

# A COLANGIOGRAFIA PEROPERATÓRIA

## OPERATIVE CHOLANGIOGRAPHY

Eduardo Lemos de Souza Bastos, ACBC-SP<sup>1</sup>  
Paulo Roberto Teixeira Micheloni, TCBC-SP<sup>2</sup>  
Rubens Augusto Brazil Silvado<sup>3</sup>

**RESUMO:** Os autores revisam 96 procedimentos colangiográficos peroperatórios realizados no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) entre janeiro de 1993 e fevereiro de 1995. Dos exames estudados, setenta foram considerados normais, 23 alterados e três inconclusivos. Os autores apresentam casos onde a colangiografia peroperatória (CPO) não confirmou a suspeita pré-operatória, o que evitou explorações desnecessárias da via biliar (6,25%) ou não permitiu diagnóstico incorreto (9,36%). Do exposto, os autores concluem que a CPO continuará sendo rotina nas operações sobre a vesícula e vias biliares e sugerem a necessidade do estabelecimento de padrão técnico para a realização do exame.

**Unitermos:** Colangiografia; Colectectomia.

### INTRODUÇÃO

A colangiografia peroperatória (CPO) tem sido motivo de controvérsia entre os cirurgiões desde que Mirizzi<sup>1</sup> padronizou a técnica na década de 30 e propiciou o início de uma discussão que ainda não terminou. Não há, até o momento, um consenso sobre a oportunidade de sua realização: se rotineira ou seletiva. Por esse motivo, procurou-se rever os casos de CPO efetuados em dois anos no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), uma instituição de ensino médico (graduação e residência médica), a fim de caracterizar como as Disciplinas de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Geral realizam o procedimento.

### MATERIAL E MÉTODOS

A partir de registros obtidos no Serviço de Radiologia da FAMEMA, entre janeiro de 1993 e fevereiro de 1995, houve possibilidade de se resgatarem 96 prontuários de pacientes que foram submetidos a CPO no Departamento de Cirurgia. Esses dados foram avaliados através de protocolo, onde se procurou obter informações sobre indicativos clínicos e/ou de exames complementares que pudessem sugerir alteração na via biliar, bem como análise das radiografias disponíveis (número de clichês) e do laudo anexo (alterada ou normal).

### RESULTADOS

Dos 96 pacientes, 73 eram do sexo feminino (76,04%) e 23 do masculino (23,95%). A idade variou de 21 a 91 anos, com uma média de 52 anos. O número de radiografias efetuadas foi variável, de 1 a 8, com uma média de 2,48 por cirurgia.

Em 73 pacientes (76,04%) não havia suspeita de que a CPO fosse alterada. Desses, a CPO confirmou a impressão pré-operatória em 64 oportunidades (66,66%). Porém, em nove pacientes (9,37%), a CPO mostrou anormalidade que não era esperada pela equipe cirúrgica. Desses, quatro pacientes (4,16%) apresentaram coledocolitíase.

Em vinte pacientes (20,83%), o cirurgião tinha algum dado pré-operatório (clínico, laboratorial ou de imagem) que possibilitava a suspeita de anormalidade na CPO, sendo confirmado pela CPO em 14 exames (14,58%). Entretanto, seis pacientes (6,25%) tiveram seus exames interpretados como normais. E três exames (3,12%) foram considerados inconclusivos.

### DISCUSSÃO

Glenn & Grafe Jr.<sup>2</sup> referem que a colectectomia foi realizada com sucesso pela primeira vez por John S. Bobbs em 15 de julho de 1867. Desde então, essa operação ocupa

1. Professor Voluntário da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da FAMEMA.

Assistente de Ensino do Pronto-Socorro da FAMEMA.

2. Professor Coordenador da Disciplina de Cirurgia Geral da FAMEMA.

3. Professor Coordenador da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da FAMEMA.

Recebido em 16/6/97

Aceito para publicação em 16/3/98

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA.

lugar de destaque na Cirurgia do Aparelho Digestivo e permanece como a opção terapêutica mais utilizada para o tratamento da litíase vesicular. Todavia, não se pode afirmar o mesmo sobre a CPO, pois não há consenso entre os cirurgiões: se é parte integrante da operação ou se não é opção a ser utilizada em situações bem definidas.

Certamente motivado pela insuficiente informação da via biliar na radiografia simples do abdome, o cirurgião argentino Pablo L. Mirizzi introduziu a colangiografia peroperatória. Inicialmente usando o lipiodol como substância de contraste, realizava CPO em todas as operações sobre a vesícula e vias biliares e considerava a CPO um procedimento inócuo.<sup>1</sup>

Desde que a CPO difundiu-se amplamente tem sido assunto de diversas discussões, sendo que os serviços que a realizam de rotina enfatizam suas vantagens e os que a adotam seletivamente enfocam suas limitações.

Na FAMEMA, uma instituição de ensino médico, a CPO é procedimento obrigatório nas operações sobre a vesícula e as vias biliares. Por este motivo, os autores propuseram-se a demonstrar a falta de padrão observada na prática. Através de 134 registros no Serviço de Radiologia da FAMEMA, foi possível resgatar 96 prontuários, dado às dificuldades encontradas junto ao Serviço de Registro de Prontuários desta faculdade.

Nesse estudo, constatou-se que, em 64 pacientes, a CPO não trouxe surpresas, confirmando a normalidade esperada, e poderia ser considerada, nesses casos, como dispensável. Todavia, o cirurgião obteve a segurança da normalidade da via biliar somente após realizá-la.

Doyle et al,<sup>3</sup> em uma avaliação de 4 mil colecistectomias, relataram que a introdução da CPO de rotina reduziu a porcentagem de exploração coledociana negativa e, portanto, a mortalidade global. Com base nesses dados, inferiram a necessidade da realização de CPO rotineiramente, a fim de se evitar operações incompletas e, principalmente, agressões desnecessárias.

Nos casos onde a alteração na via biliar já era suspeitada no pré-operatório, que nesta casuística constituiu-se de vinte pacientes, a CPO serviu para delinear a árvore biliar, sugerindo a causa e orientando a conduta. Ressalta-se que seis exames foram considerados normais, o que beneficiou este grupo de doentes, uma vez que se evitou exploração desnecessária da via biliar.

Saltzstein et al<sup>4</sup> estimaram que, em pacientes com algum indicativo clínico de alteração da via biliar, aproximadamente 50% das CPO serão normais. A realização da CPO nesses casos evitará maior trauma ao paciente, devendo, portanto, ser realizada sempre que houver indicação pré-operatória de exploração da via biliar. Esses dados sugerem que a CPO é mais precisa que parâmetros clínicos na indicação de exploração da via biliar, o que deve ser relevado, pois a abertura do colédoco aumenta a morbi/mortalidade global.<sup>3,5</sup>

No presente estudo, nove exames foram considerados anormais pela equipe cirúrgica, o que não era esperado. Des-

tes, quatro pacientes tiveram cálculos não suspeitados diagnosticados nessa oportunidade.

A coledocolitíase insuspeita sempre foi o argumento mais forte daqueles que pregam o uso rotineiro da CPO. Gregg et al<sup>6</sup> verificaram que virtualmente todas as recidivas de dor abdominal pós-colecistectomia eram devidas a cálculos residuais, papilite ou pancreatite decorrente de ambos, conseqüentes ao tratamento cirúrgico incompleto, freqüentemente por falta de colangiografia peroperatória.

Entretanto, existem os que questionam a real necessidade do diagnóstico durante uma CPO da coledocolitíase que não era suspeitada no pré-operatório, uma vez que o cálculo pode permanecer silencioso ou migrar através da papila para o duodeno.<sup>7,8</sup>

Kozzol et al, ao analisarem 29.618 necropsias, encontraram doença litíásica da vesícula e/ou via biliar em 1.874 cadáveres. Desses, os autores constataram a existência de coledocolitíase sem icterícia em 75 casos (4%), índice numericamente maior que o achado de coledocolitíase com icterícia, que foi de 71 casos (3,8%).<sup>9</sup>

O advento da colecistectomia videolaparoscópica veio mudar conceitos da CPO, sobretudo quanto à sua indicação. Muitos cirurgiões que a procediam rotineiramente em suas operações começaram a entendê-la como de uso seletivo, dado a sua dificuldade de realização, sobretudo quando o método ainda não era de pleno domínio dos videocirurgiões. Ainda permanece a proposta do auxílio da CPER no pré-operatório, principalmente nos casos onde há forte suspeita de anormalidade na via biliar.<sup>7,8</sup> Entretanto, com a evolução técnica da colecistectomia videolaparoscópica e com a superação da fase de aprendizado do método, a CPO tornou-se mais fácil e mais realizada.

Cirurgiões que têm a CPO como opção para uso seletivo, argumentam que ela aumenta o tempo e o custo da operação e que estes não são acompanhados por um benefício satisfatório.<sup>8,5</sup> O acréscimo no tempo do procedimento é fator importante e deve ser minimizado com o treinamento da equipe cirúrgica. Quanto ao aumento do custo, é um dado para simples curiosidade, uma vez que nenhum cirurgião deve deixar de oferecer ao paciente o tratamento que ele julga mais adequado, mesmo considerando a necessidade de adaptar os recursos tecnológicos disponíveis à realidade econômica.

Um problema que preocupa os cirurgiões é que a CPO apresenta falsos-positivos, que geralmente induzem a explorações coledocianas desnecessárias, e falsos-negativos, responsáveis por parte dos casos de coledocolitíase residual. Brenner et al<sup>11</sup> encontraram um índice de 1,3% de falsos-positivos e 0,3% de falso-negativo, em uma série de 317 CPOs realizadas, e ressaltaram que o índice de litíase residual com CPO rotineira não é nulo.

Outro motivo de debate são os exames não completos ou inconclusivos. Este é uma tema que exige reflexão, pois não há justificativa para a resignação de um cirurgião frente a um exame cuja qualidade não seja suficiente para o diag-

nóstico. Pelo que este estudo pode demonstrar, este fato ocorreu em três oportunidades. Lisboa et al<sup>12</sup> não conseguiram, por variadas causas, realizar CPO em aproximadamente 25% de seus pacientes estudados.

Partington e Sachs<sup>13</sup> escreveram que qualquer imagem sugestiva, especialmente os artefatos provocados pela injeção acidental de ar, devem ser interpretados como cálculos, e, desde então, já referiam que os problemas podem ser contornados quando há integração entre as partes envolvidas, quais sejam: cirurgião, anestesista, radiologista e técnico de radiologia, para produzir uma imagem que seja suficiente para o diagnóstico. O que nem sempre acontece.

Consoante o presente estudo, a CPO tem sido realizada rotineiramente em nossa instituição, e deverá assim continuar, dado seus benefícios, principalmente no que diz respeito à necessidade de ensino médico. Entretanto, observou-se falta de sistematização para a execução do exame, o que, se não dificulta a condução do caso pelo cirurgião, atrapalha, e muito, a compreensão daqueles que aprendem o procedimento.

Ao final, os autores, baseados na falta de padrão encontrada, propõem que o Departamento de Cirurgia da FAMEMA direcione estudos e empenho para sistematizar a colangiografia peroperatória, padronizando o procedimento, a fim de possibilitar melhores condições de ensino e pesquisa médica.

## ABSTRACT

*The authors revise operative cholangiographies performed at the Department of Surgery of the "Faculdade de Medicina de Marília" (FAMEMA) from January 1993 to February 1995, with the objective of characterizing the pattern of these exams at FAMEMA. It was possible to rescue 96 findings of the registrations from Service of Radiology of FAMEMA. In this study, 70 were considered normal, 23 altered and three inconclusive. The authors present cases where the operative cholangiographies did not clinch pre-operative suspicion, which avoided unnecessary profiteering of the common bile duct (6.25%) or did not allow improper diagnosis (9.36%), considered the main advantages of the operative cholangiography. Then, they present discussion over this kind of procedure, unsuspected choledocolithiasis and about the new point of view: the cholangiography at videolaparoscopic cholecystectomy. Finally, the authors conclude that operative cholangiography will proceed as a routine on operations on gallbladder and common bile duct and they propose the institution of a pattern to the accomplishment of this procedure.*

**Key Words:** Cholangiography; Cholecystectomy.

## REFERÊNCIAS

- Mirizzi PL – Operative cholangiography. *Surg Gynecol Obstet* 1937; 65:02-710.
- Glenn F, Grafe Jr. WR – Historical events in biliary tract surgery. *Arch Surg* 1966;93:848-852.
- Doyle PJ, Ward-McQuaid JN, Smith AM – The value of routine per-operative cholangiography - A Report of 4.000 cholecystectomies. *Br J Surg* 1982;69:617-619.
- Saltztein EC, Evani SV, Mann RW – Routine operative cholangiography. *Arch Surg* 1973;107:289-291.
- Gerber A, Apt MK – The case against routine operative cholangiography. *Am J Surg* 1982;143:734-736.
- Penteado S, Machado MCM, Cunha JEM – Colecistite crônica. In Pinotti HW – *Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo*. Vol. 2. São Paulo: Atheneu, 1994. pp 930-932.
- Robinson BL, Donohue JH, Gunes S, et al – Selective operative cholangiography. *Arch Surg* 1995;130:625-630.
- Barkun JS, Fried GM, Barkun AN, et al – Cholecystectomy without operative cholangiography. *Ann Surg* 1993; 218: 371-379.
- Kozzol DD, Dwyer G, Meyer KA – Pathologic correlation of gallstones. *Arch Surg* 1959; 79: 514-536.
- Pietrabissa A, Di Candio J, Giulianotti PC, et al – Comparative evaluation of contact ultrasonography and transcystic cholangiography during laparoscopic cholecystectomy - a prospective study. *Arch Surg* 1995; 130: 1110-1114.
- Brenner S, Campos AC, Souza FJ, et al – Colangiografia peroperatória - uso de rotina ou seletivo? *Rev Col Bras Cir* 1990; 17:124-128.
- Lisboa FF, Melo Jr. FA, Dantas SJL, et al – Colangiografia intra-operatória na colecistectomia videolaparoscópica - Análise de 268 casos. *Rev Col Bras Cir* 1995;22:217-222.
- Partington PF, Sachs MD – Routine use of operative cholangiography. *Surg Gynecol Obstet* 1948;299-307.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Eduardo Lemos de Souza Bastos  
Rua Carlos Botelho, 246  
17515-240 – Marília – SP