

HEPATICOJEJUNOSTOMIA EM “Y” DE ROUX VIDEOASSISTIDA

VIDEO-ASSISTED ROUX-EN-Y HEPATICOJEJUNOSTOMY

Marcus Vinicius Dantas de Campos Martins, TCBC-RJ¹
Djalma Ernesto Coelho Neto²
Ivan Drummond Filho, TCBC-RJ³

INTRODUÇÃO

Inúmeras são as técnicas propostas para o tratamento da coledocolitíase. A anastomose biliodigestiva reserva-se para os casos de doença recorrente, cálculos de grandes proporções, via biliar muito dilatada e associação de cálculo e estenose. O desenvolvimento das técnicas laparoscópicas nos permite atualmente, nesses casos, realizar tal operação por videolaparoscopia como no caso descrito abaixo.

RELATO DO CASO

MS, feminino, 34 anos, com episódios repetidos de dor no hipocôndrio direito e diagnóstico ultra-sonográfico de colelitíase e coledocolitíase. Foi submetida à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) que identificou uma via biliar bastante dilatada (mais de 2,0cm) com múltiplos cálculos em seu interior (Figura 1). Realizada papilotomia endoscópica e coledocolitotomia, sem no entanto conseguir o completo clareamento da via biliar. Indicado então, tratamento cirúrgico, sendo a proposta inicial a colecistectomia videolaparoscópica seguida de anastomose biliodigestiva também por essa via de acesso.

Em 16/12/99, sob anestesia geral, a paciente foi submetida a tratamento cirúrgico videolaparoscópico. Foram utilizados cinco trocartes, sendo quatro deles posicionados da forma convencional para a colecistectomia e um quinto trocarte de 10mm na região subcostal esquerda. Ao inventário da cavidade pudemos observar vesícula biliar de paredes finas e, após a dissecação do pedículo biliar, identificamos ducto cístico fino e curto e canal colédoco de grandes proporções (Figura 2A). Abriu-se o ducto cístico e através de um cateter de peridural aí colocado foi realizada a colangiografia peroperatória. Esse exame mostrava uma via biliar dilatada contendo um cálculo grande em seu interior. Após tratamento do ducto e artéria cística e liberação parcial da

vesícula biliar de seu leito, procedeu-se coledocotomia ampla e instrumentação com cateter biliar do tipo “Fogarty”, com retirada do cálculo aí presente (Figura 2B). Realizada então o coledocotomia transversal com fechamento do coto distal. Foi identificada por videolaparoscopia a alça jejunal desejada para a anastomose em “y”. A indisponibilidade de um grampeador linear cortante laparoscópico foi fator deci-



Figura 1 — CPRE Pré-operatória.

1. Cirurgião Geral do Hospital Municipal Lourenço Jorge-RJ.
2. Fellow em Endoscopia Digestiva da Universidade de Louisville-EUA. Residente da Cirurgia Geral do Hospital Municipal Lourenço Jorge-RJ.
3. Chefe da Cirurgia Geral do Hospital Municipal Lourenço Jorge-RJ.

Recebido em 16/2/2000

Aceito para publicação em 19/9/2000

Trabalho realizado no Hospital Municipal Lourenço Jorge — Rio de Janeiro-RJ.

sivo na opção de realizar a jejuno-jejunostomia de maneira convencional. Ampliada a incisão do trocar subcostal esquerdo por onde foi exteriorizada a alça escolhida. Após ligadura dos vasos do meso, executou-se a secção dessa alça com grampeador linear cortante seguida de jejuno-jejunostomia látero-lateral também com sutura mecânica. Recolocadas as alças para dentro da cavidade abdominal, a parede abdominal foi fechada nessa localização e refeito o pneumopectônio. Foi realizada então a hepaticojejunostomia término-lateral com pontos separados de vicryl 3-0 por videolaparoscopia (Figura 2C e D). A seguir foi feita a colecistectomia e a drenagem de cavidade.

A paciente evoluiu sem maiores complicações, recebendo alta hospitalar no sétimo dia.

DISCUSSÃO

A atual abordagem da coledocolitíase é algo controversa. Inúmeras opções endoscópicas, laparoscópicas e laparotômicas podem ser utilizadas. A definição exata de que terapêutica é mais adequada para cada caso individualizado é fundamental.

As grandes dilatações da via biliar, os cálculos grandes, os cálculos recidivantes e a associação de cálculo com

estenose são as principais causas de falha no tratamento endoscópico. Nessas situações, o tratamento cirúrgico ainda se impõe como melhor opção. O desenvolvimento das técnicas laparoscópicas nos permite atualmente realizar as anastomoses biliodigestivas por essa técnica, reproduzindo os mesmos resultados da técnica aberta.

Dentre as anastomoses biliodigestivas, a mais comumente utilizada é a coledocoduodenostomia. Algumas séries publicadas como a de Tinoco³, mostram a exequibilidade do procedimento por via laparoscópica, tanto na doença litiasica como nas neoplasias de pâncreas. No entanto, esse tipo de anastomose látero-lateral, proporciona a formação de uma bolsa em fundo cego no colédoco terminal. O acúmulo, a longo prazo, de restos alimentares proporciona episódios infecciosos com colangite ascendente, entidade conhecida como *sump syndrome*.

Para evitar tal complicação, a opção de realizar a anastomose da via biliar com uma alça jejunal exclusiva ganha importância, principalmente no doente jovem. No caso descrito, todo tempo cirúrgico relacionado à via biliar foi realizado pelo método laparoscópico. Porém, a jejuno-jejunostomia foi feita através de uma incisão subcostal esquerda de 5cm, uma vez que não havia a disponibilidade de grampeador linear cortante para laparoscopia, o que, sem dúvida, abreviou e simplificou o procedimento.

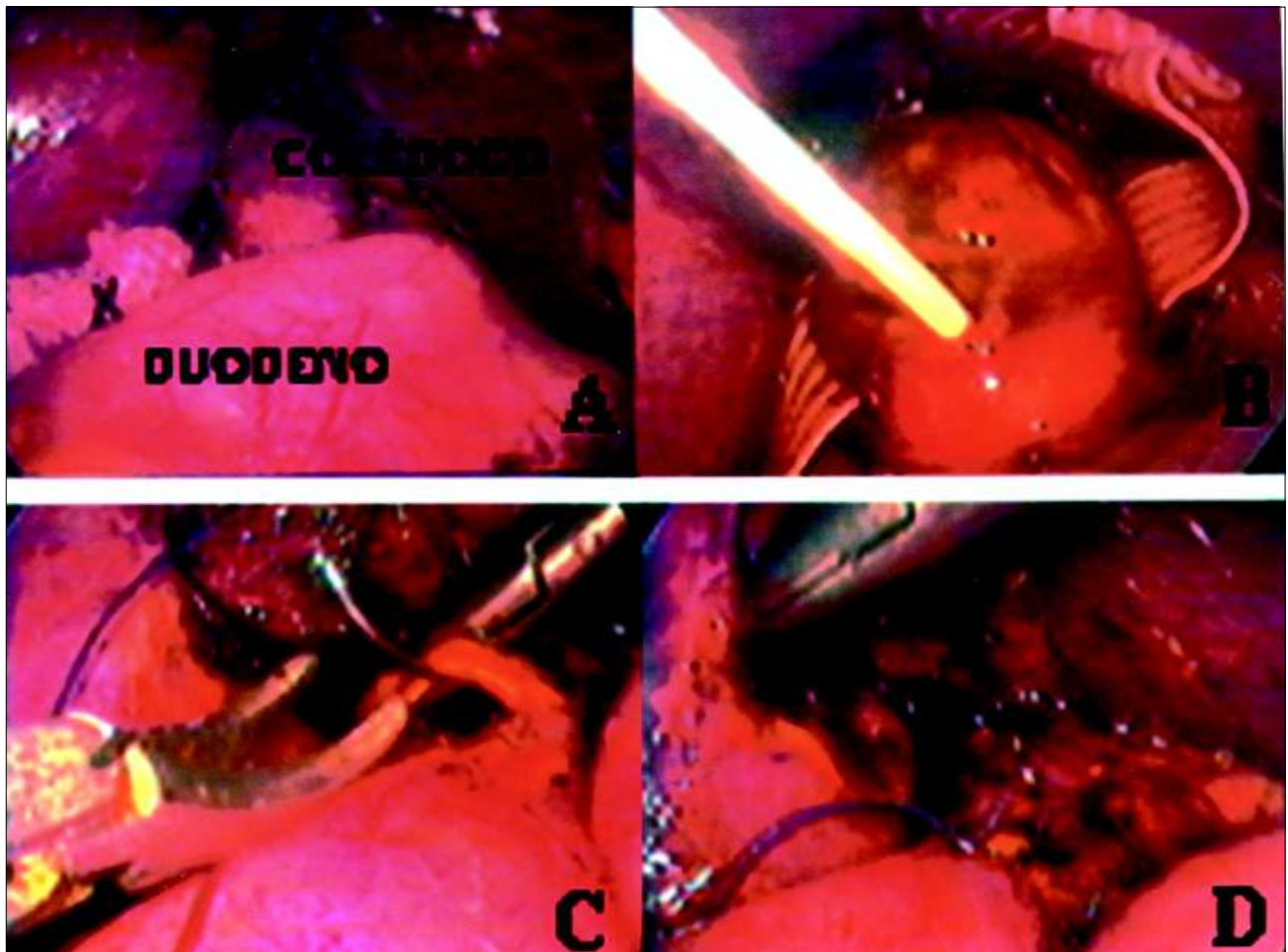


Figura 2 — A) Colédoco dilatado; B) Retirada do cálculo com Fogarty; C) Confeccção da anastomose; D) Aspecto final.

ABSTRACT

Management of common bile duct stones in the era of laparoscopic surgery is controversial. The biliary anastomosis is indicated in case of large common bile duct, recurrent stones, giant stones and concomitant common bile duct stricture and duct stones. The development of laparoscopic techniques permits to perform this type of surgery laparoscopically as well as the open procedure.

Key Words: *Common Bile Duct Calculi; Laparoscopy.*

REFERÊNCIAS

1. Gurbuz AT, Watson D, Fenoglio ME. Laparoscopic choledochoduodenostomy. *Am Surg* 1999; 65(3): 212-4
2. De Aretxabala X, Bahamondes JC. Choledochoduodenostomy for common bile duct stones. *World J Surg* 1998; 22(11): 1171-4
3. Tinoco R, El-Kadre L, Tinoco A. Laparoscopic choledochoduodenostomy *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1999; 9(2):123-6
4. Tocchi A, Costa G, Lepre L, et al. The long-term of hepaticojejunostomy in the treatment of benign bile duct strictures. *Ann Surg* 1996; 224(2): 163-8

Endereço para Correspondência:

Dr. Marcus Vinicius Dantas de Campos Martins
Av. das Américas 505/203
22631-000 — Rio de Janeiro-RJ