

Complicações da videolaparoscopia

RESUMO

Objetivo: Verificar a frequência de complicações da cirurgia videolaparoscópica no tratamento de processos expansivos anexiais benignos em pacientes submetidas a esta cirurgia na Clínica Santa Helena de Florianópolis no período de janeiro de 1996 a dezembro de 1999.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional transversal no qual foram analisados 149 casos de cirurgia videolaparoscópica em mulheres portadoras de processos expansivos anexiais benignos na Clínica Santa Helena, Florianópolis, Santa Catarina, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 1999. Os dados clínicos e cirúrgicos foram obtidos através de prontuários e um banco de dados.

Resultados: A amostra (N = 149) foi composta predominantemente por mulheres com idade entre 20 e 40 anos (81,2%), que realizaram exérese de cisto ovariano (46,9%). A taxa de complicação encontrada foi de 4% (IC 95% 0,87-7,00). Todas tinham caráter hemorrágico e ocorreram no período intra-operatório. Duas complicações foram consideradas maiores, já que necessitaram correção por laparotomia, e quatro menores, porque puderam ser resolvidas através da laparoscopia.

Conclusão: A taxa de complicação em cirurgia videolaparoscópica de processos expansivos anexiais benignos encontrada foi de 4% (IC 95% 0,87-7,00) nos 149 casos analisados.

Descritores: Videolaparoscopia; tumores anexiais benignos; complicações.

ABSTRACT

Objective: Assess the frequency of complications associated to videolaparoscopic surgery in patients submitted to such procedure for the treatment of benign adnexal tumors at Santa Helena Clinic in Florianópolis between January 1996 to December 1999.

Methods: It is a transversal observational study in which 149 cases of videolaparoscopic surgery in women bearing benign adnexal expansive masses were analysed. The study covers the period from January 1996 to December 1999 and clinical and surgical data were obtained from patients' dossiers and from a data bank.

Results: The sampling (N = 149) was made up predominantly by women aged between 20 and 40 (81,2%) submitted to exeresis of ovarian cyst (46,9%). A complication rate of 4% (CI 95% 0,87-7,00) was found and all complications were associated to haemorrhage occurring in the intra-operative period. Two complications were deemed more serious since requiring laparotomic intervention and four were considered less serious once they could be solved through laparoscopy.

Conclusion: Complication rate for videolaparoscopy surgery of benign adnexal masses was found to be of 4% (CI 95% 0,87-7,00) in the 149 analysed cases.

Key-words: Videolaparoscopy; benign adnexal tumors; complications.

¹ Trabalho realizado na Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

² Ginecologista e Obstetra, Professor de Ginecologia e Obstetrícia da UFSC, Mestre em Ciências Médicas pela UFSC

³ Aluna do Curso de Graduação em Medicina da UFSC

INTRODUÇÃO

Os processos expansivos anexiais originam-se das tubas uterinas, dos ovários e de remanescentes embrionários. São assim chamados porque, muitas vezes, sua localização exata só poderá ser definida sob visão direta, por laparotomia ou por laparoscopia.¹

O tumor anexial, sintomático ou não, é a patologia ginecológica intraperitoneal mais freqüente² e o manejo apropriado do mesmo é ainda um assunto controverso entre os ginecologistas de hoje.³

A videolaparoscopia tem sido muito utilizada para o tratamento de massas anexiais e seu desenvolvimento está sendo considerado um dos mais importantes avanços da cirurgia ginecológica nos últimos anos.^{4, 5}

Atualmente, a cirurgia videolaparoscópica oferece uma série de benefícios em relação à cirurgia aberta e está sendo empregada como rotina em alguns serviços de ginecologia, em função da sua eficácia e segurança, porque consegue reunir num só procedimento a propedêutica e a terapêutica.^{2, 3, 6, 7, 8, 9, 10}

A laparoscopia tem sido considerada como o padrão para o tratamento cirúrgico destes processos,^{3, 9, 10, 11, 12} porém como todo procedimento médico, não está isenta de complicações.³

Uma complicação pode ser definida como um evento inesperado e/ou não planejado durante o procedimento laparoscópico e que requer um tratamento adicional, como por exemplo, laparotomia, laparoscopia, observação pós-operatória prolongada ou cirurgia adicional.^{12, 13}

As complicações costumam ser classificadas em duas categorias: maiores ou menores. São consideradas maiores quando o grau de injúria requer a realização de laparotomia ou leva ao óbito. Já as complicações menores são lesões ou problemas que podem ser resolvidos durante a cirurgia videolaparoscópica, em que os procedimentos possam ser completados.¹²

Todo cirurgião está envolvido na prevenção ou tratamento, bem como na informação aos pacientes no pré-operatório no que diz respeito às complicações da laparoscopia ginecológica, sendo este ponto importante para determinar padrões de treinamento para futuros cirurgiões e para as suas implicações legais.¹⁴

O número de procedimentos laparoscópicos em ginecologia vem gradativamente aumentando e cirurgias mais complexas estão sendo realizadas. Portanto, é importante obter a verdadeira taxa de complicações e o que se espera com a cirurgia, para avaliar os possíveis riscos e benefícios do procedimento.¹⁵

Assim, pesquisas nesta área se constituem em valiosa fonte de informações, acrescentando novos elementos aos estudos de meios terapêuticos utilizados e suas complicações.¹²

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado na Clínica Santa Helena de Florianópolis, Santa Catarina. Para definir a população deste trabalho, utilizou-se como critério de inclusão pacientes portadoras de processo expansivo anexial diagnosticado pre-operatoriamente, através do exame físico ou de métodos de imagem como ultra-sonografia ou histerosalpingografia, submetidas a tratamento cirúrgico por meio de videolaparoscopia, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 1999, na Clínica Santa Helena, em Florianópolis, Santa Catarina, totalizando 149 pacientes. Nesta população, foi aplicado o Protocolo de Pesquisa constante do Apêndice, observando-se as variáveis: faixa etária, procedimentos cirúrgicos realizados por videolaparoscopia, freqüência e tipo de complicação cirúrgica durante a videolaparoscopia.

Amostra

Utilizou-se como critério de inclusão a presença de complicações menores ou maiores, já definidas anteriormente, durante a realização do procedimento cirúrgico e/ou período pós-operatório, nas pacientes submetidas a videolaparoscopia, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 1999, na Clínica Santa Helena, em Florianópolis, Santa Catarina totalizando uma amostra de seis pacientes.

Análise Estatística

As observações foram estruturadas em uma base de dados, utilizando-se o programa computacional Excel 7.0®. Estes dados foram submetidos à análise pelo programa Estatística 5.0®.

RESULTADOS

A população deste trabalho reuniu 149 mulheres portadoras de processos expansivos anexiais benignos, sendo que 81,2% se concentravam na faixa etária entre 20 e 40 anos, e 16 anos a idade da paciente mais jovem e 63 anos a idade da paciente mais idosa.

Em 10 pacientes (6,7%) não foi possível realizar o tratamento por laparoscopia. As aderências pélvicas não permitiram o tratamento em seis casos. Em dois casos, a impossibilidade foi em decorrência de complicações hemorrágicas. Em um caso havia uma lesão tubária grave que não permitiu a salpingoplastia. No caso restante havia suspeita de malignidade e a paciente foi submetida a laparotomia.

Tabela 1– Apresentação dos procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes submetidas a tratamento de processos expansivos anexiais benignos por videolaparoscopia.

| Procedimentos cirúrgicos | n | % |
|---------------------------------|------------|---------------|
| Exérese de Cisto de ovário | 65 | 46,9 |
| Ooforectomia Parcial | 16 | 11,5 |
| Ooforectomia Total | 14 | 10,0 |
| Salpingectomia | 13 | 9,3 |
| Salpingoplastia | 9 | 6,4 |
| Exérese de Cisto Tubário | 8 | 5,7 |
| Anexectomia | 6 | 4,4 |
| Exérese de cistos epoóforos | 6 | 4,4 |
| Miomectomias | 2 | 1,4 |
| Total | 139 | 100,00 |

Fonte: SAME – CSH, 1996-1999

Tabela 2 – Apresentação da freqüência de complicações cirúrgicas em pacientes submetidas a tratamento de processos expansivos anexiais benignos por videolaparoscopia.

| Complicação | N | % |
|--------------------|------------|---------------|
| Ausente | 143 | 96,0 |
| Presente | 6 | 4,0 |
| Total | 149 | 100,00 |

FONTE: SAME – CSH, 1996-1999.

Tabela 3 – Apresentação das causas, via de acesso e procedimento operatório realizado, nos casos de complicação, em pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico de processos expansivos anexiais benignos por videolaparoscopia.

| Causas | Via de acesso | Procedimento realizado |
|--------------------------------------|-------------------|------------------------|
| Hemorragia (Gestação ectópica) | Laparotomia | Salpingectomia |
| Hemorragia (Torção de cisto) | Laparotomia | Ligadura de vaso |
| Hemorragia (Gestação ectópica) | Videolaparoscopia | Salpingectomia |
| Hemorragia (Gestação ectópica) | Videolaparoscopia | Salpingectomia |
| Hemorragia (Endometrioma) | Videolaparoscopia | Exérese de cisto |
| Hemorragia (Corpo lúteo hemorrágico) | Videolaparoscopia | Exérese de cisto |

Fonte: SAME – CSH, 1996-1999.

DISCUSSÃO

Todo ato médico tem risco de complicações, variando conforme a complexidade das etapas envolvidas. A cirurgia videolaparoscópica, como qualquer outro procedimento cirúrgico, não está isenta de complicações e, apesar dos cuidados e da experiência do cirurgião, elas podem ocorrer.^{3, 16} Esta modalidade cirúrgica agrega os riscos intrínsecos de qualquer intervenção realizada por laparotomia aos riscos inerentes ao acesso laparoscópico, podendo ocorrer lesões no início da cirurgia, durante a inserção dos trocartes.¹⁶

Todo cirurgião está envolvido na prevenção ou tratamento de cada complicação, bem como na informação sobre os riscos do procedimento aos pacientes no período pré-operatório.¹⁴

As complicações podem ser definidas como um evento não esperado e/ou não planejado, que modificaria o curso usual da laparoscopia ou do período pós-operatório, que requeira outro tipo de tratamento como laparotomia, longa observação pós-operatória ou outra cirurgia.^{12, 13, 14}

As complicações costumam ser agrupadas em maiores e menores. São consideradas maiores as complicações cujo grau de injúria requer a realização de laparotomia ou leva à morte. Complicações menores são lesões ou problemas que podem ser resolvidos durante a videolaparoscopia e que permitem a finalização do procedimento.^{12, 17}

A complexidade da cirurgia videolaparoscópica é um detalhe a ser considerado e influencia diretamente no risco de complicações. Os procedimentos diagnósticos apresentam menor taxa de complicações: 2,7/1000. Nos operatórios, o índice sobe para 17,9/1000.¹⁶

Lok e col. encontraram 13,3% de complicações em laparoscopias realizadas para o tratamento de 587 cistos ovarianos benignos em 513 mulheres. As complicações maiores ocorreram em 0,6% dos casos: uma lesão intestinal e suas lesões ureterais. Complicações da entrada também ocorreram: cinco lesões de vasos epigástricos e quatro hérnias incisionais.¹⁴

Quasarano e col. relataram em 234 laparoscopias ginecológicas 23 complicações, gerando um índice de 9,8%. Estas foram principalmente infecção pós-operatória, insuflação extraperitoneal e injúrias vasculares.¹⁸

Segundo Ribeiro e col. , a ocorrência de lesões vasculares durante a realização da videolaparoscopia é relativamente rara, no entanto apresenta taxas de mortalidade que variam entre 0,03% a 0,49%. As lesões vasculares graves ocorrem principalmente na fase inicial da cirurgia (76% dos casos), relacionadas à inserção da agulha de Veress (15,4%) ou trocarce umbilical (84,6%).

No entanto, alguns trabalhos demonstram que as complicações hemorrágicas estão entre as mais frequentes.^{12, 14, 18, 19} Leonard *et al.* demonstraram que durante o procedimento cirúrgico 80% das complicações ocorridas eram de caráter hemorrágico.¹⁴

Em um estudo multicêntrico, as salpingectomias foram a segunda causa de complicações maiores, atingindo 4,5/1000, enquanto a simples aspiração de cistos ovarianos teve a menor taxa, com 1,7/1000. Nesse estudo prospectivo com 25.764 laparoscopias, ocorreram 145 complicações, acusando uma taxa de 5,7/1000, incluindo-se aí dois óbitos. As complicações hemorrágicas intra-operatórias representaram 35% das 145 totalizadas. Nas cirurgias de gravidez ectópica, foi encontrada uma taxa de complicação de 20,2/1000. No grupo de cirurgias anexiais, a taxa de conversão à laparotomia foi de 11,8/1000 e a taxa de complicações atingiu 30,88/1000.¹²

No presente estudo, não foram encontradas complicações relacionadas à formação do pneumoperitônio, complicações parietais, gastrointestinais, urinárias, anestésicas, infecciosas ou nervosas, como apresentadas em outros estudos. Estas foram devido unicamente às hemorragias trans-operatórias. Duas complicações foram classificadas como maiores e necessitaram de correção por laparotomia. A primeira complicação foi um caso de gestação ectópica, em que se realizou a salpingectomia a céu aberto devido ao sangramento incoercível. A segunda complicação ocorreu durante o tratamento de uma torção de cisto hemorrágico, em que foi realizada anexectomia por via laparoscópica e um vaso foi acidentalmente atingido determinando um profuso sangramento que tornou campo cirúrgico inacessível, levando à conversão à laparotomia para a ligadura do vaso.

As outras quatro complicações, também hemorrágicas, foram consideradas menores e foram resolvidas através da laparoscopia. As complicações menores deste estudo poderiam ser enquadradas como simples intercorrências durante os procedimentos cirúrgicos, porém foram classificadas assim para um melhor entendimento do que realmente aconteceu durante o ato operatório.

Desta forma, pode-se observar que, no presente estudo, a taxa de complicações atingiu 4,0% (IC 95%= 0,87 – 7,00) dos casos em função do rigor com que se usou o critério de complicação na apresentação dos resultados. Notou-se que este valor é semelhante àquele encontrado pelos autores acima citados, demonstrando a segurança do procedimento cirúrgico videolaparoscópico no tratamento dos processos expansivos dos anexos uterinos também em nosso meio.

As complicações das videolaparoscopias têm seus relatos efetuados a partir de estudos em sua maioria retrospectivos, sofrendo, deste modo, os vícios inerentes a eles.¹² Não foram encontrados estudos brasileiros, multicêntricos, sobre o tema, o que provoca uma lacuna de conhecimento nesta área. Percebeu-se através do presente estudo a necessidade deste tipo de investigação senão em nível nacional, mas pelo menos regional ou local, para que com essas informações os profissionais da saúde e os pacientes possam estar cientes dos benefícios e riscos de mais uma abordagem cirúrgica para os processos expansivos anexiais benignos.

CONCLUSÃO

1. A frequência de complicações da cirurgia videolaparoscópica em processos expansivos anexiais benignos realizadas na Clínica Santa Helena de Florianópolis – SC no período de janeiro de 1996 a dezembro de 1999 foi de 4%.

REFERÊNCIAS

1. Machado LV. Cistos não neoplásicos do ovário ou deixemos o ovário em paz III. *Femina* 2000:95-8.
2. Meirelles Jr HL, Horta Jr RC. Abordagem videolaparoscópica do tumor anexial: análise de 297 casos. *GO atual* 1998 Nov./Dez.:17-33.

3. Canis M, Botchorishvili R, Manhes H, Wattiez A, Mage G, Pouly JL, et al. Management of adnexal masses: role and risk of laparoscopy. *Semin Surg Oncol* 2000;19(1):28-35.
4. Chapron C, Pierre F, Querleu D, Dubuisson JB. Complications of gynaecological laparoscopy. *Gynécobstét Fertil* 2001;29:605-12.
5. Soriano D, Yefet Y, Seidman DS, Goldenberg M, Mashiach S, Oelsner G. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 1999;71(5):955-60.
6. Celis R, Sierralta P, Valdés P, Leiva A, Soto E. Experience with laparoscopic surgery for adnexal masses at the Regional Hospital of Temuco, Chile. *Rev Med Chil* 1999 Jun 1999;698-703.
7. Childers JM N, Surwit EA. Laparoscopic management of suspicious adnexal masses. *American Journal Obstet Gynecol* 1996;175:1451-9.
8. Canis M, Mage G, Pouly JL, Wattiez A, Manhes H, Bruhat MA. Laparoscopic Diagnosis of adnexal cystic masses: a 12-year experience with long-term follow-up. *Obstet Gynecol* 1994;83(5):707-12.
9. Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(1):109-14.
10. Chapron C, Dubuisson JB, Capella-Allouc S. Salpingo-oophorectomy for adnexal masses. Place and results for operative laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;73(1):43-8.
11. Soriano D, Yefet Y, Seidman DS, Goldenberg M, Mashiach S, Oelsner G. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 1999;71(5):955-60.
12. Jansen FW, Kapiteyn K, Trimbos-Kemper T, Hermans J, Trimbos JB. Complications of laparoscopy: a prospective multicentre observational study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997;104(5):595-600.
13. Leng J, Lang J, Huang R. Complications in laparoscopic gynecologic surgery: analysis of 34 cases. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2001;36(3):146-9.
14. Leonard F, Lecuru F, Rizk E, Chasset S, Robin F, Taurelle R. Perioperative morbidity of gynecological laparoscopy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2000;79:129-34.
15. Härkki-Sirén P, Kurki T. A nationwide analysis of laparoscopic complications. *Obstetrics & Gynecology* 1997;89(1):108-12.
16. Ribeiro SC, Neme RM, Giribela AHG, Santos NC, Pinotti JA. Complicações cirúrgicas em laparoscopia ginecológica. *Femina* 2000 Abril 2000:145-8.
17. Mathias L, Maia Filho NL. Gravidez Ectópica. In: Benzecry R, Oliveira HC, Lemgruber I, editores. *Tratado de obstetrícia Febrasgo*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 445-51.
18. Quasarano RT, Kashef M, Sherman SJ, Hagglund KH. Complications of gynecologic laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6(3):317-21.
19. Chapron C, Pierre F, Querleu D, Dubuisson JB. Major vascular complications from gynecologic laparoscopy. *Gynecol Obstet Fertil* 2000;28(12):880-7.

Ricardo Nascimento

Departamento de Tocoginecologia, UFSC

Endereço: R. Luiz Delfino 89, ap. 1202 A, CEP 88015-360, Florianópolis SC