

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA AMBULATORIAL

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN AN AMBULATORY CARE SETTING

Alexandre Cruz Henriques, TCBC-SP¹
Sérgio Pezzolo, TCBC-SP¹
Marise Gomes, ACBC-SP²
Carlos Alberto Godinho²
Cláudia Aparecida Bagarollo³

RESUMO: Objetivo: Os autores apresentam sua experiência com 50 pacientes operados de colecistectomia videolaparoscópica em regime ambulatorial, no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC. **Método:** Quarenta e dois pacientes (84%) eram do sexo feminino e oito (16%) do masculino, a idade variou de 23 a 60 anos, com média de 41,5 anos. Foram submetidos ao procedimento pacientes com diagnóstico de colecistite crônica calculosa, que obedeciam aos seguintes critérios: inexistência de colecistite aguda, idade máxima de 60 anos, ausência de suspeita de coledocolitíase, avaliação clínica pré-operatória ASA I ou II, aprovação do paciente quanto ao método e período de internação empregados e presença de acompanhante. O posicionamento da equipe e a técnica utilizada foram os preconizados pela escola americana. **Resultados:** O tempo cirúrgico variou de 50 minutos a 2 horas, com média de 1 hora e 25 minutos. A colangiografia intra-operatória foi realizada em 35 pacientes (70%), demonstrando coledocolitíase em um caso (2%), que necessitou conversão para cirurgia aberta. As complicações mais frequentes no período pós-operatório imediato foram náuseas e vômitos em três casos (6%), seguidas de dor abdominal intensa em dois casos (4%). Foram tratados com antieméticos e analgésicos e tiveram a alta hospitalar adiada para o dia seguinte à operação. Quarenta e quatro pacientes (88%) tiveram condições de alta no mesmo dia. O período de permanência hospitalar foi entre nove e 12 horas. O retorno ambulatorial era programado para o sétimo e trigésimo dias pós-operatório, não havendo necessidade de reinternação em nenhum caso. **Conclusões:** A colecistectomia videolaparoscópica ambulatorial é um procedimento seguro.

Descritores: Colecistectomia videolaparoscópica; Laparoscopia; Cirurgia ambulatorial.

INTRODUÇÃO

A colelitíase é uma das doenças mais frequentes do aparelho digestivo, acometendo 20% da população adulta, e a colecistectomia é uma das operações mais frequentemente realizadas^{1,2}. Desde 1882, quando Langenbuch realizou a primeira colecistectomia, os cirurgiões tentam diminuir a morbidade e o tempo de internação^{1,2,3,4,5,6,7,8}; e o uso do cateter nasogástrico e a drenagem da cavidade abdominal deixaram de ser condutas rotineiras^{2,4,5,6,9}. A colecistectomia por minilaparotomia, divulgada por Goco em 1982² e a colecistectomia videolaparoscópica, por Mouret em 1987, diminuíram o trauma cirúrgico e permitiram a alta hospitalar no dia^{1,2,4-6,9,10}.

O objetivo deste estudo é apresentar a experiência com 50 colecistectomias videolaparoscópicas ambulatoriais (CVA) operadas consecutivamente no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC.

MÉTODO

No período de março de 1998 a março de 1999, 50 pacientes foram submetidos à CVA no Hospital de Ensino da FMABC. Quarenta e dois pacientes (84%) eram do sexo feminino e oito (16%) do masculino. A idade variou de 23 a 60 anos, com média de 41,5 anos. Todos os pacientes eram portadores de colecistite crônica calculosa, e obedeciam aos seguintes critérios de inclusão: inexistência de

1. Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da FMABC.
2. Cirurgião Colaborador do Departamento de Cirurgia da FMABC.
3. Cirurgião do Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital de Ensino da FMABC.

Recebido em 7/2/2000

Aceito para publicação em 11/10/2000

Trabalho realizado no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC. Serviço do Prof. Dr. Manlio Basilio Speranzini.

colecistite aguda, idade máxima de 60 anos, ausência de suspeita de coledocolitíase, avaliação clínica pré-operatória ASA I ou II, aprovação do paciente quanto ao método e período de internação e presença de um acompanhante (Tabela 1). Os pacientes eram esclarecidos da possibilidade da cirurgia ser realizada em regime ambulatorial, o procedimento era explicado e obtendo-se o consentimento a operação era programada.

Tabela 1
Critérios de inclusão

Inexistência de colecistite aguda
Idade máxima de 60 anos
Ausência de suspeita de coledocolitíase
Avaliação clínica pré-operatória ASA I ou II
Consentimento do paciente
Presença de um acompanhante

A internação ocorria às 6:30 horas do dia da cirurgia. Midazolam na dose de 0,1 a 0,2mg/kg era administrado por via intramuscular como medicação pré-anestésica. Sob anestesia geral, o paciente era submetido a uma colecistectomia videolaparoscópica com quatro punções, segundo técnica padronizada pela escola americana^{1, 6, 11}. Antibioticoprofilaxia não foi utilizada em nenhum caso. A colangiografia intra-operatória foi realizada rotineiramente, exceto nos casos em que o ducto cístico era curto, na impossibilidade de cateterizá-lo ou por tratar-se de cálculo único.

Dieta líquida era liberada quando o doente estivesse bem acordado. Medicação antiemética e analgésica era iniciada no final do ato operatório, por via endovenosa: 4 a 8mg de ondansetron, 40mg de tenoxicam e 100mg de cloridrato do tramadol. No período pós-operatório, eram administrados 2mg de dipirona endovenosa e 10mg de metoprolamida endovenosa de seis em seis horas.

A alta era dada obedecendo-se aos seguintes critérios: recuperação do nível de consciência, orientação no tempo e espaço, parâmetros hemodinâmicos normais e estáveis, ingestão de dieta líquida sem apresentar náuseas e/ou vômitos, ausência ou pouca dor, diurese espontânea e ausência de hipotensão ortostática (Tabela 2). Recebia orientação para retornar ao hospital no caso de dor, febre, vômito ou por qualquer motivo que julgasse necessário. Retorno no ambulatório era marcado para o sétimo dia e trigésimo dia pós-operatórios.

RESULTADOS

O tempo operatório variou de 50 min a 2 horas, com média de 1 hora e 25 min. A colangiografia intra-operatória foi realizada em 35 pacientes (70%). Em 15 pacientes (30%) não foi realizada por tratar-se de cálculo único (oito

Tabela 2
Critérios para alta

Recuperação do nível de consciência e correta orientação do tempo/espaço
Parâmetros hemodinâmicos normais e estáveis
Ingestão de líquido sem apresentar náuseas e/ou vômitos
Ausência ou pouca dor
Diurese espontânea
Ausência de hipotensão ortostática

casos), devido à presença de ducto cístico curto (três casos) ou de difícil cateterização (quatro casos). A colangiografia diagnosticou um caso de coledocolitíase (2%) que exigiu conversão e realização de colecistectomia, coledocolitotomia e drenagem à Kher; não apresentou complicações pós-operatórias e teve alta no 5º dia após a operação.

Cinco pacientes (10%) apresentaram complicações que impossibilitaram a alta no mesmo dia da cirurgia. Três (6%) tiveram náuseas e vômitos, e dois (4%) apresentaram dor abdominal intensa. Os cinco pacientes evoluíram bem com medicação sintomática e tiveram alta hospitalar após 24 horas.

Quarenta e quatro pacientes (88%) apresentaram pouca ou nenhuma dor e atendiam aos demais critérios de alta no mesmo dia; o período de permanência hospitalar foi entre nove e 12 horas. Nenhum paciente necessitou ser reinternado.

No retorno ambulatorial, os pacientes não apresentaram nenhuma queixa inerente ao procedimento e tiveram alta no trigésimo dia pós-operatório. Em todos os casos o exame anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou colecistite crônica calculosa.

DISCUSSÃO

Atualmente a colecistectomia videolaparoscópica é considerada o tratamento de escolha para a colelitíase^{1-4,6,8-12} e tem sido relatada a sua superioridade em relação à cirurgia convencional, por diminuir a agressão cirúrgica, tempo de permanência hospitalar e permitir retorno precoce às atividades sociais e de trabalho^{1,2,9,10,11,13}. Os bons resultados do procedimento e a necessidade de reduzir os custos hospitalares encorajaram estudos sobre a possibilidade desta cirurgia ser feita em regime ambulatorial^{2,6,8,9,10,13,14}. Nem todos os pacientes portadores de colecistite crônica calculosa são candidatos à cirurgia videolaparoscópica ambulatorial. A seleção deve ser cuidadosa, obedecendo critérios de inclusão preestabelecidos (Tabela 1) que proporcionam maior probabilidade de alta precoce^{2,4,10,13}. A escolha adequada dos pacientes a serem submetidos ao procedimento em regime ambulatorial e o bom treinamento da equipe podem reduzir o tempo cirúrgico^{2,8-11,13}. O cirurgião deve esclarecer o paciente a respeito da técnica operatória e via de acesso,

ênfase na alta hospitalar no mesmo dia não implicará o aumento da taxa de complicação.

Os maiores obstáculos para a alta precoce eram representados pela demora na recuperação do nível de consciência e pelo efeito emético causado pelas drogas anestésicas^{2,4,10,14}. Foram transpostos com o surgimento de drogas anestésicas que proporcionaram a recuperação completa do nível de consciência em aproximadamente três horas^{1,2,6,14} e com a administração de antieméticos potentes no período intra-operatório^{1,2,9,14}. Concomitantemente, a administração de analgésicos e antiinflamatórios não hormonais, garante pouca ou nenhuma dor no período pós-operatório imediato^{3,5,8,11}. No nosso estudo constatamos que no período pós-operatório imediato, 88% dos pacientes exibiram rápida recuperação do nível de consciência, pouca ou nenhuma dor e ausência de náuseas e vômitos. Julgamos importante iniciar a administração das drogas antieméticas e analgésicas ainda durante o ato operatório.

Critérios para alta também devem ser definidos (Tabela 2), e o paciente só deve ser liberado quando apresentar um quadro clínico seguro, atendendo todos os pré-requisitos^{2,4,8,10,12,13}. Observamos que na maior parte dos estudos sobre cirurgia videolaparoscópica em regime ambulatorial, protocolos de inclusão e alta também foram estabelecidos para que a alta precoce fosse permitida^{1-3,7-11,14}.

A técnica operatória realizada nas CVA é a mesma que a utilizada nas cirurgias videolaparoscópicas em regime de internação hospitalar, não devendo ser alterada em função da intenção de alta precoce. A literatura sugere que tempos obrigatórios, como a realização da colangiografia intra-operatória, não devem ser excluídos para diminuir o tempo cirúrgico^{3,4,6,10,13}.

Concluímos que a colecistectomia videolaparoscópica ambulatorial é um procedimento seguro, sem aumento da incidência de complicações, desde que critérios de inclusão e alta sejam estabelecidos^{1-4,7,8,10,13}.

ABSTRACT

Background: The authors present their experience with 50 patients undergoing videolaparoscopic cholecystectomy in an ambulatory care setting at University Hospital, ABC Medical School. **Methods:** Forty-two patients (84%) were female and 8 (16%) male, age ranged from 23 and 60 years, mean age 41,5 years. Patients with diagnosis of calculous chronic cholecystitis were selected under the following criteria: no acute cholecystitis, maximum age of 60 years, no suspicion of choledocolithiasis, preoperative clinical evaluation ASA I or II, patient consent for the procedure and hospitalization period and presence of a companion. The team position and operative technique were the same as the american school. **Results:** Surgical time ranged from 50 minutes to 2 hours, mean time of 1 hour and 25 minutes. Intraoperative cholangiography was carried out in 35 patients (70%), showing choledocolithiasis in one case (2%), requiring a shift toward an open surgery. The most frequent complications in the early postoperative period were nausea and vomit in 3 cases (6%), followed by intense abdominal pain in 2 cases (4%). These patients were treated with antiemetic drugs and analgesics and were discharged one day after the surgery. Forty-four patients (88%) were discharged after a mean hospitalization period of 12 hours. Follow-up visits were scheduled for postoperative day 7 and 13 and none of patients required readmission. **Conclusions:** Ambulatory videolaparoscopic cholecystectomy is a security surgery.

Key Words: Laparoscopic cholecystectomy; Laparoscopy; Ambulatory surgery.

REFERÊNCIAS

- Fiorillo MA, Davidson PG, Fiorillo M et al. 149 ambulatory laparoscopic cholecystectomies. *Surg Endosc* 1998; 10:52-56.
- Haicken BN. Laser laparoscopic cholecystectomy in the ambulatory setting. *J Post Anesth Nurs* 1991; 6:33-39.
- Goco IR, Chambers LG. Dollar and cents: mini-cholecystectomy and early discharge. *South Med J* 1998; 81: 162-163.
- Llorente J. Laparoscopic cholecystectomy in the ambulatory surgery setting. *J Laparoendosc Surg* 1992; 2: 23-26.
- Mjaland O, Buanes T, Raeder J et al. Laparoscopic cholecystectomy an ambulatory surgery. Safety requirements, benefit potential and patient satisfaction. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1995; 18: 240-243.
- Moss C. Discharge within 24 hours of elective cholecystectomy. *Arch Surg* 1996; 121:159-161.
- Taylor E, Gaw F, Kennedy C. Outpatient laparoscopic cholecystectomy feasibility. *J Laparoendosc Surg* 1996; 6: 73-77.
- Voyles CR, Berch BR. Selection criteria for laparoscopic cholecystectomy in an ambulatory care setting. *Surg Endosc* 1997; 11: 1145-1146.
- Michaloliakou C, Chung F, Sharma S. Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Anesth Analg* 1996; 82:44-51.
- Ramos AC, Sallet JA, Lombardi MM et al. Colecistectomia laparoscópica em regime ambulatorial. *Rev Col Bras Cir* 1997; 25: 5-8.
- Perissat J. Laparoscopic cholecystectomy: The european experience. *Am J Surg* 1993; 165:444-448.
- Voitk AJ. Outpatient cholecystectomy. *J Laparoendosc Surg* 1998; 6:79-81.
- Prasad A, Foley RJ. Day case laparoscopic cholecystectomy: a safe and cost effective procedure. *Eur J Surg* 1996; 162:43-46.
- Oliva AL. Anestesia para pacientes de curta permanência hospitalar. *Rev Bras Anest* 1993; 33:183-197.

Endereço para correspondência:

Dr. Alexandre Cruz Henriques

Rua Mediterrâneo, 928

09750-420 – São Bernardo do Campo-SP