

CORDEIRO F - Tribuna Livre: Como eu faço. *Rev bras Colo-Proct*, 1995; 15( 2): 83-87

Como sempre gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão, pois sem eles não existiria e nos tem facilitado em muito nosso trabalho. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distinto posicionamento dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax número (0192) 543839.

O tema desta edição será **CIRURGIA COLO-PROCTOLÓGICA VIDEOLAPAROSCÓPICA** e contamos com a colaboração de 7 Membros da nossa Sociedade:

1. Eduardo Carlos Grecco (São Paulo - SP)
2. Francisco Sérgio Pinheiro Regadas (Fortaleza - CE)
3. Luís Cláudio Pandini (Araçatuba - SP)
4. Jayme Santos Souza (Salvador - BA)
5. José Alfredo dos Reis Neto (Campinas - SP)
6. José Reinan Ramos (Rio de Janeiro - RJ)
7. Raul Cutait (São Paulo - SP)

### 1. Por que utilizar a cirurgia videolaparoscópica em coloproctologia?

**(Eduardo Carlos Grecco)** - A cirurgia videolaparoscópica está amparada nos princípios do tratamento minimamente invasivo, o qual, objetiva tratamento cirúrgico com menor grau de agressão quando comparado com as técnicas operatórias convencionais.

Vários estudos preliminares têm mostrado que a cirurgia por via laparoscópica agride menos do que a cirurgia convencional, principalmente por dois motivos: 1. *Incisões mínimas* - a ausência de grandes incisões na parede abdominal diminui sensivelmente a sintomatologia dolorosa no pós-operatório, permitindo uma movimentação mais precoce do paciente. Além disso, observa-se diminuição das complicações pulmonares e um índice muito baixo de infecção da ferida operatória. 2. *Cirurgia em abdome fechado* - durante todo o procedimento ou parte dele, a cavidade peritoneal mantém-se fechada, sem contacto com o meio externo. Este fato evita o ressecamento do peritônio e das alças intestinais que, contrariamente, é observado nas laparotomias convencionais. Além disso, a pouca manipulação das alças intesti-

## FERNANDO CORDEIRO

nais e a não utilização de compressas cirúrgicas parece diminuir, consideravelmente, o período de íleo paralítico.

Este método, inicialmente aplicado para o tratamento da litíase vesicular, apresentou resultados animadores no que diz respeito a uma melhor recuperação pós-operatória e a alta hospitalar precoce. Isto, sem dúvida, estimulou a sua aplicação em outras enfermidades, tais como, o refluxo gastroesofágico, as apendicites e as hérnias inguinais, entre outras, onde também foram observados bons resultados.

A utilização da cirurgia laparoscópica, no tratamento das afecções colorretais, nos parece uma consequência natural dentro deste processo evolutivo.

A experiência mundial com as colectomias laparoscópicas ainda é muito recente, tanto que os primeiros relatos datam de 1991, originários do grupo de JACOBS, em Miami (USA). Aqui no nosso meio, tivemos a oportunidade de realizar a primeira ressecção de cólon do país em 1992, uma colectomia direita laparoscópica.

Nesta nossa vivência, pudemos constatar que os pacientes com patologias colorretais também são beneficiados pelo método laparoscópico, apresentando, no pós-operatório, menor intensidade de dor e retorno rápido da peristalse intestinal.

**(Francisco Sérgio Pinheiro Regadas)** - Porque o método videolaparoscópico, permite executar os procedimentos cirúrgicos obedecendo aos mesmos critérios e princípios técnicos preconizados pela cirurgia convencional com redução significativa do trauma cirúrgico e proporcionando, em consequência, um pós-operatório com mais conforto e restabelecimento mais precoce.

**(Luís Cláudio Pandini)** - A cirurgia convencional do cólon evoluiu muito com novas técnicas de anestesia e cuidados intensivos pós-operatório, melhorando a sobrevida e morbidade.

A taxa de complicações inerentes da ferida operatória, deiscência, complicações respiratórias e trombose venosa profunda continuam sendo um desafio na cirurgia colorretal.

A cirurgia menos invasiva, principalmente a técnica laparoscópica, vem contribuir para a redução da morbidade e mortalidade destas doenças, além de oferecer um conforto maior no pós-operatório, com redução da dor, funcionamento gastrointestinal precoce, menor permanência hospitalar e retorno rápido às atividades normais.

**(Jayme Santos Souza)** - Utilizo esta via por ser um procedimento que acarreta menor morbidade, menor tempo de hospitalização, retorno mais precoce às atividades habituais, melhor resultado estético, enfim menor agressão quando comparado a cirurgia aberta.

(José Alfredo dos Reis Neto) - Ao se considerar a videolaparoscopia como uma alternativa menos agressiva de acesso à cavidade abdominal, não há como não se considerar que quaisquer atitudes terapêuticas cirúrgicas convencionais não possam, também, ser realizadas por tal via.

Há alguns pontos que devem ser esclarecidos:

1. "Alternativa menos agressiva" é um termo polêmico mas que traduz inúmeros fatores, a saber: a. Incisões menores e portanto, menor trauma parietal, melhor resultado cosmético, menor incidência de complicações parietais (deiscência e infecção), deambulação precoce e diminuição do fenômeno doloroso pós-operatório. b. Não exposição do conteúdo visceral abdominal, resultando em menor trauma visceral, falta de tração do mesentério, diminuição da perda de temperatura corporal, inexistência de resfriamento e ressecamento do peritônio visceral, menor exposição da cavidade peritoneal à contaminação ambiental da sala cirúrgica e recuperação mais rápida da motilidade intestinal.

2. A definição exata da videolaparoscopia como uma mudança única e exclusiva de acesso à cavidade abdominal permite a sua utilização em quaisquer procedimentos cirúrgicos abdominais, desde que compatíveis com o treino e experiência do cirurgião e, principalmente, com a relação custo-benefício para o paciente.

(José Reinan Ramos) - O acesso videolaparoscópico é empregado em colo-proctologia com o objetivo de minorar o trauma cirúrgico associado à incisão abdominal e minimizar a tração e exposição do intestino delgado. Com isto não só a recuperação pós-operatória e o aspecto estético são melhores como também a alta hospitalar é mais precoce. Além disso, as complicações pós-operatórias precoces e tardias decorrentes da incisão abdominal são minimizadas (infecção de parede, evisceração e hérnias).

(Raul Cutait) - Esta via de acesso, já consagrada para alguns outros procedimentos em cirurgia digestiva, tais como a colecistectomia e a correção da hérnia de hiato, evidentemente tem que ser avaliada em cirurgia colorretal. Algumas vantagens do método são inquestionáveis: menor dor no pós-operatório, melhor efeito estético, possibilidade de retorno precoce às atividades físicas e profissionais e baixíssimo índice de hérnias incisionais. Outras, como menor íleo pós-operatório e tempo inferior de hospitalização, são contestadas por alguns autores, embora em nossa experiência, principalmente na mais recente, nosso grupo vem observando uma recuperação pós-operatória mais precoce nos pacientes submetidos à cirurgia laparoscópica do que naqueles operados pela via laparotômica clássica.

Contudo, ao se discutir cirurgia videolaparoscópica, é importante que se leve em conta o fator custo. Em nosso meio, os custos diretos com instrumental, em especial se forem utilizadas suturas mecânicas para a confecção da anastomose, encarecem consideravelmente o atendimento. Por outro lado, os custos indiretos, que estão relacionados com a volta precoce ao trabalho, podem ser compensatórios, dependendo da atividade e da motivação do paciente.

## 2. Quais cirurgias da especialidade podem ser realizadas por via videolaparoscópica?

A. enfermidades benignas?

B. enfermidades malignas?

(Eduardo Carlos Grecco) - Teoricamente, todas as afecções, seja de caráter benigno ou maligno, podem sofrer tratamento por via laparoscópica. Resta saber o que deve ser feito e o que vale a pena ser feito por este método.

Nas afecções benignas, em determinadas situações, o procedimento pode apresentar grande grau de complexidade e exigir um tempo operatório demasiadamente longo, prejudicial ao paciente e extenuante para o cirurgião.

Nas afecções malignas, adicionalmente, o problema da radicalidade oncológica pode ser um óbice à indicação do método.

Além disso, todos esses procedimentos necessitam, com relativa frequência, de instrumental descartável de alto custo.

Dentro dos vários procedimentos realizados, a amputação abdominoperineal do reto por via laparoscópica tem se mostrado uma opção interessante. A retirada da peça por via perineal e a ausência de incisão próxima à colostomia evita, consideravelmente, as complicações decorrentes da parede abdominal.

(Francisco Sérgio Pinheiro Regadas) - Todas as técnicas cirúrgicas convencionais descritas para ressecções colorretais por doenças benignas ou malignas já foram executadas por via laparoscópica preservando os mesmos princípios técnicos e oncológicos. Entretanto, algumas afecções constituem limitação e/ou contra-indicação para a via laparoscópica tais como: megacólon tóxico, diverticulite complicada com fístula e ou abscesso, colite isquêmica aguda, reoperações abdominais e pélvicas e neoplasias malignas com invasão loco-regional ou recidivadas.

(Luís Cláudio Pandini) - Nas enfermidades benignas estão indicadas cirurgias para doença diverticular com surtos de diverticulite, adenomas vilosos grandes, doenças inflamatórias intestinais (RCUI - Crohn), prolapso retal, angiodisplasia, megacólon, confecção e fechamento de ostomias.

Nas enfermidades malignas a ressecção paliativa do câncer colorretal com metástase à distância pode ser realizada por esta via de acesso.

Controvérsias surgem na indicação da cirurgia curativa para câncer colorretal. Vários trabalhos têm demonstrado que é possível a ressecção intestinal com margens de segurança, tamanho do segmento ressecado, ligadura dos vasos na origem, limpeza do mesentério e número de gânglios retirados, semelhantes à cirurgia convencional. Porém as taxas de recidiva e de sobrevida a longo prazo não estão ainda definidas.

A melhor indicação é para o câncer do terço distal do reto (amputação abdominoperineal). Os tumores do cólon direito, cólon esquerdo, sigmóide e reto alto são outras indicações possíveis.

**(Jayme Santos Souza)** - A utilização da cirurgia videoscópica para o tratamento de patologias benignas colorretais, hoje encontra sustentação na comunidade médica, sendo inclusive aprovada sua utilização pela Sociedade Americana de Cirurgia Colorretal. Se analisarmos as grandes séries publicadas veremos que a maioria dos casos em que foi utilizada tratava-se de neoplasias malignas.

Controvérsias ainda existem por não haver seguimento para uma comparação com a técnica aberta. No nosso entender a utilizamos também para os tumores malignos colorretais sendo inclusive nossa primeira opção. Contudo este emprego deve ser feito em locais onde uma avaliação criteriosa dos resultados possa ser realizada.

**(José Alfredo dos Reis Neto)** - Baseados na concepção anterior, toda e qualquer enfermidade, seja benigna ou maligna, pode ser tratada por esta via. Entretanto, é muito importante que se leve em conta o fator custo-benefício para o paciente na indicação da videolaparoscopia para o tratamento das enfermidades colorretais. O fato de ser "permissível" não traduz a definição de "realizável". Existem procedimentos que acrescentam um maior risco ao paciente seja por aumentar em muito o tempo operatório, seja por necessitar mudanças táticas ou técnicas, ou ainda por necessitar de manobras de difícil realização para a maior parte dos cirurgiões. Neste conceito, por exemplo, deve ser colocada a colectomia total com realização de bolsa ileal. É interessante ressaltar que tal cirurgia, mesmo por via convencional, só deva ser realizada em centros especializados e que tais equipes possam realizar tal cirurgia, com o devido treinamento, por qualquer das vias.

No entanto, o tratamento do câncer colorretal por via laparoscópica merece um comentário especial. Existe muita polêmica a respeito, principalmente quanto à radicalidade oncológica permitida pela laparoscopia. Com respeito ao câncer retal não há dúvidas quanto à radicalidade, sendo que inúmeros trabalhos têm comprovado que o número de linfáticos ressecados é similar e que as margens cirúrgicas, transversais e longitudinais são idênticas. A videolaparoscopia permite uma excelente visualização pélvica com adequada identificação anatômica e a remoção perineal dos espécimens cirúrgicos evita uma incisão abdominal suplementar, sem o risco de implante metastático cirúrgico.

Estudo anatomopatológico comparativo entre as peças ressecadas por amputação abdominoperineal do reto nos últimos três anos, no Serviço de Cirurgia Digestiva videolaparoscópica em conjunto com a Disciplina de Colo-proctologia da PUCCAMP, estudando-se a via convencional e a laparoscópica, não demonstrou diversidade quanto ao número de gânglios ressecados, aliás é importante ressaltar que o anatomopatologista foi incapaz de distinguir entre os espécimes.

A recidiva local, nos dois primeiros anos de pós-operatório, foi idêntica (3%). Como na via convencional, a utilização de radioterapia pré-operatória não alterou as complicações intra ou pós-operatórias da cirurgia videolaparoscópica.

Quanto ao câncer cólico existem certas limitações atuais que devem ser respeitadas: a. obstrução em alça fechada (colo muito distendido gerando dificuldades de manuseio e de realização do pneumoperitônio); b. tumores de grandes dimensões; c. tumores aderidos a órgãos vizinhos, dificultando a identificação dos planos anatômicos de dissecação, e d. pacientes obesos com grandes massas tumorais.

De um modo geral não existe, no momento, comprovação de que a cirurgia laparoscópica propicie uma menor ou inadequada radicalidade oncológica. O que se faz necessário é um melhor treinamento cirúrgico especializado: o cirurgião deve ser habilitado em laparoscopia digestiva e em colo-proctologia.

**(José Reinan Ramos)** - Praticamente todas as operações colorretais podem ser realizadas utilizando o acesso videolaparoscópico. Nas enfermidades benignas não há muita controvérsia, principalmente na reconstrução do trânsito intestinal pós-operação de Hartmann, na promontofixação do reto e na sigmoidectomia por doença diverticular. Entretanto, nas enfermidades malignas, as controvérsias ainda não foram totalmente esclarecidas.

Sabemos que a técnica é segura e a ressecção é oncológica nos casos e operações selecionados. Todavia, ainda não temos resultados comparativos e randomizados a longo prazo com relação à recidiva local, sobrevida e recidiva nos locais de punção dos trocartes.

**(Raul Cutait)** - Com relação às enfermidades benignas, do ponto de vista técnico, pode-se afirmar que qualquer procedimento pode, em princípio, ser efetuado por via laparoscópica. Entretanto, para alguns, como a proctocolectomia com reservatório ileal, o tempo de operação, o grau de complicações descritas e o custo fazem com que se questione a indicação. Para outros de menor complexidade técnica, em especial a sacropromontofixação, o método se torna bastante atraente.

Com relação às enfermidades malignas, vimos que cirurgias de caráter paliativo são universalmente aceitas como realizáveis por via laparoscópica. Já aquelas com intenção curativa vêm sendo questionadas pela comunidade acadêmica, pelos seguintes aspectos: 1. *limitações de estadiamento intra-operatório* - tanto a inspeção quanto a palpação da cavidade peritoneal e do fígado ficam prejudicadas pela via laparoscópica. Espera-se que, com o advento da ultrasonografia laparoscópica, seja possível diminuir drasticamente o risco de não se identificar metástases hepáticas que, não raro, passam despercebidas aos exames de imagem pré-operatórios; 2. *limitações de técnica operatória* - atualmente, questiona-se se por via laparoscópica é rotineiramente factível a dissecação linfonodal conforme realizada a céu aberto; a obesidade dificulta a realização dos procedimentos; ressecções em monobloco contra-indicam a via laparoscópica, existem vários relatos de casos de implantes tumorais em incisões de trocartes utilizadas para retirada de peças cirúrgicas. Assim sendo, é necessário que se considere a via laparoscópica para cirurgia do câncer

colorretal com intenção curativa como um método investigacional, devendo ser avaliado através de estudos clínicos randomizados.

### 3. A cirurgia videolaparoscópica necessita ser integralmente realizada por esta via ou a chamada cirurgia videolaparoscópica assistida tem suas vantagens? Por quê?

(Eduardo Carlos Grecco) - Denomina-se cirurgia laparoscópica assistida quando parte do procedimento é realizado numa fase extracorpórea. Mesmo nesta situação o paciente continua a se beneficiar das vantagens do método, pois as incisões ainda são diminutas e a maior parte do tempo cirúrgico é feita com abdome fechado.

(Francisco Sérgio Pinheiro Regadas) - A cirurgia videolaparoscópica assistida apresenta praticamente as mesmas vantagens da realizada exclusivamente por videolaparoscopia pois a pequena incisão realizada no tipo "assistida" não compromete os resultados relacionados à dor pós-operatória, ao retorno precoce dos movimentos peristálticos, à instituição da dieta oral e à alta hospitalar pois a incisão é pequena e transversa, sem secção da musculatura da parede abdominal e realizada somente com o intuito de remover a peça cirúrgica. Portanto, as vísceras intraperitoneais não são expostas ao meio ambiente, nem manuseadas e tracionadas durante a intervenção.

(Luís Cláudio Pandini) - A maioria das cirurgias colorretais são videoassistidas. É realizada uma pequena incisão para extração do espécime. Na colectomia direita uma anastomose extracorpórea manual ou mecânica é realizada, facilitando a complementação do ato operatório.

Na colectomia esquerda e sigmoidectomia a anastomose pode ser realizada extra ou intracorpórea com introdução do grampeador pelo reto.

A cirurgia realizada integralmente por via laparoscópica é factível porém prolonga o tempo operatório. Utiliza um número maior de materiais laparoscópicos com conseqüente aumento do custo hospitalar. A peça cirúrgica é retirada por via anal ou por abertura da parede abdominal. Minha preferência atual é pela cirurgia videolaparoscópica assistida.

(Jayme Santos Souza) - Muita controvérsia existe na literatura sobre o termo cirurgia "assistida". Phillips em publicação recente (*Seminars in Colon & Rectal Surgery* - 1994; 5: 218) tenta uniformizar através de uma classificação esta discussão. Entendemos que quando factível, deve o procedimento ser realizado integralmente por via endoscópica. Acharmos também que quando "assistida" esta fase da operação deve restringir-se à confecção da anastomose, e sempre que possível com a menor incisão de localização nos quadrantes inferiores do abdome.

(José Alfredo dos Reis Neto) - A utilização de uma via de acesso suplementar, dita "laparoscopia assistida", tem as suas razões atuais de ser e devem ser preservadas: É impossível a retirada de um espécimen de 15 cm por uma incisão de apenas 1 cm. A realização extracavitária da anastomose intestinal facilita a execução da mesma, além de diminuir custos e tempo operatório.

Como para qualquer via de acesso ao abdômen, para a incisão suplementar todas as medidas habituais de assepsia e antissepsia devem ser tomadas. Quando se tratar de câncer é importante evitar que o espécimen ao ser retirado saia "apertado" pela incisão.

(José Reinan Ramos) - A cirurgia colorretal por videolaparoscopia pode ser de três tipos: a. *Facilitada por videolaparoscopia*: Só é realizada a mobilização do cólon e a operação é completada por incisão abdominal pequena (ex.: proctocolectomia com bolsa ileal). b. *Assistida por videolaparoscopia*: Além da mobilização é realizada a desvascularização, sendo que a anastomose é feita extracorporeamente através de incisão de 5 cm. c. *Totalmente por videolaparoscopia*: Inclusive a anastomose é realizada intra-abdominalmente. Não há incisão abdominal (ex.: ressecção anterior do reto).

A operação assistida é mais fácil e apresenta como vantagens a diminuição do tempo operatório e dos custos hospitalares.

(Raul Cutait) - A via laparoscópica é nada mais que uma via de acesso e como tal tem que ser considerada. Em outras palavras, se parte do procedimento pode ser realizado de maneira assistida por ser mais fácil tecnicamente ou, então, por se diminuir o custo da operação, não há porque não utilizar esse recurso.

### 4. Quais os benefícios que podemos esperar da cirurgia colo-proctológica por via videolaparoscópica? Por quê?

(Eduardo Carlos Grecco) - Pelos motivos expostos inicialmente, podemos dizer que a cirurgia colo-proctológica por via laparoscópica apresenta os seguintes benefícios:

- menor intensidade dolorosa
- menor índice de complicações pulmonares, tromboembólicas e da parede abdominal
- retorno mais rápido da peristalse intestinal
- alta mais precoce

(Francisco Sérgio Pinheiro Regadas) - As ressecções colorretais sempre foram consideradas intervenções de grande porte, com risco elevado de infecção e com pós-operatório prolongado e doloroso devido à extensão da ferida da parede abdominal além da elevada incidência de hérnia incisional. E, à medida em que os cirurgiões colorretais se familiarizarem com a utilização do método videolaparoscópico, os procedimentos passarão a ser realizados com a mesma precisão e "quiçá" maior rapidez que a via convencional, e com as vantagens de reduzir os riscos de infecção e hérnia incisional e proporcionando um pós-operatório mais confortável e com recuperação mais rápida.

(Luís Cláudio Pandini) - Os benefícios deste método têm sido bem documentados com a colecistectomia laparoscópica. Nas cirurgias colo-proctológicas laparoscópicas observamos menos dor no pós-operatório, menor íleo, ingestão oral precoce, permanência hospitalar reduzida, retorno rápido às atividades normais, diminuição das complicações da ferida operatória e melhor efeito cosmético.

Apesar destas vantagens sobre a cirurgia aberta, em relação às doenças malignas são necessários estudos prospectivos para verificar se a taxa de recidiva e a sobrevida a longo prazo são semelhantes à cirurgia convencional.

**(Jayme Santos Souza)** - Recentemente completamos um trabalho prospectivo onde comparamos os resultados obtidos com a cirurgia videolaparoscópica e convencional para o tratamento do megacólon chagásico. Quarenta pacientes divididos em dois grupos fizeram parte deste estudo. Na série onde foi utilizada a videolaparoscopia, obtivemos uma menor morbidade pós-operatória, menor tempo de hospitalização, menor tempo de resolução do íleo, menor dor pós-operatória e evidente, melhor resultado estético.

**(José Alfredo dos Reis Neto)** - Os benefícios se referem a dois aspectos:

- a. Pós-operatório
  1. diminuição da internação hospitalar
  2. restabelecimento fisiológico muscular precoce
  3. dinâmica respiratória melhorada
  4. deambulação precoce
  5. realimentação nas primeiras horas de pós-operatório
- b. Estético

**(José Reinan Ramos)** - Os benefícios da cirurgia colorretal por videolaparoscopia são decorrentes do menor trauma cirúrgico e menor manipulação do intestino delgado, com manutenção da umidade e da temperatura intra-abdominal; devido a isto decorrem mais rápido retorno da função gastrointestinal, menor tempo de internação hospitalar, menor dor pós-operatória, menos infecção de parede, melhor resultado cosmético e mais rápido retorno ao trabalho e ao lazer.

**(Raul Cutait)** - As vantagens já foram enumeradas nas respostas anteriores. No entanto, acredito que, com mais experiência por parte dos cirurgiões e com discernimento para se indicar as cirurgias, será possível definir, com mais precisão, o universo de pacientes que realmente poderá se beneficiar da videolaparoscopia.

## 5. Alguma técnica diferente ou comentário a fazer?

**(Eduardo Carlos Grecco)** - A cirurgia laparoscópica colorretal é um campo aberto às pesquisas e ao desenvolvimento. O nosso grupo, preocupado com os custos inerentes ao método, tem procurado desenvolver técnicas de anastomose manual, sem o uso de descartáveis, combinando o método laparoscópico e a colonoscopia. Esta técnica, que se encontra ainda em fase experimental, vem apresentando resultados preliminares animadores.

As colectomias laparoscópicas estão ainda numa fase inicial de aplicação do método, por isso mesmo têm provocado uma série de questionamentos.

No nosso ponto de vista, dentro de algum tempo, a somatória de várias experiências nos permitirá conhecer a real aplicação destes procedimentos dentro da cirurgia colorretal.

**(Francisco Sérgio Pinheiro Regadas)** - As técnicas cirúr-

gicas utilizadas por videolaparoscopia são as mesmas das convencionais e nem poderiam ser mudadas pois a anatomia dos cólons e reto permanece a mesma e as técnicas convencionais já vinham sendo aprimoradas por dezenas de anos. Entretanto, alguns recursos e artifícios têm sido instituídos nos procedimentos videolaparoscópicos no sentido de facilitar a mobilização dos cólons e do reto e identificação dos planos de dissecação já que a intervenção é executada através de visão bidimensional e com a perda da sensação tátil.

Acredito que o desenvolvimento célere de novos instrumentos cirúrgicos e o aprimoramento das videocâmaras (visão tridimensional), além da troca constante de informações entre as equipes cirúrgicas, contribuirão para que as técnicas operatórias videoendoscópicas tornem-se bem definidas e universalizadas num futuro bem próximo.

**(Luís Cláudio Pandini)** - Mais do que nunca as indicações na cirurgia colo-proctológica laparoscópica devem basear-se na doença a ser tratada, nas condições clínicas do paciente e na experiência do cirurgião com o método.

Os limites e as controvérsias que hoje persistem deverão ser gradualmente ultrapassados e reconsiderados com análises críticas e casuísticas mais numerosas.

**(Jayme Santos Souza)** - Acreditamos que a cirurgia laparoscópica colorretal deve ser realizada pelo cirurgião que tenha vasta experiência na especialidade e treinamento adequado do proceder endoscópico.

**(José Alfredo dos Reis Neto)** - Ressalvadas as próprias limitações do uso do pneumoperitônio e as decorrentes da experiência e treinamento da equipe cirúrgica, nada impede que todo o procedimento terapêutico cirúrgico colorretal se inicie por via laparoscópica. A conversão, se indicada, deve ser considerada como simples mudança de tática e não de técnica.

**(José Reinan Ramos)** - Para o tratamento dos tumores do terço médio e alguns do terço inferior realizamos a ressecção anterior ultrabaixa e anastomose coloanal totalmente por videolaparoscopia utilizando uma modificação da técnica de Pull-through (anastomose retardada ou primária grampeada).

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**.

Como este tema é bastante controverso e como ainda não possuímos informes de todo país, apenas algumas pessoas ou grupos foram convidados ou puderam manifestar-se, porém apreciaríamos que outros também o fizessem para que pudéssemos ter talvez um mapa completo deste tipo de atividade na nossa Sociedade.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.

Novamente, o nosso fax: (0192) 543839. Participe.

Fernando Cordeiro