

Hepatectomia após complicação de colecistectomia videolaparoscópica – relato de caso

Hepatectomy after complication of laparoscopic cholecystectomy – Case report

Vanessa Akemi Minassaki¹, Caroline Esposito Garcia¹, Tatiane Alves de Mello San Martin¹, Marcos Belotto de Oliveira², André de Moricz³, Adhemar Monteiro Pacheco Jr.⁴, Rodrigo Altenfelder Silva⁴, Tércio De Campos⁴

Resumo

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente portadora de estenose de vias biliares decorrente de lesão iatrogênica causada durante a colecistectomia videolaparoscópica. **Método:** Foi realizada revisão da literatura, revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e acompanhamento do procedimento cirúrgico. **Considerações finais:** A lesão iatrogênica das vias biliares é uma das principais complicações decorrentes da colecistectomia videolaparoscópica, situação onde ocorre aumento da morbidade, sendo importante o diagnóstico precoce de tais complicações.

Descritores: Doenças biliares, Colecistectomia, Hepatectomia

Abstract

Objective: To report a case of biliary tract stenosis due to iatrogenic damage caused during the surgical procedure of cholecystectomy. **Methods:** It was done a review of the literature and of the patient records, interview with the patient, photographic record of diagnostic methods and follow up the surgical procedure. **Final thoughts:** Iatrogenic injury of biliary tract is one of the main complications resulting from

the laparoscopic cholecystectomy, increasing the morbidity caused by it, for that is important to do early diagnosis of such complications.

Keywords: Biliary tract diseases, Cholecystectomy, Hepatectomy

Introdução

A lesão iatrogênica das vias biliares é uma das complicações mais temidas pelo cirurgião, pois pode trazer consequências permanentes para o doente. Na modalidade aberta da colecistectomia, o risco de lesão de vias biliares (LDB) é em torno de 0,1 a 0,2%, sendo que a estimativa para a videolaparoscopia é até 0,85%⁽¹⁾.

Os principais fatores de risco para LDB são obesidade, grau de inflamação da vesícula biliar, variações anatômicas e sangramento intraoperatório⁽¹⁾. Aspectos da técnica operatória empregada como exposição incorreta de estruturas e dificuldade em diferenciar ducto cístico e colédoco também são apontados como determinantes de lesão às vias biliares⁽¹⁾.

O tratamento da LDB diagnosticada no intraoperatório pode incluir a realização da conversão para cirurgia convencional e confecção de anastomose biliodigestiva, que pode ter como complicação a estenose desta anastomose⁽²⁻³⁾.

A colestase prolongada com dano ao fígado pode ocorrer mesmo após tratamentos operatórios adequados. A correção de lesões proximais biliares em pacientes com múltiplas operações é factível e o caso relatado ilustra esta situação⁽⁴⁾.

Descrição do Caso

TFF, sexo feminino, 36 anos, casada, professora, natural e procedente de São Paulo - SP. Há 6 anos (2008), realizou colecistectomia videolaparoscópica em outro serviço, com lesão de via biliar e conversão para laparotomia com realização de derivação bilio-

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 6º ano do Curso de Medicina

2. Médico Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Departamento de Cirurgia - Grupo de Vias Biliares e Pâncreas

3. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Cirurgia

4. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia

Trabalho realizado: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Departamento de Cirurgia

Endereço para correspondência: Vanessa Akemi Minassaki. Rua Ana Cintra, 192, aptº 34 – Campo Elíseo, 01201-060 – São Paulo – SP. E mail: vanessa.akemi@hotmail.com

digestiva hepaticojejunal e anastomose entero-ental em Y de Roux.

Um ano e meio depois (2010), a paciente deu entrada no Pronto Socorro central da Santa Casa com queixa de dor em hipocôndrio direito, sem relação com a alimentação, icterícia, adinamia e perda ponderal. Os exames laboratoriais evidenciaram fosfatase alcalina de 1625 U/L, gama glutamil transferase de 359 U/L, aspartato aminotransferase de 83 U/L, alanina aminotransferase de 106 U/L e bilirrubina total de 3,9 U/L com bilirrubina direta de 1,7 U/L e bilirrubina indireta de 2,2 U/L. A tomografia computadorizada de abdome, a ressonância magnética de abdome superior e a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (figuras 1 e 2) evidenciaram estenose da anastomose da derivação biliodigestiva, dilatação da via biliar intra-hepática do lobo direito e trombose de ramo portal direito. Foi estabelecido e realizado o diagnóstico e tratamento da colangite com o emprego de antibióticos e a colocação de um dreno tranparietohepatico com extremidade na altura da anastomose hepaticojejunal. A paciente passou a fazer acompanhamento ambulatorial com o grupo de pâncreas e vias biliares da cirurgia geral da Santa Casa, onde foi realizado o planejamento do tratamento cirúrgico e, durante 4 anos e meio, a drenagem biliar foi realizada por meio do dreno tranparietohepatico evitando a recidiva do quadro de colangite.

Em virtude da idade da paciente e de apresentar uma doença benigna, foi realizada hepatectomia direita. No momento da internação encontrava-se em bom estado geral e nutricional, sem icterícia, permanecendo apenas a queixa de dor em hipocôndrio direito. Os exames laboratoriais evidenciaram bilirrubinas e albumina normais, fosfatase alcalina de 254 U/L, gama GT de 216 U/L, TGO de 33 U/L e TGP de 41 U/L. No intra-operatório foi constatada hipotrofia e dilatação dos ductos intra-hepáticos do lobo hepático direito e hipertrofia do lobo hepático esquerdo. Foi realizada hepatectomia direita (figuras 3 e 4) com drenagem da cavidade abdominal sem intercorrências, A avaliação anatomo-patológica da peça ressecada evidenciou intensa proliferação fibrosa com acometimento dos espaços porta e dos ductos biliares, além de um processo inflamatório linfocitário e dilatação de ramos da veia porta.

A paciente teve boa evolução pós-operatória, recebeu dieta no primeiro dia de pós-operatório com boa aceitação e permaneceu internada na unidade de terapia intensiva por dois dias. Recebeu alta hospitalar no sétimo dia de pós-operatório, sem intercorrências, sendo acompanhada ambulatorialmente.

Discussão

A colecistectomia é um procedimento frequente-

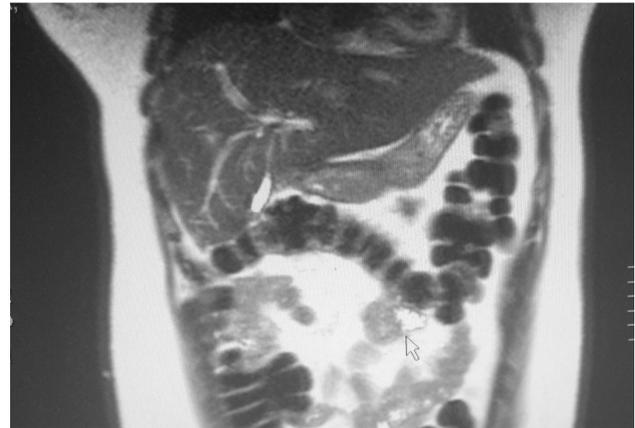


Figura 1 – Dilatação das vias biliares intra-hepáticas do lobo direito (RNM).



Figura 2 – Estenose da derivação biliodigestiva (CPRE).

mente realizado, mas pode ocorrer a lesão das vias biliares de maneira iatrogênica.

A lesão do ducto biliar (LDB) após colecistectomia é definida como a lesão acidental de qualquer porção da via biliar, que se manifesta durante ou após a operação com vazamento biliar ou com obstrução causada pela estenose da via biliar⁽⁶⁾. Enquanto o índice de lesões graves dos ductos biliares após colecistectomia via aberta mantinha-se entre 0,2 a 0,3 %, com o advento da laparoscopia, esse índice teve um aumento de até 0,85%⁽⁶⁻⁸⁾, ocorrendo estenose de via biliar, atrofia hepática, colangite e litíase intra-hepática, fibrose, cirrose biliar secundária e hipertensão portal.

A estenose é a manifestação tardia mais comum de LDB que não é diagnosticada ou que evolui mal após o reparo das vias biliares⁽⁹⁻¹⁰⁾, sendo possível o seu desenvolvimento no período de seis semanas até 15 anos após a LDB⁽¹¹⁻¹²⁾, com sinais iniciais que incluem icterícia obstrutiva com prurido, colangite e, mais raramente, colestase, abscesso intra-hepático ou cole-



Figura 3 – Aspecto do fígado após ressecção do lobo hepático direito.

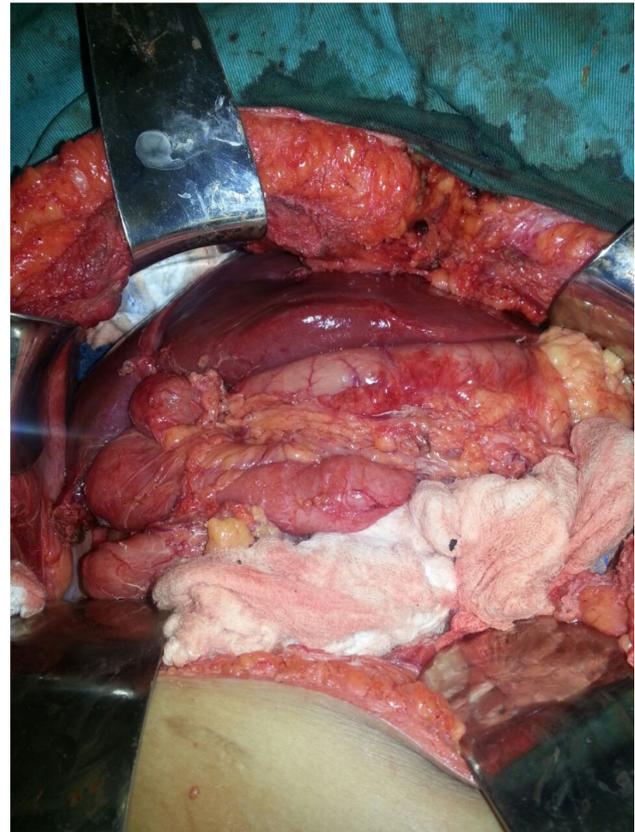


Figura 4 – Aspecto da cavidade abdominal após ressecção do lobo hepático direito.

docolitíase proximal. A ocorrência destas complicações comprometem a qualidade de vida e o prognóstico destes doentes. Algumas complicações são mais graves como a cirrose biliar e insuficiência hepática⁽¹³⁾.

Pode ocorrer atrofia de metade do fígado e hipertrofia compensatória da outra metade, em aproximadamente 10% destas lesões⁽¹⁴⁾ e a principal causa da formação desse complexo provavelmente é a obstrução biliar prolongada de um ducto biliar ou um estreitamento proximal do ducto biliar. Pode estar associada à obstrução portal (em casos de lesão vasculo-biliar)⁽¹⁵⁾ e ao desenvolvimento de cirrose biliar secundária.

O fígado atrófico também deve ser drenado, se possível, durante a reparação ductal, pois podem ocorrer surtos de colangite e o desenvolvimento de litíase intra-hepática. A presença de atrofia do fígado não requer a ressecção, desde que o fígado atrófico não seja responsável pelos sintomas^(14,16). No entanto, a hepatectomia pode ser necessária nos primeiros anos após a colecistectomia, às vezes até como um procedimento de emergência em caso de grave lesão vasculo biliar com necrose hepática⁽¹⁷⁾, apesar de ser mais indicada de maneira eletiva para pacientes sintomáticos, após falha de endoscópica ou do tratamento cirúrgico de LDB.

Considerações Finais

O caso relatado descreve a lesão e estenose de via biliar, com o desenvolvimento de complicações graves após colecistectomia videolaparoscópica.

O cuidado na disseção e determinação das estruturas biliares é o princípio mais importante para evitar casos como este, que necessitou de procedimentos complexos para sua resolução.

Referências Bibliográficas

1. Chari RS, Shah SA. Vias biliares. In: Townsend CM Jr, Beuchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editores. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. V.2, p. 1452-65.
2. Aguiar GB, Oliveira CIB, Silva Júnior JBS, Santos LS, Vieira SC. Lesão iatrogênica de vias biliares. Rev Col Bras Cir. 2005; 32:69-73.
3. Milcent M, Santos EG, Bravo Neto GP. Lesão iatrogênica da via biliar principal em colecistectomia videolaparoscópica. Rev Col Bras Cir. 2005; 32:332-6.
4. Andrade AC. Reconstrução cirúrgica da estenose cicatricial de vias biliares pós-colecistectomia. Rev Col Bras Cir. 2012; 39:99-104.
5. Barbier L, Souche R, Slim K, Ah-Soune P. Long-term consequences of bile duct injury after cholecystectomy. J Visc Surg. 2014; 151:274-85.

6. Marson AC, Mali Junior J, Oliveira RG, Valezi AC, Brito EM, Libos Júnior F. Tratamento cirúrgico das estenoses da via biliar. *Rev Col Bras Cir*. 2004; 31:224-7.
7. Orlando R^{3rd}, Russell JC, Lynch J, Mattie A. Laparoscopic cholecystectomy: a statewide experience. The Connecticut Laparoscopic Cholecystectomy Registry. *Arch Surg*. 1993; 128:494-9.
8. Deziel DJ, Millican KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77,604 cases. *Am J Surg*. 1993; 165:9-14.
9. Murr MM, Gigot JF, Nagorney DM, Harmsen WS, Ilstrup DM, Farnell MB. Long-term results of biliary reconstruction after laparoscopic bile duct injuries. *Arch Surg*. 1999; 134:604-9.
10. Pottakkat B, Sikora SS, Kumar A, Saxena R, Kapoor VK. Recurrent bile duct stricture: causes and long-term results of surgical management. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2007; 14:171-6.
11. Mercado MA, Chan C, Orozco H, Villalta JM, Barajas-Olivas A, Eraña J, et al. Long-term evaluation of biliary reconstruction after partial resection of segments IV and V in iatrogenic injuries. *J Gastrointest Surg*. 2006; 10:77-82.
12. Pottakkat B, Vijayahari R, Prakash A, Singh RK, Behari A, Kumar A, et al. Factors predicting failure following high bilio-entericanastomosis for post-cholecystectomy benign biliary strictures. *J Gastrointest Surg*. 2010; 14:1389-94.
13. Csendes, A, Diaz C, Burdiles P, Nava O, Yarmuch J, Maluenda F, et al. Indications and results of hepaticojejunostomy in benign strictures of the biliary tract. *Hepatogastroenterology*. 1992; 39:333-6.
14. Pottakkat B, Vijayahari R, Prasad KV, Sikora SS, Behari A, Singh RK, et al. Surgical management of patients with post-cholecystectomy benign biliary stricture complicated by atrophy-hypertrophy complex of the liver. *HPB (Oxford)*. 2009; 11:125-9.
15. Kim RD, Kim JS, Watanabe G, Mohuczy D, Behrns KE. Liver regeneration and the atrophy-hypertrophy complex. *Semin Intervent Radiol*. 2008; 2:92-103.
16. Laurent A, Sauvanet A, Farges O, Watrin T, Rivkine E, Belghiti J. Major hepatectomy for the treatment of complex bile duct injury. *Ann Surg*. 2008; 248:77-83.
17. Mercado MA, Sánchez N, Ramírez-del Val F, Cerón RC, Urencio JM, Domínguez I. Indicaciones de hepatectomía en lesión biliar iatrógena. *Rev Gastroenterol Mex*. 2010; 75:22-9.

Trabalho recebido: 23/06/2015

Trabalho aprovado: 29/09/2015