

Colpopromontofixação Laparoscópica para Correção do Prolapso Pélvico: Apresentação da Técnica com os 5 Passos que Reduziram em Mais de 50% o Tempo Cirúrgico Durante a Curva de Aprendizado

Herman Silveira de Almeida Barbosa, Gabriel Guimarães Barbosa, Sergio Augusto Triginelli, Walter Moreira Fonseca

Correspondência*: sabherman@hotmail.com

RESUMO

Numerosos estudos demonstraram que a colpossacrofixação representa a opção mais eficaz para a cirurgia do prolapso apical. Este procedimento é seguro e apresenta taxas elevadas de sucesso. Entretanto, exige habilidade cirúrgica laparoscópica avançada com o uso de técnicas reconstrutivas e de suturas intracorpóreas, além de curva de aprendizado com elevado número de casos para se alcançar expertise necessária para realização do procedimento em tempo não excessivo, já que as pacientes são idosas e possuem comorbidades. Objetivo Compartilhar nossa experiência com promontofixação laparoscópica, com descrição da técnica utilizada e demonstração dos cinco passos que permitiram a redução do tempo cirúrgico em mais de 50% desde o início da casuística.

MATERIAIS E MÉTODOS

Um total de 32 pacientes com prolapso apical foram submetidas a promontofixação laparoscópica no período de 2020 a 2023 no Hospital Dia e Maternidade Unimed em Belo Horizonte - MG. Todas as cirurgias foram realizadas pela mesma equipe cirúrgica, sob anestesia geral, com antibiótico profilaxia com cefalosporina. Durante este período, com o aperfeiçoamento da curva de aprendizado, foram introduzidas modificações técnicas com o intuito de melhorar os resultados e reduzir o tempo cirúrgico. O primeiro passo foi a fixação dos portais laparoscópicos com fio agulhado seda 2.0 o que evita a saída do trocater e a formação de enfisema subcutâneo pelo fluxo contínuo de gás CO2 em local inapropriado e necessidade de interrupção momentânea da cirurgia por dificuldade de oxigenação e solicitação do anestesista. O Segundo passo é a fixação ou tração dos órgãos a serem afastados com a utilização de fios transcutâneos, fixando por exemplo o sigmoide à esquerda expondo-se assim o promontório sacral e a área de peritônio a ser aberta para o implante da tela. O Terceiro passo

é a padronização dos passos de dissecação dos pontos onde a tela será fixada, sendo dissecados primeiramente os músculos elevadores do ânus e depois a parede anterior da vagina. O Quarto passo é o preparo da tela de polipropileno em Y que já é colocada no abdome com os fios a serem utilizados junto a mesma, sendo dois fios de Nylon 2.0 na extremidade a ser fixada nos elevadores do ânus e dois fios absorvíveis 3.0 na extremidade a ser fixada na vagina. Os pontos de fixação da tela são sempre iniciados pelos elevadores do ânus e a tela entra no abdome com sua extremidade anterior, a ser fixada na vagina, com um ponto temporário que a dobra para que esta extremidade não atrapalhe a visão da extremidade a ser fixada nos elevadores do ânus. O último ponto dado é o que liga a tela ao promontório sacral. O Quinto passo é o fechamento do peritônio sobre a tela que é feito sempre do promontório sacral para o espaço vesico vaginal.

CONCLUSÃO

Uma série de 32 casos operados proporcionou uma redução apreciável do tempo cirúrgico, de 4 para 1,5 horas devido à padronização dos tempos cirúrgicos destacados com os cinco passos demonstrados.