

Discectomia Torácica por Videotoracoscopia

Jefferson Alves Galves¹, Carlos Eduardo Oliveira², Odir Ruiz Azevedo³

RESUMO

Os autores apresentam o uso da técnica de videotoracoscopia para discectomia torácica como primeiro tempo cirúrgico em pacientes portadores de escoliose.

Descritores: Discectomia, Torácica, Escoliose.

SUMMARY

The authors present a case of Idiopathic Scoliosis witch was treated with anterios release by thoracoscopic approach and posterior instrumentation.

Keywords: Discectomy, Thoracic, Scoliosis.

INTRODUÇÃO

O uso de técnicas cirúrgicas endoscópicas para o diagnóstico e tratamento de patologias abdominais e torácicas foi expandido para incluir condições que no passado requeriam procedimentos abertos e mais agressivos relacionados as patologias da coluna vertebral.

A utilização da toracoscopia prove acesso anterolateral à coluna torácica com mínimas incisões e garante amplo campo cirúrgico, com alto grau de iluminação e magnificação de imagem.

Desde meados do século passado a combinação da via posterior e anterior e utilizada para o tratamento da escoliose. Quando comparada com a artrodese posterior exclusiva, a dupla via apresenta inúmeras vantagens: maior flexibilidade de seguimento que será instrumentado para alcançar a correção, menor tempo para fusão dos seguimentos e a possibilidade de excisão das placas de crescimento a fim de evitar o fenômeno de *crankshaft*.

A toracotomia tradicional utilizada para o tratamento da escoliose por via anterior oferece acesso limitado no que se refere ao número de discos passíveis de liberação, uma vez que o instrumental não pode entrar em linha com os discos, como é necessário para a sua remoção. Estas limitações podem explicar em parte a frequência relativamente alta de pseudoartrose em níveis mais altos da coluna quando a fixação é realizada por via aberta.

1. Médico Assistente do Grupo de Coluna do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do do HSPE

2. Chefe do Grupo de Coluna do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE

3. Médico Ortopedista

MANEJO PRÉ-OPERATÓRIO

- 1 - Telerradiografia pré-operatória da coluna vertebral
- 2 - Avaliação pré-operatória de anesthesiologista com experiência em entubação seletiva.
- 3 - Ressonância magnética da medula torácica e cervical.
- 4 - Peso corpóreo acima de 40kg.
- 5 - Ausência de cirurgia torácica prévia ou infecção pleural.

INSTRUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Óptica de 30° e 45°
- Curetas longas
- *Kerrison* longo
- *Lovell* longo
- Toracoport de 10,5mm
- Osteótomos retos longos
- Grampos para ligaduras vasculares

TÉCNICA OPERATÓRIA

O paciente sob anestesia geral e entubação seletiva é posicionado em decúbito lateral com 30 graus de inclinação anterior, com a concavidade da curva voltada para a mesa cirúrgica. Todo o tórax é preparado com solução estéril e os campos são colocados de tal forma a permitir acesso às linhas axilares. Deve-se a partir daí realizar-se radioscopia para visibilizar o ápice da curva, pois este é o referencial para o acesso aos discos.

Imediatamente sob a linha axilar posterior, é realizada uma incisão de cerca de 1,0cm, usualmente no sexto ou sétimo espaço intercostal para inserção da óptica, os demais portais são localizados na linha axilar média ou anterior.

A coluna torácica é totalmente visualizada e os discos intervertebrais são facilmente identificados entre os vasos segmentares que correm por sobre os corpos vertebrais.

A pleura parietal juntamente com o ligamento longitudinal anterior e ânulo fibroso são incisados com eletrocautério e a partir de então a discectomia pode ser realizada com curetas e *Kerrison* longos, sendo os fragmentos retirados com pinça de *Lovell*. As placas terminais podem ainda ser removidas com o auxílio de osteótomo longo.

Após a discectomia dos níveis desejados a hemostasia é revisada e a seguir é instalado dreno torácico sob selo d'água. Não há necessidade de sutura da pleura parietal, porém acredita-se que tal procedimento diminua a adesão pleural (Figuras 1,2,3,4).

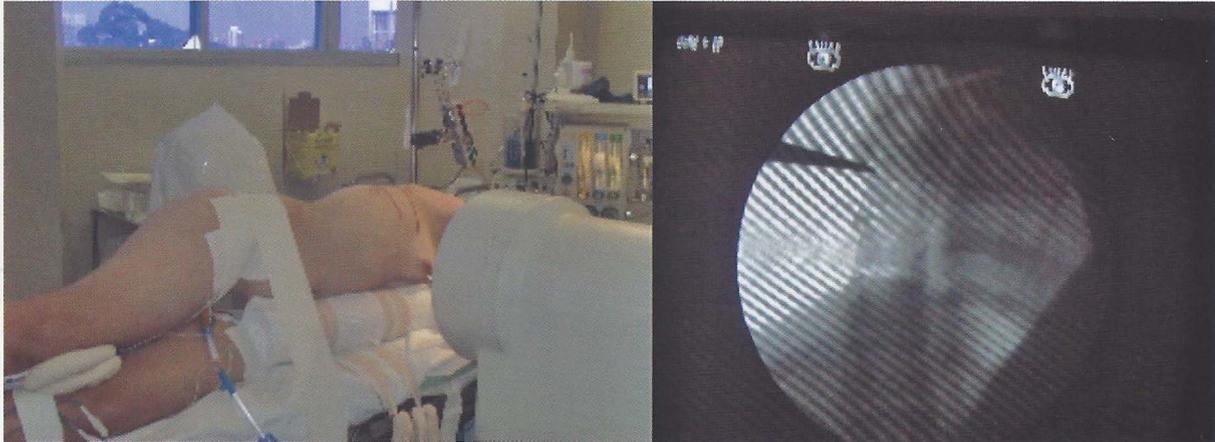


Figura 1: Marcação do ápice da curva escoliótica com radioscopia



Figura 2: Marcação dos portais sob a linha axial média e anterior.



Figura 3: Introdução da óptica através dos portais.



Figura 4: Realização da discectomia para release anterior do ápice da escoliose e mais dois níveis a cima e dois níveis a baixo.

MANEJO PÓS-OPERATÓRIO

Semelhantemente à toracotomia, os pacientes são encaminhados à UTI para os cuidados pós-operatórios imediatos. O dreno torácico é retirado em 36 a 48 horas após o procedimento ou até que haja débito inferior a 100ml/dia. Os pacientes são mantidos no leito e a movimentação é realizada em bloco, caso a instrumentação posterior não tenha sido realizada no mesmo ato cirúrgico (Figuras 5 e 6).



Figura 5: Após o fechamento dos três portais o uso de dreno por 24hs.

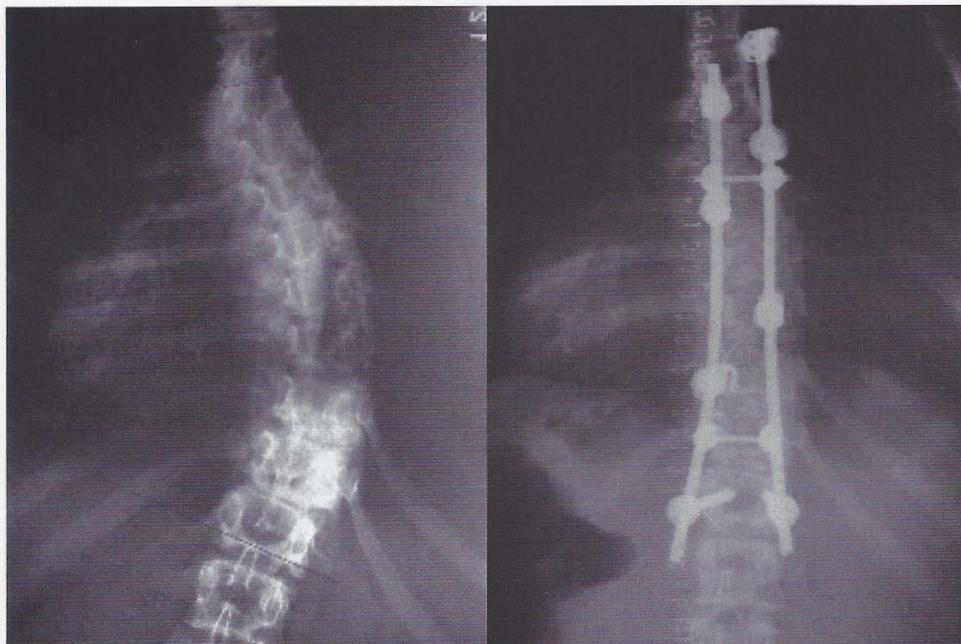


Figura 6: Resultado pós-operatório com instrumentação posterior.

COMPLICAÇÕES INTRA-OPERATÓRIAS

- 1 - Saturação de O₂ inadequada após a intubação seletiva.
- 2 - Sangramento por lesão de vasos segmentares (controlável por ligadura ou eletrocautério)
- 3 - Lesão inadvertida da dura-máter ou medula com o instrumental.
- 4 - Aderência pleurais prévias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dickman, Rosenthal and Perin. In Thoracoscopic Spine Surgery. Thieme. 2000.
2. Lonstein, Winter, Bradford, and Ogilvie. In Moe's Textbook of Scoliosis and Spinal Deformities. WB Saunders comp. Third ed. 1996.