

HEPATECTOMIA DIREITA DE EMERGÊNCIA PARA LESÃO DO HILO HEPÁTICO DURANTE COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Emergency right hepatectomy for porta hepatis injury during laparoscopic cholecystectomy

Olival Cirilo Lucena da **FONSECA-NETO**, Américo Gusmão **AMORIM**, Jacinto Ferreira **LIMA**, Cláudio Moura Lacerda de **MELO**

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral e Transplante Hepático do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Correspondência:

Olival Cirilo Lucena da Fonseca Neto
E-mail: olivalneto@globo.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 23/08/2012
Aceito para publicação: 10/09/2013

INTRODUÇÃO

Colecistectomia laparoscópica constitui a operação de escolha para a doença calculosa da vesícula biliar sintomática. A incidência de lesão biliar pós-colecistectomia laparoscópica é em torno de 0,62% e quando as injúrias vasculares ocorrem associadas complicam o curso desses pacientes¹. A morbimortalidade aumenta muito quando existe associação de lesões biliares e vasculares e dificilmente conduzidas com sucesso quando diagnosticadas tardiamente. O grau de lesão hepática, a necessidade de ressecção hepática ou de transplante de fígado contribui para modificar a evolução dos pacientes com essas lesões.

RELATO DO CASO

Mulher de 36 anos portadora de colelitíase sintomática foi indicada para colecistectomia laparoscópica eletiva. Durante a operação devido ao processo inflamatório crônico deformando a anatomia do hilo hepático e o aparecimento de sangramento e bile no campo cirúrgico obrigou conversão para procedimento convencional (colecistectomia aberta) através de uma incisão subcostal direita. Hemostasia copiosa foi realizada através de suturas, cliques e diatermia. Optado pela equipe cirúrgica assistente inicial chamar cirurgiões do grupo da cirurgia hepatobiliar. A nova equipe imediatamente ampliou a incisão (prolongando para a subcostal esquerda). Foi identificada lesão quase completa dos elementos do hilo hepático: ligadura e secção do ramo portal direito e secção; ligadura e secção da artéria hepática direita; ligadura e secção do ducto hepático comum, na

bifurcação; ligadura e secção quase completa da artéria hepática esquerda.

Foi optado por revascularização da artéria hepática esquerda (dissecção, ressecção de segmento lesado e anastomose primária com Prolene 7-0). Hepatectomia direita regrada foi realizada sem intercorrência. Após a ressecção hepática foi realizada hepaticojunoanastomose em Y-de-Roux terminolateral, com o ducto hepático esquerdo. Devido ao sangramento intra-operatório recebeu cinco concentrados de hemácias e 3u de plasma fresco. Recebeu antifibrinolítico contínuo (ipson®) no perioperatório. Ela permaneceu na UTI por cinco dias, inicialmente com disfunção hepática leve e insuficiência renal não-dialítica (Cr>2 mg/ DI e INR>1,7). Foi realizado suporte metabólico e nutricional respeitando as disfunções orgânicas. A paciente recebeu alta após 21 dias de internação hospitalar.

Após seis meses foi re-internada para realizar dilatação de estenose da anastomose biliodigestiva que ocorreu com sucesso. Atualmente encontra-se no 18º mês de pós-operatório livre de qualquer complicação no remanescente hepático (Figuras 1 e 2).



FIGURA 1 - Colangiografia percutânea no 18º mês pós-ressecção hepática onde é observada discreta estenose biliodigestiva

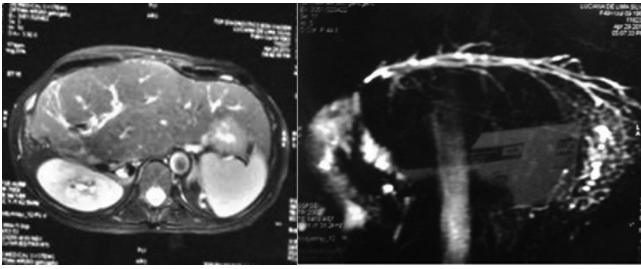


FIGURA 2 - Colangiressonância no 18º mês pós-ressecção hepática mostrando hipertrofia do lobo esquerdo (observar a estenose biliodigestiva)

DISCUSSÃO

A presença simultânea de lesão biliar e vascular após colecistectomia laparoscópica piora o curso clínico pelo desenvolvimento de estenose biliar e necrose hepática². A ressecção hepática geralmente é utilizada tardiamente⁵.

A lesão vascular mais comum na colecistectomia laparoscópica é da artéria hepática direita que geralmente é bem tolerada³. A ressecção hepática pode ser necessária em alguns casos no manejo tardio desses pacientes⁴. É importante notar que a lesão biliar confirmada deve chamar atenção na busca de lesão arterial concomitante⁶.

A lesão biliovascular envolvendo também o ramo portal é mais rara⁷. A posição posterior no hilo hepático permite a veia porta algum grau de proteção nas operações hepatobiliares e no trauma. Entretanto, a sua ocorrência frequentemente requer a ressecção hepática como manejo ideal. Diferentemente das lesões únicas da artéria hepática direita ou esquerda a lesão do ramo portal leva à hepatectomias formais,

não parciais. A maioria dos relatos informa que a lesão portal não foi identificada precocemente⁸.

Neste caso os autores relataram a identificação precoce de uma lesão complexa biliovascular com risco iminente de vida através do surgimento da falência hepática aguda⁶. A decisão imediata da revascularização do segmento hepático viável e a hepatectomia do lobo direito isquêmico e necrótico não permitiu a evolução para a necessidade de transplante hepático de emergência⁹. É necessário observar que a opção técnica, quando possível, evita a espera de um enxerto hepático no momento em que existe escassez de órgãos para transplante⁸.

REFERÊNCIAS

1. Alves A, Farges O, Nicolet J, et al. Incidence and consequence of an hepatic artery injury in patients with postcholecystectomy bile duct strictures. *Ann Surg* 2003; 238:93-96.
2. Buell JF, Cronin DC, Funaki B, Koffron A, Yoshida A, Lo A, Leef J, Millis JM. Devastating and fatal complications associated with combined vascular and bile duct injuries during cholecystectomy. *Arch Surg* 2002; 137:703-708.
3. Felekouras E, Megas T, Michail OP, Papaconstantinou I, Nikiteas N, Dimitroulis D, Griniatsos J, Tsechpenakis A, Kouraklis G. Emergency liver resection for combined biliary and vascular injury following laparoscopic cholecystectomy: case report and review of the literature. *South Med J*. 2007 Mar;100(3):317-20.
4. Heinrich S, Seifert H, Krahenbuhl L, et al. Right hemihepatectomy for bile duct injury following laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2003; 17:1494-1495.
5. Jablónska B. Hepatectomy for bile duct injuries: When is it necessary? *World J Gastroenterol* 2013; 19 (38) : 6348-6352.
6. McCormack L, Quiñonez EG, Capitanich P, Chao S, Serafini v, Goldaracena N, Mastai RC. Acute liver failure due to concomitant arterial, portal and biliary injury during laparoscopic cholecystectomy: is transplantation a valid life-saving strategy? A case report. *Patient Safety in Surgery* 2009; 3(22):1-5.
7. Strasberg SM, Gouma Dj "Extreme vasculobiliary injuries: association witer fundus-down Cholecystectomy in severely inflamed gallbladders. *HPB(ox ford)* 2013; 14 (1): 1-8.