

CISTECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA COM RESERVATÓRIO ILEAL

LAPAROSCOPIC RADICAL CYSTECTOMY WITH ILEAL RESERVOIR

Anibal Wood Branco¹; William Kondo, ACBC-PR²; Alcides José Branco Filho²;
Luciano Carneiro Stunitz¹; Marco Aurélio de George²

INTRODUÇÃO

A cistectomia radical é o tratamento padrão para os tumores malignos de bexiga, uroteliais ou mesenquimais, com invasão da camada muscular e sem evidência de metástases^{1,2}. Com a maior aceitação da cirurgia laparoscópica para o tratamento das doenças do trato urinário superior, recentemente tem havido um maior interesse na cirurgia laparoscópica pélvica. Nos últimos anos, a cistectomia radical laparoscópica tem sido relatada com sucesso e segurança em centros de excelência em Urologia²⁻⁵, com as vantagens de apresentar menor perda sangüínea, redução da dor pós-operatória, retorno precoce às atividades habituais e ao trabalho, e melhor resultado estético quando comparada à cirurgia aberta^{1,2,5}. No entanto, fatores como maior tempo cirúrgico, aumento dos custos e ausência de dados referentes ao resultado oncológico a longo prazo representam algumas das desvantagens dessa via de acesso minimamente invasiva³. O objetivo deste artigo é relatar nossa experiência inicial com a cistectomia radical com reservatório ileal por laparoscopia.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 29 anos, IMC de 23kg/m², procurou nosso Serviço com queixa de hematúria macroscópica indolor. Foi submetida à cistoscopia que demonstrou a presença de lesão extensa em parede vesical à direita, cuja biópsia revelou um sarcoma de bexiga e a imuno-histoquímica, um leiomiossarcoma.

Rx de tórax e tomografia computadorizada de abdome não evidenciaram lesão metastática. Não havia sinais de linfonodomegalia pélvica ou hidronefrose. A operação programada com o consentimento da paciente foi uma cistectomia radical, histerectomia e salpingo-ooforectomia esquerda laparoscópica com reservatório ileal. Teoricamente o ovário direito também deveria ser ressecado, mas foi preservado em decorrência da idade da paciente.

A paciente foi posicionada em decúbito dorsal com as pernas abduzidas, permitindo o acesso abdominal e perineal simultâneo. A mesa cirúrgica foi deixada em posição de

Trendelenburg a 45°. O acesso transperitoneal com cinco portais foi utilizado e o primeiro portal de 10mm foi posicionado na linha média, 4cm acima do umbigo, para a ótica de 0°. Os outros portais foram posicionados sob visão direta: 12mm à direita e 10mm à esquerda do umbigo, lateral ao músculo reto abdominal, e dois portais de 5mm no quadrante inferior direito e esquerdo, aproximadamente 1cm medial à espinha ílica ântero-superior ipsilateral.

Inicialmente foi realizada linfadenectomia pélvica estendida bilateral incluindo todo o tecido linfático entre o osso do púbis (distalmente) e a bifurcação da artéria ílica comum (proximalmente), e entre o nervo genitofemoral (lateralmente) e o nervo obturador (inferiormente). O peritônio do fundo de saco de Douglas foi incisado e a dissecação foi conduzida para a separação do reto. O pedículo vascular ovariano esquerdo, os ligamentos uterinos, as artérias uterinas e o pedículo vascular vesical foram ligados. O espaço de Retzius foi dissecado e a bexiga foi mobilizada anteriormente incluindo o úraco. A parede posterior da vagina foi incisada horizontalmente logo distalmente à cérvix uterina utilizando eletrocautério. Esta incisão foi estendida bilateralmente em direção à uretra, removendo uma porção da parede anterior da vagina. A uretra foi suturada para não ocorrer extravasamento de urina na cavidade abdominal.

O espécime cirúrgico foi retirado da cavidade em bloco através da vagina (Figura 1). O pneumoperitônio foi re-estabelecido e mantido através da colocação de uma compressa úmida no canal vaginal. A vagina foi fechada laparoscopicamente utilizando sutura contínua de vicryl 2-0.

O íleo distal foi identificado e um segmento de 15cm de íleo foi isolado utilizando grampeador linear cortante 45mm. O trânsito intestinal foi reconstruído através de anastomose látero-lateral também com grampeador linear cortante 45mm. O ureter esquerdo foi passado retroperitonealmente para o lado direito. Os ureteres foram implantados na alça de íleo através de anastomose término-lateral com pontos contínuos, com um cateter duplo J no interior. A extremidade distal da alça ileal foi levada para fora da cavidade abdominal através da ampliação do orifício do portal de 12mm para-retal di-

1. Urologista do Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba – PR.

2. Cirurgião Geral do Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba – PR.

Recebido em 25/01/2006

Aceito para publicação em 20/03/2006

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho realizado no Departamento de Urologia e de Cirurgia Geral do Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR.

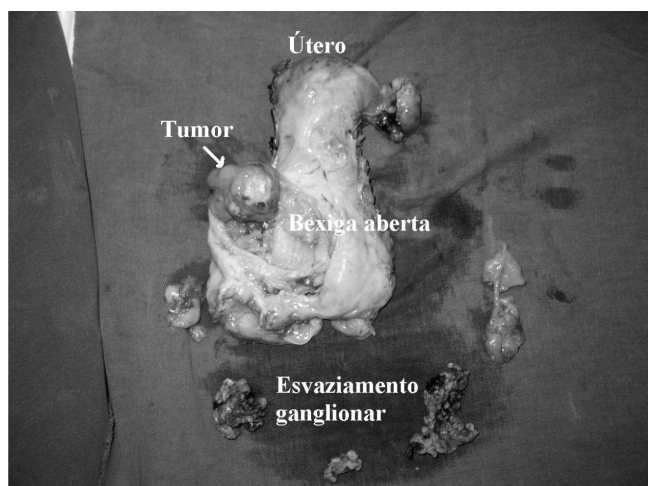


Figura 1 - Peça cirúrgica removida via vaginal.

reito. Um dreno túbulo laminar foi posicionado através do orifício do trocar de 5mm da fossa ilíaca esquerda.

O tempo cirúrgico total foi de 405 minutos com sangramento intra-operatório de 500 ml. Não houve nenhuma intercorrência no intra-operatório. A evolução pós-operatória foi satisfatória. Dieta líquida foi iniciada no 2º dia após a cirurgia, o dreno de penrose foi retirado no 4º dia e a paciente recebeu alta hospitalar no 5º dia. Os valores da hemoglobina e da creatinina sérica no momento da alta eram, respectivamente, 10,5g/dl e 0,8mg/dl. Seis meses após a cirurgia, a creatinina sérica é de 0,9mg/dl, a radiografia de tórax e a tomografia computadorizada de abdome e pelve não evidenciam metástase e a urografia excretora apresenta excreção renal bilateral normal.

A patologia revelou um leiomiossarcoma de bexiga de baixo grau com margens cirúrgicas negativas e ausência de comprometimento de linfonodos da cadeia ilíaca-obturadora.

ABSTRACT

Worldwide experience with laparoscopic radical cystectomy is increasing in the last few years. We describe a 29-year-old female who underwent a laparoscopic radical cystectomy with ileal reservoir for a bladder sarcoma. Operative time was 405 minutes and estimated blood loss was 500 mL. She had an uneventful postoperative course and was discharged in the fifth postoperative day.

Key-words: bladder, cystectomy, laparoscopy, urinary diversion, bladder neoplasms (Rev. Col. Bras. Cir. 2008; 35(2): 149-150).

Key words: Urinary Bladder; Cystectomy; Laparoscopy/methods; Urinary Diversion; Urinary Bladder Neoplasms.

REFERÊNCIAS

1. Hrouda D, Adeyoju AA, Gill IS. Laparoscopic radical cystectomy and urinary diversion: fad or future? *BJU Int.* 2004; 94(4):501-5.
2. Taylor GD, Duchene DA, Koeneman KS. Hand assisted laparoscopic cystectomy with minilaparotomy ileal conduit: series report and comparison with open cystectomy. *J Urol.* 2004; 172(4 Pt 1):1291-6.
3. Abreu SC, Silveira RA, Cerqueira JB, Regadas RP, Gonzaga LF, Fonseca GN. Stapleless laparoscopic assisted radical cystectomy with ileal neobladder in a male and with ileal loop in a female: initial report from Brazil. *Int Braz J Urol.* 2005; 31(3):214-20.
4. Moinzadeh A, Gill IS, Desai M, Finelli A, Flacone T, Kaouk J. Laparoscopic radical cystectomy in the female. *J Urol.* 2005; 173(6):1912-7.

DISCUSSÃO

A primeira cistectomia laparoscópica foi descrita em 1992 e desde então a experiência em todo o mundo tem crescido⁴, com diversas variações técnicas tendo sido publicadas nos últimos anos¹⁻⁵. No Brasil, os primeiros casos foram descritos em 2005, utilizando a técnica vídeo-assistida³.

Os benefícios da via de acesso laparoscópica já estão bem estabelecidos e está claro que a cistectomia radical laparoscópica é um procedimento factível⁵. No entanto, é uma operação bastante complexa e exige grande habilidade técnica; provavelmente este seja um fator limitante e talvez o principal fator responsável pela lenta disseminação do procedimento no meio urológico. Mesmo em mãos experientes, o tempo cirúrgico permanece longo, em grande parte devido ao tempo necessário para a reconstrução urinária¹. Atualmente, um dos focos principais dos estudos é a busca de métodos para reduzir o tempo necessário para essa reconstrução⁵, seja a realizando intra ou extra-corpórea, por meio de laparoscopia pura ou vídeo-assistida.

O pequeno número de pacientes e a curta duração do acompanhamento ainda não permitem conclusões a respeito de resultados a longo prazo. Séries maiores com seguimento oncológico futuramente poderão elucidar dados referentes à sobrevida após a cirurgia por laparoscopia¹.

Neste artigo pudemos demonstrar o primeiro caso de cistectomia radical com reservatório ileal totalmente laparoscópica em nossa instituição. Acreditamos que a cirurgia minimamente invasiva realmente tem um papel importante na era cirúrgica atual, principalmente reduzindo a morbidade aos pacientes, e deve ser encorajada a todos os grupos com grande experiência em laparoscopia.

5. Moinzadeh A, Gill IS. Laparoscopic radical cystectomy with urinary diversion. *Curr Opin Urol.* 2004;14(2):83-7.

Como citar este artigo:

Branco AW, Kondo W, Branco Filho AJ, Stunitz LC, George MA. Cistectomia radical laparoscópica com reservatório ileal – relato de caso. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2008; 35(2). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Anibal Wood Branco
Rua das Palmeiras, 170 ap. 201
80620-110 - Curitiba – PR
E-mail: anibal@awbranco.com.br