

LAPAROSCOPIA NO ABDOME AGUDO NÃO TRAUMÁTICO: ESTUDO RETROSPECTIVO

LAPAROSCOPY IN NONTRAUMATIC ACUTE ABDOMEN: RETROSPECTIVE STUDY

Marcos Bettini Pitombo, TCBC-RJ¹

José Luiz Guarino, TCBC-RJ²

Lizardo Augusto de Lima Martins, ACBC-RJ³

Cid Araújo Pitombo³

Alexandra Mello Schmidt⁴

RESUMO: Os autores analisaram, retrospectivamente, 117 pacientes portadores de abdome agudo não-traumático, submetidos à laparoscopia diagnóstica e/ou terapêutica, na Casa de Saúde Santa Martha, em Niterói. A precisão diagnóstica do exame laparoscópico foi de 96,6%. Com relação à terapêutica, 74,4% dos pacientes foram tratados por laparoscopia, 21,4% por laparotomia e 4,3% foram tratados clinicamente. A precocidade na realização da laparoscopia relacionou-se à maior taxa de sucesso com o tratamento laparoscópico (valor $p < 0,05$). Analisando-se a recuperação pós-operatória, os pacientes submetidos a intervenções laparoscópicas iniciaram a dieta oral e receberam alta mais precocemente que os submetidos à laparotomia (valor $p < 0,05$ e $p < 0,01$ respectivamente). A taxa de complicação foi de 13,7%, com mortalidade de 2,6%. Os autores concluem que a laparoscopia é um excelente método diagnóstico, permite um manejo terapêutico satisfatório associado a uma recuperação pós-operatória mais precoce.

Unitermos: Abdome agudo; Laparoscopia.

INTRODUÇÃO

Os pacientes que dão entrada nos setores de emergência, com afecções abdominais agudas, normalmente são submetidos a uma investigação bem definida, incluindo história clínica e exame físico bem detalhados, associados a meios diagnósticos complementares. Esses irão variar de acordo com a forma de apresentação e evolução da doença.

Autores dedicados ao estudo da doença intra-abdominal aguda afirmam que a utilização de qualquer técnica diagnóstica, invasiva ou não, terá que ser avaliada de acordo com a sua eficácia em influenciar a terapêutica (operar ou não). O diagnóstico clínico-patológico passa a ter importância secundária.¹

A laparoscopia é mais uma opção para se evitar um possível erro de conduta, principalmente quando o quadro clínico e os exames complementares não conseguem definir o diagnóstico e/ou tratamento ideal. Diversos autores têm demonstrado uma elevada acurácia diagnóstica (86% a 100%)

em pacientes submetidos à laparoscopia.^{2,3,4} Isto se traduz em importantes mudanças na conduta terapêutica, principalmente em grupos de risco como a população feminina em idade fértil, com dor em fossa ilíaca direita, e pacientes idosos que apresentam sinais abdominais discretos.

A disseminação da prática videocirúrgica trouxe mudanças importantes no manejo da doença abdominal aguda. Procedimentos com a associação da laparoscopia diagnóstica e cirúrgica têm se disseminado. A cirurgia laparoscópica nas afecções ginecológicas agudas, colecistite e apendicite tem indicação bem definida.^{5,6,7}

A questão crucial na avaliação do abdome inflamatório – operar ou não – tem na laparoscopia a melhor chance de resposta.

PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo de pacientes admitidos no Serviço de Cirurgia Geral da Casa de Saúde Santa

1. Cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral da CSSM. Professor Assistente do Departamento de Cirurgia Geral da UERJ.

2. Chefe do Serviço de Cirurgia Geral da CSSM. Professor Titular de Cirurgia Geral da UFF.

3. Cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral da CSSM.

4. Mestre em Estatística pela UFRJ.

Recebido em 5/12/97

Aceito para publicação em 15/7/99

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral da Casa de Saúde Santa Martha – Niterói – RJ.

Martha, com quadro de dor abdominal aguda. O período de observação foi de outubro de 1992 a setembro de 1996. Os critérios de inclusão foram: (a) pacientes com queixa de dor abdominal, (b) início da sintomatologia há sete dias ou menos, (c) internação hospitalar em caráter de urgência, (d) realização de laparoscopia durante o período de investigação e/ou tratamento. Devido às características clínicas e particularidades diagnósticas (acurácia de 95% com o exame ultra-sonográfico), os pacientes portadores de colecistopatia litíase foram excluídos do estudo. Cento e dezessete pacientes preencheram os critérios de inclusão.

A análise estatística foi feita utilizando-se o teste Qui-quadrado para verificar a relação entre as variáveis de interesse. Nos casos em que esse teste não se aplicou (valor esperado das celas menor do que cinco), foi usado o teste exato de Fischer. O nível de significância adotado para a rejeição da hipótese de independência foi de 5%.

RESULTADOS

Centos e dezessete pacientes foram selecionados. Destes, 45,3% (53) eram do sexo masculino e 54,7% (64) do feminino. A idade variou dos 10 aos 76 anos com média de 34 anos. Dividindo-se em grupos, 20,5% (24) tinham menos que 20 anos, 49,6% (58) entre 20 e 40 anos e 29,9% (35) mais de 40 anos.

Todos os pacientes foram submetidos à avaliação laboratorial, que incluiu hemograma e estudo do sedimento urinário. Exames radiológicos, ultra-sonográficos e tomográficos foram realizados de forma não sistemática.

Dos 117 pacientes, 96,6% (113) obtiveram esclarecimento diagnóstico com o exame laparoscópico (Figura 1). Em 3,4% (quatro) a laparoscopia foi inconclusiva, sendo indicada uma laparotomia para elucidação diagnóstica.

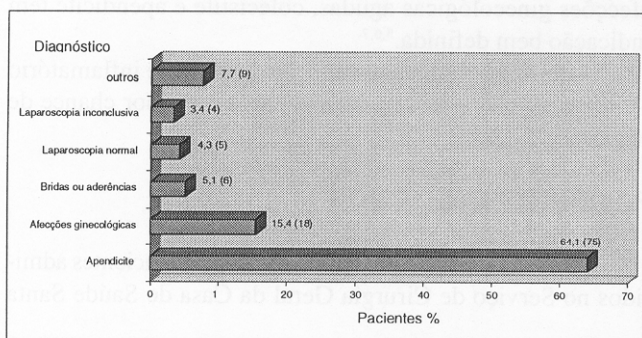


Figura 1 – Diagnóstico após o exame videolaparoscópico. Entre parênteses os valores absolutos.

A conduta terapêutica foi clínica em 4,3% (5) dos pacientes. A laparoscopia cirúrgica foi a opção em 74,4% (87) dos casos, enquanto 21,4% (25) necessitaram de uma laparotomia para resolução da doença intra-abdominal.

A laparoscopia foi o método terapêutico empregado em 86,7% dos pacientes submetidos à apendicectomia e em 72,2% das pacientes que sofreram intervenções ginecológicas. Outros procedimentos (ex. rafia e ressecções intestinais) foram realizados, através de laparotomia, com maior frequência (41,7% de cirurgias abertas contra 37,5% de procedimentos laparoscópicos, valor $p < 0,01$).

O insucesso da terapêutica laparoscópica pode ser avaliado pela taxa de conversão. Na presente série esta foi de 21,4% (25 pacientes) (Tabela 1). A precocidade na realização da laparoscopia associou-se a uma menor taxa de conversão para laparotomia (valor $p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 1
Causas de conversão.

| Causas de conversão | % (n) |
|-----------------------------------|-----------|
| Dificuldade técnica | 10,3 (12) |
| Distensão intestinal | 5,1 (6) |
| Peritonite | 2,6 (3) |
| Sangramento | 1,7 (2) |
| Perfuração intestinal iatrogênica | 0,9 (1) |
| Apêndice não visualizado | 0,9 (1) |
| Total | 21,4 (25) |

Tabela 2

Relação percentual entre o início da sintomatologia e a taxa de conversão (segundo a taxa de conversão). Entre parênteses os valores absolutos.

| Conversão / Início dos sintomas | Laparoscopia somente | Conversão para laparotomia |
|---------------------------------|----------------------|----------------------------|
| 48 horas ou menos | 52,2 (48) | 28 (7) |
| Mais de 48 horas | 47,8 (44) | 72 (18) |
| Total | 100 (92) | 100 (25) |

O início da ingestão oral após o exame laparoscópico apresentou uma variação temporal entre oito e 226 horas. Dos pacientes submetidos à laparotomia, 76% iniciaram dieta oral após 24 horas, enquanto 50,6% dos pacientes submetidos à laparoscopia terapêutica foram alimentados antes do primeiro dia de pós-operatório (valor $p < 0,05$).

A análise do período pós-operatório demonstrou que os pacientes submetidos à cirurgia laparoscópica receberam alta em um intervalo de tempo significativamente menor quando comparados aos submetidos a tratamento clínico ou laparotomia (valor $p < 0,01$) (Tabela 3).

A morbidez geral do grupo foi de 13,7% (Tabela 4). A taxa de complicação relacionada, exclusivamente, a procedimentos laparoscópicos foi de 9,4%, enquanto 4,3% dos pacientes apresentaram complicações pós-laparotomia.

Tabela 3

Relação percentual entre o tipo de tratamento e o período pós-operatório (segundo o tipo de tratamento). Entre parênteses os valores absolutos.

| Período pós-op. Tipo de tratamento | Menor ou igual a 36 horas | Entre 36 e 72 horas | Maior ou igual a 72 horas | Total |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------------------|----------|
| Clínico | 0 (0) | 60 (3) | 40 (2) | 100(5) |
| Videolaparoscopia | 25,3 (22) | 55,2 (48) | 19,5 (17) | 100 (87) |
| Laparotomia | 4 (1) | 8 (2) | 88 (22) | 100 (25) |

Tabela 4
Complicações

| Complicações | % (n) |
|-------------------------------------|-----------|
| Abscesso de parede | 4,3 (5) |
| Abscesso residual | 1,7 (2) |
| Obstrução intestinal pós-operatória | 1,7 (2) |
| Retenção urinária | 1,7 (2) |
| Vômito | 0,9 (1) |
| Lesão de artéria epigástrica | 0,9 (1) |
| Íleo pós-operatório | 1,7 (2) |
| Reação alérgica | 0,9 (1) |
| Total | 13,7 (16) |

A mortalidade foi de 2,6% (três pacientes). Não houve mortalidade relacionada diretamente à laparoscopia.

DISCUSSÃO

A dor abdominal aguda é uma das entidades que mais freqüentemente o cirurgião geral se envolve na sua prática diária. As internações de urgência tornam-se, por vezes, desafios diagnósticos e terapêuticos. As possibilidades etiológicas são amplas, tendo como fator complicante as várias afecções não-cirúrgicas que podem cursar com dor abdominal.

A característica mais importante do exame laparoscópico é a sua elevada precisão diagnóstica.^{2,3,4,8} Os nossos resultados seguiram a tendência da literatura com precisão diagnóstica de 96,6%.

A partir do final da década de 80, com o início da prática da videocirurgia, o diagnóstico laparoscópico tornou-se mais acurado devido às facilidades técnicas inerentes à nova tecno-

logia. Procedimentos cirúrgicos passaram a ser realizados pelo acesso miniinvasivo.

Alguns grupos que realizam videocirurgia têm índices de sucesso com a apendicectomia laparoscópica de 68 a 92%.^{2,9,10} Na nossa casuística, realizamos a ressecção laparoscópica do apêndice em 86,7% dos pacientes portadores de apendicite aguda.

A taxa de apendicectomias não-terapêuticas se reduz, substancialmente, com o emprego sistemático da laparoscopia nas suspeitas de apendicite aguda.^{11,12} Na nossa série, esta foi de 5,3%, bem inferior aos números apontados por outros autores, que relatam taxas de ressecção de apêndices normais de 30% e 33%, utilizando-se a laparotomia como via de acesso.^{13,14}

As emergências ginecológicas são uma ocorrência comum no dia-a-dia do cirurgião geral. Na nossa casuística, foi o segundo diagnóstico em ordem de freqüência, correspondendo a 15,4% dos pacientes e 28,1% das mulheres. Outras casuísticas relacionadas à doença abdominal aguda, demonstram incidência de 25,4 a 54,7%.^{4,8}

Com a propagação da videocirurgia, houve uma mudança no perfil da morbi/mortalidade relacionada à laparoscopia, pois esta passou a ter papel importante na terapêutica das afecções abdominais agudas. Complicações relacionadas a procedimentos cirúrgicos, como, por exemplo, abscessos residuais, fístulas e sangramento pós-operatório, somaram-se aos acidentes e intercorrências inerentes à laparoscopia puramente diagnóstica.

Na nossa casuística, a taxa de complicação foi 13,7%. O abscesso de parede foi a complicação mais freqüente (4,3%). Dos cinco pacientes com supuração da ferida operatória, quatro realizaram laparotomia.

Comparando a apendicectomia laparoscópica e a convencional, um autor obteve uma taxa de abscesso de parede significativamente menor ($p < 0,04$), no grupo videocirúrgico.¹⁵

Uma das características da cirurgia laparoscópica é a recuperação pós-operatória precoce. Estudos prospectivos comparando o tratamento laparoscópico e o aberto na prenhez tubária e apendicite aguda, demonstram um tempo de permanência hospitalar menor para os pacientes submetidos à laparoscopia.^{15,16}

Os nossos pacientes, quando tratados por laparoscopia, iniciaram a ingestão oral e receberam alta em um tempo, significativamente inferior, quando comparados aos tratados por laparotomia (valor $p < 0,05$ e $p < 0,01$ respectivamente).

ABSTRACT

The authors studied retrospectively 117 patients with nontraumatic acute abdomen, who were submitted to diagnostic and therapeutic laparoscopy, at Casa de Saúde Santa Martha - Niterói. In 96,6% of the patients the procedure confirmed the diagnosis. 74,4% were treated by this method, 21,4% by laparotomy and 4,3% received clinical treatment. It was noted that the earlier the diagnostic laparoscopy was performed, the bigger were the chances of doing therapeutic laparoscopy

(p value < 0,05). The patients treated by laparoscopic surgery were fed and were discharged from hospital earlier than the patients treated by laparotomy (p value < 0,05 and p < 0,01). The complication rate was 13,7% and the mortality rate was 2,6%. The authors conclude that laparoscopy is a good diagnostic and therapeutic method. There is also a good correlation with this method and a quicker recovering of the patients.

Key Words: Acute abdome; Laparoscopy.

REFERÊNCIAS

1. Paterson-Brown S, Vipond MN – Modern aids to clinical decision-making in the acute abdomen. *Br J Surg* 1990;77:13-18.
2. Navez B, d'Udekem Y, Cambier E, et al – Laparoscopy for management of nontraumatic acute abdomen. *World J Surg* 1995;19:382-387.
3. Reiertsen O, Rosseland AR, Hovik B, Slheim K – Laparoscopy in patients admitted for acute abdominal pain. *Acta Chir Scand* 1985; 151:521-524.
4. Vander Velpen GC, Shimi SM, Cushieri A – A diagnostic yield and management benefit of laparoscopy. *Gut* 1994;35:1617-1621.
5. Paterson-Brown S – Emergency laparoscopy surgery. *Br J Surg* 1993; 80:279-283
6. Pier A, Gotz F, Bacher C, Ibaldo R – Laparoscopic appendectomy. *World J Surg* 1993;17:29-33
7. Campolina COC, Alves AS, Vieira Júnior A, et al – Videolaparoscopia na apendicite aguda na mulher em idade fértil. *Rev Col Bras Cir* 1998;25:31-34.
8. Rodrigues FCM, Rahal F, Rasslan S – Laparoscopia diagnóstica no doente de alto risco. *Rev Col Bras Cir* 1995;22:79-82.
9. Scott HJ, Rosin RD – The influence of diagnostic and therapeutic laparoscopy in patientis presenting with acute abdomen. *J Royal Soc Med* 1993;86:699-701.
10. Connors TJ, Garcha IS, Ramshaw BJ, et al – Diagnostic laparoscopy for suspected appendicitis. *The American Surgeon* 1995;61:187-189.
11. Attwood SEA, Hill ADK, Murphy PG, et al – A prospective randomized trial of laparoscopic versus open appendectomy. *Surgery* 1992;3: 497-501.
12. Leaple LL, Ramenofsky ML – Laparoscopy for questionable appendicitis. Can it reduce the negative appendectomy rate? *Ann Surg* 1980; 191:410-413.
13. Jeess P, Bjerregaard B, Brynitz S, et al – Acute appendicitis. Prospective trial concerning diagnostic accuracy and complications. *Am J Surg* 1981;141:232-234.
14. Chang FC, Hogle HH, Welling DR – The fate of the negative appendix. *Am J Surg* 1973;126:752-754.
15. Richards KF, Fisher KS, Flores JH, et al – Laparoscopic appendectomy: Comparison with open appendectomy in 720 patients. *Surg Laparosc Endosc* 1996;6:205-209.
16. Vermesh M, Silva PD, Rosen GF, et al – Management of unruptured ectopic gestation by linear salpingostomy: A prospective randomized clinical trial of laparoscopic versus laparotomy. *Obstet Gynecol* 1989;73:400-404.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Marcos Bettini Pitombo
Alameda Xavier D'Araujo, 140, C/8
24300-000 – Niterói – RJ