

# COLEPERITÔNIO APÓS COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL TRATADO POR VIA LAPAROSCÓPICA

POST-CONVENTIONAL CHOLECYSTECTOMY BILIAR PERITONITIS TREATED BY  
VIDEOLAPAROSCOPY

Sílvia Cristine Soldá, TCBC-SP<sup>1</sup>  
Francisco César M. Rodrigues, TCBC-SP<sup>2</sup>  
Rodrigo Altenfelder Silva, TCBC-SP<sup>2</sup>  
Samir Rasslan, TCBC-SP<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

A colecistectomia é amplamente realizada em todo o mundo devido à elevada incidência de litíase vesicular, sintomática ou não. Trata-se de um procedimento extremamente seguro e efetivo para o tratamento da colecistopatia calculosa, quer seja realizada pela via aberta ou laparoscópica.<sup>1</sup>

A videolaparoscopia tem ganho um espaço cada vez maior no arsenal terapêutico da colecistopatia calculosa. No entanto, a colecistectomia aberta ou convencional ainda é realizada em número expressivo de casos, especialmente em nosso meio, talvez devido à não disponibilidade de equipamentos ou mesmo por falta de treinamento em cirurgia laparoscópica.

De uma forma geral, o índice de complicações da colecistectomia, quer por via aberta ou laparoscópica, varia de 1,6% a 6,8%.<sup>2</sup> Apesar de poucos freqüentes, algumas podem representar situações nem sempre favoráveis do ponto de vista de correção cirúrgica e de resultados após a reoperação.

Uma das complicações e que é independente da via de acesso é o coleperitônio, que pode ser decorrente do escape da ligadura do cístico, lesão da via biliar extra-hepática ou da presença de um canalículo aberrante do leito vesicular<sup>3</sup> e quando o leito vesicular não foi drenado durante a colecistectomia, geralmente há um quadro de peritonite difusa que exige reintervenção no pós-operatório imediato para limpeza da cavidade e, quando possível, tratamento da causa.<sup>4</sup>

O objetivo deste trabalho é avaliar o emprego da videolaparoscopia no tratamento do coleperitônio observado no pós-operatório imediato de colecistectomia realizada pela via aberta.

## RELATO DOS CASOS

Foram atendidas no Serviço de Emergência da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo quatro doentes que se encontravam em pós-operatório imediato de colecistectomia convencional e que apresentaram dor abdominal e sinais de irritação peritoneal na evolução e foram submetidas à videolaparoscopia diagnóstica. Todas eram do sexo feminino, com idades que variaram de 17 a 43 anos.

Duas delas haviam sido submetidas à colecistectomia em outros Serviços. Não foi realizada colangiografia endoscópica intra-operatória em nenhuma doente.

Os principais sintomas eram a dor abdominal e febre. Ao exame físico duas encontravam-se icterícas. Em todas havia dor abdominal difusa, mais intensa no hemiabdomene direito. Em três, a incisão operatória era subcostal e, em uma, transversa, sendo, em duas, minilaparotomia.

A ultra-sonografia mostrava a presença de líquido livre na cavidade peritoneal em todas as doentes. O diagnóstico foi de coleperitônio, sendo indicado o tratamento operatório pela via de acesso laparoscópica.

Os exames foram realizados sob anestesia geral, e o pneu-moperitônio pela técnica aberta, com a utilização de sonda de Foley.

Os achados, a conduta e a evolução pós-operatória estão demonstrados no Quadro 1.

Duas doentes evoluíram após a reintervenção com fístula biliar, sendo que uma delas com débito elevado. Nesta doente foi indicada a colangiografia endoscópica, que mostrou uma via biliar íntegra, sendo realizada papilotomia. Mesmo após o procedimento, houve persistência da dor abdominal e da

1. Professora Assistente Doutora. Disciplina de Cirurgia de Emergência.

2. Professor Assistente Doutor do Departamento de Cirurgia.

3. Professor Titular. Diretor do Serviço de Emergência.

Recebido em 27/7/98

Aceito para publicação em 26/10/98

Trabalho realizado no Serviço de Emergência do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

**Quadro 1**  
Achado, conduta e evolução pós-operatória nos doentes submetidos à videolaparoscopia

Identificação	Cirurgia Prévia	Sintomas (início)	Achado	Lavagem Drenagem	Evolução
LRBS 43	colec. convencional 15 dias	PO3	coleções purulentas 600 ml de bile	sim	débito 200-400ml/dia alta PO12
LCS 26	colec. convencional Incisão transversa 10 dias outro serviço	PO3	800 ml de bile	sim	alta PO9 fístula baixo débito
JMC 31	colec mini Outro serviço 8 dias	PO3	500ml	sim	alta PO7 fístula baixo débito
FLR 17	colec 8 dias (minilaparotomia) PO 21 cesária	PO6	300 ml de bile	sim	fístula biliar (700ml) colangio pós-op papilotomia nova laparoscopia

PO - Pós-operatório. O número após PO indica o dia

fístula e, sete dias após a endoscopia, a doente foi submetida a nova laparoscopia.

Todas tiveram boa evolução com permanência hospitalar de sete a 32 dias. Não houve complicações relacionadas ao método laparoscópico.

## DISCUSSÃO

Este trabalho avalia o emprego da videolaparoscopia no tratamento de uma complicação da colecistectomia convencional, sendo que normalmente ocorre o contrário, ou seja, a conversão para a via aberta visando à correção ou tratamento de uma complicação ocorrida durante uma intervenção por acesso laparoscópico.

Embora o coleperitônio pós-colecistectomia seja pouco freqüente, o seu diagnóstico não costuma ser difícil, devido aos sinais e sintomas de irritação peritoneal decorrente do extravasamento de bile.

As manifestações clínicas variam desde uma dor abdominal de pequena intensidade, localizada no hipocôndrio direito até sinais de irritação peritoneal difusa, acompanhada de febre, icterícia, leucocitose e até mesmo sepse, dependendo da quantidade de bile presente na cavidade abdominal e do tempo de evolução.

O início dos sintomas geralmente é imediato no pós-operatório, sendo que, nos nossos casos, ocorreu do terceiro ao sexto dias após a colecistectomia. Em nenhum dos doentes foi drenada a cavidade abdominal, o que ajudaria no diagnóstico do coleperitônio pela presença de uma fístula biliar.

A ultra-sonografia pode ser realizada quando o exame físico como método isolado não é suficiente para indicar a reintervenção. A presença de líquido livre na cavidade indica a possibilidade de coleperitônio.

A colangiografia endoscópica retrógrada constitui um bom método para identificar a causa do coleperitônio, seja

ele proveniente do ducto cístico ou de uma lesão ductal parcial ou completa. Entretanto, quando o doente apresenta sinais de irritação peritoneal, a resolução da urgência através da lavagem, limpeza e drenagem da cavidade abdominal tem prioridade e deve ser realizada antes da colangiografia.

Quando o coleperitônio ocorre após uma colecistectomia convencional, a limpeza satisfatória da cavidade abdominal não é possível através da incisão subcostal ou transversa, sendo necessária uma incisão longitudinal ampla.

A necessidade da colangiografia estará na dependência da evolução pós-operatória, caso haja persistência da drenagem de bile e, portanto, a possibilidade de iatrogenia sobre a via biliar.

Em uma de nossas doentes, houve persistência de um débito de aproximadamente 600 ml por dia pelo dreno por um período de nove dias após a laparoscopia e reaparecimento de dor abdominal, sendo então indicada a colangiografia endoscópica, que mostrou uma via biliar íntegra, com pequeno extravasamento de bile pelo ducto cístico, e realizada papilotomia, sendo optado por indicar um novo exame laparoscópico para lavagem e redrenagem da cavidade abdominal, com boa evolução.

A videolaparoscopia é um procedimento que permite a limpeza adequada da cavidade abdominal, lavagem e aspiração, além da colocação de dreno no leito vesicular sob visão direta. Um aspecto técnico a ser comentado é o risco da passagem da agulha de Veress nos doentes previamente operados, pela possibilidade de aderência de alças intestinais à parede abdominal.

Nos doentes que apresentam cirurgia prévia, distensão abdominal, peritonite, coleções, temos realizado de forma sistemática o pneumoperitônio pela técnica aberta, utilizando uma sonda de Foley que, introduzida na cavidade abdominal sob visão direta, permite realizar o primeiro tempo do exame laparoscópico com segurança.<sup>5</sup>

A identificação do local exato de extravasamento de bile nem sempre é possível, mesmo na reoperação pela via aberta. Particularmente, quando a reintervenção é realizada alguns dias após a colecistectomia, o processo inflamatório, a impregnação das estruturas pela bile e as eventuais aderências dificultam uma exposição adequada da via biliar principal e do próprio coto do ducto cístico, não sendo também factível a realização de colangiografia intra-operatória.

Nesta condição é mais prudente limitar o procedimento à lavagem, limpeza adequada da cavidade e uma drenagem ampla do leito vesicular, aguardando a evolução pós-operatória. Esta conduta é válida tanto para os procedimentos pela via convencional quanto laparoscópica.

A fístula biliar após a reintervenção é esperada e duas situações podem ocorrer: ela é de baixo débito e progressivamente evolui para fechamento com a resolução do processo ou então a drenagem biliar persiste, sugerindo lesão ou obstrução da via biliar principal estando, portanto, indicada a colangiografia endoscópica.

Esta casuística mostra que foi possível o tratamento adequado e seguro, pela via laparoscópica, de uma complicação da colecistectomia por via aberta. Os doentes, sem dúvida, foram beneficiados com esta conduta, evitando-se assim a laparotomia longitudinal ampla com todos os seus inconvenientes (infecção, evisceração, hérnia) para a limpeza da cavidade abdominal.

## ABSTRACT

*Videolaparoscopy is the established treatment for chronic or acute cholecystitis, with low complications rates. Among operative complications, biliar peritonitis, biliar fistula and common bile duct injuries despite rare, can be difficult to treat. The authors present the results of videolaparoscopic treatment of choleperitoneum in four patients submitted previously to a conventional cholecystectomy. Among operative complications, biliar peritonitis, biliary fistula and common bile duct injuries. No complications related to laparoscopic procedure were observed.*

**Key Words:** Cholecystectomy; Complications; Biliary fistula.

## REFERÊNCIAS

1. Berci G, Sackier JM, Paz-Parlow – Routine or selected intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy? *Am J Surg* 1991;161:355-60.
2. Coelho JCU, Araújo RPM, Marchesini J B – Pulmonary function after cholecystectomy performed through Kocher's incision, miniincision and laparoscopy. *World J Surg* 1993;17:544-6.
3. Savassi-Rocha PR, Ferreira JT, Diniz MTC, Sanches SRA – Laparoscopic cholecystectomy in Brazil: Analysis of 33.563 cases. *Int Surg* 1997; 82:208-13.
4. Rayter Z, Tonge ZR, Bennett CE, Robinson PS, Thomas MH – Bile leaks after simple cholecystectomy. *Br J Surg* 1989;76:1.046-8.
5. Rodrigues FCM, Solda SC, Altenfelder Silva R, Rasslan S – Pneumoperitônio: Emprego de técnica aberta com uso de sonda de Foley. *Rev Col Bras Cir* 1994;21: 284-6.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dra. Sílvia Cristine Soldá  
Av. Jacutinga, 493/81  
04515-030 – São Paulo – SP