RELATO DE CASO

# COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE CARDÍACO

## LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN HEART TRANSPLANT PATIENT

**Flávio Heuta Ivano, TCBC-PR[1]**
**Nelson Bergonse Neto[2]**
**Francisco Mario Zoccola[3]**

## INTRODUÇÃO

O transplante cardíaco é uma opção de tratamento bem estabelecida para os pacientes em estágio final de doenças cardíacas. Devido aos avanços das técnicas cirúrgicas e à melhora das drogas imunossupressoras, como a ciclosporina A[1], a sobrevida dos pacientes tornou-se maior, com um aumento do número de transplantes cardíacos e de pacientes vivos com corações transplantados[2].

Enquanto a prevenção e o manejo da rejeição e infecção permanecem como preocupações primárias no cuidado destes pacientes, as complicações envolvendo o trato alimentar são associadas com morbidade significativa e risco de vida elevado. Devido a estes fatos, o médico-cirurgião geral deve estar familiarizado com os problemas especiais impostos por este grupo de pacientes, particularmente porque estes são atendidos rotineiramente na comunidade onde vivem e não no centro médico onde foram transplantados. Seus problemas cirúrgicos e as tomadas de decisões freqüentemente são iniciadas com os recursos locais, em vez daqueles do centro de transplante[3].

## RELATO DO CASO

L.D., sexo masculino, 44 anos, branco, pipoqueiro, admitido no serviço de Cirurgia Cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba com quadro de insuficiência cardíaca por miocardiopatia chagásica, sendo submetido a transplante cardíaco após três meses. O paciente recebeu tratamento imunossupressor com dose de ataque de ciclosporina 400 mg ao dia, associada ao imuran 150 mg ao dia, e após, manutenção com ciclosporina, 250 mg ao dia, azatioprina, 50 mg ao dia, e prednisona, 20 mg ao dia. Foi realizado o controle para rejeição por meio de biópsias seriadas do miocárdio.

Após um ano e sete meses do transplante, o paciente retornou com quadro clínico compatível com colelitíase. O exame ultra-sonográfico demonstrava uma parede vesicular espessada sugestiva de colecistopatia aguda, com múltiplos cálculos no seu interior. Procedeu-se, então, à realização de colecistectomia videolaparoscópica, com desinfecção rotineira de alto nível do material cirúrgico (30 minutos em glutaraldeído). O procedimento durou 105 minutos, devido ao quadro agudo, e não houve intercorrências. O paciente recebeu alta no quarto dia de pós-operatório em bom estado geral. Um mês após a colecistectomia, o paciente evoluiu a êxito letal, sendo a causa diagnosticada por autópsia como rejeição aguda ao transplante cardíaco. Não houve achados de sepse abdominal, afastando qualquer relação do óbito com a colecistectomia previamente realizada ou com o quadro de colecistopatia.

## DISCUSSÃO

Índices de mortalidade acima de 30% têm sido apresentados após complicações gastrintestinais nos pacientes transplantados, sendo, portanto, necessária a detecção precoce e o manejo agressivo destas complicações[3].

Trinta e um por cento dos pacientes transplantados cardíacos apresentaram pelo menos uma complicação, necessitando consulta com um cirurgião geral e 14% destes sofreram algum procedimento cirúrgico[1].

A doença do trato biliar parece ser uma das mais comuns que necessitam de tratamento cirúrgico. O espectro dos problemas varia de colelitíase assintomática até colecistite fulminante, colangite e pancreatite por cálculos, atingindo a alta incidência de 30 a 40% em adultos e 15,6% em crianças[4].

O uso da Ciclosporina no tratamento imunossupressor dos pacientes após o transplante é considerado o fator

1. Professor Convidado da Faculdade de Medicina da PUC-PR; Médico Cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo da SCMC-PR.
2. Residente do Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo da SCMC-PR.
3. Aluno de Medicina da Faculdade de Medicina da PUC-PR.

Recebido em 10/8/99
Aceito para publicação em 23/3/2000
Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, SCMC-PR.

predisponente mais importante na formação dos cálculos. Isto pode ocorrer devido ao efeito tóxico local da droga ou devido a mudanças na composição dos ácidos biliares, podendo ocasionar estase biliar[2].

A principal modalidade diagnóstica usada para detecção da colelitíase é o exame ultra-sonográfico de rotina em todos os pacientes como avaliação pré-operatória e acompanhamento após transplante em intervalos contínuos de seis ou 12 meses[5].

Geralmente, a primeira manifestação da colelitíase nos pacientes transplantados cardíacos é um ataque de colecistite aguda, que rapidamente evolui para uma crise séptica[2].

Colon et al citam que a remoção da vesícula biliar no momento do transplante pode diminuir a morbidade pós-operatória tardia associada a este órgão. Por outro lado, complicações infecciosas associadas com a colecistectomia podem ser devastadoras se elas ocorrerem no pós-operatório imediato quando a imunossupressão está no seu auge. Por esta razão, preconiza a colecistectomia no mínimo seis meses após o transplante nos pacientes com colelitíase associada a sintomas mínimos; e, nos pacientes com colecistite aguda, 72 horas após aspiração nasogástrica e administração das drogas imunossupressoras por via endovenosa[1].

Vários autores[2, 4, 5] têm preconizado a colecistectomia profilática em todos os pacientes com colelitíase aproximadamente seis meses após o transplante (levando em consideração o tempo de recuperação) ou mais cedo, dependendo do aparecimento dos sintomas.

A colecistectomia pode ser convencional ou por videolaparoscopia. Essa técnica está associada com menores complicações pulmonares pós-operatórias, quando comparada à técnica aberta, com um retorno precoce aos níveis funcionais de pré-operatório, sendo também segura em indivíduos antes do transplante com função cardíaca debilitada[2].

As opiniões sobre o momento, a técnica e as indicações da colecistectomia em pacientes transplantados cardíacos permanecem controversas. Todos os pacientes em avaliação para o transplante cardíaco deveriam ser submetidos a uma pesquisa ultra-sonográfica para avaliar a vesícula e a árvore biliar. Após o transplante cardíaco, o acompanhamento ultra-sonográfico deveria ser feito em intervalos de seis a 12 meses.

Baseados nos dados revisados, a colecistectomia eletiva antes do transplante nos pacientes susceptíveis e em todos os pacientes estáveis hemodinamicamente após o transplante parece prudente, sendo um pequeno custo a pagar pela prevenção de uma doença com potencial risco de vida.

**ABSTRACT**

*Cardiac transplant has been performed with an increased frequency as the treatment for end-stage cardiac disease. Although cholelithiasis is more frequent in both pretransplant and posttransplant patients, no standard management approach exists. Pretransplant patients are well recognized for cardiac events, and posttransplant immunossupressed patients are at a considerable risk for septic complications. Because the first presentation of gallstones in this population is often acute cholecystitis, asymptomatic calculi cannot be considered benign and it seems reasonable to recommend pretransplant screening and posttransplant surveillance for gallstones. Prophylatic laparoscopic cholecistectomy should be undertaken in the stable patient to avoid the substantial mortality associated with postoperative acute cholecystitis and urgent cholecystectomy. In this case report we present a 44 year-old male with acute cholecystitis after cardiac transplantation who was submitted to a safe laparoscopic cholecystectomy one year and seven months later.*

**Key Words:** *Cardiac transplantation; Cholecystitis; Cardiac transplantation complications; Laparoscopic cholecystectomy.*

## REFERÊNCIAS

1. Colon R, Frazier OH, Kahan BD et al. Complications in cardiac transplant patients requiring general surgery. Surg 1988; 103:32-38.
2. Begos DG, Franco KL, Baldwin JC et al. Optimal timing for cholecystectomy cardiac transplant patients. World J. Surg. 1995; 19:661-667.
3. Merrell SW, Ames SA, Nelson EW et al. Major abdominal complications following cardiac transplantation. Arch. Surg. 1989; 124:889-894
4. Milas M, Ricketts RR, Amerson JR et al. Management of biliary tract stones in heart transplant patients. Ann Surg 1996; 223:747-756.
5. Bathia SD, Bowen JC, Money SR et al. The incidence, morbidity, and mortality of surgical procedures after orthotopic heart transplantation. Ann Surg 1997; 225:686-694.

Endereço para correspondência
Dr. Flávio Heuta Ivano
Clínica Sugisawa
Avenida Iguaçu 1236
80250-190 — Curitiba-PR