

Complicações da colecistectomia laparoscópica

Complications of laparoscopic cholecystectomy

DOI:10.34117/bjdv9n3-090

Recebimento dos originais: 10/02/2023

Aceitação para publicação: 09/03/2023

Lucas Wendell da Cruz

Residente em Cirurgia Geral pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Instituição: Santa Casa de Belo Horizonte

Endereço: Av. Senador Jose Augusto, 260, Buritis, Belo Horizonte - MG

E-mail: lucaswendell@gmail.com

Victor Hugo Dias de Souza

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Rua Nova Prata 345, Nossa Senhora das Graças, Manaus - AM

E-mail: hvictor141@gmail.com

Maria Clara de Araújo Magalhães

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Nilton Lins

Endereço: Av. Coronel Teixeira, 4080, Ponta Negra, Manaus - AM

E-mail: mariaclaramag24@gmail.com

Laura Marques Franco

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constantino Nery, 3451, Condomínio Bosque dos Ingleses

E-mail: lauramfranco18@gmail.com

Amanda Campos Corrêa

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Rua Brigadeiro Joao Camarão, Número 39, Dom Pedro, Manaus – AM,

CEP: 69040-080

E-mail: manda.campos1@gmail.com

Sérgio Botelho Fiuzza

Mestre em Gestão Hospitalar

Instituição: Universidade José do Rosário Vellano, Must University

Endereço: Av. Tancredo Neves 539, Loja, Bioclinica, Chapada Gaúcha – MG,

CEP: 38689000

E-mail: lurochapg@gmail.com

Vitor Coelho de Pieri

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)

Endereço: Av. São Sebastião, n 1353, Goiabeiras - Cuiabá – MT,

E-mail: vitorcdepieri@hotmail.com

Marlon Gonçalves Araújo Júnior

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN)

Endereço: Salinas, 206, Centro, Divinópolis - MG

E-mail: marlongcastro17@gmail.com

RESUMO

As complicações graves da colecistectomia laparoscópicas se resumem na maioria dos casos a lesão do canal biliar, liberação da bile, hemorragia e lesões intestinais. as complicações resultam em parte de variantes anatômicas, doenças e comorbidades inerentes ao paciente, e os constrangimentos técnicos da abordagem minimamente invasiva. O médico assistente deve suspeitar de extravasamento biliar quando os pacientes apresentam após a colecistectomia febre, dor abdominal e/ou ascites biliares. Casos de sangramento pode ocorrer a partir do fígado, fontes arteriais ou locais de inserção da porta, nesses casos a abordagem da complicação é definida pelo cenário clínico e nível de gravidade. Outra lesão que pode ocorrer são as intestinais que é um risco em toda cirurgia laparoscópica. Dessa forma é necessário o conhecimento a respeito das complicações com o objetivo de minimizá-las durante os procedimentos.

Palavras-chave: colecistectomia, complicações, cirurgia laparoscópica.

ABSTRACT

Serious complications of laparoscopic cholecystectomy mostly boil down to bile duct injury, bile release, hemorrhage, and intestinal injury. the complications result in part from anatomic variants, inherent patient disease and comorbidities, and the technical constraints of the minimally invasive approach. The attending physician should suspect biliary extravasation when patients present after cholecystectomy with fever, abdominal pain, and/or biliary ascites. Cases of bleeding can occur from the liver, arterial sources or port insertion sites, in these cases the approach to the complication is defined by the clinical scenario and level of severity. Another injury that can occur is intestinal bleeding, which is a risk in all laparoscopic surgery. Thus, knowledge about complications is necessary in order to minimize them during the procedures.

Keywords: cholecystectomy, complications, laparoscopic surgery.

1 INTRODUÇÃO

A colecistectomia laparoscópica é o padrão da abordagem para a remoção da vesícula biliar. Aproximadamente 750.000 colecistectomias laparoscópicas são realizadas anualmente nos Estados Unidos, o que representando cerca de 90% de todas as vesículas retiradas. A partir das análises de dados, as taxas de complicação grave global

que tem diminuído desde os primeiros dias quando comparada com outros tipos de abordagem.

Ao mesmo tempo, a taxa de complicação da colecistectomia aberta aumentou e as complicações tornaram-se mais graves com lesões no canal biliar, artéria hepática ou veia porta. A explicação mais plausível para esse evento é que a abordagem da colecistectomia aberta está agora reservada para os casos mais complicados e desafiantes, e há também um declínio da experiência geral com cirurgia aberta

Em um estudo que avaliou um total de 8856 colecistectomias laparoscópicas, foi observado um total de 2,9% de complicações graves em 2,6%. Uma análise combinada de oito grandes estudos reportou os seguintes tipos e frequências de grandes complicações: hemorragia (0,11 a 1,97 por cento), abscesso (0,14 a 0,3 por cento), liberação de bile (0,3 a 0,9 por cento), lesões biliares (0,26 a 0,6 por cento) e lesões intestinais (0,14 a 0,35 por cento).

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é analisar as principais complicações em cirurgias de colecistectomia laparoscópica.

3 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de revisão bibliográfica integrativa. A revisão da literatura foi arquitetada inicialmente com uma pesquisa nas plataformas de dados: pubmed e sciello com os descritores: Colecistectomia; complicações; cirurgia laparoscópica.

A partir das bases de dados e leitura criteriosa de títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas que utilizavam os descritores selecionados, alguns estudos foram identificados e possivelmente apresentavam relevância para a revisão atual.

Os resumos desses trabalhos foram novamente revisados e alguns foram excluídos por não serem relevantes. Ao final da pesquisa, estudos potencialmente apropriados para serem incluídos na revisão sistemática foram selecionados.

4 DISCUSSÃO

Complicações graves que ocorrem com a colecistectomia laparoscópica, incluindo lesão do ducto biliar, vazamentos biliares, sangramento e lesão intestinal, resultam em

parte da seleção de pacientes, inexperiência cirúrgica e das restrições técnicas inerentes à abordagem minimamente invasiva. Dessa forma adiante abordaremos cada uma das principais complicações

4.1 LESÃO BILIAR

A lesão biliar pode ser reconhecida no momento da cirurgia laparoscópica, ao identificar a lesão é necessário a conversão para um procedimento aberto e o reparo da lesão devem ser tentados somente se o cirurgião estiver confortável com a cirurgia biliar avançada. Caso contrário, ou quando a lesão não for reconhecida até após a conclusão da cirurgia, os pacientes podem ser encaminhados a um especialista para cuidados adicionais. O reparo de lesões maiores do ducto biliar deve sempre ser abordado por uma equipe multidisciplinar experiente.

4.1.1 A classificação das lesões biliares

Tipo A – O vazamento do tipo A surge da lesão do remanescente do ducto cístico ou dos ductos biliares de Luschka. Não está relacionada à lesão dos principais ductos biliares e não tem perda na continuidade da árvore biliar. Os ductos biliares de Luschka conceitualmente incluem tanto pequenos ductos que entram distintamente no leito da vesícula biliar quanto pequenos tributários de radicais intra-hepáticos menores do sistema ductal hepático direito. Embora os ductos verdadeiros de Luschka não possam ser evitados, a lesão desses afluentes é provavelmente causada pela dissecação no parênquima hepático. Independentemente da origem, ambos podem continuar a vazar após a remoção da vesícula biliar. Embora vazamentos do tipo A possam ocorrer subcl clinicamente, os pacientes que desenvolvem peritonite biliar a partir do vazamento precisarão de tratamento.

Tipo B e C – São lesões de oclusão (tipo B) e transecção (tipo C) de ductos hepáticos direitos aberrantes. Estes estão associados à drenagem do ducto cístico para um ducto hepático direito aberrante, uma anormalidade observada em até 2% dos pacientes. Nesse cenário, o ducto hepático direito pode ser confundido com o ducto cístico no ponto de inserção no ducto hepático principal ou no ducto biliar comum. Quando a lesão do ducto é uma oclusão (tipo B), o paciente pode permanecer assintomático por anos e, em seguida, apresentar dor no quadrante superior direito, podendo ocorrer febre por colangite recorrente e fibrose segmentar e/ou atrofia. Em comparação, um vazamento biliar ocorre

quando o ducto é transectado, mas não ocluído (tipo C). Lesões concomitantes na artéria hepática direita são frequentemente associadas a esse problema específico.

Tipo D – São lesões com lesão lateral ao ducto biliar comum, resultando em um vazamento biliar; eles geralmente podem ser tratados endoscopicamente, mas podem progredir para a lesão mais grave do tipo E.

Tipo E - Envolvem os ductos principais e são classificadas de acordo com o nível de lesão na árvore biliar. Os pacientes afetados geralmente apresentam icterícia semanas a anos após a colecistectomia. O reparo cirúrgico através de uma hepaticojunostomia.

4.2 LESÃO VASCULAR

As lesões biliares da colecistectomia laparoscópica são acompanhadas por lesões vasculares concomitantes em 12 a 61 por cento dos casos. Uma lesão vascular pode estender a lesão biliar a um nível mais alto do que o anatomicamente percebido devido à isquemia; uma lesão vasculobiliar combinada também pode levar ao infarto do fígado em cerca de 10% dos pacientes. As lesões vasculares são mais comumente classificadas de acordo com a classificação de Hannover, pois não fazem parte do sistema Strasberg-Bismuto mencionado acima. Por sua proximidade com o ducto biliar, a artéria hepática direita é mais frequentemente lesada. Uma lesão da artéria hepática direita nem sempre é reconhecida clinicamente, devido ao fluxo colateral. Se reconhecido no intraoperatório, o reparo da artéria raramente é possível e o benefício geral não é bem definido. No entanto, deve-se considerar o retardo do reparo de uma lesão biliar em pacientes com oclusão da artéria hepática direita por três meses para evitar a estenose isquêmica da anastomose bilioentérica.

Lesões envolvendo a veia porta ou artérias hepáticas comuns ou adequadas são muito menos comuns, mas têm efeitos mais graves, incluindo infarto rápido do fígado. Esses pacientes devem ser encaminhados a um centro hepatobiliar o mais rápido possível. Os pacientes que sofrem infarto hepático como consequência da lesão vasculobiliar podem necessitar de ressecção hepática ou transplante hepático. O transplante hepático é indicado tanto para insuficiência hepática aguda por fígado isquêmico com necrose maciça causada por oclusão da artéria hepática ou veia porta quanto para cirrose como complicação tardia da lesão,

4.3 LESÃO INTESTINAL

A lesão intestinal inadvertida foi descrita em aproximadamente um a quatro casos em 1000 procedimentos laparoscópicos em vários relatos. O manejo dessa complicação é ditado pelo cenário clínico do paciente. Se a lesão for observada no momento da cirurgia, a conversão para um procedimento aberto para reparo é indicada se não puder ser reparada através do laparoscópio.

Os pacientes podem apresentar dor no local do trocarte, distensão abdominal, diarreia, leucopenia e colapso cardiovascular por sepse, geralmente dentro de 96 horas após o procedimento. Se o paciente for séptico ou uma laparotomia de emergência é indicada. Nos casos em que a apresentação é mais indolente e controlada, o manejo padrão da fístula enterocutânea com suporte nutricional e drenagem e cuidados adequados com feridas é apropriado.

5 CONCLUSÃO

A abordagem laparoscópica mesmo que seja uma abordagem minimamente invasiva possui suas complicações. Dessa forma é necessário que o cirurgião esteja apto para abordar as complicações de forma adequada. Em casos em que não se sinta seguro e importante que solicite a presença de um médico mais experiente. Também é fundamental que o paciente seja acompanhado no pós-operatório para que em casos de complicações os primeiros sinais sejam identificados e uma abordagem segura e precoce seja realizada.

REFERÊNCIAS

1. Vollmer CM Jr, deputado Callery. Lesão biliar após colecistectomia laparoscópica: por que ainda um problema? *Gastroenterologia* 2007; 133:1039.
2. Khan MH, Howard TJ, Fogel EL, et al. Frequência de complicações biliares após colecistectomia laparoscópica detectada por CPRE: experiência em um grande centro de referência terciário. *Gastrointest Endosc* 2007; 65:247.
3. Alexander HC, Bartlett AS, Wells CI, et al. Relato de complicações após colecistectomia laparoscópica: uma revisão sistemática. *HPB (Oxford)* 2018; 20:786.
4. Fletcher R, Cortina CS, Kornfield H, et al. Lesões do ducto biliar: um levantamento contemporâneo das atitudes e experiências do cirurgião. *Surg Endosc* 2020; 34:3079.
5. Hogan NM, Dorcaratto D, Hogan AM, et al. Lesões iatrogênicas do ducto biliar comum: Aumento da complexidade na era laparoscópica: Um estudo de coorte prospectivo. *Int J Surg* 2016; 33 Pd A:151.
6. Brunt LM, Deziel DJ, Telem DA, et al. Safe Cholecystectomy Multi-society Practice Guideline and State of the Art Consensus Conference on Prevention of Bile Duct Injury During Cholecystectomy (Diretriz de Prática Multi-sociedade de Colecistectomia Segura e Conferência de Consenso de Estado da Arte sobre Prevenção de Lesão do Ducto Biliar Durante a Colecistectomia). *Ann Surg* 2020; 272:3.
7. Strasberg SM, Gouma DJ. Lesões vasculobiliares "extremas": associação com colecistectomia de fundo para baixo em vesículas biliares gravemente inflamadas. *HPB (Oxford)* 2012; 14:1.
8. Visser BC, Parques RW, Jardim OJ. Colecistectomia aberta na era laparoendoscópica. *Am J Surg* 2008; 195:108.
9. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. Uma análise do problema da lesão biliar durante a colecistectomia laparoscópica. *J Am Coll Surg*, 1995; 180:101.
10. Thurley PD, Dhingsa R. Colecistectomia laparoscópica: imagens pós-operatórias. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 191:794.
11. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, et al. Complicações da colecistectomia laparoscópica: um levantamento nacional de 4.292 hospitais e uma análise de 77.604 casos. *Am J Surg*, 1993; 165:9.
12. MacFadyen BV Jr, Vecchio R, Ricardo AE, Mathis CR. A experiência dos Estados Unidos. *Surg Endosc* 1998; 12:315.