

HEPATECTOMIA MAIS ANASTOMOSE COLEDOCODUODENAL EM LITÍASE INTRA-HEPÁTICA E EM COLÉDOCO: RELATO DE CASO

Matheus Dantas Gomes Gonçalves¹
Thalles Ramon Azevedo Macedo²
Carlos Eduardo Guedine Júnior³
Paulo José Haiek Araújo⁴
Zailton Bezerra de Lima Júnior⁵
Marcelo Gonçalves Sousa⁵

RESUMO

A litíase intra-hepática é uma doença frequente na Ásia e embora rara no mundo ocidental, atinge principalmente mulheres e consiste na presença de cálculos nas vias biliares intra-hepáticas. O quadro clínico mais habitual costuma ser o de síndrome de colangite piogênica de repetição e frequentemente os pacientes apresentam as características da tríade de Charcot. O relato de caso descreve uma litíase intra-hepática em paciente que realizou colecistectomia prévia e manteve-se com colangites de repetição, elevação de enzimas canaliculares, hepáticas e da bilirrubina direta. Após confirmação diagnóstica por colangiorressonância, foi realizada abordagem cirúrgica com ressecção hepática para a completa remoção dos múltiplos cálculos e ductos intra-hepáticos alterados. Embora ainda não exista uma concordância sobre o tratamento cirúrgico da litíase intra-hepática, devido suas diferentes apresentações, a ressecção hepática nesse caso foi o método de escolha e a paciente apresentou boa evolução pós-operatória.

Palavras-chave: Colangiografia. Hepatectomia. Litíase. Cirurgia.

INTRODUÇÃO

A litíase intra-hepática (LIH) pode ser definida como a presença de cálculos nas vias biliares proximais à confluência dos ductos biliares, independente da presença ou ausência de cálculos na vesícula biliar ou via biliar extra-hepática¹. A LIH é uma entidade que atinge principalmente mulheres, podendo estar associada a complicações, tais como: colangite, abscesso hepático, insuficiência hepática e colangiocarcinoma. É muito frequente em países do Sudeste Asiático (10-15% dos pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia por litíase biliar) e menos comum na América do Sul (0,5-2%) e Europa².

A patogênese da formação de cálculos no trato biliar ainda não está completamente explicada, pois tem sido atribuída a distúrbios metabólicos, estase ou infecção. Os pacientes apresentam as características da tríade de Charcot: febre, dor em hipocôndrio direito (HCD) e icterícia, embora nem sempre presentes.

Apesar de ainda não existir um consenso sobre a terapia ideal para a LIH, tem-se como objetivos do tratamento a limpeza adequada da árvore biliar intra e

¹ Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB. End.: Rua José Bartolomeu Cabral, 374, Bessa, João Pessoa-PB. CEP: 58035-320 Tel.: (83) 9656-0510. E-mail: matheus.dantas@gmail.com.

² Acadêmico da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE.

³ Residente de Cirurgia Geral da Universidade Federal da Paraíba.

⁴ Médico assistente do serviço de Cirurgia Geral da Universidade Federal da Paraíba.

⁵ Médicos cirurgiões, Mestres e Docentes da Universidade Federal da Paraíba e Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

extra-hepática, maior redução de cálculos residuais, reconstrução da drenagem e remoção completa de zonas inflamatórias, atróficas e de estenoses do fígado.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, evoluía com icterícia e dor em HCD há cerca de dois anos. Há 26 meses, submeteu-se a colecistectomia videolaparoscópica (VDL), após repetidos quadros clínicos de dor em HCD com icterícia, febre e vômitos, que surgiam em média de quatro vezes ao ano e duravam de três a cinco dias. A dor apresentava irradiação para região lombar, aspecto de pontada e de grande intensidade. Após a cirurgia, continuou com episódios de colangite de repetição. Foi internada no Hospital Universitário Lauro Wanderley, apresentando os seguintes exames laboratoriais: bilirrubina total de 8,4 mg/dL (bilirrubina direta = 4,8mg/dL), além de AST = 372mg/dL, ALT = 729mg/dL, Fosfatase alcalina = 1.036mg/dL, gama glutamil transpeptidase = 1.206mg/dL e hemograma sem alterações.

A paciente realizou uma colangiorressonância magnética que evidenciou dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, a custa de múltiplas imagens calculosas intraluminais, estando a maior situada no ducto hepático esquerdo e medindo cerca de 3,5cm no maior eixo longitudinal (Figura 1). O exame apresentou hepatocolédoco medindo 2,1cm em toda sua extensão, porém, sem evidências de cálculos.

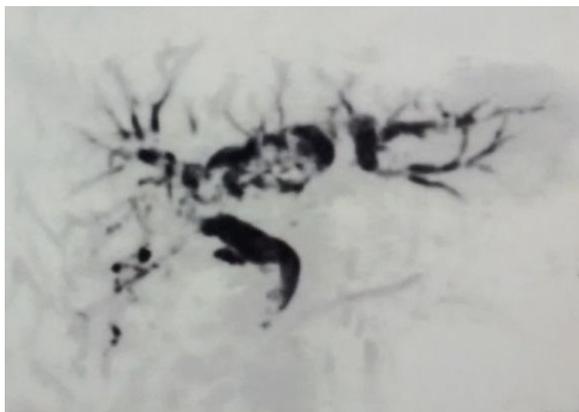


Figura 1 - Dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas e presença de múltiplas imagens calculosas intraluminais.

Realizou-se uma colangiografia perioperatória (CPO) (Figura 2) pelo ducto cístico, seguida por exploração das vias biliares com pinças de Randall. Entretanto, devido ao tamanho, quantidade e localização dos cálculos no ducto hepático esquerdo, não foi obtido sucesso, pois apenas uma pequena parte dos mesmos foi retirada.



Figura 2 - CPO evidenciando grande quantidade de cálculos em ducto hepático esquerdo.

Dessa forma, optou-se pela realização de uma setorectomia lateral esquerda (Figura 3).



Figura 3 - Produto da setorectomia lateral esquerda com cálculos.

Para concluir a retirada dos cálculos restantes, realizou-se novamente exploração das vias biliares com pinças de Randall e turbilhonamento com soro fisiológico através de sondas. Por meio dessas manobras, uma grande quantidade de cálculos residuais foi removida (Figura 4), clareando a via biliar. Por fim, foi realizada anastomose coledocoentérica. A paciente evoluiu clinicamente com melhora do quadro clínico e o anatomopatológico evidenciou um infiltrado inflamatório crônico.



Figura 4 - Grande quantidade de cálculos extraídos.

DISCUSSÃO

A litíase intra-hepática é uma doença rara no mundo ocidental, mas percebe-se um aumento exponencial do número de casos recentemente. No Brasil, um estudo realizado no Hospital das Clínicas de São Paulo mostrou que a LIH representou 2,1% de todas as doenças calculosas das vias biliares. O pico de incidência ocorre durante a terceira década de vida, uma década mais cedo do que em pacientes com colelitíase³.

A patogênese de formação de cálculos na LIH pode ser descrita em duas vias. Na via primária, há formação dos cálculos nos próprios canais biliares intra-hepáticos. Já a via secundária corresponde à formação de LIH a partir da migração de cálculos formados na vesícula biliar, ou ducto biliar comum, para o ducto biliar intra-hepático¹.

Um estudo do departamento de cirurgia digestiva da PUC do Chile deduziu que os casos de LIH neste país são, provavelmente, secundários a litíase da vesícula biliar e a estenoses biliares pós-inflamatórias ou isquêmicas dos ductos segmentares intra-hepáticos, e não a uma síndrome de Caroli como costuma ser referido. Conforme o estudo publicado, a presença de cálculos no lobo esquerdo do fígado foi mais comum, assim como na literatura internacional, embora seja uma relação menor do que nas séries internacionais. Este fato pode ser explicado pela angulação aguda do ducto hepático esquerdo ao alcançar a confluência dos ductos, o que resulta em maior estase biliar¹.

A clínica da LIH é baseada numa história de dor em hipocôndrio direito associada à icterícia, além de antecedentes cirúrgicos de litíase biliar e recorrências⁴. Os exames laboratoriais têm pouco valor diagnóstico, pois dão indícios inespecíficos da presença de colestase, sem indicarem o local da obstrução⁵.

Dessa forma, o diagnóstico pré-operatório é baseado em ultrassom, tomografia helicoidal três fases e/ou colangiografia por ressonância magnética⁶. O ultrassom e a tomografia computadorizada abdominal têm uma sensibilidade diagnóstica mais baixa, em comparação com a colangiorressonância, que deve ser o método de escolha utilizado para a exploração de toda a árvore biliar⁴. A colangiografia perioperatória deve ser realizada para avaliação completa da árvore biliar, pois o tratamento da LIH é cirúrgico e individualizado. É necessário basear-se na localização dos cálculos, na presença de anormalidades, estenoses, atrofias,

inflamação ou infecção de segmento do lobo hepático acometido, para o correto planejamento cirúrgico^{5,6}.

Assim, diferentes procedimentos cirúrgicos têm sido propostos, tais como: procedimentos de drenagem biliar, ressecção hepática ou ambos. Tais condutas consistem em remover as lesões do tecido hepático, extrair os cálculos e estenoses, descompressão da árvore biliar, controle de infecção e prevenção de recorrências⁷. A ressecção hepática parece ser a melhor abordagem definitiva para LIH, pois pode remover os cálculos e a estenose biliar simultaneamente. O tratamento é complexo e tem que ser individualizado de acordo com as diferentes apresentações da doença^{3,7}.

Estudos afirmam que a ressecção hepática seja recomendada para pacientes nos quais o segmento envolvido ou lóbulo do fígado com litíase, possam ser completamente removidos, especialmente em pacientes com atrofia do parênquima. Esta abordagem em pacientes com doença localizada é seguida por bons resultados em 80% a 100% dos casos³. As taxas de mortalidade para a ressecção hepática em centros especializados é atualmente menor do que 3%; assim, mesmo em pacientes com doença unilateral com nenhuma outra complicação (atrofia ou estenose), a ressecção é indicada. Para pacientes com doença bilateral, procedimentos de drenagem das vias biliares, tais como hepatojejunostomia ou papilotomia, são recomendados^{3,7}.

Deve-se preferir a hepatectomia anatômica ao invés da hepatectomia limitada (sob a forma de ressecção não anatômica ou ressecção em cunha) para casos de LIH localizada, visto que a primeira consiste num tratamento mais seguro e eficaz, com redução de cálculos residuais, menores morbidades e uma taxa justa de complicações.⁷ A remoção completa das pedras é possível em 80% a 90% dos casos, quando a cirurgia é combinada com a endoscopia pós-operatória ou métodos complementares transparietais.

Devido ao aumento de especialização em abordagens cirúrgicas hepáticas, a ressecção hepática pode ser considerada um tratamento potencialmente curativo para a LIH, principalmente em pacientes com doença unilateral irreversível. As taxas de cálculos residuais são bastante inferiores nas condutas por ressecção, quando comparadas a tratamentos sem ressecção hepática. O transplante de fígado tem hoje um papel importante nestes casos, uma vez que não apenas removem os cálculos, mas também elimina o risco conhecido de colangiocarcinoma intra-hepático¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso do relato, foi realizado a CPO após exploração das vias biliares e hepatectomia, que confirmou o clareamento da árvore biliar intra e extra-hepática. Em seguida, foi realizada uma anastomose bilioentérica, sendo esta indicada quando o ducto comum apresenta cálculos e uma dilatação de 2 cm ou mais. Embora a técnica preconizada seja a hepatojejunostomia em Y de Roux³, o procedimento de escolha no caso da paciente foi a anastomose coledocoduodenal pela chance de recorrência de cálculos intra-hepáticos e dificuldade no acesso transparieto-hepático. Desta forma, proporciona-se uma possível reabordagem via endoscópica, caso necessário. Quando bem indicada, como em casos de presença de lesões irreversíveis unilaterais, estenose de via biliar, parênquima atrofiado ou fibrose, a ressecção hepática é um método seguro e efetivo para o tratamento de LIH.

HEPATECTOMY MORE ANASTOMOSIS CHOLEDOCHUSDUODENAL IN INTRAHEPATIC STONES AND COMMON BILE DUCT: A CASE REPORT

ABSTRACT

Intrahepatic lithiasis is a frequent disease in Asia and although rare in the Western world, mainly affects women and consists in the presence of stones in the intrahepatic bile ducts. The most common clinical presentation is often the recurrence of pyogenic cholangitis syndrome and frequently patients have the characteristics of Charcot's triad. This case report describes an intrahepatic lithiasis in a patient who underwent prior cholecystectomy and remained having repeated episodes of cholangitis, elevation of bile canalicular and liver enzymes and direct bilirubin. After diagnostic confirmation by resonance cholangiography, surgical approach was held with hepatic resection for a complete removal of stones and intrahepatic bile ducts affected. Even though there is still no agreement on the surgical treatment of intrahepatic lithiasis because of its different presentations, liver resection in this case was the method of choice and the patient presented good postoperative evolution.

Key-words: Cholangiography. Hepatectomy. Lithiasis. Surgery.

REFERÊNCIAS

1. Jarufe NC, Muñoz CC, Martínez JC, Guerra JFC, Pimentel FM. Definiciones y conceptos en hepatolitiasis. *Rev Chil Cir.* 2013; 65(4): 360-363.
2. Marín C, Robles R, Pastor P, Parrilla P. Resección hepática en el tratamiento de la litiasis intrahepática: Resultados inmediatos y a largo plazo en una serie occidental. *Rev. esp. enferm. dig.* 2008; 100(4): 225-229.
3. Herman P, Bacchella T, Pugliese V, Montagnini AL, Machado MA, da Cunha JE, et al. Non-Oriental primary Intrahepatic lithiasis: experience with 48 cases. *World J Surg.* 2005;29(7):858-62; discussion 863-4.
4. Torres-Zevallos H, Sánchez-Gambetta S, Mendivil RZ, Valcárcel MS. Litiasis Intrahepática. *Rev. gastroenterol. Perú, Lima,* v. 28, n. 1, enero 2008.
5. Caly WR, Carpi G, De Sica AC A.R, Catapani WR. Calculose intra-hepática: desafio diagnóstico como causa de colestase - relato de caso. *GED.* 2009;28:67-70.
6. Herman P, Perini MV, Machado MA, Bacchella T, Pugliese V, Saad WA, et al. Liver resection as the definitive treatment for unilateral non-oriental primary intrahepatic lithiasis. *Am J surg.* 2006;191 (4):460-4.
7. Jiang H, Wu H, Xu Y, Wang J, Zeng Y. An Appraisal of Anatomical and Limited Hepatectomy for Regional Hepatolithiasis. *World J Surg.* 2010;12 (8):757-761.

<p>Recebido em: 18.04.15 Aceito em: 23.11.15</p>
--