zaram-se óticas de 0° e 30°, trocartes de 5, 10 e 12mm, pinça em anel para apreensão do parênquima hepático, pinça de dissecação grande, pinça de apreensão simples, tesoura curva, cautério mono e bipolar, clip endoscópico e stapler vascular (*Endo-cutter*). Não foi usado bisturi ultra-sônico, nem coagulação através de argônio.

O procedimento cirúrgico foi realizado através de anestesia geral e com a paciente em posição ginecológica. Dois trocartes de 10 mm foram inseridos: um na linha axilar esquerda (logo abaixo do rebordo costal), e outro, lateral e cranial ao umbigo. Outros três trocartes foram colocados: um, de 10mm, na linha axilar média, abaixo do rebordo costal direito; um, de 5 mm, na linha axilar anterior, abaixo do rebordo costal direito; e um último trocarte, de 12 mm, foi introduzido a meia distância entre a câmera e a linha axilar anterior. O ligamento triangular esquerdo foi dividido até a emergência da veia cava supra-hepática para mobilização do segmento lateral esquerdo e, a seguir, dividiu-se o ligamento falciforme até a porção superior da cava supra-hepática. O ligamento redondo foi conservado íntegro, mantendo a tração sobre o restante do fígado.

Após demarcada a linha de secção na superfície do lobo esquerdo anatômico, passou-se à dissecação do pedículo portal correspondente ao segmento III, na porção esquerda da fissura umbilical, o qual foi seccionado com *stapler* vascular (Figura 1). A seguir, iniciou-se a secção do parênquima através da técnica de kelliclasia até a visualização do ramo portal do segmento II, também seccionado. A manobra crítica é a dissecação da veia hepática esquerda (Figura 2). Após a ressecção do parênquima hepático, a cavidade abdominal foi lavada com soro fisiológico, deixando-se gelfoam em contato com o parênquima seccionado. Para remover a peça ressecada, realizamos uma incisão de Pfannenstiel de 4cm. O anatomopatológico evidenciou tratar-se de lesão cística não-parasitária

1. Professor Adjunto-Doutor do Departamento de Cirurgia da FFFCMPA. Diplôme D'Université de Cirurgia Hepato-Biliar e Transplante Hepático da Universidade de Paris XI.
2. Cirurgião Geral.
3. Residente do Departamento de Cirurgia da FFFCMPA/ISCMPA.

Recebido em 30/10/97

Aceito para publicação em 11/5/98

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA) e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA).

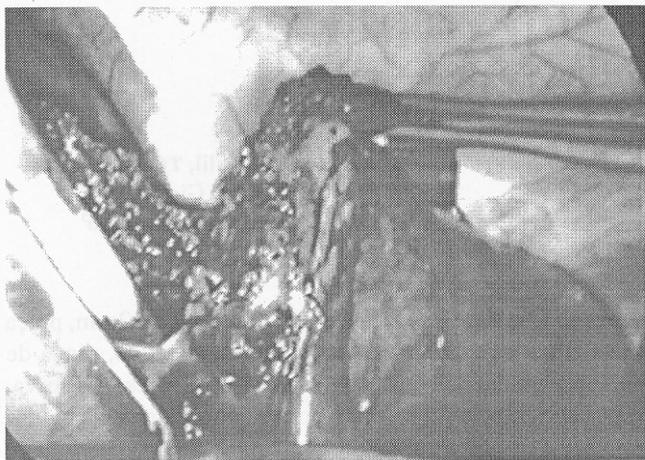


Figura 1 – Secção do pedículo portal correspondente ao segmento III

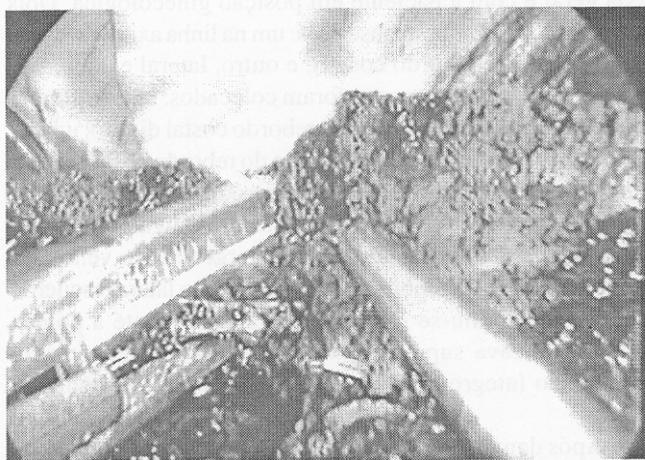


Figura 2 – Dissecação da veia hepática esquerda

do fígado. Para drenagem da cavidade abdominal, utilizou-se dreno tubular número 26. O tempo cirúrgico foi de quatro horas, a perda sangüínea foi mínima (± 200 ml), não havendo necessidade de transfusão. O sangramento dos pequenos vasos foi controlado com eletrocoagulação, através de pinça bipolar, e todas as principais estruturas foram adequadamente visualizadas e dissecadas. O dreno abdominal foi retirado em 24 horas e a paciente recebeu alta no segundo dia após a cirurgia.

DISCUSSÃO

O sucesso da colecistectomia laparoscópica incentivou um número crescente de cirurgias a realizar procedimentos de maior complexidade. Entretanto, a hepatectomia laparoscópica não é aceita com o mesmo grau de confiança que a cirurgia convencional.^{4,5}

Por outro lado, o desenvolvimento dos aparelhos utilizados na cirurgia aberta, como o bisturi ultra-sônico, a coagulação de argônio e o coagulador de tecidos por microondas, tentam reproduzir a segurança da técnica no procedimento laparoscópico.²

A avaliação do tamanho, tipo e localização do tumor são importantes para o planejamento de uma hepatectomia laparoscópica. Assim, pacientes com neoplasias menores que 5cm de diâmetro, sólidas, localizadas nos segmentos inferiores (IVB, V e VI) ou no segmento lateral esquerdo (II e III), seriam os melhores candidatos à ressecção laparoscópica.²

A associação de cirrose, embora não seja contra-indicação absoluta, pode representar uma maior dificuldade técnica, especialmente pelo sangramento peroperatório.² A indicação deste método para ressecção de lesões malignas também é discutível, sendo a possibilidade de disseminação metastática, decorrente do procedimento, um dos principais argumentos contrários.

Outro inconveniente da hepatectomia laparoscópica seria a ocorrência de embolia gasosa associada à utilização do pneumoperitônio. Para evitar este risco, Kaneko et al³ utilizam a suspensão mecânica da parede abdominal. Entretanto, o papel do pneumoperitônio na ocorrência de embolia precisa ser melhor estabelecido.

A secção do ligamento redondo tem sido referida como importante para melhor exposição e mobilização do lobo esquerdo do fígado.² No caso em questão, obteve-se uma excelente abordagem do segmento lateral esquerdo sem esta manobra. A peça ressecada deve ser protegida no momento da retirada, especialmente se a lesão for maligna, reduzindo o risco de uma possível disseminação tumoral. Em alguns casos, quando o parênquima hepático ressecado é grande, torna-se necessária uma incisão adicional no sítio de inserção do trocarte, permitindo a retirada da peça sem prejudicar o exame anatomopatológico; ou, ainda, utilizar-se de uma incisão do tipo Pfannenstiel, de 4-5cm, conforme efetuado no caso relatado. De acordo com a localização e o volume da lesão, a hepatectomia laparoscópica pode ser opção vantajosa entre as técnicas disponíveis de ressecções hepáticas. No entanto, este procedimento deve ser realizado sob critérios estritos e em centros com experiência em cirurgia hepática e laparoscópica. Com certeza, a hepatectomia laparoscópica não substitui a cirurgia convencional, podendo servir como abordagem alternativa em pacientes criteriosamente selecionados. A conversão deve ser reconhecida como uma medida de segurança e não de fracasso.

Adendo

Durante a apreciação deste trabalho realizamos mais duas ressecções hepáticas por laparoscopia, um caso por hemangioma e outro por adenoma.

ABSTRACT

With the improvement of laparoscopic techniques, endoscopic liver surgery has become feasible. While laparoscopic wedge liver resection are performed more frequently, laparoscopic (anatomical or nonanatomical) liver resection are still at an early stage of development and are somewhat controversial. We report laparoscopic hepatic resection without use of sophisticated laparoscopic instruments. A 47-year-old woman underwent radical mastectomy for adenocarcinoma in 1995. In the postoperative follow-up presented, a lesion in the left hepatic lobe and, after laparoscopic approach, left lateral segmentectomy was performed. The hepatic resection elapsed without complications. The surgical time was 4 hours and the blood loss was minimal, without transfusion being necessary. The abdominal drain was removed in 24 hours and the patient was discharged in the second postoperative day. Compared to the classic approach by laparotomy, this method was less traumatic, required a shorter hospital stay, and followed by faster recovery.

Key Words: Laparoscopic hepatectomy; Laparoscopic segmentectomy; Liver tumors.

REFERÊNCIAS

1. Lefor AT, Melvin WS, Bailey RW, et al – Laparoscopic splenectomy in the management of immune thrombocytopenia purpura. *Surgery* 1993;114:613-618.
2. Kaneko H, Takagi S, Shiba T – Laparoscopic partial hepatectomy and left lateral segmentectomy: technique and results of a clinical series. *Surgery* 1996;120:468-475.
3. Reich H, McGlynn F, De Caprio J et al – Laparoscopic excision of benign liver lesions. *Obstet Gynecol* 1991;78:956-958.
4. Wayand W, Woisetschlager R – Laparoskopische resektion einer Lebermetastase. *Der Chirurg* 1993; 64:197-197.
5. Luciani RC – Laparoscopic resection of presumed benign tumors of the liver (a 4 report of cases). *Surg Endosc* 1994;8:454.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Antonio Nocchi Kalil
Praça Maurício Cardoso, 170/402
90570-010 – Porto Alegre – RS

XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA

4 A 8 DE JULHO DE 1999

RIOCENTRO
RIO DE JANEIRO