

TEMAS LIVRES- PÔSTERES

Videoendoscopia e Cirurgia ginecológica e
Uroginecologia

CIRURGIA ROBÓTICA EM GINECOLOGIA ONCOLÓGICA - EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL PRIVADO DE BELO HORIZONTE

Fernanda Valério Henriques¹; Daniele Oliveira Figueiredo¹; Gabriela Braga Menezes¹; Júnio Junei Rosemburgo Ribeiro¹; Savio Costa Gonçalves¹; Gabriella Das Graças De Oliveira¹; Natália Maria Valenzi Amorim¹.

1. Hospital Felício Rocho

Introdução: A cirurgia aberta tem sido o tratamento padrão para o câncer ginecológico há décadas. Recentes avanços na laparoscopia, entretanto, tornou possível realizar com segurança a histerectomia radical laparoscópica com linfadenectomia pélvica e paraaórtica. Embora ensaios randomizados não foram realizados, os dados existentes sugerem que a taxa de cura para a histerectomia radical laparoscópica é semelhante à observada para o procedimento aberto. Apesar das vantagens da laparoscopia, ela apresenta inconvenientes. Primeiro, o cirurgião opera em uma posição desconfortável usando uma imagem plana e bidimensional. A maioria dos instrumentos utilizados não tem design ergonomicamente adequado, o que torna o desempenho de movimentos finos extremamente difíceis. Recentemente, a tecnologia robótica foi introduzida na prática cirúrgica laparoscópica. As vantagens oferecidas por esta nova tecnologia incluem um campo ampliado tridimensional, filtragem de tremor e cinco ou seis graus de mobilidade do instrumento dentro do corpo, reduzindo significativamente os problemas ergonômicos associados com a abordagem laparoscópica convencional. Além disso, a natureza intuitiva do sistema robótico oferece uma vantagem adicional em termos de curva de aprendizado. **Método:** Estudo retrospectivo de histerectomias ampliadas em oncologia robótica realizado de março de 2018 a março de 2019, em um hospital privado de Belo Horizonte. As variáveis avaliadas foram: indicação cirúrgica, resultados operatórios e complicações pós-operatórias. **Resultados:** Foram incluídos doze casos de pacientes com idades entre 38 e 74 anos que se submeteram a cirurgia via robótica, sendo os diagnósticos: 2 neoplasias de colo uterino; 5 neoplasias de endométrio; 3 neoplasias de ovário e 2 neoplasias de corpo uterino. O tempo do procedimento variou de 101 à 282 minutos. O tempo de internação máximo foi de 72 horas, com menor necessidade de uso de analgésicos. Nenhuma complicação perioperatória ocorreu em qualquer paciente. A perda sanguínea não foi estimada, mas não houve registros de instabilidade hemodinâmica, conversão para laparotomia ou necessidade de hemotransfusão. As pacientes encontram-se em seguimento no ambulatório de ginecologia sem registro de recidiva até o momento. **Conclusão:** O uso da tecnologia robótica por oncologistas ginecológicos ainda está em desenvolvimento. A ampliação, destreza e flexibilidade oferecidas pelo sistema robótico simplificam significativamente os estágios mais difíceis de histerectomia radical e linfadenectomia pélvica e para-aórtica. Mais estudos e acompanhamento são necessários, principalmente no que tange a recidiva das lesões em procedimento laparoscópicos, sejam eles robóticos ou não. Enquanto novas técnicas cirúrgicas são desenvolvidas, não podemos comprometer a segurança do paciente ou o resultado oncológico, por isso deve submeter essas abordagens mais recentes a uma avaliação minuciosa.

CIRURGIA ROBÓTICA EM GINECOLOGIA

João Oscar De Almeida Falcão Junior¹, Karla De Carvalho Schettino¹, Fernando De Araújo Medeiros¹, Gabriela Braga Menezes¹, Joyce Lopes Pinto Maciel¹, Savio Costa Gonçalves¹, Júnio Junei Rosemburgo Ribeiro¹, Joaquim Carlos De Barcelos Martins¹.

Introdução: A cirurgia minimamente invasiva revolucionou a prática cirúrgica com vantagens comprovadas em relação à cirurgia aberta tradicional destacando-se a redução do trauma cirúrgico, da dor pós-operatória e do tempo de internação. O desenvolvimento da robótica em cirurgia facilitou a aplicação de técnicas minimamente invasivas para operações complexas em ginecológica. Essa tecnologia garante melhor ergonomia e destreza através de alças que reproduzem os movimentos das mãos humanas, além de oferecer visão tridimensional que permite melhor precisão cirúrgica. No Brasil, a robótica foi introduzida a partir de 2008 e vem apresentando exponencial crescimento desde então. Suas principais aplicações na ginecologia incluem histerectomia, miomectomia, ooforectomia, cistectomia ovariana, ressecção de endometriose, sacrocolpoptia e a linfadenectomia. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é determinar o perfil de cirurgias ginecológicas com abordagem robótica realizados em um hospital privado de Belo Horizonte. **Método:** Estudo retrospectivo dos casos cirurgias robóticas realizadas no Hospital Felício Rocho no período de fevereiro de 2018 a março de 2019. As variáveis avaliadas: idade, diagnóstico inicial, procedimento realizado, tempo cirúrgico, complicações intraoperatórias, necessidade de CTI no pós-operatório e tempo de internação. **Resultados:** No período foram realizadas 22 cirurgias ginecológicas com abordagem via robótica. A idade dos pacientes variou entre 31 a 87 anos. Quando analisadas as indicações cirúrgicas, 50% foram por patologias malignas e 50% benignas. Foram identificados seis casos de miomatose uterina e seis de endometriose. Dentre as patologias malignas, cinco casos indicados por neoplasia de endométrio, três por neoplasia de ovário e dois por neoplasia de colo uterino. O tempo cirúrgico na histerectomia variou entre 01:41 em uma abordagem simples até 04:42 em uma abordagem ampliada, com tempo médio de 03:04. Nos quadros de endometriose a média de duração cirúrgica foi de 01:50. A miomectomia destacou-se como a cirurgia com maior variação na duração total do procedimento, oscilando de 02:25 a 09:27, tendo como fatores determinantes o número, tamanho e localização dos nódulos. Não foram registradas complicações intraoperatórias. Duas pacientes necessitaram de CTI no pós-operatório imediato por 24 horas devido ao tempo cirúrgico prolongado. O tempo médio de internação foi de 48 horas. **Conclusão:** Inúmeros estudos comprovam os benefícios das técnicas cirurgias minimamente invasivas quando comparadas a técnicas abertas convencionais. A crescente expansão da abordagem via robótica vem se tornando uma realidade no Brasil. Até o momento, a superioridade geral da tecnologia robótica sobre a laparoscopia convencional não foi demonstrada de forma definitiva. No entanto, procedimentos complexos e selecionados podem se beneficiar da assistência robótica ampliando a aplicabilidade da cirurgia minimamente invasiva.

MIOMECTOMIA LAPAROTÔMICA E LAPAROSCÓPICA: ANÁLISE DA CIRURGIA E DESFECHOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM CIRURGIA GINECOLÓGICA DE BELO HORIZONTE.

Karla De Carvalho Schettino¹, Tarina Marques Rubinger¹, Joaquim Carlos De Barcelos Martins¹, Valéria Bernadete Cláudio Campos¹, Fernanda Valério Henriques¹, Elza Beatriz Nogueira Chagas Brandão¹, Daniele Oliveira Figueiredo¹, João Oscar De Almeida Falcão Junior¹.

1. Hospital Felício Rocho

Introdução: Um dos tratamentos da leiomiomatose uterina é a miomectomia, que consiste na retirada cirúrgica dos miomas, e está indicada para pacientes sintomáticas refratárias ao tratamento medicamentoso que desejam a manutenção do útero. Existe a possibilidade de 2 vias cirúrgicas: laparotomia e laparoscopia. As principais complicações são: hemorragia no per ou pós operatório, formação de aderências, rotura uterina no final da gravidez/trabalho de parto, injúria visceral, trombose. A ocorrência de complicações é diretamente proporcional ao aumento do número ou do diâmetro dos miomas e a localização dos mesmos e ocorrem independentemente da via cirúrgica. Para avaliar a exequibilidade laparoscópica com menor risco de complicações, existem critérios de elegibilidade, que são: volume uterino menor que 600 cm³, lesão com diâmetro máximo de 5 cm, retirada total máxima de 3 unidades e o mioma não pode ser intraligamentar. A via laparoscópica deve ser preferida por apresentar desfechos per e pós operatórios mais favoráveis, como menor perda sanguínea, menor morbidade total, menor dor, menor tempo de recuperação, internação hospitalar mais curta, menor incidência de íleo paralítico e menor formação de aderências. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar a realização de miomectomias em um hospital privado de Belo Horizonte. **Método:** Estudo retrospectivo dos casos de miomectomia realizados no Hospital Felício Rocho (HFR) no período de janeiro de 2017 a fevereiro de 2019. As variáveis avaliadas foram: via cirúrgica escolhida e complicações. **Resultados:** De Janeiro de 2017 a Fevereiro de 2019, 104 mulheres foram submetidas a miomectomia no HFR. A via escolhida para a realização da miomectomia foi a laparotômica em quase 70% das vezes e a laparoscópica em pouco mais de 30%. A média de leiomiomas retirados por cirurgia na via laparotômica foi de 7 unidades (de 1 a 40 miomas), e na via laparoscópica foi de 2,37 (de 1 a 9 miomas). Existiram 12 complicações, com registro de 8 episódios de sangramento aumentado no per operatório, sendo 7 em via laparotômica e apenas 1 em via laparoscópica; 2 lesões de vísceras pélvicas, sendo uma em via laparotômica e 1 em via laparoscópica; 1 episódio de cefaléia pós-raqui após laparotomia e 1 episódio de reabordagem cirúrgica após miomectomia laparoscópica. Das 32 miomectomias videolaparoscópicas realizadas, 11 não respeitavam os critérios de elegibilidade, e, destas, apenas 2 apresentaram qualquer complicação (1 conversão devido a sangramento aumentado e 1 escoriação do reto). **Conclusão:** A miomectomia é uma eficiente opção no tratamento de miomas. A frequência de sua indicação é crescente devido ao desejo de manutenção do útero pelas mulheres, seja por planejamento de gestações cada vez mais tardias ou pelo anseio de cirurgias menos agressivas. A não elevação de taxas de complicações em miomectomias laparoscópicas tidas como "não elegíveis" apontam para a possibilidade de flexibilização dos critérios, de acordo com a expertise e habilidade da equipe cirúrgica.