

**JEAN AUGUSTO DE CASTRO**

**PREVALÊNCIA DOS ACHADOS  
VÍDEO-LAPAROSCÓPICOS EM GINECOLOGIA  
E SEU ESTUDO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina para a conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

**2000**

**JEAN AUGUSTO DE CASTRO**

**PREVALÊNCIA DOS ACHADOS  
VÍDEO-LAPAROSCÓPICOS EM GINECOLOGIA  
E SEU ESTUDO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina para a conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina.**

**Coordenador do Curso de Medicina: Prof. EDSON JOSÉ CARDOSO**

**Orientador: Prof. RICARDO NASCIMENTO**

**Co-orientador: Prof. UBIRATAN CUNHA BARBOSA**

**FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

**2000**

Castro J. A.

*Prevalência dos achados vídeo-laparoscópicos em ginecologia e seu estudo.*

Florianópolis, 2000

26 p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina-UFSC.

1. Laparoscopia; 2. Ginecologia; 3. Endometriose.

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, pois nos momentos mais difíceis, somente a fé em algo maior nos sustenta.

À minha mãe, DIVERLY MARIA ENGE, incentivadora incansável em todos os momentos, pelo amor e dedicação dispensados à família, por todos os princípios de vida que me ensinou e por todas as oportunidades.

Ao Prof. DR RICARDO NASCIMENTO, pelas orientações, pela tranquilidade e confiança transmitidas e pelo constante incentivo em busca do conhecimento médico.

Ao Prof. DR UBIRATAN CUNHA BARBOSA, diretor clínico da Clínica Santa Helena, pelos ensinamentos médicos e profissionais, pelas orientações e pela confiança na utilização dos prontuários para a elaboração deste estudo.

Aos funcionários da Clínica Santa Helena, pela ajuda na busca dos prontuários.

# ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. OBJETIVO.....	08
3. MÉTODO.....	09
4. RESULTADOS.....	10
5. DISCUSSÃO.....	13
6. CONCLUSÃO.....	21
7. REFERÊNCIAS.....	22
NORMAS ADOTADAS .....	24
RESUMO.....	25
SUMMARY.....	26

## INTRODUÇÃO

A laparoscopia é a visualização endoscópica da cavidade abdominopélvica.

Os registros históricos sobre a laparoscopia mostram que, em 1901, Ott foi o pioneiro na inspeção óptica da cavidade abdominal; com a paciente em Trendelenburg forçada, visualizou os órgãos pélvicos e abdominais através de uma culdotomia e um espelho com luz incandescente<sup>1,2,3</sup>.

Kelling, em 1902, apresentou a técnica da laparoscopia abdominal em um cão, produzindo um pneumoperitônio com uma agulha e ar filtrado, seguindo-se a inserção de um trocarte em uma área anestesiada da parede abdominal, para visualização com um cistoscópio<sup>1</sup>.

Jacobaeus, em 1910, foi o primeiro a descrever a laparoscopia na espécie humana. Entretanto, não produziu o pneumoperitônio, realizando a técnica em pacientes com ascite<sup>1,3</sup>.

Korbsch, em 1921, apresentou novos instrumentos e registrou a necessidade de se produzir o pneumoperitônio, com uma agulha própria para esta finalidade<sup>1</sup>.

Seguiram-se, a partir de então, inúmeros trabalhos trazendo novos subsídios e aperfeiçoando a técnica da laparoscopia. Porém, coube a Raoul Palmer, na França, na década de 50, o mérito de estabelecer as bases da laparoscopia ginecológica atual<sup>2,3</sup>.

O desenvolvimento da luz fria ( fibras ópticas de vidro ) e de sistemas pneumomecânicos automáticos, permitiu um grande avanço da laparoscopia nas duas últimas décadas<sup>4</sup>.

Ao contrário de outras cirurgias tradicionais, a cirurgia endoscópica requer um conjunto de habilidades exclusivas, e os procedimentos são feitos, atualmente, com o auxílio de uma câmera de vídeo e um monitor de televisão (vídeo-laparoscopia).

Em vista de ser a laparoscopia, um método tanto diagnóstico como terapêutico dentro da ginecologia moderna, e de oferecer ambas as possibilidades em apenas uma intervenção cirúrgica, atualmente utiliza-se o termo diagnóstico-cirúrgica como adjetivo para denominá-la.

Este método cirúrgico é realizado em ambiente hospitalar e sob anestesia geral. A paciente deve estar em posição de litotomia modificada, com as pernas pouco fletidas e amplamente separadas e as nádegas ultrapassando um pouco a borda da mesa operatória para que, após antissepsia das regiões abdominal, vulvar, vaginal e colo uterino, um manipulador uterino seja introduzido por via vaginal e possa ser movimentado no sentido posterior. Este manipulador existe em diversos modelos, sendo que alguns permitem a injeção de solução colorida (geralmente azul de metileno) para estudar a permeabilidade tubária<sup>1,5</sup>.

Segue-se a instalação de pneumoperitônio, a partir de prévia incisão infra-umbilical ou intra-umbilical pela qual se introduz a agulha de Veress até atingir a cavidade peritoneal. Esta agulha possui um sistema de mola que permite a apresentação de uma ponta cortante apenas quando a resistência é maior ( pele e aponeurose ). É realizada então, a insuflação do abdome com gás até um limite de 12 a 16 mmHg, cuja escolha recai sobre o CO<sub>2</sub> por se tratar de um produto de grande solubilidade no sangue e nos tecidos, tendo rápida absorção, rápida eliminação e pelo fato de não ser explosivo<sup>5</sup>.

Após a realização do pneumoperitônio, é procedida a retirada da agulha de Veress, seguida de pequena ampliação da incisão e introdução de um sistema

de trocarte, pelo qual é instalado o sistema óptico do laparoscópio. A partir deste momento pode-se observar os órgãos pélvicos.

Pinças manipuladoras, tesouras, pinças de biópsia, agulhas para punção e aspiração, bisturís e outros instrumentos podem ser introduzidos por punções de trocateres acessórios, sob inspeção laparoscópica, próximos à espinha ilíaca ântero-superior direita ou esquerda ou próximo à região supra-púbica.

A maioria dos procedimentos ginecológicos que requerem uma abordagem abdominal, podem ser realizados por laparoscopia diagnóstico-cirúrgica. Sendo que, novas técnicas e equipamentos são revolucionários na cirurgia ginecológica<sup>1,4</sup>.

As vantagens de uma recuperação mais rápida, menos dor e cicatrizes que são cosmeticamente mais aceitáveis pelas pacientes, são algumas das razões pelas quais os procedimentos laparoscópicos estão substituindo cirurgias que, até o passado recente, requeriam uma laparotomia aberta<sup>4</sup>.

Há algum tempo, os procedimentos mais conhecidos e amplamente realizados eram a ligadura tubária e a lise de aderências pélvicas. Mais recentemente, os ginecologistas têm utilizado este método para a ablação de implantes endometriais, tratamento de gestações ectópicas, salpingooforectomias, miomectomias, histerectomias, cistectomias e aspiração de cistos ovarianos<sup>1,2,4</sup>.

Em nosso meio, a laparoscopia vem crescendo de maneira vertiginosa. Vários grupos de cirurgiões ginecológicos têm à ela se dedicado, mudando a abordagem terapêutica laparotômica para esta via menos agressiva. Esta mudança na forma de operar, como dissemos, passa por uma habilitação progressiva dessa equipe cirúrgica e cada vez mais aumenta-se a resolutividade dos tratamentos a que se propõe.



Não existem, em nosso meio, muitos dados publicados ou pelo menos compilados e organizados em bases científicas, que possam servir de parâmetro a respeito de quais as patologias encontradas em um determinado período de tempo e em determinado lugar. Estes dados são importantes, pois ao serem conhecidos, tanto médicos como clientes passarão a saber das possibilidades diagnósticas e terapêuticas da laparoscopia. Também mais conhecimento sobre os materiais e equipamentos mais adequados a serem adquiridos.

Tentando mostrar o que ocorre em um destes serviços aqui localizados, é que pretendemos apresentar de forma clara e com dados estatísticos, quais as patologias que estão sendo encontradas quando é possível a sua abordagem através da vídeo-laparoscopia.

## **OBJETIVO**

Estimar a prevalência das alterações patológicas diagnosticadas e tratadas pela vídeo-laparoscopia em ginecologia, descrevendo as principais características de cada uma delas.

## **MÉTODO**

### **Casuística:**

Foram analisados os prontuários de 117 pacientes do sexo feminino, atendidas na Clínica Santa Helena, na cidade de Florianópolis (SC), e que foram submetidas à vídeo-laparoscopia. A pesquisa baseou-se na busca e retirada de dados dos prontuários de cada uma das pacientes.

Os prontuários achavam-se arquivados em dependência da própria clínica e chegava-se até eles através do livro de registro das pacientes submetidas a esta modalidade diagnóstico-cirúrgica.

O período de coleta dos dados estendeu-se de 26 de maio de 1999 a 27 de janeiro de 2000.

### **Procedimentos:**

Destes prontuários foram retirados os seguintes dados que compõem o presente estudo:

- idade em anos
- achados vídeo-laparoscópicos

Fez-se um estudo descritivo, retrospectivo, corte transversal.

As informações coletadas foram armazenadas no programa Epi Info6.0, com o qual executou-se a análise dos dados.

## RESULTADOS

Foram analisados 117 prontuários, 9 foram excluídos do estudo, 1 por não apresentar alterações pélvicas e 8 por terem sido realizadas histerectomias vídeo-laparoscópicas cujas patologias já haviam sido firmadas por outros métodos diagnósticos.

Portanto fizeram parte do estudo 108 pacientes, todos do sexo feminino.

Em relação a idade, a média foi de 32,8 anos, sendo que a idade mínima foi de 16 anos e a máxima de 51 anos. As pacientes deste estudo foram agrupadas em três categorias, tomando-se em consideração o tempo de maior atividade sexual e fertilidade da mulher, onde apreciamos que a maior frequência da nossa casuística correspondeu ao grupo compreendido entre 25 e 35 anos, expostas na tabela a seguir.

TABELA I - Distribuição por faixa etária.

Idade	Número de pacientes	Porcentagem
16 - 24	12	11
25 - 35	60	55,5
35 - 51	36	33,5
Total	108	100

Fonte: Prontuários da Clínica Santa Helena. Florianópolis - 26 de maio de 1999 a 27 de janeiro de 2000

TABELA II - Relação dos achados vídeo-laparoscópicos

Achados vídeo-laparoscópicos	Número	Porcentagem
Endometriose pélvica	60	31
Aderências pélvicas	55	29
Endometrioma	23	12
Mioma	17	9
Hidrossalpinge	9	5
Cisto ovariano	9	5
Adenomiose	4	2
Gestação ectópica	3	1.5
Ovários policísticos	3	1.5
Varizes pélvicas	2	1
Cisto dermóide ovariano	2	1
Cisto paratubário	2	1
Ovários em fita	1	0.5
Tumor sólido ovariano	1	0.5
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuários da Clínica Santa Helena. Florianópolis - 26 de maio de 1999 a 27 de janeiro de 2000

A endometriose pélvica foi encontrada em 31% dos casos e também na paciente mais jovem (16 anos).

As aderências pélvicas foram encontradas em 29% dos casos.

As patologias ovarianas foram observadas em 39 casos, representando 20,5% dos achados vídeo-laparoscópicos.

Nas pacientes que possuíam varizes pélvicas, por ocasião da cirurgia, a sua localização era à esquerda.

Ocasionalmente, as pacientes apresentavam mais de uma patologia, sendo que a relação da quantidade dos achados vídeo-laparoscópicos por pacientes encontra-se na tabela III, justificando numericamente a existência de 191 achados cirúrgicos nas 108 pacientes.

TABELA III - Relação do número de achados vídeo-laparoscópicos por paciente

Número de achados	Número de pacientes	Porcentagem
1	46	43
2	41	38
3	21	19
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuários da Clínica Santa Helena. Florianópolis - 26 de maio de 1999 a 27 de janeiro de 2000

## DISCUSSÃO

Por se tratar de uma modalidade diagnóstico-cirúrgica relativamente recente em ginecologia e ainda estar em fase de expansão, poucos foram os trabalhos que descreveram uma estatística geral dos seus achados vídeo-laparoscópicos. A maioria dos estudos publicados classificou seus achados de acordo com as queixas apresentadas pelas pacientes, com os resultados do exame físico, com exames complementares ou com o uso prévio de medicamentos. Dentre os estudiosos, quem mais se dedicou a este tipo de pesquisa foi Lanz, o qual mostrou dados estatísticos que serviram de parâmetro para a análise os nossos resultados. Neste estudo, estimou-se a prevalência geral das doenças ou alterações ginecológicas encontradas, em nosso meio, por esta modalidade cirúrgica, a fim de que se tivesse uma visão ampla do que se poderia encontrar, quando médicos se propunham a realizar uma vídeo-laparoscopia nas pacientes ginecológicas.

Os dados deste estudo formaram uma amostra não selecionada, representativa do que realmente sucedeu em nosso meio. Possibilitando, que estes achados tivessem valor na formação da casuística local, em vista de não termos encontrado muitos dados publicados ou pelo menos compilados em bases científicas, que ajudassem a compor o conhecimento médico e servissem de parâmetro a respeito de quais patologias seriam aqui encontradas. Desta maneira, este trabalho poderia permitir que médicos e até pacientes, soubessem quais doenças ginecológicas estariam sendo aqui diagnosticadas ou tratadas pela vídeo-laparoscopia.

A distribuição por faixa etária, das pacientes incluídas neste estudo, mostrou uma correspondência entre a maior quantidade de casos e a idade de maior atividade sexual e maior fertilidade nas mulheres, ou seja, 55,5% das pacientes estavam na faixa entre 25 a 35 anos. Dado este, que se comparou ao do Hospital Central Antonio María Pineda, em Barquisimeto - Venezuela, com taxa de 52,93% para esta faixa etária (Lanz 1988)<sup>6</sup>.

A idade média de 32,8 anos confirmou a observação de que as doenças pélvicas abordadas, atualmente pela vídeo-laparoscopia, atingiram em sua maioria as mulheres numa fase ativa de suas vidas, e foram menos frequentes com o avançar da idade e nas mais jovens.

Dentre os achados vídeo-laparoscópicos, o diagnóstico mais encontrado neste estudo foi o de endometriose pélvica (60 pacientes), correspondendo a 31% dos casos. Petta et al citam uma prevalência de 18% de endometriose pélvica em seus achados laparoscópicos e Lanz et al a encontraram em 8,16%<sup>6,7</sup>. No V Congresso Mundial em Endometriose, estimou-se que a mesma afetava em torno de 10 - 15% de todas as mulheres em idade reprodutiva (Minaguchi, 1997)<sup>8</sup>.

A endometriose tem sido descrita como uma doença predominantemente do mesênquima pélvico, onde desenvolve-se um tecido endometrial com características estromais e glandulares em localizações outras que não a cavidade uterina (Viscomi, 2000)<sup>9</sup>. Esta doença tornou-se ideal para o manejo laparoscópico, especialmente nos seus estágios iniciais, com lesões endometriais petequiais ou equimoses, onde muitas vezes, os sintomas e achados clínicos poderiam estar ocultos, espelhando o modelo clássico em que propedêutica e terapêutica se reuniriam em um único procedimento.



É importante lembrar, que esta doença foi intimamente relacionada à infertilidade feminina, havendo uma frequência de 70 a 80% de endometriose em casos de esterilidade sem causa aparente, o que tornou o manejo endoscópico uma arma poderosa no prognóstico destas pacientes (Viscomi, 2000)<sup>9</sup>.

Na paciente com menor idade (16 anos), o achado foi também de endometriose pélvica. Segundo Lym (1997)<sup>10</sup>, esta patologia progressiva e recorrente, poderia afetar as adolescentes 3 a 4 anos após a menarca. Redwine encontrou 10,6% de suas pacientes com endometriose na faixa de 10 a 20 anos de idade<sup>11</sup>. Goldstein et al, utilizando laparoscopia, demonstraram que 53% (74 de 140) de suas pacientes adolescentes tinham endometriose, sendo que em 20% delas os únicos achados foram petéquias<sup>12</sup>. Estes dados ratificaram a importância da laparoscopia para o diagnóstico da endometriose pélvica.

O segundo achado mais prevalente, foi o de aderências pélvicas (29%). Valor este, comparável ao publicado por Lanz (1988)<sup>6</sup>, que encontrou estas aderências em 23,46% das suas laparoscopias. A proximidade dos valores percentuais entre este diagnóstico e o de endometriose pélvica, no presente estudo, foi também observado por Petta et al, que sugeriu serem, muitas destas aderências pélvicas, decorrentes do processo inflamatório gerado pela endometriose<sup>7</sup>. O que também foi observado por Jansen, em 1986, que encontrou lesões histológicas de endometriose em aderências pélvicas, biopsiadas da fossa ovárica e em formações peritoneais amarelo-pardacentas, em 47% dos casos (Viscomi 2000)<sup>9</sup>.

O endometrioma, termo utilizado para descrever um cisto endometriótico no ovário e que afeta uma ou ambas as gônadas<sup>13</sup>, tem sido descrito em torno de 20% das laparoscopias realizadas por Lanz et al<sup>6</sup>. Em contra partida, apenas 12% das pacientes relacionadas no presente estudo o apresentaram.

Dentre as patologias ovarianas encontradas, a mais freqüente foi o endometrioma, anteriormente citado. A ele, seguiu-se a presença de cisto ovariano (incluídos nesta categoria os cistos foliculares de médio e grande volumes), ovários policísticos, cisto dermóide, um caso de ovários em fita e um caso de tumor sólido. Esta ordem de prevalência tornou-se importante no presente estudo, quando atêve-se para o fato de que a presença de cistos foliculares se faz nas mulheres em idade fértil, e notou-se que a maioria das laparoscopias deste estudo haviam sido realizadas neste período de vida. O total de patologias ovarianas relacionadas neste estudo perfez 20,5% do total de achados. Os poucos trabalhos que descreveram esta prevalência ovariana total, relataram percentuais em torno de 15,3% (Lanz, 1988)<sup>6</sup>. Possivelmente, esta diferença de valores tenha ocorrido pelo não relacionamento dos tumores ovarianos sólidos, dos ovários em fita e dos cistos dermóides em suas casuísticas.

Os miomas uterinos, comuns em mulheres durante os seus anos reprodutivos, apresentou prevalência de 7,14% segundo estudos laparoscópicos de Lanz et al, e em torno de 8,7% segundo Oppermann et al<sup>6,14</sup>. No presente estudo, apurou-se que em 9% das pacientes submetidas à esta modalidade diagnóstico-cirúrgica, havia sido encontrada a presença de um ou mais miomas. É importante valorizar que o desenvolvimento recente de novos instrumentos e técnicas, fizeram com que a remoção laparoscópica de miomas se tornasse possível. Vale lembrar que a presença desta patologia é, muitas vezes, um achado ocasional e deve-se ao fato de que até 50% das mulheres portadoras de mioma podem ser assintomáticas, sendo submetidas à laparoscopia por outros motivos (Padiál, 1995)<sup>4</sup>.

O hidrossalpinge, cuja gênese citada por Halbe (1995)<sup>1</sup>, ocorreria pela obstrução total das fímbrias tubárias com acúmulo de líquidos oriundos de transudação e secreção inespecífica, dilatando as trompas em maior ou menor grau. Neste estudo foi encontrada em 5% dos casos. Segundo Pereira (2000)<sup>15</sup>, a causa mais frequente desta obstrução seria a infecção gonocócica, seguida de infecção pós-parto ou pós-aborto com caráter ascendente. Este autor expôs, também, que a endometriose poderia estar relacionada ao hidrossalpinge, contudo não seria a causa mais comum, mas sim da formação de aderências, que na fímbrias, estariam envolvidas na sua gênese<sup>15</sup>. A laparoscopia, como método diagnóstico-cirúrgico, ajudou a completar o diagnóstico do estado das tubas uterinas, com a visualização direta do hidrossalpinge, da existência de aderências peritubárias e periováricas, que possivelmente agravariam o processo (Pereira, 2000)<sup>15</sup>.

A adenomiose, doença que segundo Halbe, caracterizou-se pela presença de tecido endometrial na espessura do miométrio<sup>1</sup>, em nosso estudo teve uma prevalência de 2%, sendo este um diagnóstico presuntivo, tirado dos dados clínicos, de exame físico da paciente e do aspecto vídeo-laparoscópico de um útero globoso, amolecido e discretamente aumentado de volume. Em estatísticas mais apuradas, que também envolveram outros métodos diagnósticos, a adenomiose oscilou entre 10 e 20% (Novak,1993)<sup>16</sup>. Sua incidência sempre foi difícil de precisar, considerando-se a existência de formas assintomáticas e diferentes critérios histopatológicos de invasão miometrial, bem como o aumento uterino discreto e simétrico, raramente atingindo grandes dimensões. Estas características fizeram com que a vídeo-laparoscopia possuísse papel bastante limitado neste diagnóstico (Halbe, 1995)<sup>1</sup>.

A gestação ectópica, uma doença na qual vida e morte estão estranhamente combinados, significando um desastre em reprodução humana, neste estudo foi encontrada em 1,5% dos casos. Na opinião dos autores do presente estudo, este número na população geral certamente deve ser maior, pois sabe-se que a maioria das mulheres com quadro clínico compatível com esta afecção, são atendidas em serviços de emergência geral ou ginecológica que não dispõem de equipamento vídeo-laparoscópico e são submetidas à laparotomia. Portanto, acredita-se que se estes serviços dispusessem do aparato necessário, a prevalência da gestação ectópica seria maior à luz da laparoscopia, já que dados da literatura mostraram que a incidência de gestação ectópica vem aumentando, consideravelmente, em todo o mundo nestas últimas décadas<sup>17,18</sup>.

Quanto aos cistos paratubários, foram encontrados dois casos (1%). Não encontraram-se trabalhos relacionando a sua prevalência, pois pouca importância foi dispensada à esta lesão, por serem geralmente assintomáticos e pouco comprometerem o potencial reprodutivo da mulher (Halbe, 1995)<sup>1</sup>. Entretanto, Samaha et al, estudando 79 casos destes cistos, encontraram lesões de até 600g com manifestações clínicas evidentes de tumoração pélvica e elevada correlação com problemas de fertilidade<sup>19</sup>. Segundo Halbe, os cistos paratubários geralmente não excedem dois centímetros e o diagnóstico é difícil de ser estabelecido, fazendo com que na maioria das vezes sejam achados ocasionais de exames laparoscópicos<sup>1</sup>.

A laparoscopia depara-se às vezes com patologias, como as varizes pélvicas, onde a sua capacidade terapêutica fica limitada, restringindo-se apenas ao diagnóstico. Neste estudo, foram encontrados 2 casos de varizes pélvicas, ambos à esquerda, constituindo 1% da presente casuística. Segundo Lanz et al, a sua localização mais freqüente deveria ser à esquerda, devido a desembocadura da veia ovárica esquerda na veia renal homolateral<sup>6</sup>. Em seu estudo, estes

pesquisadores verificaram que em 23 pacientes, o lado direito fora acometido em 16 casos, e sugeriram que os estudos anteriores deveriam ser revisados, porque esta concepção tradicionalista, para explicar a localização das varizes pélvicas, poderia vir a cair por terra<sup>6</sup>.

Observou-se que a maioria das pacientes possuía dois ou três achados patológicos concomitantes abordados pela vídeo-laparoscopia, respectivamente 38% e 19%, e 43% delas apresentavam apenas um achado na ocasião da cirurgia. Isto sugeriu uma coexistência ou uma associação entre muitas das doenças pélvicas na mulher.

A cirurgia laparoscópica não é uma nova especialidade e sim, uma nova maneira de se realizar muitas cirurgias ginecológicas que vinham sendo feitas tradicionalmente, e um meio de grande valia para o diagnóstico de várias doenças pélvicas, como as descritas neste estudo.

Tem sido relatadas muitas vantagens na vídeo-laparoscopia ginecológica e também em outras especialidades, tais como menor permanência hospitalar, melhor recuperação pós-operatória, menor morbidade, retorno às atividades de trabalho mais rapidamente, menor custo global e maior satisfação da paciente (Barrozo 2000)<sup>20</sup>. Entretanto, para a sua obtenção, as medidas tomadas ou deixadas de tomar no perioperatório podem potencializar, mas também anular, todas as vantagens da técnica laparoscópica sobre a tradicional.

Os procedimentos realizados por laparoscopia não são novos procedimentos e sim aperfeiçoamentos, com o uso de novas habilidades e instrumentais, de técnicas já consagradas. Muitos já mostraram-se tão eficazes que passaram a ser o método de primeira escolha, outros ainda demandam maior desenvolvimento técnico e períodos mais longos de acompanhamento para se tornarem universalmente aceitos.

O conhecimento da prevalência dos achados vídeo-laparoscópicos, como os aqui apresentados, significa um grande passo em direção a esta aceitação.

## CONCLUSÃO

Os achados mais prevalentes neste estudo foram endometriose pélvica (31%), aderências pélvicas (29%) e edometriomas ovarianos (12%).

Embora os achados acima tenham sido encontrados com maior prevalência, praticamente todas as ginecopatias pélvicas são passíveis de diagnóstico e ou tratamento vídeo-laparoscópico.

## REFERÊNCIAS

1. Halbe HW. Tratado de ginecologia. 2ª ed. São Paulo: Roca; 1995.
2. Marcondes AC, Souza MCB, Simões PM. Laparoscopia em ginecologia: histórico. *Femina* 1993;21(5):505-7.
3. Alvarez FO, Durán T, Bernarda M. Analisis 500 laparoscopias diagnosticadas en el Hospital Mexico. *Rev Med Costa Rica* 1986;53(495):55-62.
4. Padial JG, Osborne N. Laparoscopia para ginecologistas: uma abordagem cirúrgica. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
5. Mencaglia L, Wattiez A. Manual of gynecological laparoscopic surgery. 1ª ed. Tuttlingen, Germany: Endo-Press; 1998.
6. Lanz MF, Aponte A. Dolor pelvico cronico: hallazgos laparoscopicos. *Boletin Medico de Post-grado* 1988;4(2):17-29.
7. Petta CA, Paiva LHSC, Neto AMP, Fonseca E, Lane E. O uso da laparoscopia na dor pélvica crônica. *J Bras Ginecol* 1990;100(3/4):85-7.
8. Minaguchi H, Sugimoto O. Endometriosis today: advances in research and practice. 1ª ed. Carnforth Lancs, England: Parthenon; 1997.
9. Viscomi FA. Videolaparoscopia na paciente com endometriose. In: Oliveira HC, Lemgruber I, Tratado de ginecologia da FEBRASGO. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.p.1460-3.
10. Lim YT. New insights into adolescent endometriosis. In: Minaguchi H, editors, Endometriosis today: advances in research and practice. 1ª ed. Carnforth Lancs, England: Parthenon; 1997.p.21-7.
11. Redwine D. The distribution of endometriosis in the pelvis by age groups and fertility. *Fertil Steril* 1987;47:173-5.



12. Goldstein DP, Chohnoki CD, Emans T. Adolescent endometriosis. *J Adolescent Health Care* 1980;37(1):34-6.
13. Shaw RW. *An atlas of endometriosis*. 1ª ed. New York, USA: Parthenon 1993.
14. Oppermann K, Marmontel M, Freitas FM. Laparoscopias: experiência do serviço de ginecologia e obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev do HCPA* 1985;5(2):127-31.
15. Pereira DHM. Microcirurgia tubária. In: Oliveira HC, Lemgruber I, *Tratado de ginecologia da FEBRASGO*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.p.595-608.
16. Novak ER. *Tratado de ginecologia*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1983.
17. Creinin MD, Washington AE. Cost of ectopic pregnancy management: surgery versus methotrexate. *Fertil Steril* 1993;60:963-9.
18. Shalev E, Peleg D, Bustan M, Romanos S, Tsabari A. Limited role of intratubal methotrexate treatment of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1995;63:20-4.
19. Samaha M, Woodruff JD. Paratubal cists: frequency, histogenesis and associated clinical features. *Obstet Ginecol* 1985;65:691.
20. Barrozo PRM. Cuidados perioperatórios em cirurgia laparoscópica. In: Oliveira HC, Lemgruber I, *Tratado de ginecologia da FEBRASGO*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.p.1437-40.

## **NORMAS ADOTADAS**

As normas adotadas para a confecção deste trabalho, foram as determinadas pelo Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, através da resolução 001/99.

Para as referências bibliográficas foram utilizadas as normas determinadas pela convenção de Vancouver.

## RESUMO

A vídeo-laparoscopia é um método propedêutico e terapêutico que vem se difundindo na ginecologia moderna. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência das ginecopatias diagnosticadas e tratadas por esta abordagem, descrevendo as principais características de cada uma delas. Foram analisados os prontuários das pacientes submetidas à vídeo-laparoscopia, na Clínica Santa Helena (Florianópolis-SC), de 26 de maio de 1999 a 27 de janeiro de 2000. Pacientes sem alterações pélvicas ou que realizaram histerectomias, foram excluídas do estudo. Foram coletadas informações sobre: idade e achados vídeo-laparoscópicos. Tivemos 117 prontuários, 9 excluídos, restando 108. Foram encontradas: endometriose pélvica (31%), aderências pélvicas (29%), endometrioma (12%), mioma (9%), hidrossalpinge (5%), cisto ovariano (5%), adenomiose (2%), gestação ectópica (1,5%), ovário policístico (1,5%), varizes pélvicas (1%), cisto dermóide ovariano (1%), cisto paratubário (1%), ovários em fita (0,5%) e tumor sólido ovariano (0,5%). Houve 191 achados nas 108 pacientes, 46 delas com apenas 1 achado, 41 com 2 achados e 21 com 3 achados. Conclui-se que, embora os achados mais prevalentes tenham sido endometriose, aderências e endometrioma, praticamente todas as ginecopatias pélvicas são passíveis de diagnóstico e ou tratamento vídeo-laparoscópico.

## SUMMARY

Laparoscopy is a propaedeutic and therapeutic method that has been spread on modern gynecology. The aim of this study was to evaluate the gynecopathies found diagnosed and treated by this approach, describing the main features of each disease. The patient's medical files submitted to laparoscopy from May 26<sup>th</sup> 1999 to January 27<sup>th</sup> 2000 at Santa Helena Clinic (Florianópolis-Brazil) were analysed. Patients without pelvic alteration or that were submitted to hysterectomy were excluded from the study. Information about age and laparoscopic findings were also collected. We got 117 patient's medical files: 9 were excluded, remaining 108. The findings were: endometriosis (31%), pelvic adhesion (29%), endometrioma (12%), miomatosis (9%), hidrosalpingis (5%), ovarian cysts (5%), adenomiosis (2%), ectopic pregnancy (1,5%), ovarian multicysts (1,5%), pelvic varicoses (1%), dermoid ovarian cyst (1%), peritubal benign cyst (1%), ovary in ribbon (0.5%) and ovarian solid cyst (0,5%). There were 191 findings from 108 patients: 46 women with only one finding, 41 women with 2 findings and 21 women with 3 findings. Although the most prevailing findings were endometriosis, adhesions and endometrioma, almost all pelvic gynecopathies can be diagnosed and/or treated by laparoscopy.

**TCC  
UFSC  
TO  
0297**

**N.Cham. TCC UFSC TO 0297**  
**Autor: Castro, Jean Augus**  
**Título: Prevalência dos achados vídeo-la**



972813751

Ac. 254427

**Ex.1**

Ex.1 UFSC BSCCSM