

CONTROVÉRSIAS NA COLECISTECTOMIA ELETIVA POR COLECISTOLITÍASE.* Controversies in elective cholecystectomy due to cholecystolithiasis.

Edmundo Anderi Jr. **

Sérgio Pezzolo **

Manlio Basílio Speranzini ***

Jaques Waisberg ****

RESUMO: Os autores analisaram 82 casos de colecistectomia por litíase da vesícula biliar, operados na Enfermaria de Clínica Cirúrgica do Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC. Concluem que a colangiografia intra-operatória foi importante meio para a avaliação da presença de cálculos na árvore biliar, permitindo o diagnóstico de coledocolitíase assintomática em 9,7% dos pacientes. Quando possível, a ausência de drenagem do leito sub-hepático contribui para uma evolução mais satisfatória e rápida no pós-operatório. Sustentam que a antibioticoterapia profilática é mais desejável, exceto nos casos em que existam complicações sépticas ou potencialmente sépticas.

UNITERMOS: Colecistectomia, Colecistolitíase, Coledocolitíase, Vesícula Biliar, Colangiografia.

SUMMARY: The authors report 82 cases of cholecystectomy due to lithiasis of the gallbladder operated in the Surgical Ward of the University Hospital ABC Medical School. They concluded that cholangiography during the surgery was an important way to appraise the presence of calculi in the biliary tree, and it provided the diagnosis of asymptomatic choledocholithiasis in 9,7% of the patients of this report. When possible the absence of sub-hepatic space drainage contribute for a more rapid and satisfactory outcome in the postoperative period. They pointed out that the prophylactic administration of antibiotics is preferable in non-complicated cases.

KEY WORDS: Cholecystectomy, Cholecystolithiasis, Choledocholithiasis, Gallbladder, Cholangiography.

A colecistectomia para o tratamento da colecistolitíase representa uma das cirurgias mais frequentemente executadas num hospital geral. Apesar da sua padronização técnica estar bem estabelecida e de sua mortalidade operatória e tardia serem bastante baixas, permanecem algumas controvérsias a respeito, principalmente, dos critérios para a exploração instrumental do hêpato-colédoco, da drenagem do leito sub-hepático e da utilização de antibióticos no período pós-operatório. Devido a este motivo, achamos oportuno o relato da casuística da Enfermaria de Clínica Cirúrgica do Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

Casuística

Os casos documentados de 82 pacientes submetidos a colecistectomia eletiva por colecistolitíase foram revistos. O período de análise foi de Junho de 82 a Dezembro de 85. Quanto ao sexo, 72 pacientes (87,8 por cento) eram do feminino e 10 (12,2 por cento) eram masculinos. A idade média das pacientes femininas era de 45,9 anos (21 a 80) e dos pacientes masculinos era de 48,7 anos (17 a 91). Houve predominância da raça branca em 68 pacientes (82,9 por cento), sendo 12 (14,6 por cento) pardos e apenas 2 (2,4 por cento) eram negros. A colecistectomia foi executada, em todos os casos, sob anestesia geral. As incisões utilizadas foram: transversa direita supra-umbilical (49,3 por cento); paramediana direita supra-umbilical (37,3 por cento); mediana (10,6 por cento), e subcostal (1,3 por cento). Colangiografia intra-operató-

ria transcística foi realizada em 84,4 por cento dos casos. A drenagem da cavidade, quando realizada, foi feita através de dreno túbulo-laminar (Penrose e nelaton) e exteriorizada por contra-abertura em flanco-direito. Todos os pacientes receberam antibióticos pré-operatoriamente e 71 (86,5 por cento) deles também receberam antibióticos no pós-operatório. Todos os drenos foram retirados até o terceiro dia de pós-operatório, exceto se uma fístula biliar tinha se instalado.

Os pacientes foram analisados quanto ao resultado da colangiografia intra-operatória e quadro clínico pré-operatório, drenagem do leito sub-hepático e complicações pós-operatórias.

RESULTADOS

A faixa etária situada entre a quinta e a sexta década de vida foi a mais acometida (29,2 por cento). O sintoma mais frequente foi a dor, que esteve presente em 93,9 por cento dos pacientes sendo do tipo cólica em 78 por cento, em queimação em 7,3 por cento, contínua em 1,2 por cento e incompleta em 7,3% dos casos. A sua duração variou de 5 dias a 40 anos, com uma média de 41,3 meses. A localização mais frequente foi no hipocôndrio direito (56,7 por cento), seguida da localização no epigástrico (29,6 por cento), em flanco direito (7,4 por cento), mesogástrico (3,7 por cento) e lombar (2,4 por cento). Náuseas e vômitos, acompanhando o quadro doloroso, apresentaram-se em 46,3 por cento dos pacientes. Icterícia de padrão obstrutivo esteve

*Trabalho realizado na disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

** Auxiliar de Ensino.

***Professor Titular

****Encarregado da Enfermaria de Clínica Cirúrgica do Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

presente em 8,5 por cento dos casos. Nas pacientes femininas, o número médio de gestações foi de 4,6 por cento (zero a 22). Doenças associadas ocorreram em 53,6 por cento dos pacientes, sendo as mais frequentes: hipertensão arterial essencial (13,4 por cento), insuficiência cardíaca (7,3 por cento), bronquite (4,8 por cento) e hérnia hiatal (4,8 por cento). O diagnóstico foi confirmado pré-operatoriamente através de colecistograma oral, colangiografia venosa e, mais recentemente, através da ultrassonografia.

O tratamento cirúrgico consistiu de colecistectomia desacompanhada de outra cirurgia sobre a via biliar, em 69 pacientes (84,1 por cento); em 13 pacientes, a colangiografia intra-operatória mostrou a presença de coledocolitíase e então, outras cirurgias sobre a via biliar, além da colecistectomia foram realizadas: em sete casos optou-se por coledocolitomia e coledocostomia com dreno em T (Kehr); nos seis casos restantes, realizou-se derivação bilio-entérica colédoco-jejunal em alça exclusiva (Y de Roux), além de coledocolitotomia e coledocostomia com dreno em T (Kehr).

Em 14 pacientes (17 por cento) foram realizadas cirurgias associadas: Gastrectomia (4), correção de refluxo gastroesofageano (3), esplenectomia (1), enterectomia (1), ooforectomia (1), hemicolectomia direita (1), herniorrafia incisiva (1), apendicectomia (1) e biópsia hepática (1).

O espaço sub-hepático foi drenado através de dreno túbulo-laminar exteriorizado por contra-abertura em flanco direito em 63,6 por cento dos pacientes. No período pós-operatório, 71 pacientes (86,5 por cento) receberam antibioticoterapia.

Complicações pós-operatória ocorreram em nove casos (10,9 por cento): infecção urinária (3), colangite (2), infecção da incisão (1), litíase residual (1), pneumonia lobar (1) e reação alérgica a antibiótico (1).

COMENTÁRIOS

A alta incidência da litíase biliar faz com que a colecistectomia represente a mais frequente operação da cirurgia biliar. A decisão por uma drenagem da cavidade e pela antibioticoterapia pós-operatória prolonga a estadia do paciente no leito hospitalar. A decisão de se explorar instrumentalmente o hêpato-colédoco adiciona procedimentos que aumentam a taxa de morbidez desses pacientes.

As indicações para a exploração do colédoco podem ser absolutas ou relativas. São consideradas indicações absolutas: cálculos palpáveis, icterícia com colangite, visualização de cálculos pela colangiografia e colédoco com dilatação maior de 1,2 cm. Por sua vez, são consideradas indicações relativas: icterícia obstrutiva atual ou recente, fístula biliar, pequenos cálculos na vesícula com ducto cístico grosso, cálculo único facetado na vesícula, e pancreatite (2). Na nossa casuística, 13 pacientes apresentaram coledocolitíase diagnosticada pela colangiografia intraoperatória, e todos esses pacientes foram submetidos à exploração coledociana intrumental, sendo que em 100 por cento dos casos foram encontrados cálculos no hêpato-colédoco. Além disso, em oito pacientes que apresentaram coledocolitíase, não havia história de icterícia prévia. Por outro lado, de sete pacientes que apresentaram icterícia anterior à cirurgia, em dois casos não foram identificados cálculos no hêpato-colédoco, através da colangiografia intra-operatória ou de outra manobra, como a palpação da via bilífera principal; nos 5 casos restantes, o estudo radioló-

gico intra-operatório evidenciou coledocolitíase. A colangiografia intra-operatória não foi realizada em 15,6 por cento dos pacientes devido à impossibilidade técnica de cateterização do ducto cístico que se encontrava fino, com diâmetro interno mínimo; nenhum desses casos era representado por pacientes que se encontravam na faixa de indicação absoluta ou relativa de exploração do colédoco. Os nossos achados enfatizam a importância de se proceder a uma avaliação radiológica da árvore biliar nos casos de pacientes portadores de litíase da vesícula biliar, uma vez que não é rara a associação de colecistolitíase e coledocolitíase assintomática, chegando, tal associação, em algumas casuísticas, a mais de 10 por cento. No presente estudo, essa associação ocorreu em 9,7% dos casos.

A drenagem do leito hepático da vesícula biliar tem sido tradicionalmente justificada pela presumida necessidade de se prevenir coleções sub-hepáticas de bile, sangue ou amebas. Porém, diversos estudos lançaram dúvidas sobre o valor da drenagem na prevenção de tais coleções, e mostraram uma taxa maior de complicações pós-operatórias nos pacientes portadores de drenos abdominais (1, 5, 6).

A drenagem do espaço sub-hepático após colecistectomia era comumente usada no passado. Sua importância no início do século, foi demonstrada pela afirmação de Deaver de que "os cemitérios são preenchidos com pacientes cujas vesículas foram removidas sem drenagem" (3). Porém, a revisão de recentes estudos não parecem confirmar esta declaração (4,9). O decréscimo na morbidez da colecistectomia durante os anos é, provavelmente, devido ao aperfeiçoamento da técnica cirúrgica. A técnica atual emprega dissecação mais metódica para a identificação do ducto cístico, artéria cística, ducto biliar comum e vasos acessórios do leito hepático. Este aperfeiçoamento tornou, na maioria dos casos, a drenagem desnecessária numa colecistectomia sem complicações (11). O uso do dreno intraperitoneal tem diversas desvantagens: potencial de contaminação bacteriana do abdômen (7, 10) formação de herniação (6,8), sangramento, rotura do dreno na remoção ou sua migração para dentro do abdômen (8), erosão de órgão ou vaso adjacente e complicações broncopulmonares (8). Além disso, o tempo de hospitalização é menor em pacientes não drenados (4,9).

Os resultados dos estudos retrospectivos feitos por Goldberg e col (5), põem em dúvida a validade da drenagem rotineira do leito sub-hepático após colecistectomia eletiva. Outros autores sustentam que tal drenagem pode, não só deixar de prevenir a coleção líquida, como também contribuir para a formação de pequenas coleções ao longo de seu trajeto (4). No nosso levantamento, 63,6 por cento dos pacientes (49 casos) receberam drenagem do leito sub-hepático. Esses casos são representados por situações específicas que necessitaram de drenagem: abertura do colédoco e colocação de dreno de Kehr, anastomose colédoco-jejunal, hemostasia insuficiente no leito hepático da vesícula, presença de abscesso de fundo de vesícula, derrame biliar excessivo, descapsulização hepática ampla, além de colecistectomias não complicadas que foram drenadas no início do período deste estudo. Desafortunadamente, faltam-nos dados para que uma análise retrospectiva do nosso material tenha validade conclusiva.

Atualmente, um estudo prospectivo a este respeito está em andamento neste Serviço.

O uso de antibióticos em níveis terapêuticos parece, também, ser desnecessário no período pós-operatório. En-

quanto que o uso de antibiótico profilático tem ganho longa aceitação, diversos autores (4,9,10) sugeriram que a antibioticoterapia profilática em operações do trato biliar é indicada somente para pacientes acima de 70 anos de idade, portadores de colecistite aguda ou portadores de icterícia obstrutiva. Além destas situações, também o uso de drenos pode requerer a antibioticoterapia (1). Embora 86,5% dos pacientes da presente casuística receberam algum tipo de antibioticoterapia (profilática ou terapêutica), a nossa tendência atual está inclinada para o uso de antibióticos pré-operatórios imediatamente antes da cirurgia, permanecendo 48 horas, sendo, a seguir, suspensos, exceto se houver algum tipo de situação potencialmente séptica o que faz com que seja mantida, por maior período, o uso de antibióticos.

Do exposto, queremos assinalar a importância de se realizar, de maneira rotineira, o estudo radiológico intra-operatório das vias biliares, devido à possibilidade, não infrequente, de coledocolitíase assintomática em pacientes portadores de litíase da vesícula biliar; da mesma forma, o uso da drenagem sub-hepática nestes pacientes deve ser restringida às condições específicas mencionadas anteriormente, e, finalmente, os antibióticos devem ser utilizados imediatamente no pré-operatório e por um curto período no pós-operatório, a não ser que condições potencialmente sépticas justifiquem o seu uso mais prolongado. A observação de tais recomendações certamente contribuirão para uma evolução mais satisfatória, e para uma recuperação mais rápida dos pacientes submetidos à colecistectomia por litíase biliar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – BARALDI, V.; MACELLARI, G. DAVID, P. – *Cholecystectomy without drainage: a dilemma.* Amer. J. Surg. 140: 658, 1980.
- 2 – BARTLETTI, M.K. & WADDELL, W.R. – *Indications for common duct exploration.* N.Engl. J. Med. 258: 164, 1958.
- 3 – DEEVER, J.B. in Molding, G.F. ed. – *Trauma to the liver.* Philadelphia. W.B. Saunders, 1971, pg. 84.
- 4 – FARHA, G. J.; CHANG, F.C.; MATTHEUS, E.H. – *Drainage in elective cholecystectomy.* Amer. J. Surg., 142: 678 1981.
- 5 – GOLDBERG, I.M.; GOLDBERG, J.P.; LIECHTY, R.D.; BUERK, C.; EISEMAN, B.; MORTON, L. – *Cholecystectomy with and without surgical drainage.* Amer J. Surg., 130: 29, 1975.
- 6 – GUPTA, S.; RAUSCHER, G.; STILAMN, R.; FITZGERALD, J.; POWERS, J.C. – *The rational use of drains after cholecystectomy.* Surg. Gynecol. Obstet., 146: 191, 1978.
- 7 – HANNA, E.A. – *Efficiency of peritoneal drainage.* Surg. Gynecol, Obstet. 131: 983, 1970.
- 8 – KAMBOURIS, A.A.; CARPENTER, W.S.; ALLBEN, R.D. – *Cholecystectomy without drainage.* Surg. Gynecol Obstet. 613, 1973.
- 9 – MITTELMAN, J.S. & DOBERNECK, R.E. – *Drains and antibiotics perioperatively for elective cholecystectomy.* Surg. Gynecol. Obstet., 155: 653, 1982.
- 10 – NORA, P.F.; VENECHIO, R.M.; BRANSFIELD, J.J. – *Prophylactic abdominal drains.* Arch. Surg., 105: 173, 1972.
- 11 – TODD, G.S. & ROUTSMAK K. – *Cholecystectomy with drainage: factors influencing wound infection in 1000 elective cases.* Amer. J. Surg., 135: 622, 1978.

Endereço do Autor: Jaques Waisberg
Rua Silva Jardim, 470
CEP – 09700
São Bernardo do Campo
São Paulo