

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ESTENOSES DA VIA BILIAR

SURGICAL MANAGEMENT OF THE BILIARY TRACT STRICTURE

Antônio César Marson¹; Jorge Mali Júnior²; Rodrigo Gomes de Oliveira²;
Antônio Carlos Valezi, TCBC-PR³; Edivaldo Macedo de Brito, ACBC-PR⁴; Farid Libos Júnior⁵

RESUMO: Objetivos: As estenoses benignas da via biliar (EBVB) decorrem de lesões iatrogênicas em 95% casos. Embora pouco frequentes seu prognóstico é sombrio, e a prevenção é o melhor tratamento. O objetivo deste trabalho é estudar a conduta cirúrgica nas EBVB e seus resultados. **Método:** Foram analisados retrospectivamente, 11 pacientes submetidos à correção de EBVB no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP) no período de Julho/1992 a Dezembro/2001. **Resultados:** Nove pacientes eram do sexo feminino e dois do masculino, com média de idade de 43,71 (\pm 17,05) anos. A cirurgia que originou a lesão foi colecistectomia aberta em 81,8% dos pacientes e por laparoscopia em 18,2%. Os sinais e sintomas mais frequentes foram icterícia (64,3%), dor (64,3%), e febre (21,4%). O diagnóstico foi confirmado por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) em 90,9% dos casos e por colangiografia transparieto- hepática (CTPH) em 9,1%. Segundo os critérios de Bismuth lesões do tipo I ocorreram em 18,2% dos casos, tipo II em 45,4%, tipo III em 18,2% e tipo IV em 18,2%. O tratamento cirúrgico para as EBVB foi anastomose colédoco-duodenal, anastomose hepático-jejunal em Y de Roux, anastomose hepático-jejunal à Hepp-Couinaud e anastomose hepático-jejunal com enxertia de mucosa (Smith), para as lesões tipo I,II,III e IV, respectivamente. Seis (54,55%) pacientes apresentaram complicações pós-operatórias, e dois (18,2%) evoluíram para óbito. **Conclusões:** As correções cirúrgicas das EBVB apresentam altos índices de complicações e devem ser realizadas em centros especializados. Em geral estas estenoses decorrem de lesões iatrogênicas durante colecistectomias.

Descritores: Estenose Biliar; Colecistectomia; Anastomose Biliodigestiva.

INTRODUÇÃO

As estenoses benignas da via biliar (EBVB) incluem todas as estenoses congênitas ou adquiridas, secundárias a processos inflamatórios ou cicatriciais de diversas etiologias¹. Na maioria das vezes, a lesão é iatrogênica (71 a 95%), sendo a colecistectomia, seja por laparotomia ou por videolaparoscopia, o procedimento mais comumente relacionado com estas lesões. Em seguida vem os traumas abdominais e as cirurgias gastroduodenais^{2,3}.

Com o advento da laparoscopia, o índice de lesões graves dos ductos biliares teve um aumento discreto, de até 0,8%, enquanto que com a via aberta mantinha-se entre 0,2 a 0,3%^{4,5}.

A ocorrência desta complicação é frequentemente trágica para o doente, pois seu prognóstico é reservado e depende da extensão, calibre e localização da estenose, podendo advir conseqüências catastróficas como cirrose biliar, insuficiência hepática e até mesmo o óbito^{6,7}.

A complexidade dos problemas associados à EBVB, relacionados principalmente às alterações hepáticas e sistêmicas, e às dificuldades técnicas para sua correção, nos motivaram a estudar 11 casos de estenoses cicatriciais da via biliar, decorrentes de lesões iatrogênicas, submetidos a correção cirúrgica e analisar os resultados deste tratamento.

MÉTODO

Foram analisados retrospectivamente 11 doentes portadores de EBVB cuja correção cirúrgica foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina no período de julho de 1992 a dezembro de 2001. Os pacientes foram acompanhados por um período mínimo de dois anos.

RESULTADOS

A média de idade foi de 43,7 anos (20 - 75 anos). Nove doentes (81,8%) eram do sexo feminino e dois (18,2%) do sexo masculino. Todas as cirurgias prévias que resultaram em lesão biliar foram colecistectomias, nove casos (81,8%) por via clássica e dois (18,2%) por via laparoscópica.

O tempo decorrido entre a primeira operação e o aparecimento de sinais sugestivos de estenose biliar variou de um mês a dezesseis anos, sendo que em cinco doentes (45,4%) o diagnóstico foi feito nos primeiros trinta dias, em três (27,3%) de três a nove meses e em outros três (27,3%) o diagnóstico só foi suspeitado entre quatro e 16 anos após a operação que resultou na lesão biliar.

As principais manifestações clínicas foram icterícia e dor abdominal, presentes em 64,3% dos doentes. Febre e vômitos eram referidos por 21,4% dos pacientes, e calafrios e outros sintomas por 28,6%.

1. Professor Assistente Mestre do Departamento de Cirurgia da Universidade Estadual de Londrina

2. Médico Residente de Cirurgia Geral da Universidade Estadual de Londrina

3. Professor Adjunto Doutor do Departamento de Cirurgia da Universidade Estadual de Londrina.

4. Professor Adjunto Mestre do Departamento de Cirurgia da Universidade Estadual de Londrina.

5. Ex-Médico Residente de Cirurgia Geral da Universidade Estadual de Londrina

Recebido em 29/07/2002

Aceito para publicação em 07/07/2004

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da Universidade Estadual de Londrina.

Na avaliação laboratorial pré-operatória, o valor médio da bilirrubina sérica total foi de 4,54 mg/dl (normal até 1,2), variando de 0,42 a 14,52 mg/dl; a fosfatase alcalina foi de 386 UI/l (normal entre 13 e 43), variando de 98 a 919 UI/l. As dosagens séricas de aspartato aminotransferase e aspartato alaninotransferase apresentavam valores médios de 89,4 U/l (14 a 229) e 71 U/l (12 a 151), respectivamente. Os níveis séricos de gamaglutamil transferase encontravam-se alterados com valor médio de 219,6 U/l, variando de 25 a 405 U/l.

Os 11 doentes com EBVB tiveram sua árvore biliar investigada radiologicamente para o diagnóstico, localização da lesão e programação cirúrgica. Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) foi realizada em 10 doentes (90,9 %) e colangiografia transparieto-hepática (CTPH) em um doente (9,1 %).

As lesões foram classificadas segundo os critérios propostos por Bismuth, tendo sido encontradas lesões do tipo I em dois doentes (18,2 %), lesões tipo II em cinco doentes (45,4%), lesões tipo III em dois (18,2 %) e tipo IV em dois doentes (18,2%) (Figura 1).

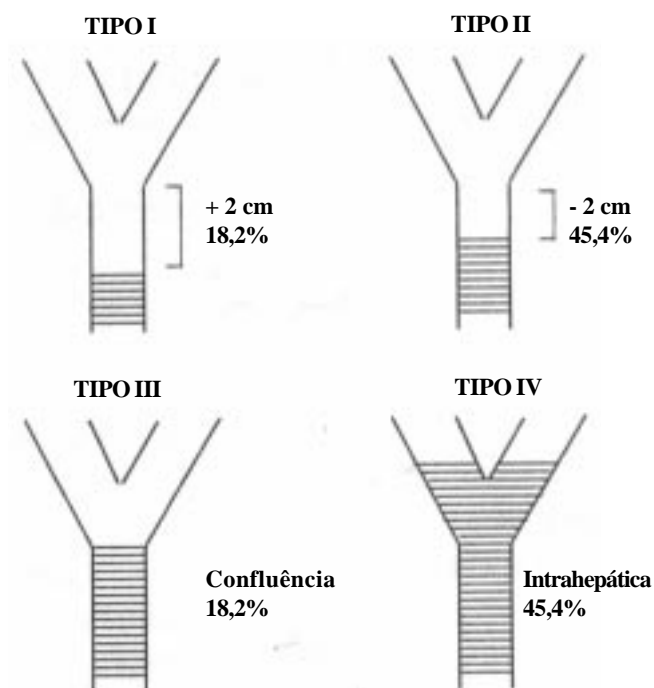


Figura 1 - Classificação de Bismuth, incluindo onze casos desta série.

O procedimento cirúrgico empregado para correção da lesão do tipo Bismuth I foi a anastomose colédoco-duodenal em dois doentes. Todos os cinco doentes com lesões do tipo II foram tratados por anastomoses hepático-jejunais em Y-de-Roux. Nos dois doentes com lesões do tipo III foram realizadas anastomoses hepático-jejunais em Y-de-Roux pela técnica de Hepp-Couinaud⁸. Aqueles com lesões do tipo Bismuth

IV foram tratados com anastomose hepático-jejunal isolada direita e esquerda, com enxertia de mucosa à Smith⁹ (Tabela 1). Em todos os casos foi realizada drenagem perianastomótica com dreno Penrose.

As complicações pós-operatórias imediatas foram: fístula biliar em dois doentes com resolução clínica em 10 dias, pneumonia em um e hemobilia em outro doente com resolução espontânea. Ocorreram dois óbitos, um no 4º dia de pós-operatório, decorrente de infarto agudo do miocárdio e outro no 20º dia de pós-operatório de choque séptico por colangite aguda com confirmação bacteriológica que revelou *Escherichia coli* na cultura da bile.

Os pacientes foram acompanhados no pós-operatório tardio por um período mínimo de dois anos, e os resultados são mostrados na Tabela 2. Seis pacientes estão evoluindo bem e assintomáticos. Três pacientes permaneceram com desconforto abdominal e alterações laboratoriais das enzimas.

Tabela 2 - Resultados do seguimento ambulatorial dos pacientes operados.

	Número de casos	Bom *	Regular**	Ruim ***
Tipo I	2	50%	50%	-
Tipo II	5	60%	20%	20%
Tipo III	2	100%	-	-
Tipo IV	2	50%	-	50%

* Assintomáticos e ausência de alterações laboratoriais das enzimas

** Sintoma e/ou alterações enzimáticas, porém sem necessidade de reoperação.

*** Óbitos

DISCUSSÃO

As estenoses benignas das vias biliares decorrem, na grande maioria das vezes, de traumatismo cirúrgico acidental ou iatrogenias, sendo as colecistectomias e as cirurgias gástricas os procedimentos que mais vezes resultam nessas lesões.

No final da década de 80, com o advento da colecistectomia por via laparoscópica, esta se tornou o procedimento de eleição para colelitíase não complicada. Alguns estudos sugerem aumento da incidência de lesões ductais com a laparoscopia. Nesta série todos os casos resultaram de colecistectomias, 18,2 % por via laparoscópica e 81,8 % por via aberta.

As lesões iatrogênicas nas colecistectomias representam uma situação angustiante para a equipe médica e para o paciente, já que a mesma pode ter conseqüências sérias como cirrose biliar secundária, falência hepática e óbito^{1,6}. Os

Tabela 1- Cirurgia de correção X Classificação da lesão (11 Pacientes).

Cirurgia	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV	Total
Anastomose colédoco-duodenal	2 casos				18,2%
Anastomose hepático-jejunal em Y-de-Roux		5 casos			45,4%
Anastomose hepático-jejunal (Hepp-Couinaud)			2 casos		18,2%
Anastomose hepático-jejunal isolada D e E a Smith.				2 casos	18,2%

principais fatores relacionados com o prognóstico do doente são: localização da lesão, qualidade do ducto biliar proximal à estenose, grau de função hepática do doente e experiência da equipe cirúrgica¹⁰⁻¹².

Na maioria dos casos o diagnóstico é feito no pós-operatório, através de icterícia progressiva ou sinais de fístula biliar. Nesta série, o diagnóstico foi feito nos primeiros 30 dias em 45,4% dos pacientes, sendo a icterícia a manifestação mais comum (64,3%).

Os métodos diagnósticos por imagem mais empregados para estudos das EBVB são as CTPH, CPRE e a Colangiressonância. A CTPH é um método de indicação importante no pré-operatório das intervenções para correção da EBVB, pois avalia a anatomia da árvore biliar extra e intra hepática, define a área biliar proximal à estenose e, com isso, permite planejamento, com antecedência, do tipo de técnica indicada para a correção da lesão. O uso da CPRE evita a punção hepática e suas complicações, mas, por outro lado, em caso de obstrução total, não permite estudo da árvore biliar proximal à estenose, tão importante para reconstrução cirúrgica. Já a colangiressonância é um método não-invasivo, que permite uma abordagem multiplanar (cortes sagital, coronal, oblíquo...) e não necessita utilização de contraste. No presente estudo em 81,8% dos casos foram empregados CPRE e, em 18,2% CTPH. Não dispomos de colangiressonância em nosso serviço.

A dilatação das estenoses biliares, com balões introduzidos por via percutânea ou endoscópica, tem sido reservada para casos de alto risco cirúrgico e com resultados inferiores às cirurgias¹³⁻¹⁵.

O prognóstico de lesões iatrogênicas das vias biliares depende do reconhecimento precoce da lesão, da reconstrução adequada para o caso e do seguimento pós-operatório, pois, às vezes, há necessidade de reoperação^{1,6}.

A classificação de Bismuth tem sido útil na padronização da descrição das estenoses biliares. A análise dos resultados do tratamento cirúrgico, baseada nesta classificação, vem sendo utilizada nos últimos anos, evitando, assim, a com-

paração de grupos de pacientes com diferentes graus de complexidade.

O tratamento dessas lesões estenóticas, mesmo as menos complexas através do reparo primário e o uso de dreno biliar em "T" (dreno de Kehr) apresentam altos índices de reestenoses⁷. As anastomoses bilio-entéricas tem sido mais indicadas, sendo que a escolha da técnica adequada para cada caso, de acordo com o tipo de lesão, contribui para melhores resultados^{3,7,16}.

Neste estudo, nos dois doentes com lesão do tipo I, foram realizadas anastomoses colédoco - duodenais. Nos cinco casos do tipo II foram realizadas anastomoses hepático - jejunais em Y-de-Roux. No seguimento ambulatorial destes doentes, 57% deles apresentavam-se em bom estado geral e assintomáticos. Segundo a literatura, encontram-se índices de bons resultados em torno de 80% para doentes com este tipo de lesão^{12,17}.

Em nossa série tivemos dois casos de lesão do tipo III, tratados com anastomose hepático - jejunal em Y de Roux alta pela técnica de Hepp-Couinaud, e dois casos com lesão tipo IV tratados com anastomose hepático- jejunal isolada direita e esquerda com enxertia de mucosa à Smith, com 75% dos casos com bons resultados no seguimento ambulatorial.

A taxa de mortalidade na literatura oscila entre 1,8 e 25%^{1,3,7,12}. No nosso estudo foi de 18,2%.

Mesmo em centros especializados, a correção cirúrgica das lesões iatrogênicas das vias biliares está associada com percentual significativo de complicações e maus resultados a longo prazo. Considerando que as EBVB decorrem na maioria das vezes de procedimentos cirúrgicos de baixa morbi-mortalidade, como a colecistectomia, isto se torna ainda mais impressionante. Portanto, o melhor tratamento das EBVB é a sua prevenção, durante a colecistectomia, devendo o cirurgião estar adequadamente treinado seja qual for a via de acesso empregada para a operação. Além disso, achamos prudente a adoção de rotinas para prevenção, diagnóstico e tratamento precoces das lesões das vias biliares, sem os quais os pacientes poderão sofrer conseqüências catastróficas.

ABSTRACT

Background: Benign stricture of biliary tract (BSBT) are iatrogenic in about 95% of the cases. Although rare, its outcome is poor; therefore prevention is the best option. The objective of this study is to evaluate the surgical management and its results in BSBT. **Methods:** We retrospectively analyzed 11 patients submitted to corrective surgery for BSBT at Hospital Universitario Regional do Norte do Paraná, from July /92 to December /01. **Results:** There were nine female patients and the mean age was 43.71 years old. Previous surgeries were classic cholecystectomies (81.8%) and videocholecystectomies (18.2%). The most frequent signs and symptoms were jaundice (64.3%), abdominal pain (64.3%) and fever (21.4). The diagnosis was confirmed by CPRE in 90.9% of the patients and CTP in 9.1%. According to Bismuth's classification, 18.2% of the patients were considered grade I, 45.4% grade II, 18.2% grade III and 18.2% grade IV. The corrective surgery for BSBT was choledochoduodenostomy in two cases of grade I, hepaticojejunostomy using a Roux-en-Y loop of jejunum in five cases of grade II, Hepp-Couinaud's operations in two cases of grade III, hepaticojejunostomy with mucosal graft (Smith's technique) in two cases of grade IV. The postoperative complications were fistula (18.2%), death (18.2%), pneumonia (9.1%) and hemobilia (9.1%). **Conclusion:** Complexity of the surgical treatment requires prevention of injuries. Bile duct lesions repair should be considered as a specialist's procedure and should be performed in a center with special interest in this disease.

Key Words: Biliary strictures; Cholecistectomy; Bilioenteric anastomosis.

REFERÊNCIAS

1. Blumgart LH, Kelley CJ, Benjamin IS – Benign bile duct stricture following cholecystectomy: critical factors in management. *Br J Surg*, 1984, 71(11):836-843.
2. Pareja JC, Neto FC, Pilla VF, et al. - Manejo das estenoses cicatriciais da via biliar. *Rev Col Bras Cir*, 1997, 24(3):249-253.
3. Rohde L, Costa MSTB, Wendt LR, et al. - Estenoses biliares iatrogênicas : experiência cirúrgica com 36 pacientes. *Rev Col Bras Cir*, 1994, 22(1):17-22.
4. Orlando R, Russel JC, Lynch J, et al. – . *Arch Surg*, 1993, 128(5):494-499.
5. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, et al. – Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77,604 cases. *Am J Surg*, 1993, 165(1):9-14
6. Braasch JW, Rossi RL – Reoperatives on the biliary tract. *Probl Gen Surg*, 1985, 2:481-485.
7. Csendes A, Diaz C, Burdiles P, et al. – Indications and results of hepaticojejunostomy in benign strictures of the biliary tract. *Hepatogastroenterology*, 1992, 39(4):333-336.
8. Hepp J, Couinaud C – L'abord et l'utilisation du canal hepatique gauche dans les reparations de la voie biliaire principale. *Presse Med*, 1956, 64:947-948.
9. Wexler MJ, Smith R – Jejunal mucosal graft: a sutureless technique for repair of high bile duct strictures. *Am J Surg*, 1975, 129(2):204-211.
10. Warren KW, Mountain JC, Midell AJ – Management of strictures of the biliary tract. *Surg Clin North Am*, 1971, 51(3):711-731.
11. Speranzini MB, Mittelstaedt WE, Deutsch C, et al – Tratamento das estenoses cicatriciais da porção proximal do ducto hepático comum. Estudo de 11 casos. *Arq Gastroenterol*, 1988, 25(2):122-137.
12. Abdo EE, Machado MCC, Cunha JEM, et al – Estenose cicatricial do hepatocolédoco. Estudo de 67 casos. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo*, 1986, 41:267-273.
13. Huibrégtse K, Katon RM, Tytgat GN – Endoscopic treatment of postoperative biliary strictures. *Endoscopy*, 1986, 18(4):133-137.
14. Williams HJ, Bender CE, May GR – Benign postoperative biliary strictures: dilatation with fluoroscopic guidance. *Radiology*, 1987, 163(3):629-634.
15. Pitt HA, Kaufman SL, Coleman J, et al. – Benign postoperative biliary strictures : operate or dilate? *Ann Surg*, 1989, 210(4):417-427.
16. Andren-Sanbderg A, Johansson S, Bengmark S – Accidental lesions of the common bile ducts at cholecystectomy. II. Results of treatment. *Ann Surg*, 1985, 201(4):452-455.
17. Lillemoe KD, Pitt HA, Cameron JL – Postoperative bile duct strictures. *Surg Clin North Am*, 1990, 70(6):1355-1380.

Endereço para correspondência :
Antônio César Marson
Rua Paes Leme, 1264 / sala 401
Cep : 86015 – 510 – Londrina - PR
e-mail : cesarmar@sercomtel.com.br