

Clinica Cirúrgica

O PAPEL DA ENDOSCOPIA NAS FÍSTULAS BILIARES PÓS-OPERATÓRIAS

As fístulas biliares pós-colecistectomias, que representam a principal causa de morbidade, ocorrem em aproximadamente 0,2% a 0,3% dos casos, sendo que em alguns centros esse índice pode chegar a 0,65%.

O sítio mais comum da fístula é o coto do ducto cístico, seguido pelas lesões iatrogênicas da via biliar comum (hepatocolédoco). Outras localizações menos freqüentes compreendem o leito hepático e a região da via biliar adjacente aos drenos em "T".

Os exames de imagem, tais como ultra-sonografia, tomografia e até mesmo a cintilografia hepatobiliar, tida como a mais sensível para o diagnóstico de fístula biliar, possuem baixa especificidade quanto à localização anatômica da fístula. A colangiorrressonância poderia ter essa utilidade, entretanto, não há dados na literatura que correlacionem esse método diagnóstico com as fístulas biliares pós-colecistectomias.

Numa casuística grega com 24 pacientes colecistectomizados, em quatro do sexo masculino e em 20 do feminino, com média de idade de 54 anos, em que se suspeitou de fístula biliar pós-operatória, a CPRE foi realizada precocemente após a suspeita diagnóstica. As apresentações clínicas foram: um paciente com ascite biliosa, 17 pacientes com dor abdominal, três com icterícia, dois com febre e dor abdominal e um com náuseas e vômitos. Os sítios mais comuns foram: o coto do ducto cístico em dez casos, lesões de colédoco em seis casos, lesões do ducto hepático em três casos, leito hepático em dois casos, trajeto do tubo "T" em um caso e secção completa do colédoco em dois casos. A terapêutica endoscópica foi eficaz em 20 casos, sendo que a realização da papiloesfincterotomia associada à passagem de uma prótese biliar foi a abordagem terapêutica mais realizada. Os quatro casos que necessitaram de resolução operatória compreenderam os dois casos em que se constatou a secção completa do colédoco, um caso com lesão iatrogênica complexa do ducto hepático e um caso cuja origem da fístula era o coto cístico. Os autores concluem que a CPRE é um método eficaz e seguro no manuseio das fístulas biliares pós-colecistectomias.

Comentário

Atualmente, existem dados consistentes na literatura que podem recomendar a realização precoce da CPRE nas fístulas biliares pós-colecistectomias. Entre suas indicações, podemos citar a exclusão de lesões iatrogênicas complexas da via biliar principal, mapear com grande precisão a localização anatômica da fístula, além de proporcionar a oportunidade de realizar algum procedimento endoscópico de caráter terapêutico, tais como passagem de próteses para cobrir os orifícios fistulosos ou até mesmo realizar uma papilotomia a fim de diminuir a pressão na via biliar.

OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO
ELIAS JIRJOSS ILIAS

Referência

Katsinelos P, Kountouras J, Paroutoglou G, Beltsis A, Zavos C, Chatzimavroudis G, et al. The role of endoscopic treatment in postoperative bile leaks. *Hepatogastroenterology*. 2006;53:166-70.

Emergência e Medicina Intensiva

DESMAME DA VENTILAÇÃO PULMONAR MECÂNICA INVASIVA COM A UTILIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA COM PRESSÃO POSITIVA

Burns et al.¹ realizaram uma metanálise (com estudos de 1980-2003), avaliando o desmame da VPM invasiva de pacientes adultos com insuficiência respiratória aguda (IRA). Compararam o desmame com a pulmonar mecânica (VPM) invasiva e o desmame com a ventilação não-invasiva com pressão positiva (VNIPP), com o objetivo de avaliar a incidência de mortalidade, pneumonia associada à VPM e o tempo total de uso do suporte ventilatório invasivo. A metanálise demonstrou que os pacientes submetidos ao desmame com a VNIPP apresentaram: redução da mortalidade (RR 0,42; 0,22-0,76 $p=0,005$), redução da pneumonia associada a VPM (RR 0,28; 0,09-0,85 $p=0,03$), menor tempo total de suporte invasivo (diferença média de -7.33 dias, IC -11.45 a -3.22 dias); concluindo que há efeito positivo consistente do desmame efetuado com a VNIPP na mortalidade, na pneumonia associada à VPM e na redução do tempo total de suporte ventilatório invasivo.

Comentário

Os pacientes com IRA freqüentemente necessitam intubação traqueal e a utilização da VPM invasiva para a manutenção da vida, mas apesar de ser efetiva, ela tem sido associada com complicações, como fraqueza da musculatura ventilatória, doenças das vias aéreas superiores (sinusites) e pneumonia^{2,3}. Essas complicações, principalmente a pneumonia, estão associadas com o aumento da morbi-mortalidade em unidades de cuidados intensivos. O uso da VNIPP pode ser uma alternativa para reduzir o tempo de utilização da VPM invasiva, pois o suporte não invasivo não requer uma via aérea artificial. Como efeitos positivos da VNIPP podem ser citados o aumento do volume corrente; a redução da freqüência respiratória e do trabalho respiratório (WOB); melhora da troca gasosa⁴; a redução da necessidade de sedação e do estresse psicológico; e a preservação de funções importantes (alimentação, fala). Esta é uma modalidade ventilatória promissora de desmame que pode reduzir a duração da intubação traqueal e melhorar a evolução do paciente.

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

CÍNTIA JOHNSTON

Referências

1. Burns KEA, Adhikari NKJ, Meade MO. A meta-analysis of noninvasive weaning to facilitate liberation from mechanical ventilation. *Can J Anesth*. 2006;53:305-15.