

FIGURA 2 - Aspecto final da hepatectomia direita estendida

DISCUSSÃO

Com o advento do ALPPS tornou-se possível alcançar hipertrofia de FLR em 75%, em média, de uma forma rápida e ao longo de um período médio de nove dias⁴. No entanto, os autores relataram altas taxas de morbidade e mortalidade, particularmente no que diz respeito à operação inicial, com altas taxas de fístula biliar e sangramento intra-operatório.

No nosso caso, com o uso de BRCN, não há nenhuma necessidade de mobilização extensiva hepática. Assim, é possível realizar o primeiro procedimento com menor incisão abdominal. Ao fazer duas colunas de tecido hepático desnaturado eliminamos os ramos colaterais entre os segmentos III e IV, com excelentes resultados na hipertrofia do fígado remanescente (158%). Além disso, a ocorrência de fístula biliar reduz significativamente e, na segunda operação, o parênquima do fígado pode ser cortado com bisturi de forma rápida e simples, sem derramamento de sangue.

Acreditamos que a necrose induzida por radiofrequência é um forte estímulo metabólico para a migração de fatores angiogênicos e regeneração hepática, acrescentando importante contribuição para hipertrofia FLR, uma vez que o aumento do nosso relato foi muito acima da média do trabalho inicial. Não é possível tirar conclusões a partir de um único relato. Mais estudos são necessários, e já está em andamento a nossa série de casos.

Assim, usando BRCN em hepatectomias em dois estágios representa uma nova técnica para facilitar o procedimento. A sua utilização em conjunto com ligadura portal, que nós nomeamos ALRPS, é fácil de executar e tem suas próprias vantagens, especialmente no que diz respeito à redução do trauma cirúrgico de hepatotomia complexa e suas complicações (hemorragia peri-operatória, tempo cirúrgico prolongado), como bem evita a dissecação dos ligamentos hepáticos.

REFERÊNCIAS

1. Adam R, Laurent A, Azoulay D et al. Two-stage hepatectomy: a planned strategy to treat irresectable liver tumors. *Ann Surg*. 2000; 232:777-785.
2. Kokudo N, Shindoh J. How can we safely climb the ALPPS? *Updates Surg*. 2013, 65:175-177.
3. Sampaio JA, Waechter FL, Passarin TL et al. Is it possible to reduce the bleeding in hepatic resections without conducting total or partial vascular exclusion? Results of the use of bipolar radiofrequency with cold needles. *Arq Bras Cir Dig*. 2011; 24(2):159-163.
4. Schnitzbauer AA, Lang SA, Goessmann H, et al. Right portal vein ligation combined with in situ splitting induces rapid left lateral liver lobe hypertrophy enabling 2-staged extended right hepatic resection in small-for-size settings. *Ann Surg*. 2012;255:405-414.
5. Steele G, Ravikummar TS. Resection of hepatic metastases from colorectal cancer. *Biologic perspective*. *Ann Surg* 1989; 210: 127-138.

ABCDV/1131

ABCD Arq Bras Cir Dig

2015;28(3):219

DOI: /10.1590/S0102-67202015000300020

Carta ao Editor

CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR COMO ACHADO INCIDENTAL ENCONTRADO NA RESOLUÇÃO DE ÍLEO BILIAR EM DOIS TEMPOS

Gallbladder cancer as incidental finding in two stage resolution of gallstone ileus

César Muñoz **CASTRO**^{1,3}, Héctor Losada **MORALES**², Marcelo Santelices **BAEZA**³.

Trabalho realizado no ¹Departamento de Cirugía, Universidad Católica del Maule, Talca; ²Departamento de Cirugía, Universidad de la Frontera, Temuco; ³Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Correspondência:

César Muñoz Castro
cesamunozcastro@gmail.com

Recebido para publicação: 16/09/2014
Aceito para publicação: 26/03/2015

INTRODUÇÃO

Íleo biliar é complicação rara da doença biliar quando um cálculo da vesícula biliar ou excepcionalmente a partir do ducto biliar principal causa obstrução luminal intestinal¹⁰. Sua incidência permanece constante ao longo dos anos em 0,9 casos por 100.000 internações/ano⁶.

O diagnóstico é normalmente difícil por causa da ausência de sintomas específicos, e, por vezes, a remissão parcial deles durante a migração do cálculo através da luz. Essa situação geralmente atrasa a consulta até que ocorra maior comprometimento do estado geral. Os exames de imagem, ou radiologia simples, ultrassonografia ou tomografia axial do abdome são úteis no diagnóstico¹. O tratamento inicial é a reanimação e estabilização do desequilíbrio eletrolítico que possa apresentar e depois resolução cirúrgica da obstrução intestinal.

O objetivo deste trabalho foi apresentar câncer de vesícula biliar na resolução em dois estágios de íleo biliar e discutir aspectos sobre o tratamento desta doença.

RELATO DO CASO

Mulher de 72 anos com doença cardíaca coronária procurou atendimento médico devido à dor abdominal no quadrante superior direito, mais epigástrica, e vômitos de alguns dias de evolução. Seu exame físico mostrou sensibilidade no quadrante superior direito, sem massa palpável. O teste de laboratório resultou com leucocitose de 14.900 cel / mm³, proteína C reativa de 104 mg/dl e todos outros exames normais. Foi realizado estudo radiológico simples abdominal (Figura 1) e ultrassonografia abdominal que mostrou pneumobilia associada à imagem ovóide em médio jejuno com alteração no calibre do intestino. Com diagnóstico de íleo biliar laparotomia exploradora foi realizada achando dois grandes cálculos biliares em médio jejuno. Foi realizada enterotomia longitudinal, com enterolitotomia e fechamento em um plano de sutura. A paciente evoluiu sem complicações e foi com alta no 5º dia após a operação.



FIGURA 1 – Estudo radiológico mostra pequena dilatação do intestino e pneumobilia

Um mês após a operação a paciente estava assintomática. Uma nova ultrassonografia foi realizada que mostrou vesícula biliar escleroatrófica sem evidência de colelitíase e ducto biliar comum de 5 mm. Ela rejeitou nova operação para colecistectomia e fechamento da fístula biliar e foi mantida em controle ambulatorial.

Dois anos após ela teve episódios de dor abdominal em cólicas, associados com icterícia e colúria flutuante. Ultrassonografia abdominal e colangioressonância revelou vesícula biliar escleroatrófica alitiásica, com dilatação do ducto biliar extra-hepático e coledocolitíase. Com estes resultados, laparotomia exploratória indicada para colecistectomia e exploração do colédoco. Na operação foi encontrado processo aderencial subhepático com vesícula biliar escleroatrófica, persistência de fístula colecistoduodenal ativa e dilatação do ducto biliar extra-hepático de 12 mm. Colecistectomia com ressecção em bloco do trajeto fistuloso com o duodeno comprometido foi realizada, com oexploração do ducto biliar comum extração de várias cálculos biliares pigmentares, coledocostomia com Kehr nº 16 e o fechamento do duodeno em um plano. A paciente evoluiu sem sinais de complicação e recebeu alta no terceiro dia após a operação.

O exame histopatológico da peça cirúrgica foi pT1b (Figura 2). Após 24 meses de seguimento ela permanecia assintomática, sem sinais de recidiva local ou sistêmica.

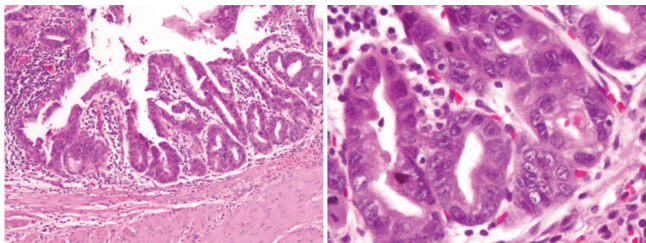


FIGURA 2 - Neoplasia epitelial com padrão túbulo-papilar, células com anisocariose, hipercromasia, nucléolo proeminente e ocasionais mitoses atípicas

DISCUSSÃO

O íleo biliar é responsável por 1-4% das obstruções intestinais e pode chegar até mais de 20% quando são considerados apenas os pacientes com mais de 60 anos⁵. A obstrução ocorre em qualquer nível do aparelho digestivo, mas o local mais frequente

é o íleo distal (>60%)⁸. As obstruções gastroduodenais devidas a cálculos podem apresentar síndrome de retenção gástrica ou síndrome de Bouveret⁴.

O diagnóstico clínico não é fácil, devido à evolução lenta e intermitente da doença; nesta fase, exames de imagem podem ser úteis. Raio-x abdominal simples pode mostrar pneumobilia, dilatação intestinal com níveis hidroaéreos e evidência radiológica de cálculo, ou tríade de Rigler. O ultrassom abdominal pode mostrar pneumobilia, confirmar a presença de cálculos biliares e ocasionalmente demonstrar cálculo ou fístulas digestivas biliares no lúmen intestinal. Tomografia computadorizada abdominal tem provado ser útil no diagnóstico pré-operatório e permite caracterizar o estado clínico e a amplitude da obstrução.

Para o tratamento cirúrgico várias alternativas têm sido propostas. A primeira, corresponde a enterolitotomia ou ressecção intestinal como único tratamento, sem outra intervenção. Esta opção geralmente é realizada em pacientes com alto risco cirúrgico ou em quem a expectativa de vida é mais baixa devido a comorbidades⁷. A segunda, é chamada de “resolução de dois tempos”; esta modalidade contemplar enterotomia ou ressecção intestinal como primeiro passo, e 4-6 semanas após a resolução do íleo biliar, a colecistectomia é realizada com o reparo da fístula⁹. O terceiro, é operação em “um tempo” que contempla enterolitotomia ou ressecção intestinal, colecistectomia e reparação da fístula biliar no mesmo ato operatório; no entanto, esta modalidade está associada com maior morbidade e é recomendada para pacientes mais jovens, sem comorbidades e com baixo risco cirúrgico⁸. A cirurgia laparoscópica é também opção de tratamento que tem provado ser eficaz para o íleo biliar com as mesmas diferentes alternativas anteriormente discutidas^{2,6}. Há relatos de resolução espontânea e evacuação de íleo biliar com o tratamento não-cirúrgico conservador, mas que evoluem com piores resultados em termos de morbidade e mortalidade em comparação com o tratamento cirúrgico³.

Os pacientes tratados com operação em dois tempos podem rejeitar a segunda intervenção, se eles não apresentam sintomas após quatro semanas, ou alguns cirurgiões evitam este procedimento em pacientes idosos com ausência da doença litíase residual em ultrassonografia de controle. Nós acreditamos que o risco de câncer de vesícula biliar deve ser considerado nestes doentes durante a sua evolução, porque, embora pouco frequente, esta população tem risco mais elevado do que a população em geral com somente colecistolitíase¹¹.

REFERÊNCIAS

1. Delabrousse E, Bartholomot B, Sohm O, Wallerand H, Kastler B. Gallstone ileus: CT findings. *Eur Radiol.* 2000; 10(6): 938-40.
2. El-Dhuwaib Y, Ammori BJ. Staged and complete laparoscopic management of cholelithiasis in a patient with gallstone ileus and bile duct calculi. *Surg Endosc.* 2003; 17(6): 988-9.
3. Hsu KF, Yu JC, Hsieh CB, Chan DC, Chang YM, Chen PJ, et al. Gallstone ileus with spontaneous resolution. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011; 103(5): 277-8.
4. Iniguez A, Butte JM, Zuniga JM, Crovari F, Llanos O. [Bouveret syndrome: report of four cases]. *Rev Med Chil.* 2008; 136(2): 163-8.
5. Manterola C, Lopez A, Asencio L. Obstrucción intestinal. A propósito de un estudio de 773 casos. *Rev Chil Cir.* 1996; 48(5): 429-39.
6. Moberg AC, Montgomery A. Laparoscopically assisted or open enterolithotomy for gallstone ileus. *Br J Surg.* 2007; 94(1): 53-7.
7. Ravikumar R, Williams JG. The operative management of gallstone ileus. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010; 92(4): 279-81.
8. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994; 60(6): 441-6.
9. Riaz N, Khan MR, Tayeb M. Gallstone ileus: retrospective review of a single centre's experience using two surgical procedures. *Singapore Med J.* 2008; 49(8): 624-6.
10. Rivoira G, Barotto M, Parodi M, Napolitano D, Viscido G, Doniquian M, et al. Íleo biliar en paciente colecistectomizado: Caso clínico. *Rev Chil Cir.* 2008; 60(3): 236-40.
11. Sanada T, Baba H, Ohba A, Wakabayashi M, Ebana H, Nakamura H, et al. [Gallbladder carcinoma, progressed along cholecystoduodenal fistula—a case report]. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2010; 37(12): 2717-9.