

DERIVAÇÃO HEPATICOJEJUNAL SEM SUTURA: UMA ALTERNATIVA PARA RECONSTITUIÇÃO DA VIA BILIAR

HEPATICOJEJUNAL DERIVATION WITHOUT SUTURE: AN ALTERNATIVE FOR RECONSTRUCTION OF BILE DUCT

Luiz Antônio Miranda, TCBC-MG¹

RESUMO: A lesão das vias biliares foi observada em dois pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica e convencional. Para reconstituição da via biliar foi aplicada a técnica hepaticojejunostomia em Y-de-Roux com a introdução do segmento proximal do ducto hepático comum, apoiada por um catéter perdido na luz da alça exclusiva, sem sutura. O grau I das lesões segundo a classificação de Bismuth tornou a técnica exequível. No período de nov/94 a fev/97 os casos evoluíram clinicamente assintomáticos e com exames laboratoriais dentro dos padrões de normalidade. O controle ultra-sonográfico demonstra a presença do catéter simulando o colédoco. A boa evolução dos casos não nos autoriza a conclusões definitivas. A facilidade técnica e a baixa morbidade no pós-operatório nos motivaram a escrever este artigo.

Unitermos: Lesão da via biliar; Colecistectomia; Reconstituição biliodigestiva sem sutura.

INTRODUÇÃO

Com a advento da videolaparoscopia, nos deparamos com cirurgiões experimentados iniciando seu treinamento no novo método e residentes se formando qualificados para exercerem a colecistectomia videolaparoscópica, porém sem o devido domínio da técnica convencional. É sabido que cirurgia é experiência. Nestes tempos de transição, o risco de lesão do colédoco é maior. O cirurgião deve estar atento para que isto não ocorra. Uma vez lesado o colédoco, o que fazer?

O propósito deste artigo é fazer uma reflexão sobre os riscos de lesão do colédoco durante uma "simples" colecistectomia e relembrar que uma derivação em Y-de-Roux nos casos de amputação total do colédoco, sem a possibilidade de reconstituição primária, é a única solução exequível sem maior morbidez para o doente a curto prazo.

MATERIAL E MÉTODOS

No período de novembro de 1994 a fevereiro de 1995, foram acompanhados dois pacientes que, ao serem submetidos a colecistectomia videolaparoscópica e convencional, tiveram

o colédoco amputado no ato operatório a aproximadamente 2,0cm e 2,5cm do hilo hepático, respectivamente.

O primeiro caso teve a identificação e correção da lesão durante o ato operatório. O segundo caso foi reoperado no oitavo dia de pós-operatório. Apresentava-se com dor no hipocôndrio direito, vômitos e icterícia. Bilirrubina total de 9,2mg/dl, direta de 6,3mg/dl e indireta de 2,9 mg/dl. Colangiografia retrógrada endoscópica levou a contrastação de loja no hipocôndrio direito, sem opacificação das vias biliares. Ambos os casos evoluíram satisfatoriamente no pós-operatório imediato. No segundo caso, houve discreto vazamento de bile no primeiro dia de pós-operatório pelo dreno sentinela.

Na reconstituição da via biliar foi empregada a derivação hepaticojejunal com catéter perdido na luz do ducto, sem sutura. O calibre do colédoco lesado variava de 4,0mm a 6,0mm. Um segmento de catéter vesical, número 6, de aproximadamente 5cm, foi introduzido no hepático comum proximal e este dentro da alça jejunal, numa abertura na face antimesentérica, junto ao coto proximal da alça excluída. Esta foi ancorada às estruturas do hilo hepático e completou-se o Y-de-Roux. Realizada drenagem da cavidade por contra-abertura (Figura 1).

1. Cirurgião Geral do Hospital Semper – MG. Título de Especialista em Cirurgia Geral pelo CBC.

Recebido em 25/6/97

Aceito para publicação em 4/12/97

Trabalho realizado no Hospital Semper – Belo Horizonte – MG.

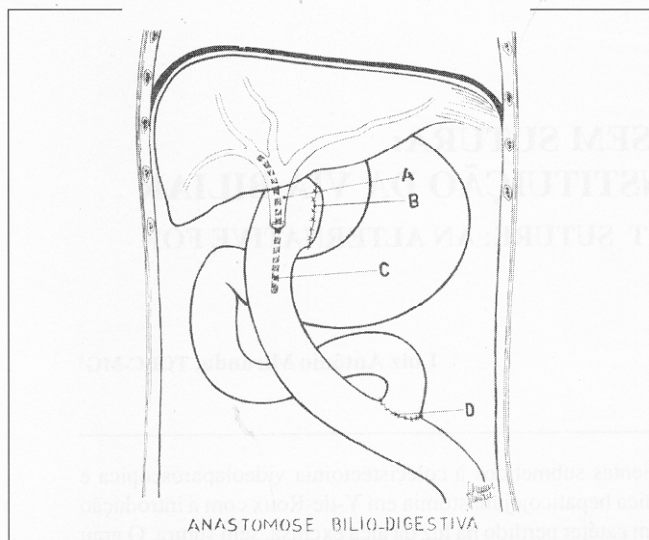


Figura 1— A — Coto proximal do hepático introduzido na alça jejunal interposta, por abertura antimesentérica. B — Fechamento da boca da alça jejunal interposta. C — Tubo de polietileno: prótese perdida. D — Anastomose término-lateral em face antimesentérica, complementando-se o Y-de-Roux.

DISCUSSÃO

Até o momento, com acompanhamento ambulatorial pós-operatório de dois anos e meio, os casos evoluíram clinicamente assintomáticos e com exames laboratoriais dentro dos padrões de normalidade. O controle ultra-sonográfico (out/97) demonstra a presença do catéter simulando a imagem do colédoco (Figura 2).

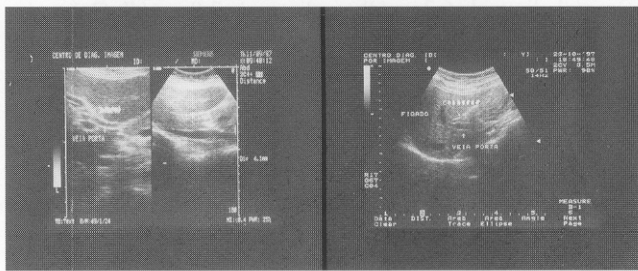


Figura 2 — Imagem ultra-sonográfica: casos 1 e 2 com dois anos e seis meses de evolução

A lesão da árvore biliar extra-hepática é uma complicação séria, que submete o paciente a riscos imediatos de uma grande reconstrução biliar e a eventuais seqüelas permanentes. Na literatura encontramos o relato da ocorrência de lesões dos ductos biliares de 0% a 0,4% para a colecistectomia aberta eletiva e de 0% a 0,7% após a colecistectomia laparoscópica.¹

Os mecanismos de lesão são praticamente os mesmos, tanto para as colecistectomias convencionais quanto para as laparoscópicas. Para que a lesão seja evitada, ambos os procedimentos dependem da exposição e visão adequadas,

dissecção minuciosa das estruturas, hemostasia e uso criterioso dos grampos ou ligaduras com identificação correta das estruturas anatômicas. As lesões são atribuídas a cinco erros: ligadura do ducto errado, ligadura rente do ducto cístico, comprometimento do suprimento sanguíneo para o colédoco por dissecção excessiva, traumatismo da luz do ducto pela dilatação forçada e aplicação e controle de uma fonte de energia (eletrocautério, laser) inadequados.²

As estenoses advindas destas lesões podem ser classificadas de acordo com o sistema descrito por Bismuth e Blumgart et al: grau I, quando a mais de 2cm da confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo; grau II, a menos de 2cm da confluência, mas possuem um remanescente do ducto hepático comum; grau III, rentes à confluência; grau IV, quando acometem a confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo.³

Os procedimentos adotados nas lesões dos ductos biliares são os mesmos para a colecistectomia laparoscópica e para a convencional. As lesões por secção parcial reconhecidas no ato operatório poderão ser controladas por reparo primário e colocação de tubo em T (dreno de Kehr). As lesões por secção completa são operadas habitualmente por coledocojejunostomia ou hepaticojejunostomia em Y-de-Roux. Se as lesões não forem reconhecidas por ocasião do procedimento cirúrgico inicial, os pacientes poderão fazer uma colangiografia retrógrada endoscópica (CPRE) ou uma colangiografia transepática percutânea (CTHP) antes do ato operatório.⁴

Nos casos relatados, as lesões eram de grau I de Bismuth e foram tratadas com hepaticojejunostomia em Y-de-Roux. Chamamos atenção para o detalhe técnico da introdução do segmento proximal do ducto hepático comum, apoiado por uma endoprótese (catéter uretral), dentro da alça, eliminando assim a complexidade técnica de uma anastomose hepaticojejunal, com o calibre do ducto reduzido.

O uso de catéteres nas vias biliares é controverso. Na década de 60 já era utilizado para lesões altas das vias biliares.⁵ Não encontramos referências na literatura quanto ao destino de catéteres perdidos nas vias biliares. Nos casos relatados permanecem dentro da luz do ducto.

O melhor tratamento das lesões iatrogênicas das vias biliares é sua prevenção durante a colecistectomia, devendo o cirurgião estar adequadamente treinado e preparado, adquirindo um profundo conhecimento científico sobre o assunto e empregando técnica meticulosa, seja qual for a via de acesso empregada para a operação.⁶

A facilidade técnica e a baixa morbidade, no período observado, motivaram-nos a apresentar esta variação técnica como uma alternativa na impossibilidade de se realizar uma reconstrução biliar com anastomoses em ducto de calibre fino e/ou de referenciar o paciente a centro especializado.

A experiência não nos autoriza conclusão definitiva quanto ao tipo de derivação hepaticojejunal, mas a evolução pode revelar uma eficácia do procedimento, ou seja, a introdução sem anastomose do ducto biliar na alça excluída.

ABSTRACT

Biliary tract lesion was found in two patients submitted to conventional and laparoscopic cholecystectomy. In order to rebuild biliary tract it was applied the technique of sutureless hepatojejunostomy in Roux-en-Y with the introduction of the proximal segment of hepatic common duct, by a lost catheter, inside the lumen of the excluded loop. The grade I lesion, according to the Bismuth classification made the technique possible to be done. Ultrasound control have showed the catheter inside the duct. From nov/94 and feb/95 to act/97 good outcome of the patients does not allow us to make definitive conclusions. Technical facility and low morbidity immediately after surgery motivated us to write this paper.

Key Words: *Biliary tract lesion; Cholecistectomy; Sutureless bilioenteric rebuild.*

REFERÊNCIAS

1. Andrén-Sandberg A, Alinder G, Bengmark S – Accidental lesions of the common bile duct at cholecystectomy: Pre-and perioperative factors of importance. *Ann Surg* 1995;201:328-332.
2. Branum G, Schmitt C, Baillie J, et al – Management of major biliary complications after laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg* 1993; 217:532-541.
3. Bismuth H – Postoperative strictures of the biliary tract. In Blumgart LH (ed): *The biliary tract. Clinical Surgery International*, vol.5. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1983;pp 209-218.
4. Rossi RL, Schirmer WJ, Braasch JW, et al – Laparoscopic bile duct injuries: Risk factors, recognition, and repair. *Arch Surg* 1992;127: 596-602.
5. Smith R – Hepaticojejunostomy with transhepatic intubation. *Brit F Surg* 1964;51:186-194.
6. Pareja JC, Neto FC, et al – Management of the benign strictures of the biliary tract. *Rev Col Bras Cir* 1997;24:249-253.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Luiz Antônio Miranda
Rua dos Otoni, 909 sala 2.002
30150-270 – Belo Horizonte – MG.