

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 7, 2025

... ARTIGO 1

Data de Aceite: 21/10/2025

ASPECTOS TÉCNICOS DAS CIRURGIAS DE COLECTOMIA PARCIAL

Julia Parenti De Oliveira Maria

Beatriz Aparecida Orru

Miguel Josue Pitta Rodrigues

Ferreira De Moraes

Rogério Luporini



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Resumo: Introdução: Colectomia parcial é uma abordagem cirúrgica de remoção de um parte do cólon, indicada em casos de afecções colônicas como câncer, diverticulite e doenças inflamatórias intestinais. O procedimento pode ser feito através da via aberta ou laparoscópica. A técnica minimamente invasiva está mais associada ao menor índice de morbidade e a uma recuperação mais rápida, mas ainda não é muito utilizada em países em desenvolvimento, como o Brasil. **Objetivos:** Apresentar as principais indicações da colectomia parcial, descrever as generalidades técnicas da cirurgia aberta e laparoscópica, comparando-as em suas vantagens e limitações, além de abordar os cuidados envolvidos no manejo do paciente submetido a esta cirurgia. **Metodologia:** Foi elaborada uma revisão narrativa buscada em livros e em bases de dados eletrônicos como *PubMed*, *SciELO* e Google Acadêmico, com publicações entre 2004 e 2025. Houve dificuldade em encontrar dados específicos na literatura sobre as técnicas cirúrgicas, sendo abordadas mais as práticas da colectomia direita e esquerda. **Resultados e Discussão:** A colectomia parcial é recomendada nos casos de neoplasias do cólon, doenças inflamatórias intestinais e afecções benignas complexas. A técnica aberta permite acesso amplo, sendo muito indicada em urgências e casos complicados. A via laparoscópica possibilita menor dor pós-operatória, menor período de internação e melhores desfechos clínicos, apesar do tempo cirúrgico e da curva de aprendizado serem maiores. Cuidados perioperatórios incluem profilaxia antibiótica e tromboembólica, e a recuperação é melhor com uma abordagem de reabilitação precoce. **Conclusão:** A colectomia parcial é uma abordagem eficaz no tratamento de doenças colorretais, sendo a via laparoscopia consi-

derada a preferencial para pacientes de casos eletivos, devido a suas vantagens clínicas. O planejamento individualizado e o cuidado multiprofissional garantem o sucesso do procedimento e asseguram melhores prognóstico e qualidade de vida ao paciente.

Palavras-chave: colectomia parcial; indicações; técnica; cuidados.

INTRODUÇÃO

Os cólons são divididos em ascendente, transverso, descendente e sigmoide, e correspondem à maior parte do intestino grosso. Todas essas partes formam uma estrutura anatômica túbulo-muscular somando aproximadamente 1,5 metros de comprimento, responsável pela retenção de água e sais minerais e por servir de habitat para 99% da microbiota fisiológica do intestino (Carvalho *et al.*, 2023). O intestino grosso pode ser acometido por diversas patologias, sendo o câncer de cólon a segunda maior causa de morte no que diz respeito a neoplasias malignas, abrangendo 50% dos casos de retirada do cólon. Esse procedimento recebe o nome de colectomia, a qual pode ser feita de forma parcial ou total, muito indicada para casos de tumores ressecáveis e não metastáticos, além de outras diversas doenças malignas e obstrutivas, sendo responsável, também, por melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças inflamatórias intestinais (Carvalho *et al.*, 2023; Fernandez Junior *et al.*, 2024).

A colectomia parcial corresponde à retirada de apenas uma porção do cólon em si (Fernandez Junior *et al.*, 2024; Kannan *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2025), representando uma resposta viável aos casos críticos, a fim de extinguir os processos inflamatórios e restabelecer a função intestinal adequada

ao funcionamento fisiológico (Oliveira *et al.*, 2025). As principais complicações dessa abordagem englobam infecções e defeitos de cicatrização, com diferentes graus que podem impactar no período recuperatório e na condição geral do paciente. Esses eventos contribuem para uma taxa importante que influencia a avaliação dos resultados operatórios e da escolha adequada do tratamento. Ainda assim, grande parte dos pacientes apresentam desfechos agradáveis, com melhora significativa dos sintomas, recuperação da função intestinal, reabilitação eficaz e retorno mais rápido às atividades cotidianas, repercutindo positivamente na qualidade de vida dessas pessoas (Oliveira *et al.*, 2025).

No preparo cirúrgico, deve ser feita a antibioticoprofilaxia com, principalmente, cefalosporinas de segunda ou terceira geração, com uma recomendação específica aos pacientes que possuem doença inflamatória intestinal. Além disso, ainda no pré-operatório, deve ser realizada profilaxia para eventos tromboembólicos, com heparina e derivados, devido ao posicionamento do paciente durante a cirurgia e à duração do procedimento (Macedo; Schraibman, 2017).

A colectomia pode ser feita através da via laparotômica, com uma única incisão abdominal, ou por via laparoscópica, com várias microincisões para inserção dos equipamentos laparoscópicos. O avanço da cirurgia minimamente invasiva trouxe benefícios ao paciente, possibilitando maior segurança a procedimentos complexos como a colectomia, proporcionando diversas vantagens aos sujeitos submetidos a essas abordagens. No entanto, dentro do âmbito de procedimentos videolaparoscópicos, essa cirurgia exige ampla capacidade profissional, devido à complexidade técnica (Carvalho *et al.*, 2023).

A título de comparação, o DATASUS mostra que, dentre as 26.231 colectomias realizadas no Brasil entre 2016 e 2020, 98,8% foram feitas por via aberta e apenas 1,2% por via laparoscópica (Carvalho *et al.*, 2023). Contudo, a tendência é aumentar o número de cirurgias laparoscópicas, já que essa abordagem traz diversos benefícios ao paciente quando comparada à técnica convencional, como menores taxas de complicação, trauma cirúrgico e tempo de internação hospitalar (Carvalho *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2025; Zanatta; Cortes, 2025), o que, consequentemente, reduz os gastos institucionais e as taxas de mortalidade (Carvalho *et al.*, 2023), além de permitir o retorno precoce às atividades cotidianas (Oliveira *et al.*, 2025; Zanatta; Cortes, 2025).

Dessa forma, devido aos diversos motivos para a realização da colectomia parcial e à importância dos avanços técnicos para a qualidade de vida dos pacientes submetidos a esse procedimento, esta pesquisa busca fornecer um material de apoio e atualização à prática médica, abordando aspectos técnicos do procedimento, suas indicações e os cuidados envolvidos nessa abordagem terapêutica.

JUSTIFICATIVA

As colectomias parciais representam cirurgias de grande relevância no tratamento de importantes afecções do cólon, como neoplasias, lesões benignas complexas e doenças inflamatórias intestinais. Não obstante a evolução técnica de suas abordagens e do manejo envolvido no processo terapêutico, esses procedimentos ainda apresentam notáveis taxas de morbidade e mortalidade, sobretudo em pacientes de alto risco, como os idosos e aquelas com comorbidades prévias.

A comunidade científica demonstra que a seleção adequada da abordagem cirúrgica, o planejamento e otimização do cuidado pré e pós operatórios são essenciais para minimizar as taxas de complicações e a recuperação do paciente, otimizando, consequentemente, o período de internação, os gastos hospitalares e os desfechos clínicos. Entretanto, ainda é necessário sistematizar, padronizar e integrar as estratégias desse cuidado, sempre levando em consideração as individualidades clínicas e anatômicas de cada caso e os recursos disponíveis das instituições.

Sendo assim, esta pesquisa se justifica pela importância de aprofundar o conhecimento sobre as indicações e técnicas cirúrgicas da colectomia parcial, bem como os cuidados envolvidos no manejo terapêutico desse procedimento, a fim de garantir a segurança dos pacientes e assegurar melhores prognóstico e qualidade de vida a eles. Além disso, este estudo visa servir como um material de apoio aos acadêmicos e profissionais da saúde, para incentivar a prática médica baseada em evidências científicas.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Abordar os aspectos técnicos das duas principais abordagens cirúrgicas da colectomia parcial - aberta e laparoscópica -, incluindo suas indicações, generalidades cirúrgicas e cuidados envolvidos no manejo terapêutico.

Objetivos Específicos

a) Demonstrar as principais indicações de colectomias parciais;

b) Discorrer sobre os principais aspectos técnicos da prática cirúrgica aberta e laparoscópica;

c) Comparar ambas as técnicas quanto aos seus benefícios e limitações;

d) Apresentar os principais cuidados envolvidos nos períodos pré-operatório, operatório e pós-operatório.

METODOLOGIA

Para elaborar esta revisão narrativa, foi feito um levantamento bibliográfico, incluindo livros, artigos e documentos científicos que abordassem o tema das colectomias parciais, com foco em suas indicações, aspectos cirúrgicos e cuidados perioperatórios. Houve grande dificuldade em encontrar publicações que tratassem especificamente das técnicas cirúrgicas de colectomia parcial e, por isso, este estudo abordou, sobretudo, os principais detalhes técnicos envolvidos nas colectomias direita e esquerda, uma vez que foram as intervenções mais encontradas no arsenal literário.

Os documentos que não estivessem relacionados diretamente com o tema, como publicações que abordassem outros procedimentos intestinais ou colectomias parciais com condições específicas ou realizadas em populações específicas como a pediátrica foram excluídos.

A pesquisa foi feita a partir de livros renomados e das bases de dados eletrônicos *PubMed*, *SciELO* e *Google Acadêmico*, utilizando os descritores: “colectomia parcial”, “técnicas cirúrgicas”, “cuidados perioperatórios”, “manejo pós-operatório”, “indicações” e “complicações”. Foram selecionadas publicações compreendidas entre os anos de 2004 e 2025, disponibilizadas nos idiomas português, inglês e espanhol.

Além disso, este estudo selecionou as informações mais pertinentes dos textos selecionados, organizando a bibliografia manualmente a fim de evitar duplicidades e destacando conhecimentos convergentes e divergentes entre as obras utilizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Indicações para colectomias parciais

A colectomia parcial é indicada em diversas condições que afetam alguma porção do cólon, incluindo doenças malignas e benignas (Carvalho *et al.*, 2023; Fernandez Junior *et al.*, 2024). O procedimento pode ser realizado em casos de tumores do intestino grosso ressecáveis e não metastáticos, doenças inflamatórias intestinais (Aleixo *et al.*, 2024; Carvalho *et al.*, 2023; Ellison *et al.*, 2023), diverticulite aguda (Carvalho *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2025) e outras condições benignas como pólipos adenomatosos (Aleixo *et al.*, 2024; Macedo; Schraibman, 2017).

Nos casos de câncer, a extensão da ressecção varia conforme a localização do tumor. Tumores de ceco e cólon ascendente são recomendados para a realização de uma colectomia direita, com frequente ressecção de uma pequena porção do íleo distal. Neoplasias de cólon transversal podem ser tratadas com uma transversectomia (Barile *et al.*, 2020), mas, devido à dificuldade técnica dessa localização, a colectomia parcial mais restrita é frequentemente realizada nesses casos, em vez de uma hemicolectomia estendida (Guan *et al.*, 2017). Para câncer de flexura esplênica e cólon descendente, é recomendada a hemicolectomia esquerda, incluindo a ressecção do cólon transversal distal, cólon descendente e cólon sigmoide (Barile *et al.*, 2020). A colectomia esquerda

com anastomose terminoterminal costuma ser muito utilizada em casos de tumores de cólon esquerdo ou de diverticulite complicada (Ellison *et al.*, 2023). Quando a lesão cancerosa está localizada no sigmoide, a técnica empregada costuma ser a sigmoidectomia, preservando o reto (Barile *et al.*, 2020).

Quanto ao tumor de flexura esplênica, há uma controvérsia na literatura no que concerne a técnica aplicada: pode-se optar por uma hemicolectomia esquerda com anastomose de cólon direito e reto ou uma hemicolectomia direita estendida, levando em consideração as variações anatômicas do suprimento vascular do cólon. Tumores perfurados devem ser rigorosamente ressecados a fim de remover, além da malignidade, um grave sítio inicial de sepse. Os tumores múltiplos podem determinar a necessidade de uma colectomia ou subtotal. Além disso, neoplasias do lado esquerdo podem ter grandes dificuldades técnicas quanto à anastomose primária, quase sempre necessitando de uma cirurgia de Hartmann (Philips; Clark, 2017).

Doenças benignas localizadas no íleo terminal e no cólon direito, como pólipos adenomatosos, lipomas, leiomiomas, ileocolite de Crohn e angiodisplasias são indicativas de uma colectomia direita, bem como os casos de adenocarcinoma, linfoma e tumores carcinoides (Macedo; Schraibman, 2017). Além dessas circunstâncias, também pode ser recomendada em casos de tuberculose e volvo de ceco, cólon ascendente ou flexura direita (Ellison *et al.*, 2023). Nessas condições, a abordagem tem como finalidade remover a porção do intestino que está comprometida, deixando margens livres de tumor e promovendo, simultaneamente, uma linfadenectomia adequada para avaliação do estadiamento da doença (Aleixo *et al.*, 2024).

Os casos de doenças inflamatórias intestinais, como a retocolite ulcerativa e a doença de Crohn, podem evoluir com complicações e por isso podem se tornar condições indicativas de uma colectomia parcial. Em torno de 70% dos pacientes com alguma dessas condições podem necessitar de um procedimento cirúrgico de urgência ou de forma eletiva (Carvalho *et al.*, 2023).

A diverticulite aguda pode igualmente evoluir para uma abordagem cirúrgica devido à inflamação ativa dos divertículos ou como forma profilática de tratamento após um histórico prévio (Carvalho *et al.*, 2023), dependendo da gravidade da condição e dos riscos de complicações que podem afetar diretamente a vida do paciente. Em casos complicados, com perfuração, obstrução ou abscesso, quando há falha ou ineficiência do tratamento conservador, é necessário realizar uma colectomia parcial. O procedimento é feito com o intuito de erradicar o processo inflamatório, recompor a função intestinal e melhorar a qualidade de vida do paciente (Oliveira *et al.*, 2025).

Aspectos técnicos da abordagem aberta

A hemicolectomia direita costuma ser iniciada com uma incisão mediana ampla, próxima à cicatriz umbilical, com o objetivo de permitir um acesso amplo do abdome e da pelve (Ellison *et al.*, 2023; Philips; Clark, 2017). Para facilitar a mobilização da flexura hepática, alguns autores preferem que as incisões medianas verticais se estendam dois terços acima do umbigo (Philips; Clark, 2017). De forma alternativa, a incisão mediana transversal logo acima da cicatriz umbilical também viabiliza uma boa visualização para a colectomia direita (Ellison *et al.*, 2023).

O cólon direito é mobilizado inicialmente com a abertura do peritônio na goiteira parietocólica direita, indo do ceco até a flexura hepática (Ellison *et al.*, 2023; Philips; Clark, 2017). A seguir, é realizada a abertura da retrocavidade dos epíplons e a segmentação do grande omento abaixo da arcada gastroepiplóica seguindo até a o sítio de ressecção desejado (Philips; Clark, 2017). É importante que a dissecação do plano entre o mesocólon e a parede abdominal posterior seja feita de maneira cuidadosa, a fim de prevenir lesão duodenal e assegurar que o ureter e os vasos gonadais sejam preservados (Ellison *et al.*, 2023; Philips; Clark, 2017).

Em casos de câncer de cólon direito, é necessário realizar uma inspeção e palpação criteriosa do fígado à procura de metástase e dissecar os linfonodos o mais baixo possível ao longo do percurso dos vasos cólicos e ileocólicos direitos, com atenção para não lesionar qualquer vaso cólico médio ou a vascularização do mesentério superior para o intestino delgado remanescente. Tumores inoperáveis podem exigir uma anastomose laterolateral entre íleo terminal e cólon transverso sem ressecção. (Ellison *et al.*, 2023).

Quanto à homeostasia da transecção, é necessário realizar a secção dos vasos ileocólicos e cólicos direitos em sua origem nos vasos mesentéricos superiores, incluindo a artéria marginal ou o ramo direito da artéria cólica média, a fim de garantir um controle vascular de isolamento completo (Philips; Clark, 2017).

No que diz respeito à hemicolectomia esquerda, é recomendada uma incisão mediana longa que se estende acima da cicatriz umbilical até a sínfise púbica (Philips; Clark, 2017). O corte pode ser iniciado abaixo do nível do umbigo também (Ellison *et al.*, 2023). O cirurgião é posicionado ao lado

esquerdo do paciente (Philips; Clark, 2017; Ellison *et al.*, 2023), e se retrai o cólon sigmoide medialmente para que possa ser realizada a dissecação do peritônio lateral próximo à “linha branca” da fusão, com muito cuidado à manipulação do plano entre o mesentério e as estruturas retroperitoneais, sendo necessário, da mesma forma, preservar o ureter esquerdo, os vasos gonadais e os nervos hipogástricos, a fim de evitar possíveis complicações (Philips; Clark, 2017).

Para mobilizar a flexura esplênica, pode ser feita uma dissecação do omento maior do cólon transversal até a flexura. Neoplasias localizadas na flexura em si exigem uma segmentação do ligamento gastrocólico, mantendo o omento com o espécime. Esse processo deve ser feito com extremo cuidado, devido ao risco de lesão do baço; quando isso ocorre, pode ser necessária uma esplenectomia, mas as lesões pequenas podem ser resolvidas com agentes hemostáticos como oxícelulose (Philips; Clark, 2017).

A artéria mesentérica inferior deve ser ligada em sua origem na aorta, após a abertura do peritônio sobre esta, próximo à quarta porção do duodeno, possibilitando a mobilização do cólon esquerdo. Abaixo da borda inferior do pâncreas, a veia mesentérica inferior deve ser seccionada para completa mobilização do cólon. A ressecção é feita em pontos apropriados no cólon transversal e na junção retossigmoide, preparando o sítio para a anastomose subsequente (Philips; Clark, 2017).

A anastomose pode ser feita por técnica manual ou grampeada. Na sutura manual, é comum a realização de pontos separados de colchoeiro serosa-submucosa com fio de poliamida ou seda 3-0. A anastomose grampeada para a hemicolectomia direita costuma ser feita por uma reconstrução ter-

monoterminal, com o uso de grampeadores lineares e circulares (Ellison *et al.*, 2023; Philips; Clark, 2017). Após a anastomose, não é aconselhado o uso rotineiro de drenos peritoneais, pois não há evidências que indiquem benefícios na redução de complicações (Philips; Clark, 2017).

Na colectomia esquerda, a manipulação do tumor deve ser evitada ao máximo, a fim de minimizar os riscos de disseminação celular tumoral. Também é importante realizar a ligadura da artéria mesentérica inferior para uma linfadenectomia estendida, e mobilizar flexura esquerda do cólon para evitar que a anastomose fique sob tensão. A reconexão das partes do intestino pode ser feita de duas formas: com pontos contínuos ou separados, além de outras alternativas como a triangulação por grampeadores lineares, que contribuem para o alinhamento das bordas mesentéricas e reduzem a necessidade de rotação do mesentério (Ellison *et al.*, 2023).

Ellison *et al.* (2023) ainda reforçam a importância de se palpar as anastomoses para avaliação final de perviedade, e ambas as porções do intestino para verificar estanqueidade e confirmar que não existem vazamentos.

Complicações e cuidados

Na colectomia laparoscópica, o paciente deve ser posicionado em litotomia dorsal, com suportes tipo *yellow fin* para as pernas, possibilitando o cirurgião a se posicionar entre elas, o que permite a facilidade de um ângulo adicional para a dissecação (Briggs; Goldberg, 2017). A posição do paciente também pode ser a smiginológica (Lloyd-Davis) ou decúbito dorsal com inclinação lateral que facilite a mobilização do intesti-

no (Macedo; Schraibman, 2017). Também é importante colocar o paciente sobre espuma acolchoada para evitar que ele deslize na mesa cirúrgica durante o procedimento e as inclinações acentuadas da mesa em Trendelenburg, Trendelenburg reverso e elevação lateral. Os braços podem ser posicionados junto ao corpo, permitindo que o cirurgião e o assistente fiquem do mesmo lado, o que costuma simplificar retração e dissecação. Em colectomias pélvicas - sigmoide e ressecção anterior baixa -, é essencial realizar a descompressão da bexiga com cateter de Foley, não sendo necessário nos casos de colectomia direita ou subtotal (Briggs; Goldberg, 2017).

No intraoperatório, a técnica leva em consideração o posicionamento dos trocartes, o local de extração e a seleção da anastomose - intracorpórea ou extracorpórea. Essas decisões são respaldadas a partir da abordagem realizada - assistida por mão ou totalmente laparoscópica -, o sentido da dissecação - medial para lateral ou lateral para medial -, e a natureza da patologia - benigna ou maligna (Briggs; Goldberg, 2017). O posicionamento dos trocartes pode alterar de acordo com o formato do abdome do paciente, o local da lesão e a preferência do cirurgião, geralmente através de pequenas incisões que “circundam” o segmento que será ressecado, para viabilizar uma técnica ambidextra confortável (Macedo; Schraibman, 2017).

Na colectomia direita, a ligadura dos vasos ileocólicos, cólicos direito e ramos da artéria cólica média deve ser feita proximalmente, sobretudo nos casos de neoplasias para garantir a segurança do procedimento oncológico. Nos casos de doença inflamatória intestinal, por exemplo, os vasos não precisam ser ligados em sua origem. Geralmen-

te, a fibra óptica é posicionada na incisão periumbilical e os três trocartes auxiliares, no quadrante inferior direito, suprapúbico e subxifoide, o que pode variar de acordo com o sentido da dissecação, alterando, também, a ligadura vascular. Para os casos de anastomose extracorpórea, esta deve ser feita através de uma incisão vertical ampliada no local do trocar da câmera (Briggs; Goldberg, 2017).

O pneumoperitônio é realizado através da agulha de Veress, pressurizada entre 12 e 15 mmHg, utilizando 3 a 4 trocartes, sendo dois de 11 mm e um ou dois de 5

mm. Ao realizar uma tração medial, a dissecação se inicia, permitindo a exposição da fáscia de Toldt, para, em sequência, realizar a ligadura dos vasos. Na colectomia direita, é realizada a mobilização do omento e da flexura hepática (Macedo; Schraibman, 2017). A técnica costuma ser realizada com clipagem na origem vascular para otimizar tempo e segurança, mesmo em condições benignas (Ellison *et al.*, 2023; Macedo; Schraibman, 2017).

São três abordagens principais para a realização da hemicolectomia direita: lateral-medial, de cima para baixo (saco menor primeiro) e medial-lateral, sendo esta última a técnica desenvolvida especialmente para a laparoscopia. Essa abordagem medial-lateral segue etapas gerais de colocação dos portais (Hasson umbilical de 12 mm e três de 5 mm em suprapúbica, lateral esquerda e subxifoide); dissecação medial-lateral com os vasos ileocólicos ligados superiormente; mobilização da flexura hepática pelo saco menor; mobilização do íleo terminal, e anastomose extracorpórea. Essa é uma técnica recomendada para padronizar o treinamento e o procedimento em si (Keller *et al.*, 2022).

Ellison *et al.* (2023) corroboram que o acesso à cavidade peritoneal pode ser dado através da técnica aberta ou de Hasson, com insuflação pneumoperitoneal de 15 mmHg e uso preferencial de endoscópio com ângulo de 30°, utilizado trocartes de 10-12 mm no quadrante inferior esquerdo, com portais adicionais em quadrante superior esquerdo e inferior direito para a hemicolectomia direita. A partir da via lateral- medial, com o paciente posicionado em Trendelenburg inclinado 30° para a esquerda, é que se pode realizar a mobilização por via lateral-medial. Então, é feita uma dissecação criteriosa da reflexão peritoneal junto à parede intestinal lateral, permitindo a mobilização do cólon ascendente até a flexura hepática, sempre protegendo o duodeno e o ureter para não os lesionar. A flexura hepática é mobilizada com dispositivo de energia e, quando necessário, os anexos peritoneais e o omento gastrocolônico devem ser divididos para a completa mobilização (Ellison *et al.*, 2023).

O mesentério pode ser dissecado de forma intracorpórea antes de exteriorizar, ou extracorporeamente após a exteriorização do intestino pela incisão ampliada. A anastomose pode ser realizada de forma manual ou grampeada, sendo a técnica laterolateral a preferida entre os cirurgiões para a colectomia direita. Em seguida, recoloca-se o intestino na cavidade, e a incisão de extração é fechada com muito cuidado para evitar complicações (Ellison *et al.*, 2023).

Em casos de doença inflamatória intestinal, a incisão Pfannenstiel com abordagem assistida por mão pode ser feita, posicionando a fibra óptica na incisão periumbilical e utilizando a mão para retrair as aderências laterais, de forma a evitar a mobilização da flexura hepática quando desnecessária. A

anastomose pode ser feita a partir da incisão Pfannenstiel (Briggs; Goldberg, 2017).

Na colectomia esquerda ou na sigmoidectomia, o vaso hemorroidário superior é o principal a ser ligado, e o trocartes devem ser posicionados na região umbilical - para a câmera - e nos quadrantes suprapúbico inferior direito e inferior esquerdo para dissecação, independentemente do sentido da dissecação, seja ele medial para lateral ou lateral para medial. Na dissecação lateral para medial, as aderências do cólon sigmoide até a flexura esplênica devem ser mobilizadas, com cuidado para evitar lesão renal, podendo exigir um trocar adicional para acessar o saco omental menor e dividir o ligamento gastrocolônico (Briggs; Goldberg, 2017).

Na abordagem medial para lateral da colectomia esquerda, a dissecação é iniciada com a elevação do cólon no sentido da parede abdominal, de forma a permitir a exposição e a ligadura dos vasos hemorroidários superiores depois da identificação do ureter esquerdo. Em seguida, o mesentério medial é liberado ao longo da aorta até o duodeno distal, prosseguindo com a divisão do omento gastrocolônico e das aderências laterais para mobilizar completamente o cólon. A anastomose é feita através da incisão Pfannenstiel ou mediana baixa (Briggs; Goldberg, 2017).

Comparação entre as técnicas

Abordar a comparação entre as abordagens aberta e laparoscópica das colectomias parciais leva em consideração a evolução técnica dos procedimentos, o processo de recuperação do paciente e a prática cirúrgica em si. O grupo americano de pesquisadores e cirurgiões, *The Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group* (TCOSTSG - do inglês,

Grupo de Estudo sobre Desfechos Clínicos da Terapia Cirúrgica) realizou uma pesquisa amplamente reconhecida comparando essas técnicas na colectomia, para demonstrar a segurança da laparoscopia. Os autores demonstraram que a colectomia laparoscópica apresenta desfechos equivalentes à cirurgia aberta e até vantajosos no processo de recuperação dos pacientes submetidos à colectomia, principalmente em casos de câncer de cólon (TCOSTSG, 2004).

A recuperação pós-operatória é mais rápida nos indivíduos que passaram pelo procedimento laparoscópico, sem aumento significativo nas complicações gerais quando comparada à cirurgia aberta convencional, uma vez que os momentos críticos da técnica são essencialmente os mesmos (TCOSTSG, 2004). Estudos recentes corroboram com essa informação ao demonstrarem o menor tempo de hospitalização dos pacientes submetidos à laparoscopia, com retorno precoce à rotina cotidiana (Kannan *et al.*, 2015; Melkoniant *et al.*, 2011; Oliveira *et al.*, 2025; Zanatta; Cortes, 2025), além de incluírem características como menor dor pós-operatória, diminuição na necessidade de administração de analgésicos narcóticos, menor incidência de íleo paralítico e de complicações precoces, como pneumonia e infecção da ferida operatória (Kannan *et al.*, 2015; Melkoniant *et al.*, 2011; Zanatta; Cortes, 2025).

Além disso, Kannan *et al.* (2015) estudaram meta-análises que demonstraram menor número de mortalidade perioperatória e morbidade geral com a técnica laparoscópica comparada à aberta, reforçando a eficácia e segurança da laparoscopia, inclusive nas populações mais vulneráveis como a idosa. Também foi identificado por Guan *et al.* (2017), em concordância com a pes-

quisa do grupo TCOSTSG (2004), que os parâmetros operatórios, como extensão da ressecção, tamanho do intestino, quantidade de linfonodos e margens cirúrgicas como nos casos de câncer, não diferem de forma significativa entre ambas as técnicas, confirmando a equivalência oncológica das abordagens.

No entanto, como toda prática cirúrgica, o procedimento laparoscópico apresenta alguns fatores condicionantes, como o maior tempo operatório e a considerável taxa de conversão para cirurgia aberta, influenciando no custo hospitalar e no desfecho clínico do paciente (TCOSTSG, 2004; Carvalho *et al.*, 2023). Outro fator limitante à adoção dessa técnica como padrão inclui a dificuldade técnica e a longa curva de treinamento profissional, sobretudo nos países em desenvolvimento, que possuem uma infraestrutura hospitalar mais precária, demonstrando a restrita implementação aos centros de referência (Carvalho *et al.*, 2023).

A colectomia aberta ainda é muito indicada em casos de urgência, como abdome agudo obstrutivo ou complicações inflamatórias, visto que essas situações são mais complexas e exigem maior agilidade resolutiva e controle (Carvalho *et al.*, 2023; Guan *et al.*, 2017). Nesses cenários, a colectomia parcial aberta ainda se apresenta como opção preferencial, já que leva em consideração a condição clínica do paciente e a extensão da doença (Oliveira *et al.*, 2025).

Portanto, ambas as técnicas apresentam resultados equivalentes, sobretudo os casos oncológicos, mas a laparoscopia tem se destacado cada vez mais por apresentar menores morbidade e período de internação, e melhores resultados a curto prazo (Fernandez *et al.*, 2024; Guan *et al.*, 2017; Kannan *et al.*, 2015; TCOSTSG, 2004; Melkoniant

et al., 2011), sendo considerada a opção recomendada aos procedimento eletivos e aos pacientes que possuem condição clínica adequada para tal técnica. A seleção adequada da técnica deve ser avaliada caso a caso, analisando suas vantagens e limitações, para assegurar os melhores desfechos possíveis aos pacientes (Fernandez *et al.*, 2024; Kanan *et al.*, 2015; Melkoniant *et al.*, 2011).

Aspectos perioperatórios e cuidados pós-operatórios

Diversas medidas para prevenir complicações e otimizar a recuperação dos pacientes estão envolvidas nos cuidados perioperatórios de uma colectomia parcial. No período pré-operatório, é imprescindível realizar uma antibioticoprofilaxia, preferencialmente com cefalosporinas de segunda ou terceira geração, sobretudo em pacientes com doença inflamatória intestinal, que exigem antibioticoterapia específica (Macedo; Schraibman, 2017). Também é importante realizar uma profilaxia tromboembólica, com uso de heparina ou derivados e ferramentas de compressão sequencial, devido ao longo tempo cirúrgico e a restrição de movimento do paciente (Ellison *et al.*, 2023; Macedo; Schraibman, 2017).

Protocolos de recuperação aprimorada (PREs) têm contribuído para minimizar a morbidade e a hospitalização dos pacientes submetidos à cirurgia colorretal, sem elevar as taxas de reinternação, sendo considerados especialmente seguros para as pessoas idosas. Os PREs incluem medidas pré-operatórias, como o preparo mecânico do intestino associado a antimicrobianos orais e endovenosos profiláticos até uma hora antes do procedimento, ducha de clorexidina e sistematização cirúrgica. Quanto às medidas intraoperatórias, é recomendado o uso de protetores

de ferida, troca de aventais e luvas antes do fechamento da incisão, suturas com ação antimicrobiana e controle cuidadoso da glicemia e da temperatura do paciente, além da importância de limitar o tráfego na sala cirúrgica para prevenir infecções de sítio cirúrgico (Irani *et al.*, 2022).

Até duas horas da anestesia geral, é permitido administrar líquidos claros, e a suplementação de carboidratos deve ser realizada nos pacientes que não possuem diabéticos, a fim de minimizar o estresse metabólico; em casos de desnutrição, é necessário realizar suporte nutricional pré-operatório. Durante o procedimento, é crucial evitar hipotensão, mantendo uma pressão arterial média acima de 65 mmHg, visto o risco de lesões cardíacas e renais. Em ocasiões de alto risco ou com grande perda sanguínea, é recomendada a realização de terapia hemodinâmica de acordo com a meta do caso (Irani *et al.*, 2022).

Durante a cirurgia, pode ser necessário realizar tomografias computadorizadas de tórax, abdome e pelve, com o objetivo de procurar alguma lesão metastática. Além disso, antibioticoprofilaxia deve ser feita antes do procedimento, juntamente da inserção do cateter de Foley após a indução anestésica (Ellison *et al.*, 2023).

No período pós-operatório, a movimentação precoce e progressiva do paciente está relacionada com um menor tempo de permanência hospitalar. O uso rotineiro de sondas nasogástricas e drenos intra-abdominais deve ser evitado para reduzir o desconforto e possíveis riscos adicionais (Irani *et al.*, 2022). A alimentação oral deve ser reintroduzida, de maneira preferencial, dentro das primeiras 24 horas pós-procedimento eletivo, com progressão da dieta de acordo com a tolerância do paciente, favorecendo

uma melhor recuperação da função gastrointestinal e contribuindo para minimizar complicações e o retorno da eliminação de gases e fezes (Ellison *et al.*, 2023; Irani *et al.*, 2022).

Em pacientes selecionados, pode-se considerar a alta hospitalar antes mesmo do completo retorno da função intestinal, desde que a dor e a tolerância alimentar estejam controladas, bem como a capacidade de deambulação (Irani *et al.*, 2022). Também é importante observar os casos de diarreia ou evacuações muito frequentes no pós-operatório, podendo ser controlados de forma satisfatória com medicações e dieta (Ellison *et al.*, 2023).

Especificamente na colectomia direita, o preparo pré-cirúrgico deve levar em consideração parâmetros como idade avançada, comorbidades e condição nutricional do paciente, visto que todos esses fatores influenciam no desenvolvimento de complicações no pós-operatório. No planejamento operatório, a angiotomografia com reconstrução tridimensional é um importante instrumento de auxílio da excisão mesocólica completa e na redução de hemorragias durante a cirurgia. Dentre as complicações mais frequentes no pós-operatório, destacam-se infecção de sítio cirúrgico, deiscência de anastomose e íleo paralítico tardio, exigindo uma abordagem terapêutica multidisciplinar, com suporte nutricional, drenagem e, em algumas ocasiões, reabordagem cirúrgica (Aleixo *et al.*, 2024).

Aleixo *et al.* (2024) demonstraram que a presença de comorbidades, o maior tempo operatório e a técnica de anastomose intracorpórea contribuem para um maior risco de complicações pós-cirúrgicas na colectomia direita laparoscópica. A escolha da técnica de anastomose deve ser feita de forma

criteriosa, sendo que a abordagem extracorpórea tem apresentado menor incidência de infecção de sítio cirúrgico. As taxas de mortalidade por complicações graves após colectomia direita podem chegar a 11,1%, e as de morbidade, a 41,7%, reforçando a necessidade de intervenções preventivas e seguimento rigoroso pós-cirurgia.

A recuperação pós-operatória de uma colectomia parcial depende da gravidade da doença que levou ao procedimento, a extensão cirúrgica e as condições clínicas do paciente. Monitoramento contínuo, ajuste alimentar, manejo da dor e suporte multidisciplinar são primordiais para uma melhor recuperação, com resultados clínicos mais satisfatórios, e para o retorno precoce das atividades cotidianas (Oliveira *et al.*, 2025).

Alguns pacientes podem enfrentar obstáculos extras, como dor pós-operatória persistente e dificuldades de se ajustarem à nova dieta. Nesses casos, é essencial envolver uma equipe de profissionais que orientem adequadamente, ofereçam apoio e acompanhamento contínuo ao paciente, auxiliando na superação desses desafios e promovendo uma recuperação mais eficaz (Oliveira *et al.*, 2025).

A análise sistemática dos dados pós-operatórios favorece o aprimoramento das estratégias terapêuticas e a identificação do que deve ser aprimorado ao cuidado do paciente (Oliveira *et al.*, 2025).

CONCLUSÃO

A colectomia parcial é uma prática cirúrgica crucial para tratar diversas enfermidades colorretais e possui múltiplas abordagens técnicas, as quais continuam evoluindo com o decorrer dos anos, principalmente

nas últimas décadas. A cirurgia aberta, apesar de tradicional e ainda muito empregada na prática médica, vem sendo progressivamente substituída por abordagens minimamente invasivas como a laparoscópica, uma vez que apresentam resultados equivalente e até superiores, como no que diz respeito à redução da morbimortalidade, melhor e mais rápida recuperação pós-operatória, possibilitando e menores custos hospitalares em termos de hospitalização.

Comparativamente à cirurgia aberta, a técnica laparoscópica proporciona menor tempo de internação, menos dor pós-operatória e um egresso precoce às atividades cotidianas. Embora o tempo cirúrgico e a curva de aprendizagem e treinamento dessa técnica sejam maiores, suas vantagens clínicas são relevantes e confirmadas em estudos reconhecidos na comunidade científica. Entretanto, sua adoção ainda é limitada, principalmente nos países em desenvolvimento com menores infraestrutura e capacitação técnico-profissional.

Para minimizar a ocorrência de complicações e otimizar os resultados, os aspectos perioperatórios e os cuidados após o procedimento, independentemente de qual tenha sido utilizado, devem ser devidamente planejados e aplicados. Protocolos de recuperação aprimorada, administração adequada de profilaxias antimicrobianas e tromboembólicas, bem como reabilitação acompanhada de uma equipe multidisciplinar são estratégias cruciais para assegurar melhores resultados ao paciente, principalmente no prognóstico e na qualidade de vida dos pacientes. O tratamento deve ser individualizado, com base na avaliação clínica criteriosa de cada um deles, selecionando a abordagem mais apropriada, a fim de garantir a segurança e efetividade do procedimento.

Sendo assim, quando a colectomia é feita a partir de uma técnica adequada e sob cuidados rigorosos, a cirurgia é representada como uma abordagem segura e eficaz para o manejo terapêutico de doenças colorretais, como câncer, doenças inflamatórias intestinais e diverticulite aguda, proporcionando resultados clínicos satisfatórios.

REFERÊNCIAS

Aleixo, G. H. *et al.* **Cuidados Pré-operatórios e Complicações Pós-operatórias na Colectomia Direita.** *Br. J. of Implant. and Heal. Scie. [S.l.]*, v. 6, n. 8, p. 3761-3771, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3118>. Acesso em: 30 jul. 2025.

Barile, H. F. *et al.* **Colectomia direita ampliada em paciente com câncer de cólon localmente avançado: relato de caso.** *Revista Eletrônica Acervo Saúde [S.l.]*, v. 53, p. e3523, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3523>. Acesso em: 31 jul. 2025.

Briggs, A.; Goldberg, J. **Tips, Tricks, and Technique for Laparoscopic Colectomy.** *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, v. 30, n. 2, p. 130-135. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5380454/>. Acesso em: 04 de ago. 2025.

Carvalho, C. N. *et al.* **Colectomia aberta x videolaparoscópica no Brasil entre 2016 e 2021: um panorama epidemiológico.** *Rev. Ibero-Americana de Hum., Cien. e Ed. - REASE [S.l.]*, v. 9,n.6,p.3066-3076,2023.Disponívelem: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10148>. Acesso em: 29 jul. 2025.

Ellison, E. C.; Zollinger Jr., R. M., Pawlik, T. M.; Vaccaro, P. S. **Zollinger Atlas de Cirurgia.** 11ª edição. Revisão técnica Francisco Tustumi; tradução Angela Satie Nishikaku, Mariângela Vidal Sampaio Fernandes. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

Fernandez Junior, E. J. A. *et al.* **Impacto da colectomia videolaparoscópica na sobrevida do paciente.** *Lumen et Virtus*, São José dos Pinhais, v. 15, n. 41, p. 4903-4910, 2024. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/618>. Acesso em: 31 jul. 2025.

Guan, X. *et al.* **Wheter partial colectomy is oncologically safe for patients with transverse colon cancer: a large population-based study.** *Oncotarget [S.l.]*, v. 8, n. 54, p. 93236-93244, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5696259/>. Acesso em: 30 jul. 2025.

Irani, J. L. *et al.* **Clinical Practice Guidelines for Enhanced Recovery After Colon and Rectal Surgery From the American Society of Colon and Rectal Surgeons and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons.** *Dis. Colon Rectum [S.l.]*, v. 66, n. 1, p. 15-40, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9746347/>. Acesso em: 01 ago. 2025.

Kannan, U. *et al.* **Laparoscopic vs open partial colectomy in elderly patients: Insights from the American College of Surgeons - National Surgical Quality Improvement Program database.** *World Journal of Gastroenterology [S.l.]*, v. 21, n. 45, p. 12843-12850, 2015. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4671039/>. Acesso em 29 jul. 2025.

Keller, D. S. *et al.* **The SAGES MASTERS program presents: the 10 seminal articles for the laparoscopic right colectomy pathway.** *Surg. Endosc. [S.l.]*, v. 36, n. 7, p. 4639-4649. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9160096/>. Acesso em: 31 jul. 2025.

Macedo, A. L. V Schraibman, V. **Colectomia Direita** In: Macedo, A. L. V.; Schraibman, V. **Atlas de cirurgia minimamente invasiva e robótica: cirurgia gastrointestinal**, p. 149-158. Porto Alegre: Artmed, 2017

Melkoniant, E. *et al.* **Colectomía parcial lapa-**

roscópica electiva por enfermedad diverticular. *Rev. Chilena de Cirugía [S.l.]*, v. 63, n. 1, p. 59-63, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262011000100010>. Acesso em: 31 jul. 2025.

Oliveira, M. F. P. *et al.* **Colectomia parcial em pacientes com diverticulite aguda complicada.** *Revista Estudos Acadêmicos em Saúde [S.l.]*, v. 1, n. 1, p. 94-105, 2025. Disponível em: <https://reas.ojsbr.com/reas/issue/view/3/3>. Acesso em: 30 jul. 2025.

Philips, R. K. S.; Clark, S. **Cirurgia Colorretal: Um companheiro para a prática cirúrgica do especialista.** 5ª edição. Revisado por Carlos Walter Sobrado, Fernando Cordeiro, Michel Gardere Camargo. Traduzido por Adriana de Siqueira, Aldacilene Souza da Silva, Denise C. Rodrigues, Eliseanne Nopper, Flor de Letras Editorial, Keila Carolina de Ornella Dutka Garcia, Lila Lér Monteiro da Rocha, Maria Helena Lucatelli, Mirela Lienly Ong Hosomi, Sueli Toledo Basile. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2017.

The Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group (TCOSTSG). **A comparison of Laparoscopically Assisted and Open Colectomy for Colon Cancer.** *N. Engl. J. Med.*, v. 350, n. 20, p. 2050-2059, 2004. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa032651>. Acesso em: 29 jul. 2025.

Zanatta, J. P.; Cortes, L. H. **Efeitos da colectomia videolaparoscópica na redução de complicações pós-operatórias.** *Lumen et Virtus [S.l.]*, v. 16, n. 50, p. 8418-8426, 2025. DOI:10.56238/levv16n50-032. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/6436>. Acesso em: 31 jul. 2025.