Trabalhos Científicos

Título: Excisão Robótica De Cisto Colédoco Em Paciente Pediátrico: Relato De Caso

Autores: LAÍSE PAULETTI BARP (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL (ULBRA)), ÉRICA SOUZA MUNIZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)), LORENNA MARIA DE OLIVEIRA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)), LILIANE GHI MEI LAW (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)), BRUNO HENRIQUE VOLKMANN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)), ANA CAROLINA GONÇALVES CASTELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)), LUIZA NODARI CANDANEDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)), PEDRO DUTRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), MIGUEL RICCHETTI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE)

Resumo: O cisto colédoco é caracterizado pela dilatação congênita da árvore biliar 1. Sua excisão é recomendada e, nesse caso, foi realizada a partir de uma cirurgia robótica, composta por três elementos: o console do cirurgião, o carro do paciente e a torre de vídeo.2 Paciente feminina, 10 meses, diagnóstico no pré-natal, feito por eco morfológica, de cisto colédoco tipo IA. Ictérica ao nascimento. Aos 8 meses foi encaminhada devido a alteração em exame de imagem em hilo hepático. A conduta foi cirurgia robótica. Incisão transumbilical e confecção de pneumoperitônio a Hasson com trocarte de robótica de 8mm, inserção de trocarte de 8mm de robótica sob visão direta em flanco direito, em HD e em HE, inserção de trocarte de 1mm descartável sem lâmina em FIE, realizado docking com robô Da Vinci, identificado volumoso cisto de colédoco (todani IA), vesícula biliar hipotrófica, dissecção do hilo hepático com cerclagem do cisto, ligadura distal do cisto em sua inserção no duodeno com vicryl 4-0, colecistectomia com cauterização da artéria cística, secção do ducto hepático e aspiração do conteúdo do cisto, Retirada da peça cirúrgica por trocarte descartável, anastomose biliodigestiva hepático-duodeno com PDS 5-0. Quanto a anestesia houve manutenção de bloqueio neuromuscular profundo durante a cirurgia robótica, uso do modo ventilatório “pressão controlada com volume garantido” com objetivo de diminuir as pressões da via aérea enquanto se mantém um volume corrente constante, ajuste da relação I:E para 1:1, reduzindo as pressões de ventilação e garantindo uma ventilação protetora durante o intraoperatório. O diagnóstico anatomopatológico foi de colecistite crônica inespecífica discreta. Cisto de ducto colédoco do tipo de Todani. Histiocitose sinusal em 1 linfonodo policístico. Não houveram intercorrências no procedimento. A paciente chegou extubada, ventilando com cateter nasal de O2, sedada, hemodinamicamente bem, sem medicações contínuas na UTIP. A cirurgia robótica oferece precisão superior e vantagens pós-operatórias significativas comparada aos métodos convencionais. No caso descrito, a abordagem minimamente invasiva permitiu uma recuperação rápida e sem intercorrências. A técnica detalhada, incluindo pneumoperitônio Hasson, trocartes robóticos variados e docking com Da Vinci, demonstrou eficácia na dissecção do hilo hepático, ligadura do cisto e anastomose biliodigestiva hepático-duodenal, minimizando o trauma cirúrgico. A cirurgia robótica para excisão de cisto colédoco em crianças apresenta resultados promissores, com recuperação acelerada e menor morbidade pós-operatória. Esse caso destaca a importância da precisão robótica em procedimentos pediátricos complexos, melhorando desfechos cirúrgicos e a qualidade de vida pós-operatória, além de oferecer benefícios estéticos e funcionais significativos.