

c/130
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

COLEDOCODUODENOANASTOMOSE LATERO-LATERAL

(ANÁLISE DE 25 CASOS)

CARLITO MOREIRA FILHO
ROSI APARECIDA FERREIRA

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1988

COLEDOCODUODENOANASTOMOSE LATERO-LATERAL

(ANÁLISE DE 25 CASOS)

CARLITO MOREIRA FILHO

ROSI APARECIDA FEBBEIRA

Dissertação submetida ao corpo docente do Curso de Graduação em Medicina do Departamento de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal de Santa Catarina como parte dos requisitos necessários para à obtenção do grau de médico.

ORIENTADOR : *Carlos Alberto Justo da Silva*

Aprovado por:

Prof.

Prof.

Prof.

Florianópolis, SC - BRASIL

Novembro de 1988

ÍNDICE

RESUMO.....	<i>i</i>
SUMARY.....	<i>ii</i>
I - INTRODUÇÃO	01
II - CASUÍSTICA E MÉTODO	03
III - RESULTADOS	05
IV - DISCUSSÃO	15
V - CONCLUSÃO	24
VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

4 - RESUMO

São analisados retrospectivamente 25 pacientes submetidos a coledocoduodenostomia latero - lateral (CD LL) no Hospital Universitário da UFSC, no período de 1983-88.

As principais patologias indicativas deste tipo de cirurgia foram respectivamente: coledocolitíase associada ou não à colelitíase (84%), neoplasia da região periampular (12%) e pancreatite crônica (4%).

O calibre do colédoco variou de 60 a 11mm, sendo que 17 dos pacientes possuíam valores superiores a 15mm.

A morbidade foi de 20%, sendo a infecção da ferida operatória a principal causa (16%). observou-se ainda, 1 caso de fístula bileodigestiva que foi tratada conservadoramente, não havendo óbitos na presente série.

O acompanhamento tardio foi possível em 19 (76%) dos casos, num período de 3 a 60 meses ($\bar{x}^2 = 11.33$) sendo que destes 12 encontram-se totalmente assintomáticos (63%), 5 apresentavam queixas dispépticas de intensidade variável, destes 4 apresentaram avaliação laboratorial e endoscópica normal e 1 persistência de litíase intra-hepática. Os restantes 2 pacientes, um está em estágio terminal de neoplasia pancreática permanecendo anictérico, o outro com tumor de papila foi a óbito 1 ano após a cirurgia.

44 - SUMMARY

In the period between 1985 to 1988 were analysed 25 patients who were submitted to a side -to- side choledochoduodenostomy at de Hospital Universitario da UFSC (Fed. Univ. of S.C. - University Hospital).

Thee main indicative pathologies of the kind of surgery were either choledocholithiasis associated or not to cholelithiasis(84%) in the periampular tumor(12%) and chronic pancreatitis.

The choledocho diameter ranged from 60 to 11 mm. considering that 17 of the patients had values up to 15 mm.

The morbidity was 28%. seen that the wound infection was the main cause (16%). One more case of bileodigestive fistula is still been noticed that was been treated without a surgery requirement. No deaths up to now been noticed.

The follow up was possible in 19(76%) of the cases. in a period from 3 to 60 months ($x = 11.33$). seeing that 12 of them are the totally without symptoms (63%). 5 of them presented dispeptic syndrome of variable intensity. 4 of them presented laboratory and endoscopic finds was normals. and 1 persistence of hepaticolithiasis. The last two patients: one is on the terminal stage of pancreatic tumor remaining not developed jaundice; the other one with papillary tumor died one year after the surgery.

I - INTRODUÇÃO

Em pacientes com obstáculos ao fluxo biliar no colédoco terminal por lesão intrínseca, ou de vizinhança, os procedimentos cirúrgicos preconizados, podem ser divididos em dois grandes grupos, os que visam a cura da lesão, e os que procuram obter a sua solução contornando o obstáculo através de uma cirurgia de drenagem.

Pela facilidade de execução e a vantagem de permitir uma anastomose de grande calibre, a primeira anastomose bileodigestiva de que se tem conhecimento foi a colecistocolostomia, realizada em 1882, por Von Winiwarter.²¹

Atribui-se a RIEDEL (1888) a primeira descrição da coledocoduodeno anastomose latero-lateral e sua utilização no tratamento da litíase intra mural do coledoco. No entanto seus resultados sómente foram divulgados em 1892.^{13 10 16 21 33 34}

Este fato faz com que alguns autores atribuam esta primazia a SPRENGEL que apresentou seu relato sobre a técnica em 1891.^{13 10 21 33 34}

Entretanto sómente a partir de 1913, através de Sasse^{10 37} a técnica é metodizada e se estabelece, como adequada ao tratamento da obstrução do ducto biliar comum por tumor de pâncreas, e como forma de reconstituição anatômica sempre que se realiza uma coledocostomia.

Embora passasse a ser largamente utilizada no continente europeu, o receio da ocorrência da "Sump Sundrome", definida como a possibilidade de depósito de restos alimentares ou cálculos no fundo de saco remanescente, fez com que a sua adoção nos países de língua inglesa só ocorresse a partir da década de 40.^{13 10 21 32 34}

Coube a SANDERS, 1946,^{21 33 38} papel importante neste processo, com a apresentação de seu trabalho onde referia resultados altamente satisfatórios com o emprego da coledocoduodeno-anastomose, principalmente na reconstituição de lesões traumáticas de coledoco.

Valem ainda ressaltar os trabalhos de HURWITZ(1959)^{21 34 34}, MADDEN et cols.(1965)^{33 37}, FARRAR et cols(1969)³⁴ e em nosso meio

ARTIGAS(1978)³ e RODRIGUES(1983)³² como importantes na consolidação da técnica como alternativa no tratamento da patologia obstrutiva do coledoco terminal.

A simplicidade de sua execução, seus baixos índices de morbidade e mortalidade a tornaram uma atraente solução técnica, acrescida ao fato de que atua fora da lesão manipulando estruturas sadia.^{21 33 34}

Os bons resultados obtidos nas grandes séries MADDEN (1973)^{1*}³⁴ fizeram com que sua indicação se amplia-se e firmou-se o conceito que o risco da colangite ascendente não se deve á existência de refluxo duodeno biliar, mas sim á estenose da anastomose ainda que incompleta, mas suficiente para provocar a estase da bile já contaminada pela flora duodenal.

Deste modo a maioria de seus defensores, a reservam para aqueles casos com grande dilatação coledocociana, acima de 20mm onde existe a possibilidade de manter sua patência de modo permanente.^{34*}

Usando analisar os aspectos relacionados à indicação cirurgica bem como os resultados obtidos com o emprego desta técnica em nosso meio, foram analisadas retrospectivamente os pacientes submetidos à anastomose coledoco duodenal latero-lateral no Hospital Universitário de 1983 a 1988.

II - CASUÍSTICA E MÉTODOS

Entre o período de setembro de 1983 a abril de 1988 foram realizadas no Hospital Uniersitário da UFSC. 32 anastomoses bileodigestivas. sendo que destas 25 (78%) eram coledocoduodenoanastomoses latero- laterais (CD L-L). 5 colecisto.ie.iunoanastomoses e 2 hepato.ie.iunoanastomoses.

Foram selecionados para o presente estudo os 25 pacientes submetidos à CD L-L através de análise retrospectiva dos prontuários. já que a avaliação dos demais tipos de anastomose bileodigestiva não faz parte dos objetivos deste trabalho.

Para metodização e padronização da coleta de dados. foi elaborado um protocolo padrão (em anexo).

Usando estabelecer o perfil dos pacientes portadores desta afecção são levantados os dados epidemiológicos de interesse na determinação da incidência e prevalência em nosso meio.

São avaliados ainda os sinais e sintomas prevalentes bem como os principais exames laboratoriais de auxílio diagnóstico.

Os resultados obtidos são analisados através de análise comparativa com a literatura consultada. já que o ainda pequeno número de casos não permite obter dados percentuais ou absolutos estatisticamente significativos que possibilitem per si estabelecer conceitos.

Sempre que a suficiência dos dados e a natureza do objeto de estudo permitiu. foram os dados submetidos a verificação e teste de suas hipóteses utilizando-se o método estatístico recomendado.

Na classificação de coledocolitíase primária foram adotados os critérios de ALUIZIO RODRIGUES et cols ³¹ quais sejam:

1. Coledocos muito dilatados (mais de 2cm)
2. Cálculos moles. desfazendo-se à pressão digital.com ou sem colecistectomia prévia
3. Vesícula sem cálculos e cístico fino. ou características diferentes entre os cálculos da vesícula e colédoco.

O calibre do colédoco foi determinado por sua referência na descrição cirúrgica, e ou no laudo ultrassonoográfico. Quando estes dados não estavam disponíveis e sempre que possível este parâmetro foi obtido da colangiografia transoperatória.

Para análise dos resultados a longo prazo, os pacientes que não apresentavam acompanhamento ambulatorial regular, foram convocados para retorno, através de correspondência postal, e os que compareceram foram submetidos à avaliação conforme a preconizada pelo protocolo.

Os resultados para melhor compreensão são apresentados sob a forma de gráficos ou tabelas.

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
 TÍTULO: ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA
 AUTORES: CARLITO MOREIRA FILHO
 ROSI APARECIDA FERREIRA
 ORIENTADOR: DR. CARLOS ALBERTO JUSTO DA SILVA

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____	REG.: _____	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	SEXO: _____	RAÇA: _____
DATA DE INTERNAÇÃO: ___/___/___	DATA CIRURGIÁ _____	DATA ALTA: ___/___/___
DIAGNÓSTICO: _____		

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

	S/N	DURAÇÃO
DOR ABDOMINAL TIPO CÓLICA (H.D.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICTERÍCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FEBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VÔMITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTOLERÂNCIA A ALIMENTOS GOD.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISPEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBS.: _____		

TRATAMENTO CLÍNICO:

	S/N
ANTIESPASMÓDICO	<input type="checkbox"/>
ANTIÁCIDO	<input type="checkbox"/>
ANTIEMÉTICO	<input type="checkbox"/>
ANTIBIÓTICO	<input type="checkbox"/>
ESQUEMA: _____	
OUTROS: _____	

ACHADO LABORATORIAL:

HEMOGRAMA: S/N <input type="checkbox"/>	
LEUCOGRAMA: LEUCÓCITOS: _____	METAMIELÓCITOS: _____
MIELÓCITOS: _____	BASTONADOS: _____
LINFÓCITOS: _____	MONÓCITOS: _____
ERITROGRAMA: HEMÁCEAS: _____	
HEMATÓCRITO: _____	HEMOGLOBINA: _____
BILIRRUBINAS: S/N <input type="checkbox"/>	DIRETA: _____
	INDIRETA: _____
TGO: _____	TGP: _____
	FOSFATASE: _____
	TAP: _____

EXAMES RADIOLÓGICOS E OUTROS:

RX SIMPLES DE ABDOME: S/N <input type="checkbox"/>	
LAUDO: _____	
ULTRASSONOGRAFIA: S/N <input type="checkbox"/>	
LAUDO: _____	
COLANGIOGRAFIA: ORAL <input type="checkbox"/>	VENOSA <input type="checkbox"/>
LAUDO: _____	
CINTILOGRAFIA: S/N <input type="checkbox"/>	
LAUDO: _____	
OUTROS: _____	

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

TRATAMENTO CIRÚRGICO:

CIRURGIA ANT.: S/N DATA: ___/___/___ ACHADO: _____
 (VIA BILIAR)

CIRURGIA ASSOCIADA: _____

ACHADO TRANSOPERATÓRIO (Técnica, Tipo Fio, Calibre do Coledoco): _____

ACIDENTES TRANSOPERATÓRIOS: _____

COLANGIOGRAFIA TRANSOPERATÓRIA: S/N

LAUDO: _____

SNG: S/N DRENO(S): S/N

COMPLICAÇÕES PRECOSES:

	S/N
ABCESSOS SUBHEPÁTICOS	<input type="checkbox"/>
INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA	<input type="checkbox"/>
CÁLCULO COLEDOCIANO RESIDUAL	<input type="checkbox"/>
PANCREATITE AGUDA	<input type="checkbox"/>
ICTERÍCIA	<input type="checkbox"/>
HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>
VAZAMENTO E FÍSTULA BILIAR	<input type="checkbox"/>
ESTENOSE DO ESFÍNCTER DE ODDI	<input type="checkbox"/>
COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO USO DO DRENO EM "T"	<input type="checkbox"/>
ÓBITO	<input type="checkbox"/>

COMPLICAÇÕES TARDIAS:

	DATA
"SINDROME PÓS COLECISTECTOMIA	(1)(2)(3)
ESTREITAMENTO DO CANAL BILIAR	(1)(2)(3)
CÁLCULO COLEDOCIANO RESIDUAL	(1)(2)(3)
COTO CÍSTICO RESIDUAL	(1)(2)(3)
PAPILITE	(1)(2)(3)
PANCREATITE	(1)(2)(3)
CARCINOMA DE VIAS BILIARES EXTRA-HEPÁTICAS	(1)(2)(3)
OBS.: _____	

OUTRAS INTERCORRÊNCIAS:

EXAMES DE CONTROLE: _____

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA: _____

ANTIBIOTICOTERAPIA:

PROFILÁTICO

TRATAMENTO

QUAL: _____

GRAU DE SATISFAÇÃO DA CIRURGIA:

EXCELENTE	<input type="checkbox"/>
BOM	<input type="checkbox"/>
REGULAR	<input type="checkbox"/>
PÉSSIMO	<input type="checkbox"/>

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL:

DATA: ___/___/___ (1) _____

DATA: ___/___/___ (2) _____

DATA: ___/___/___ (3) _____

ANEXO 2

MODELO DE CORRESPONDENCIA ENVIADA PARA EFETUAR O SEGUIMENTO TARDIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIVISÃO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Prezado(a) Senhor(a),


É do nosso conhecimento que V.Sa., _____, foi submetido(a) a uma intervenção cirúrgica em ___/___/198___, pela nossa equipe neste hospital, tendo sido realizado uma cirurgia do tipo anastomose bileo digestiva (no fígado e vesícula).

Visando o acompanhamento dos pacientes com este tipo de operação, estamos realizando um levantamento sobre o estado de saúde atual e as complicações, que possam ter ocorrido com estas pessoas após terem sido operadas.

Diante destes fatos, solicitamos o comparecimento de V.Sa. no Ambulatório de Cirurgia Geral, do Hospital Universitário da UFSC, nas terças-feiras, às 08:30 horas da manhã, para realização de uma consulta e exames com o Dr. Carlos Alberto "Paraná" a fim de sabermos o seu atual estado clínico.

Salientamos que a consulta não precisará ser marcada pois este atendimento já é aguardado.

Sem mais, agradecemos vossa compreensão e colaboração antecipadamente.

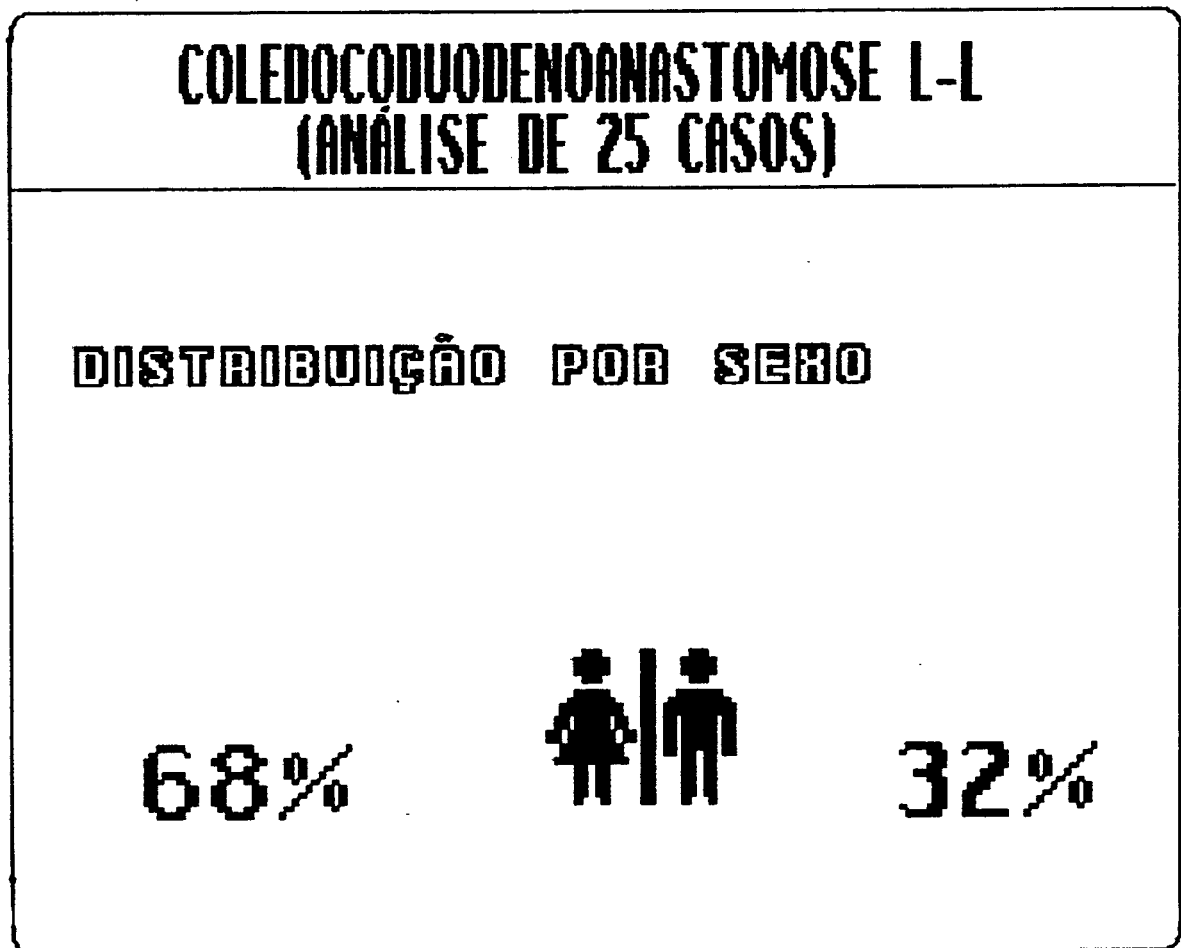

Dr. Carlos Alberto J. da Silva

Endereço:
Hospital Universitário
Divisão da Clínica Cirúrgica
Trindade
88.000 - Florianópolis-SC

OBS.: Em caso de haver ocorrido óbito do destinatário desta carta, solicitamos encarecidamente que os familiares nos procurem, no local e data acima referidos ou nos comuniquem por carta, descrevendo a data e a causa da morte (se possível) enviando ao endereço acima.

III - RESULTADOS

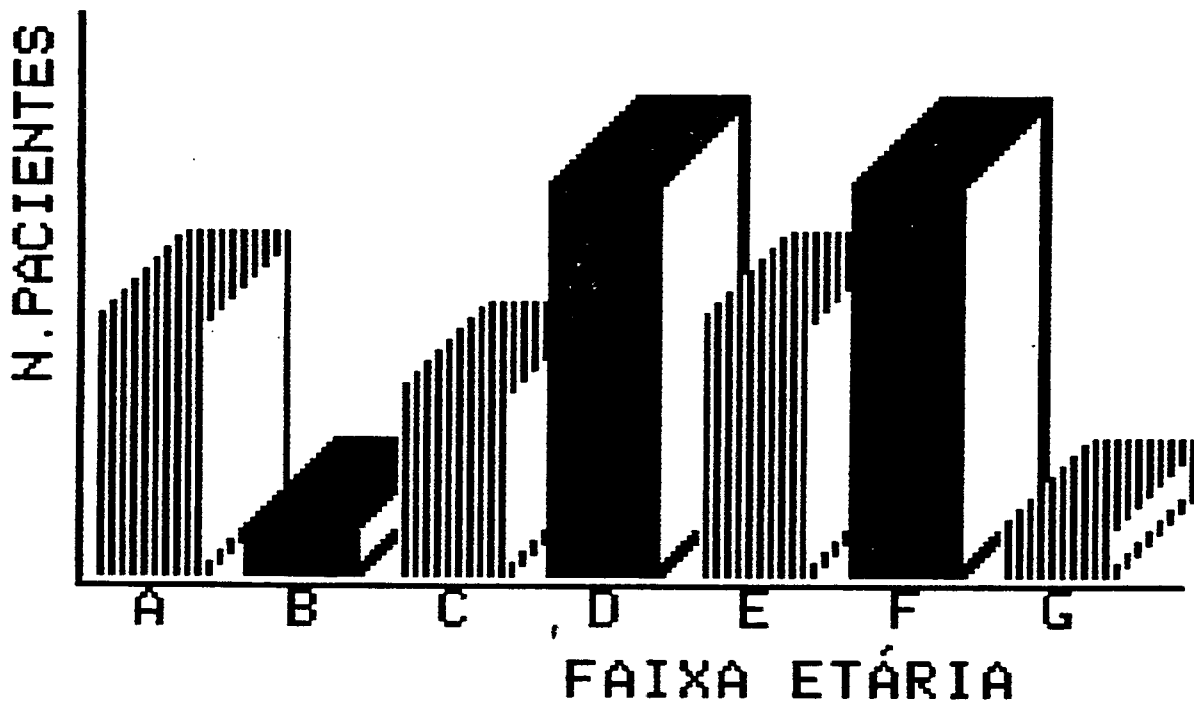
GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO



fonte : SAME do H.Universitário
HU ---) setembro de 1983 a abril de 1988

Do total de 25 pacientes submetidos à CD L-L. 17 eram do sexo feminino e 8 do masculino.

COLEDOCODUODENANASTOMOSE L-L (ANÁLISE DE 25 CASOS)



FAIXA ETÁRIA (anos)

A = 20-30 --> 16%
 B = 30-40 --> 4%
 C = 40-50 --> 12%
 D = 50-60 --> 24%

E = 60-70 --> 16%
 F = 70-80 --> 24%
 G = 80-90 --> 4%

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Média aritmética (\bar{x}) = 55.80

Variância (s) = 319.36

Desvio Padrão (s^2) = 17.87

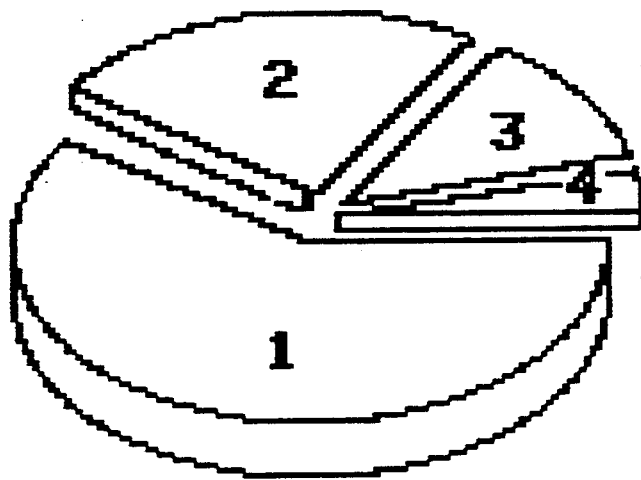
fonte. SAME H. Universitário

H.Universitário, setembro de 1983 a abril de 1988

A idade dos pacientes variou de 24 a 86 anos, com uma média de 56 anos. As maiores incidências ocorreram na sexta e oitava décadas.

**COLEDOCODUODENANASTOMOSE L-L
(ANÁLISE DE 25 CASOS)**

INDICAÇÃO



**1. COLEDOCOLITÍASE
16 CASOS 68%**

**2. COLELITÍASE +
COLEDOCOLITÍASE
6 CASOS 24%**

**3. CA. PERIAMPULAR
3 CASOS 12%**

**4. PANCREATITE
CRÔNICA
1 CASO 4%**

* CA. PERIAMPULAR (2 CASOS DE TU. DE PÂNCREAS E 1 TU. DE PÁPILA)

As indicações para a cirurgia estão apresentadas no gráfico III. A coledocolitíase primária ou associada à colelitíase, foi a indicação mais frequente, 21 casos (84%). em 3 casos (12%), a doença que motivou a cirurgia foi o câncer de região periampular e em 1(4%) pancreatite crônica alcoólica.

COLEDOCODUODENANASTOMOSE L-L (ANALISE DE 25 CASOS)

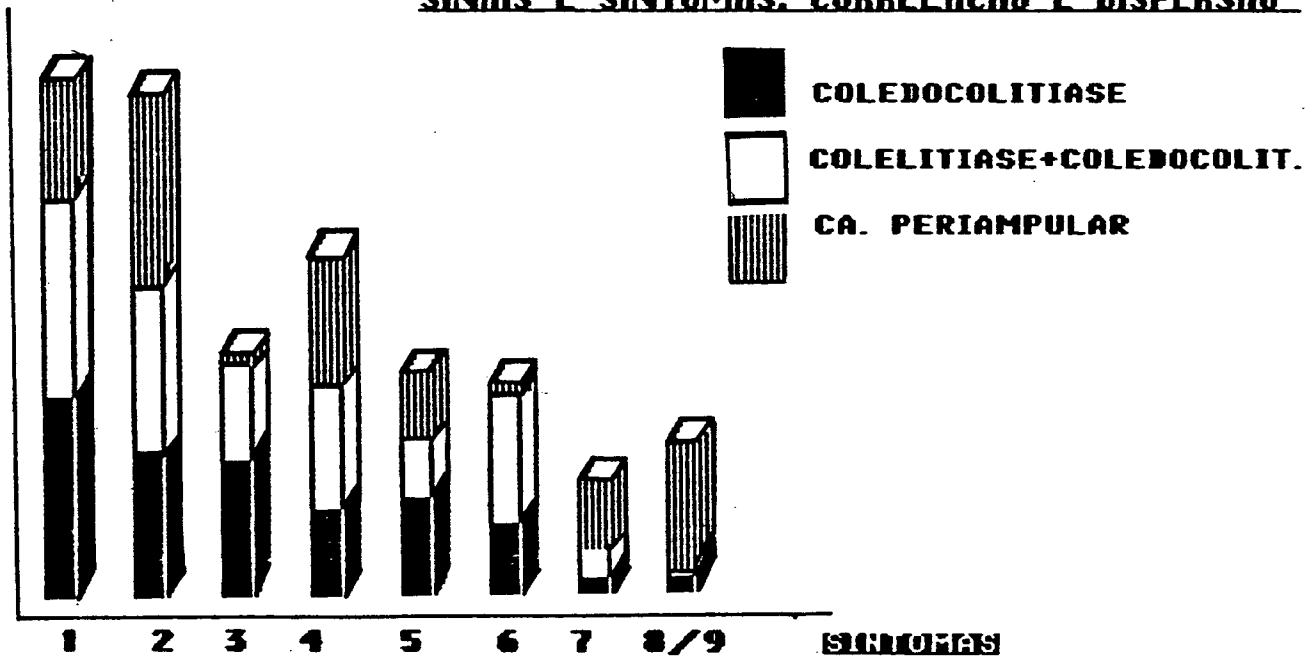
TABELA I - SINAIS E SINTOMAS

	COLEDOCO LITIASE	COLELITIASE+ COLEDOCOLIT.	CA PERI AMPULAR	PANCREAT. TOTAL CRONICA	
1 DOR ABDOMINAL	15 (100%)	6 (100%)	2 (66%)	1 (*)	24 (96%)
2 ICTERICIA	11 (73%)	5 (83%)	3 (100%)	1 (*)	20 (80%)
3 VOMITOS	10 (67%)	3 (50%)	- -	-	13 (52%)
4 COLURIA	6 (40%)	4 (67%)	2 (66%)	1 (*)	13 (52%)
5 ACOLIA	7 (47%)	2 (33%)	1 (33%)	1 (*)	11 (44%)
6 FEBRE	5 (33%)	4 (67%)	- -	-	9 (36%)
7 CALAFRIOS	1 (7%)	2 (33%)	- -	-	3 (12%)
8 EMAGRECIMENTO	- -	1 (17%)	1 (33%)	-	2 (8%)
9 PRURIDO	- -	- -	2 (66%)	-	2 (8%)

* Sem significado percentual
 fonte. SAME H. Universitário
 H. Universitário --> setembro de 1983 a abril de 1988

GRAFICO 4

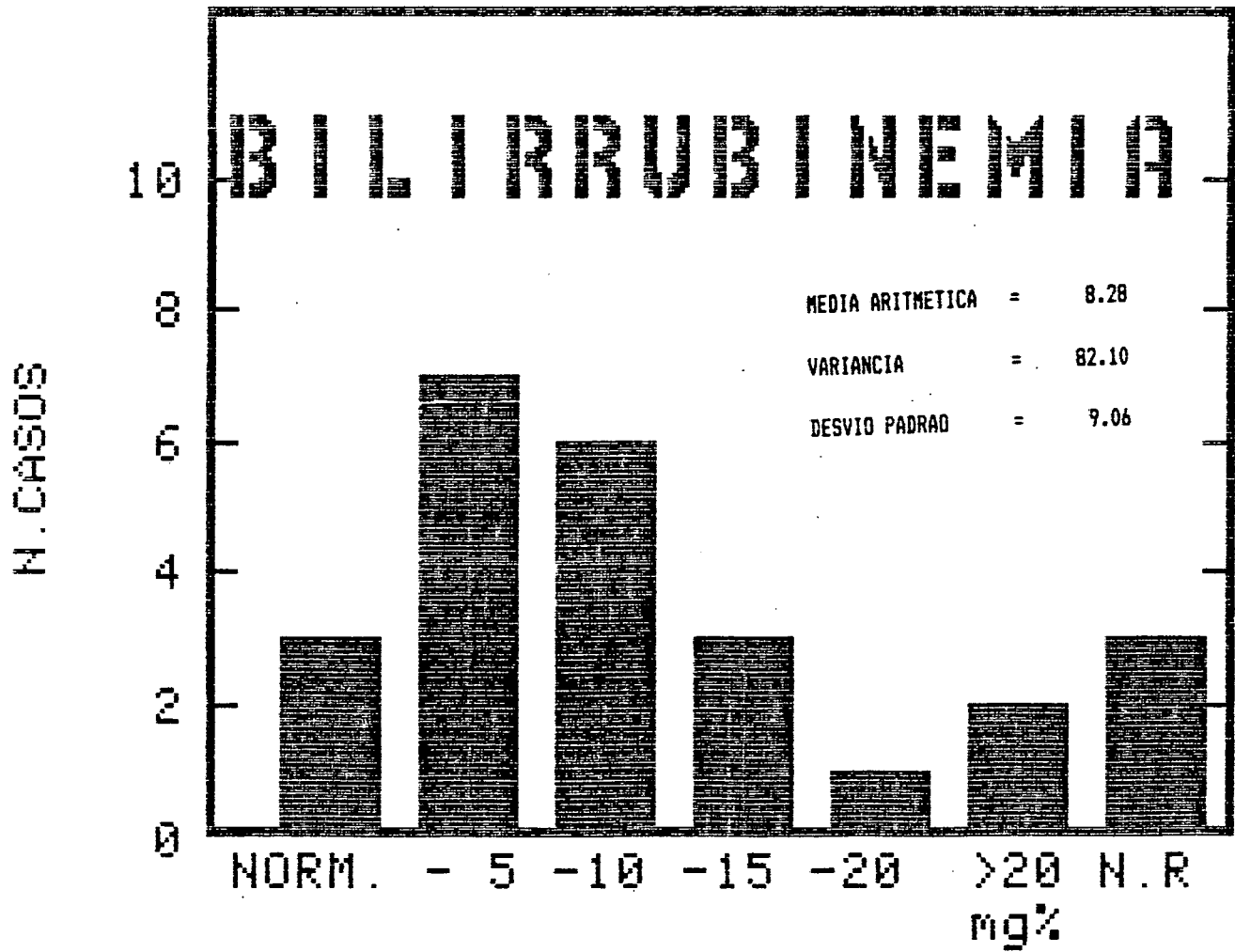
SINAIS E SINTOMAS: CORRELACAO E DISPERSAO



Na história clínica a cólica biliar foi o sintoma predominante e esteve presente na maioria dos casos (24 - 96%). a presença de icterícia em alguma fase de sua doença foi observada em 20 (80%) dos pacientes.

GRAFICO 5 - **BILIRRUBINEMIA**

COLEDOCODUODENANASTOMOSE L-L
(ANALISE DE 25 CASOS)



Entre os exames laboratoriais ressaltam-se as provas de função hepática, onde a elevação da bilirrubina (tabela \odot), principalmente da fração direta e o aumento da fosfatase alcalina em 19 (76%) caracterizam a colestase como de origem obstrutiva.

Em 20 (80%) o hemograma estava dentro dos limites da normalidade, e 5 (20%) apresentavam leucocitose intensa com desvio à esquerda sendo que destes 3 (12%) apresentavam quadro clínico compatível com colangite.

COLEDOCODUODENOANASTOMOSE L-L (ANALISE DE 25 CASOS)

TABELA III
INDICACAO DA CD L-L E CALIBRE DO COLEDOCO

	CALIBRE DO COLEDOCO			
	< 15mm	15-20mm	> 20mm	N/REFER
COLEDOCOLITIASE	2 (13.3%)	5 (33.3%)	6 (40%)	2 (13.3%)
COLELITIASE + COLEDOCOLITIASE	2 (33.3%)	2 (33.3%)	1 (16.6%)	1 (16.6%)
CA PERI AMPULAR	1 (25.0%)	1 (25.0%)	1 (25.0%)	0 (00.0%)
PANCREATITE CRONICA	-	-	1 (±)	-
TOTAL	5 (20.0%)	8 (32.0%)	9 (36.0%)	3 (12.0%)

± sem significado percentual
fonte. SAME H. Universitário
H. Universitário --> setembro de 1983 a abril de 1988

Sendo o diâmetro do colédoco importante parâmetro para a indicação cirurgica, observamos que dos 25 pacientes, 17 (68%) apresentavam calibre da via principal igual ou superior a 15 mm, em 5 (20%) estes diâmetro era inferior e em outros 3 não constava.

COLEDOCODUODENOANASTOMOSE L-L

(ANALISE DE 25 CASOS)

TABELA IV - CLASSIFICACAO DA COLEDOCOLITIASE

CAUSA	N.CASOS	%
COLEDOCOLITIASE PRIMARIA	15	(71.4%)
COLEDOCOLITIASE SECUNDARIA	4	(19.0%)
NAO CLASSIFICACADO	2	(9.6%)
TOTAL	21	

* Os 4 casos restantes eram de neoplasia peri-ampular e pancreatite crônica sem a presença de cálculos
 fonte. SAME H. Universitário
 H. Universitário --> setembro de 1983 a abril de 1988

COLEDOCODUODENOANASTOMOSE L-L

(ANALISE DE 25 CASOS)

TABELA V - EXAMES DE IMAGEM DE AUXILIO DIAGNOSTICO

	COLEDOCO LITIASE	COLELITIASE+ COLEDOCOLIT.	CA PERI AMPULAR	PANCREAT. CRONICA
ULTRASSONOGRAFIA				
CONFIRMADOS	8 (67%)	4 (80%)	3 (100%)	-
NAO CONFIRMADOS	4 (33%)	1 (20%)	-	1*
NAO REALIZADOS	3 (20%)	1 (17%)	-	-
COLANGIOGRAFIA				
CONFIRMADOS	6 (75%)	1 (-)	-	-
NAO CONFIRMADOS	2 (25%)	-	-	-
NAO REALIZADOS	7 (47%)	5 (83%)	3(100%)	1

* sem significado percentual
 fonte. SAME H. Universitário
 H. Universitário --> setembro de 1983 a abril de 1988

Para esclarecimento diagnóstico foram realizados estudos ultrassonoográficos e colangiografia. Dos 15 casos de coledocolitíase, 12 foram submetidos a estudo ultrassonoográfico que confirmou o diagnóstico em 8, denotando uma margem de erro 33% na utilização deste método diagnóstico.

COLEDOCODUODENOANASTOMOSE L-L (ANÁLISE DE 25 CASOS)

TABELA VI - MORBIDADE POS-OPERATÓRIA PRECOCE

	N. CASOS	%
INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA	4	16
FÍSTULA BILEO-DIGESTIVA	1	4
SEM COMPLICAÇÕES	20	80

fonte. SAME H. Universitário
H. Universitário --> setembro de 1983 a abril de 1988

Das complicações no pós-operatório imediato a infecção da ferida operatória (16%) foi a mais frequente, havendo apenas 1 caso de fístula biliar. Não ocorreram óbitos no pós operatório imediato.

Dos 25 pacientes submetidos à CD L-L, 19 (76%) apresentaram acompanhamento no Ambulatório de clínica cirúrgica, com tempo de seguimento variando de 3 a 60 meses.

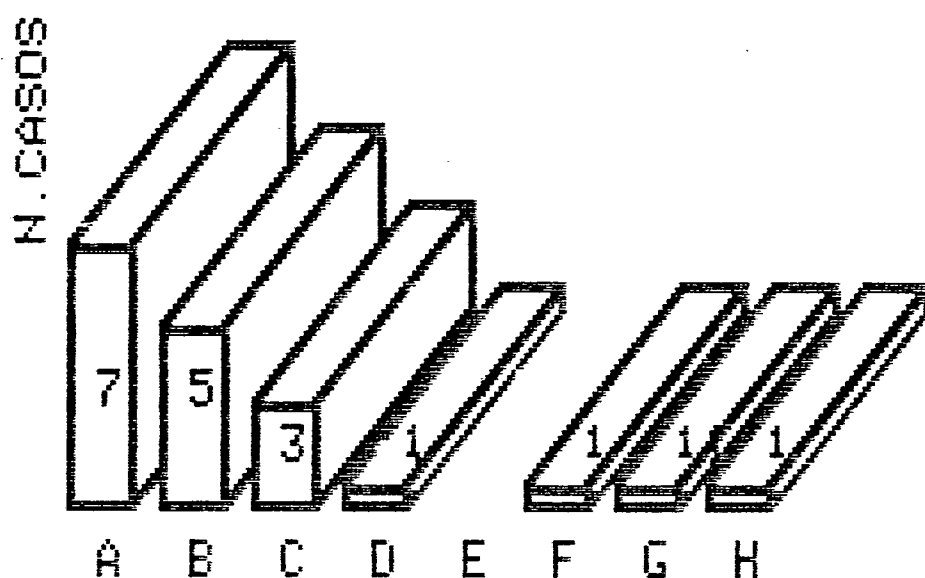
Foi observado que dos 19 pacientes acompanhados 12 (63%) estavam assintomáticos, sendo que dos 7 casos sintomáticos, 5 apresentavam dor abdominal tipo cólica sendo submetidos a investigação diagnóstica através de ultrassonografia e ou colangiografia retrógrada, adicionadas à serigrafia esofago gastroduodenal. Nestes pacientes em 1 foi diagnosticado a persistência de litíase intra-hepática já diagnosticada no pré-operatório e um dos motivos de indicação da cirurgia, os demais 4 apresentavam sintomas vagos e ocasionais sem alterações à investigação laboratorial.

Um paciente portador de neoplasia de pâncreas apresentava queda do estado geral, emagrecimento progressivo e massa palpável em epigástrico e mesogástrico sem evidências de icterícia. Outro paciente com carcinoma de papila foi a óbito 1 ano após a cirurgia. Os outros 2 casos de neoplasia não mais compareceram ao ambulatório ou responderam à solicitação postal.

GRAFICO VI - ACOMPANHAMENTO TARDIO

COLEDOCODUODENOANASTOMOSE L-L (ANALISE DE 25 CASOS)

ACOMPANHAMENTO TARDIO



TEMPO DE ACOMPANHAMENTO

N. PACIENTES

A 1 - 6 meses
 B 6m - 1ano
 C 1ano - 1a 6m
 D 1a 6m - 2anos
 E 2anos - 2a 6m
 F 2a 6m - 3 anos
 G 3anos - 3a 6m
 H > 3 anos 6 meses

7
 5
 3
 1
 1
 1
 1

TOTAL

19

VALOR MINIMO = 1.00
 VALOR MAXIMO = 48.00
 AMPLITUDE TOTAL = 47.00
 SOMATORIA = 204.00
 MEDIA ARITMETICA = 11.33
 VARIANCIA = 185.67
 DESVIO PADRAO = 13.63

IV - DISCUSSÃO

A anastomose do colédoco ao duodeno para terapêutica das lesões distais da via biliar constitui método aceito e defendido como alternativa preferencial por muitos cirurgiões. 1 * 21 22 *

Na análise epidemiológica do material, o predomínio do sexo feminino, corresponde aos relatos literários * 31 37 * explicável pela maior disposição da mulher a alterações endócrino-metabólicas com conseqüente maior predisposição á formação de cálculos biliares.

Quanto ao predomínio da raça branca na totalidade dos casos embora corroborado pela literatura, não é passível de análise no presente estudo, tendo em vista o predomínio de ^(nossos) povos de etnia caucasiana em nosso estado. 6

A incidência entre a 3 e 9 décadas de vida com nítida prevalência nos pacientes com idade superior a 50 anos era esperada, já que a CD L-L tem indicação preferencial em pacientes idosos, por apresentar baixa taxa de morbidade e mortalidade. * 21 33 38 39

As manifestações clínicas estão relacionadas com a patologia indicativa da CD -LL, sendo que na coledocolítiase as descrições clássicas assinalam como tríade clínica a icterícia, febre e dor abdominal em cólica (Tríade de Villard); destes o sintoma mais importante do cálculo de colédoco é a dor abdominal em cólica, sendo no entanto impossível distingui-la da dor abdominal proveniente da vesícula biliar. A presença de náuseas e vômitos também são sintomas frequentes e atribuídos por Zollinquer à hiperdistensão coledocociana. *

Como a maioria dos pacientes em nosso estudo possuíam coledocoitíase associada ou não à colelítíase os sintomas encontrados equivalem aos relatados acima.

O quadro clínico observado nos portadores de carcinoma de cabeça de pâncreas ou papila, conforme pudemos observar nos pacientes de nosso estudo portadores destas afecções, apresentam como sinal clínico característico a icterícia flutuante, progressiva e de curso acelerado. O prurido antecedendo a dor abdominal tipo cólica, irradiada para a esquerda, é um sintoma precoce e quase constante, cabendo ainda ressaltar o clássico sinal de Courvoisier -Terrier, vesícula palpável. *

Uma condição necessária para a realização da CD L-L é a dilatação da via biliar principal. A controvérsia persiste em relação ao diâmetro mínimo para a realização da técnica.

Através de trabalho experimental em cães submetidos à coledocoduodenostomia com anastomoses latero-laterais de 15 mm de diâmetro, e observados a intervalos regulares de 6 e 12 meses. Constatou-se estreitamento progressivo da anastomose de 20% aos seis meses, 40% aos 12 meses e 60% aos vinte e quatro meses, que se atribuí-ó à proliferação de tecido cicatricial. Observando-se ainda colonização bacteriana da bile e alguns micro-abcessos no fundo de saco residual. 7

Deste modo HESS 16 entre outros preconiza um diâmetro coledocociano igual ou superior a 20 mm, para realizar a CD L-L o que possibilitaria um menor número de reintervenções tendo em vista este autor aceitar que a retração cicatricial pode reduzir em até um terço o diâmetro da anastomose.

No entanto outros autores referem que o procedimento técnico com o colédoco dilatado acima de 15 mm, é muito mais simples, mas não contraindicam a cirurgia com diâmetros menores. 1*

Em nosso estudo foram observados 17 casos com diâmetro coledociano acima de 15 mm, porém em 5 pacientes foram realizadas anastomoses com coledocos de calibre inferior, tendo o menor 11 mm de diâmetro. Dos pacientes com anastomoses de diâmetro inferior a 15 mm três possuem acompanhamento de até 3 meses, e um de 4 anos, persistindo assintomáticos, o restante não possui acompanhamento ambulatorial.

Genéricamente a CD L-L estaria indicada nas obstruções do colédoco terminal, por patologia maligna ou benigna, que envolva a via biliar principal e ou interfira no escoamento biliar coledocoduodenal. 3 7

Dentre as patologias benignas, aparece como principal indicação a coledocolitíase. É sabido que os cálculos biliares podem se formar primariamente no colédoco, mas no entanto a maioria é quase sempre decorrente de cálculos migrados da vesícula biliar. 1 11 31 33 38

Na coledocolitíase primária há concordância entre os autores da necessidade de realizar uma cirurgia de drenagem. Pois, subentendesse que a presença de cálculos seia, não o fator causal per si, mas o

resultado de alteração funcional da via biliar extra hepática. Deste modo, a simples retirada do cálculo representa unicamente a remoção do obstáculo mecânico. Para evitar futuras recidivas há necessidade, de se atuar diretamente no fator etiológico, como faz a papiloesfincteroplastia ou proceder a uma cirurgia de drenagem.¹⁷

Na litíase decorrente da migração de cálculos provenientes da vesícula biliar a abordagem cirúrgica desta situação e o papel da CD L-L como uma das alternativas terapêuticas, implica na avaliação de vários fatores.

Entre os mais relevantes, estão o aspecto do cálculo, o calibre do colédoco, a constatação de dificuldade de esvaziamento pela papila, e a impossibilidade de remoção de cálculos de difícil acesso. A presença destes fatores é que irão determinar a necessidade de se adicionar uma cirurgia de drenagem biliar à tática cirúrgica preconizada no tratamento da litíase secundária, a coledocolitotomia com ou sem drenagem externa do colédoco.¹⁷

Desta forma é fundamental para o cirurgião a análise criteriosa dos aspectos acima abordados para poder optar por uma cirurgia que tenha por fundamento, corrigir as alterações anatômicas e evitar a formação de novos cálculos.

Como observamos existe um consenso na literatura^{17 21} da necessidade de adoção de uma cirurgia de drenagem no tratamento da coledocolitíase primária deste modo é necessário o estabelecimento de critérios para sua caracterização.

Para MADDEN³², o aspecto fundamental são as características físicas do cálculo como: consistência amolecida, coloração marron clara e fácil fragmentação à compressão digital..

Entretanto SAHARIA et cols³², são mais rigorosos na conceituação de cálculos primários, e além dos critérios acima mencionados acrescentam a necessidade do paciente ser anteriormente colecistectomizado à pelo menos dois anos.

Entre nós ALUIZIO RODRIGUES et cols³¹ reanalisam o problema e propoem que os critérios de litíase primária sejam estabelecidos baseados principalmente na fisiopatologia dos cálculos, admitindo que a formação destes, decorra da estase e infecção da bile coledocociana. Deste modo a doença estaria caracterizada nos pacientes com colédoco dilatado acima de 20 mm; nos cálculos com as características físicas descritas anteriormente por Madden com colecistectomia prévia, embora não

considerem como Saharia o tempo mínimo de 2 anos, pois como outros autores ²⁰ admitem a possibilidade de formação de cálculos no colédoco em tempo inferior, e também por outro lado cálculos residuais podem permanecer assintomáticos por toda a vida do paciente ou dar sintomas muitos anos após a colecistectomia. Finalmente aceitam também a tese da possibilidade de pacientes ainda não colecistectomizados desenvolverem coledocolitíase primária. Nestes casos em que a vesícula biliar está presente, para caracterização de cálculos primários o ducto cístico deve ser fino, e havendo cálculos vesiculares, que estes não tenham características semelhantes aos da litíase encontrada no colédoco. ³²

Baseados na coerência dos critérios propostos por estes autores para caracterização de litíase primária, foram os mesmos utilizados na classificação da coledocolitíase dos pacientes estudados.

Como constatamos a indicação da CD L-L em nosso meio ocorreu predominantemente por coledocolitíase primária com percentuais superiores aos trabalhos de diversos autores. ³²

Cálculos intra-hepáticos estariam entre as indicações de CD L-L, desde que a árvore biliar apresente diâmetro igual ou superior a 2cm. Já que com este diâmetro haveria menor possibilidade, de em seu deslocamento pelo fluxo biliar, o mesmo ficar retido na via biliar extra hepática. ¹⁰

No entanto a análise da literatura dá preferência nestes casos à anastomose bíleo digestiva do tipo Y de Roux por apresentar a mesma, a longo prazo melhores resultados. A CD L-L no entanto estaria indicada na presença de infecção da via biliar em pacientes idosos, devido à fácil execução e segurança do método. ^{4 10 16 33} Uma de nossas pacientes de 51 anos tinha cálculos intrahepáticos e colelitíase, o dado sobre o calibre do colédoco não constava no prontuário.

A tríade clássica descrita por Charcot em 1877, que traduz a inflamação aguda dos ductos biliares ou colanquite, tinha inicialmente seu tratamento realizado preferencialmente através de drenagem biliar externa. ⁶ Atualmente a não ser naqueles pacientes com coledococite importante e mau estado geral, deve-se realizar o tratamento definitivo da causa que determinou a colanquite. Deste modo a CD L-L apresenta-se como indicação terapêutica cada vez mais frequente pois além de realizar a drenagem biliar pode remover o substrato anatomico da doença. ^{3 10 31} Três de nossos pacientes foram submetidos à cirurgia nestas circunstâncias.

A estenose de papila sem evidência de cálculo e com colédoco

dilatado entre 15 mm e 20mm é uma indicação de CD L-L muito controversa, sendo que aqueles que preferam a abordagem direta do colédoco distal à reservam para os pacientes submetidos anteriormente a gastrectomia tipo Billroth II onde a abordagem do duodeno para realizar a papiloesfincteroplastia apresenta grande dificuldade técnica. ¹⁷

Como indicação relativa, dentre as patologias benignas, temos também a pancreatite crônica com comprometimento do colédoco distal, situação em que se encontrava um de nossos pacientes, onde após ser afastada a possibilidade de carcinoma de cabeça de pâncreas, dependendo do calibre do colédoco, e sendo a pancreatite crônica secundária à litíase de vias biliares, está indicada a CD L-L. ^{3 36} A paciente com esta indicação tinha um colédoco com 22 mm de diâmetro.

Outra indicação que deve ser considerada embora não tendo sido observada na presente casuística, é o traumatismo das vias biliares, que ocorre com maior frequência durante a colecistectomia, devido a alterações anatômicas das vias biliares, portanto, independente da habilidade do cirurgião, ao se decidir sobre o procedimento imediato de reconstrução é necessário ponderar sobre o local, tipo, extensão e calibre do ducto, na impossibilidade da reconstituição preferencial através de anastomose término-terminal a CD L-L deve ser considerada. ^{18 21}

Quanto às lesões malignas da região periampular, onde alguns autores preferem a reconstituição do tipo Y de Roux. ^{2 3 38} respeitando o princípio oncológico de que a reconstituição do trânsito deva ocorrer, com vísceras distantes do tumor, outros alegando que devido ao prognóstico da patologia, que se caracteriza por um curto período de sobrevida, aliado ao maior risco cirúrgico da anastomose em alça exclusiva, preferem sempre que o manejo do colédoco for possível, a CD L-L. ^{3 19} Esta foi a conduta adotada em 3 de nossos pacientes sendo que destes 2 eram de tumores de cabeça de pâncreas e 1 de papila.

Desde a época de seu aparecimento em 1953 até recentemente a colangiografia venosa foi considerada como método de auxílio diagnóstico relevante na demonstração anatômica da via biliar. Com o advento de novas técnicas bem como suas limitações no paciente icterico fizeram com que o procedimento passa-se a entrar em desuso como demonstra nossa casuística em que ela só foi utilizada em metade dos casos, sendo que isto ocorreu na maioria das vezes devido à presença de icterícia, situação em que mesma encontra-se contraindicada. Devido ao reduzido número de casos em que o exame foi feito fica difícil caracterizar o índice de positividade encontrado de 75% como significativo. No entanto um número crescente de publicações vem preconizando sempre que possível a

associação dos dois métodos, colanqiografia e ultrasonografia, para maior efetividade diagnóstica e de subsídio de escolha terapêutica nos pacientes portadores de coledocolitíase. ^{30 35}

Nos primeiros anos da década de 70, quando o ultrassom de tonalidades fixas foi substituído pelo de "escala cinzenta", a vesícula biliar e posteriormente as demais porções da via biliar se tornaram abordáveis por esta técnica. ³⁰

Na década de 80 a ultrasonografia na detecção de colelitíase, já é pelo menos tão exata quanto o colecistograma oral e apresenta em alguns centros precisão de até 90%. Possui como vantagens adicionais a ausência de radiações ionizantes, rapidez de execução e baixo custo. ^{31 25 30}

Já a sensibilidade da ultrasonografia na detecção da coledocolitíase é baixa na maioria dos estudos, ³¹ variando de 18 a 81%. No presente estudo os resultados podem ser considerados satisfatórios com 67% de positividade. Os fatores que provavelmente interferem na acuridade diagnóstica são a interposição do duodeno e colon além de eventualmente estes pacientes apresentarem alterações da cabeça do pâncreas.

As complicações pós-operatórias da CD L-L são didaticamente classificadas em precoces e tardias. Na análise deste tema não nos cabe devido ao objetivo do trabalho, tecer maiores considerações sobre as complicações gerais pertinentes a qualquer cirurgia abdominal, principalmente as relacionadas ao aparelho respiratório e ao uso de cateteres e sondas.

Das complicações precoces relacionadas diretamente com a CD-LL as mais frequentes são hemorragia, infecção de ferida operatória, deiscência da ferida operatória, pancreatite aguda, peritonite, cálculo residual, fístula biliar e abscesso pancreático. ^{31 12 31 31}

Em nosso levantamento a complicação mais frequente foi a infecção de ferida operatória que ocorreu em 16% dos casos em índices semelhantes aos observados por Hess ⁵ e Baker ⁴. No entanto outros trabalhos referem incidência inferior a 8%. ^{11 31}

Desta forma cabe uma análise mais demorada deste item, e das complicações infecciosas de um modo geral por sua estreita relação com a elevação da mortalidade.

Para que tais complicações ocorram, várias condições estão correlacionadas: iniciando por aquelas intrínsecas ao paciente onde um dos

principais fatores de risco é a idade que neste tipo de afecção acomete grande número de pacientes acima da sexta década. Dos 4 pacientes com esta complicação todos se encontravam nesta condição.

Artigas ³ e Blamey ⁵ descrevem a relação existente entre os níveis elevados de bilirrubinemia com o aumento de mortalidade operatória e questionam também sua implicação com os índices de infecção, entre elas a cutânea. Dos 4 pacientes com ferida operatória 2 tinham valores elevados de bilirrubina, em 1 os valores eram normais e no restante o dado não constava no prontuário. O paciente com fístula tinha níveis normais de bilirrubina. Deste modo a análise deste dado levamos a concluir que os níveis de bilirrubina não apresentaram relação com a morbidade na presente série.

O trato biliar normal raramente é colonizado por bactérias em concentrações significantes. Mas em determinadas condições, como operações prévias do trato biliar, idade superior a setenta anos, operações de emergência por suspeita de perfuração ou empiema de vesícula, história de colecistite aguda até 1 mês antes da cirurgia e icterícia obstrutiva principalmente por cálculos, bactérias aeróbicas entéricas, principalmente E. Coli, Klebsiella sp e anaeróbios (clostrídeos) são isolados em cerca de 10% das culturas de bile. ²⁷

Deste modo esta presença bacteriana está associada com elevado risco de infecção cirúrgica (30 a 40%) pois mais de 60% destas infecções pós-operatórias são causadas por um ou mais microorganismos isolados previamente da bile. Assim, a antibioticoterapia profilática está indicada nas situações anteriormente destacadas. ^{11 14}

No entanto mesmo com todos os cuidados e tecnologia hoje utilizados no preparo dos pacientes, um dos mais efetivos mecanismos para evitar as complicações pós-operatórias continuam sendo a prática dos princípios de Halsted de técnica cirúrgica, hemostasia rigorosa, não realizar liqaduras em massa evitar o uso excessivo de termocautério, proteção das superfícies cruentas, uso de fios apropriados, não deixar espaço morto e evitar o prolongamento desnecessário do tempo de cirurgia, não pode ser substituída pela antibióticoprofilaxia. ¹¹

Este conceitos encontram confirmação em nosso estudo onde 3 dos 4 pacientes com infecção de parede tinham recebido antibióticoterapia profilática. A ausência de maiores dados sobre culturas e consequente adequação do antibiótico utilizado bem como a falta de maiores critérios no uso desta forma de prevenção de infecção não nos permitiram maiores conclusões.

Pelo exposto, a realização do tratamento cirúrgico, na vigência de processo inflamatório agudo como colecistite ou colangite,¹⁴ presente em 25%(5) dos casos, caracterizado, entre outros sinais pela presença de leucocitose com desvio à esquerda, deveria apresentar um maior número de complicações infecciosas em relação aos demais. No entanto dos 4 pacientes com infecção de parede somente um foi submetido a cirurgia na vigência de processo inflamatório agudo, os demais não apresentavam evidências de infecção no pré-operatório.

Outra complicação precoce observada foi a fístula biliar presente em 1 (4%) dos pacientes, dado que encontra respaldo na literatura consultada, onde os valores variam de 1.4 a 7.5%.^{21,21}

Quanto a este dado cabe no entanto algumas ressalvas. Trabalho anterior de conclusão de curso em nosso meio, sob título de "Fístula digestiva pós-operatória (Análise de 17 casos)",²⁷ refere uma incidência de 4 casos de fístula pós CDLL, correspondendo a 29.4% das causas de fístula pós-operatória e sua principal causa. Por se tratar de dado conflitante e proveniente da mesma fonte de pesquisa, o SAME do H.Universitário da UFSC, procuramos localizar, através do número de registro citado na referida fonte o prontuário destes 4 pacientes. Um dos pacientes corresponde ao encontrado em nosso material, nos demais 3 não foi possível a confirmação, já que seus prontuários não puderam ser localizados no SAME, e nem havia qualquer referência à sua existência no arquivo que relaciona os registros com o "Código Internacional de Doenças" nas fichas de anastomoses bileo digestivas, fístulas digestivas ou cirurgias da via biliar. O que pode, a despeito de todas as tentativas feitas para que tal não ocorresse, nos levar a incorreção na análise deste dado, não em relação à série estudada mas na sua projeção em relação ao total pacientes com anastomoses CD L-L porventura existentes, pois não podemos precisar se estes pacientes foram submetidos a cirurgia no H. Universitário ou em outro local, tendo sido transferidos para este hospital visando o tratamento da fístula biliar.

A integridade de uma anastomose biliar está sujeita aos mesmos elementos que regulam a integridade de outros tipos de anastomose: irrigação sanguínea, infecção, qualidade dos tecidos, tensão na linha de sutura e todos aqueles pertinentes a uma técnica cirúrgica adequada.¹⁴

A presença e importância de cada um dos fatores supracitados, dependem da capacidade do cirurgião na realização do ato operatório, da gravidade da doença básica e do estado físico do paciente.

A fístula observada no presente material, ocorreu em uma paciente com 55 anos, portadora de colelitiase e coledocolitiase, sem

evidência de processo infeccioso, icterícia ou cirurgia prévia do trato biliar. A fístula foi evidenciada no sétimo dia pós-operatório, com débito inicial de 900 ml e que fechou espontaneamente sem necessidade de nutrição parenteral.

As complicações tardias citadas na literatura são, colangite, cálculo coledocociano residual, síndrome pós-colecistectomia, gastrite biliar e até carcinoma de vias biliares.¹⁵ No entanto a que mais controvérsia apresenta é a síndrome do fundo de saco (sump syndrome), definida como o acúmulo de detritos ou formação de cálculos na porção do colédoco infra-anastomótica.³ No entanto para outro autor¹ esta é uma hipótese meramente teórica pois para que tal aconteça, pressupõe a presença de uma obstrução distal e a existência de canal comum o que permite inter refluxo, e a secreção pancreática em sua drenagem ascendente até a anastomose, remove esses detritos.

Das complicações referidas, nos 19 pacientes em que foi possível seguimento ambulatorial (76%) somente um apresenta uma destas complicações a persistência de litíase residual com cálculos intra-hepáticos. Deste modo podemos precisar que a falha da CD L-L se deu em sua capacidade de drenar cálculos já existentes de difícil remoção e não como técnica inadequada para prevenir a formação de novos cálculos.

Dos pacientes com neoplasia de pâncreas e papila, o primeiro encontra-se em estágio avançado da doença e o segundo foi a óbito 1 ano após a cirurgia, ambos anictéricos. Por tratar-se de cirurgia paliativa visando corrigir a icterícia progressiva os resultados obtidos foram satisfatórios já que a principal objeção ao emprego da CD L-L nestes casos seria a obstrução da drenagem pelo crescimento tumoral o que não ocorreu em nenhum dos casos.

No seguimento ambulatorial de 19 (76%) dos pacientes submetidos há CD L-L 12 (63%) permanecem assintomáticos e satisfeitos com a cirurgia. Rodrigues e cols³³ com acompanhamento superior a 2 anos refer 83.3% de pacientes assintomáticos.

Deste modo podemos constatar, embora possam eventualmente ter ocorrido vícios de amostragem que influenciem o significado estatístico, que a CD L-L é um procedimento seguro com baixos índices de mortalidade e morbidade e que em nosso meio apresenta resultados similares aos referidos na literatura consultada.

ψ - CONCLUSÃO

Na análise de 25 pacientes, submetidos a CD L-L, no Hospital Universitário nos últimos 5 anos podemos concluir que:

- 1- A maioria dos pacientes submetidos a esta cirurgia tinham mais de 55 anos (68%).
2. A principal indicação foi a coledocolitíase (84%), sendo que desta a forma primária correspondeu a 60% dos casos.
3. O diâmetro do coledoco variou de 11 a 60 mm, com predomínio dos valores acima de 15 mm, e em 5 (20%) pacientes este calibre era menor. Deste 3 têm acompanhamento tardio, 2 permanecem assintomáticos e o outro encontra-se em estágio avançado de neoplasia de pâncreas permanecendo anictérico.
4. Não ocorreram óbitos na presente série. A morbidade peri-operatória foi 20%(5) sendo a infecção da ferida operatória a complicação mais frequente 16%(4). A incidência de fístula biliar foi de 4% (1).
5. O acompanhamento tardio destes pacientes em período variável de 3 a 48 meses, possível em 76% dos casos, revelam um percentual de bons resultados com a cirurgia em 63 % dos pacientes.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, A.M.; CRUZ, A.G.; ALDEIA, F.V. - Side - to - Side of Choledochoduodenostomy in the management of choledocholithiasis and associated disease. In: The American Journal of Surgery. 147:253-259, 1984.
2. ARTIGAS, G.V.; COELHO, J.C.V. et alii - Carcinoma dos ductos biliares extra - hepáticos. In: Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 10,6(187-190), 1983.
3. ARTIGAS, G.V. - Coledocoduodenostomia Latero-Lateral. In: Tese para concurso de Professor Titular de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná, 1978.
4. BAKER, A.R. et alii - Choledochoduodenostomy, transduodenal sphincteroplasty and sphincterotomy for calculi of the common bile duct. In: Surgery, Gynecology and Obstetrics. 164:245-250, 1987.
5. BLAMEY, S.L.; FEARON, K.C.H. et alii - Prediction of risk in biliary surgery. In: British of Surgery. London. 70:535-538, 1983.
6. CÂMARA, L. - Estrangeiros em Santa Catarina. Florianópolis, Departamento Estadual de Estatística [s.d.] p.p. 1-48 (separata da Revista Imigração e Colonização) V₁, nº 4, 1940.
7. CHARLOT, J.M. - Leçons sur les maladies du foie et des voies biliaires et des reins. Paris, Faculté de Médecine, 1977.
8. COOPERBERG, P.L. et alii - Real time high resolution ultrasound in the detection of biliary calculi, In: Work in Progress - Radiology. 131:789-790, 1979.

9. DAVID, M.E. et alii - The insensitivity of sonography in the detection of Choledocholithiasis. In: American Journal of Surgery. 142:725-728, 1984.
10. DEGENSHEIN, G.A. - Choledochoduodenostomy: An 18 year study of 175 consecutive cases. In: Surgery. 76:319-324, 1974.
11. DEWBESTEN, L.; DOTY, J.E. - Patogênese e tratamento da coledocolitíase. In: Clínicas Cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro, Interamericana do Norte, Volume 11:933-945, 1981.
12. DUDLEY, H. et alii - Coledocoduodenostomia. In: Cirurgia do Abdomen. 3ª Edição. Buenos Aires, Panamericana. 354-356, 1983.
13. GUARNIERI, A. and RAVO, B. - Transduodenal distal lateral choledochoduodenostomy. In: Surgery, Gynecology and Obstetrics. 164:373, 1987.
14. GOFFI, F.S.; ARTIGAS, G.V. - Cirurgia das vias biliares: restauração do trânsito biliar. In: Técnica Operatória. 1ª Edição. Rio de Janeiro, Atheneu. Volume 2:897-907, 1978.
15. HERBA, M.J.; CASOLA, G. et alii - Cholangiocarcinoma as a late complication of choledochoenteric anastomoses. In: American Journal of Surgery. 147:513-515, 1986.
16. HESS, W. - Enfermedades de las vias Biliares y del Pancreas. 3ª Edição. Barcelona, Editorial Científico Médico, 1980.
17. HILÁRIO, J. - Contribuição a cirurgia do colédoco terminal. Tese. Rio de Janeiro. Cia Editora Gráfica Barbeiro, 1977.
18. HUGUIER, M. et alii - Choledochoduodenostomy for calculous biliary tract disease. In: Arch Surg. 120:241, 1985
19. KEIGHLEY, M.R.B. - Infection in biliary tract surgery. In: J.MCK.
20. MADDEN, J.L. - Common duct stones: their origin and surgical management. In: Surgery O.N. AM. 53:1095, 1973.

21. MADDEN, J.L.; GRUW/Z, J.A. et alii - Obstructive (surgical) Jaundice: An Analysis of 140 consecutive cases and a consideration of choledochoduodenostomy in its treatment. In: American Journal of surgery. 109:89-99, 1965.
22. MADDEN, J.L. - Primary common bile duct stones. In: World J. Surgery. 2:465, 1978.
23. MARTÍNEZ, G.J.M. et alii - Estudio de las anastomosis bileodigestivas mediante control isotópico. In: Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 70,6(523-528), 1986.
24. MOESGAARD, F.; NIELSEN, M.L. et alii - Protective choledochoduodenostomy in multiple common duct stones in the aged. In: Surgery, Gynecology and Obstetrics. 154:232-234, 1982.
25. MOGENSEN, N.B. et alii - Ultrasonography versus roentgenography in suspected instances of cholecystolithiasis - In: Surgery, Gynecology and Obstetrics. Copenhagen. 159:353-356, 1984.
26. MOODY, F.G. - Aplicações cirúrgicas da esfínteroplastia e da coledocoduodenostomia. In: Clínicas Cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro. Interamericana. 61:933-945, 1981.
27. NICHOLS, R.L. - Use of prophylactic antibiotics in surgical practice. In: American Journal of Medicine. 70:686-692, 1981.
28. OGLIARI, S.R. and COSTA, A.L.C. - Fístula digestiva pós-operatória (Análise de 17 casos). Trabalho Científico. UFSC, 1987.
29. RASSLAN, S.; FAVA, J. et alii - Lesão de via biliar principal corrigida no ato cirúrgico ou no pós-operatório imediato. In: Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 11,3(74-78), 1984.
30. REID, M.H. et alii - O papel da tomografia computadorizada e do ultrassom na doença do trato biliar. In: Clínicas Cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro. Interamericana. 61:809-848, 1981.
31. RIZZUTI, R.P. et alii - Choledochoduodenostomy a safe and efficacious alternative in the treatment of biliary tract disease. In: American Surgeon. 53:22-25, 1987.

32. RODRIGUES, A.; CARDOSO, J.J. et alii - Coledocolitíase - Análise de 162 casos (com ênfase especial a diferenciação entre litíase primária e secundária). In: Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 10:81-87, 1983.
33. RODRIGUES, A.; FONSECA, L.C.S. et alii - Coledocoduodenostomia - Indicações e Resultados. In: Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 14:117-119, 1987.
34. ROMERO, L.C.J. et alii - Coledocoduodenostomia en el tratamiento de las enfermedades benignas de la viar biliar. In: Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 68,4 (293-299), 1985.
35. ROSENQUIST, C.J. - Radiologia da árvore biliar. In: Clínicas Cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro. Interamericana. 61:797-808, 1981.
36. SCHULTE, W.J.; LA PORTA, A.J.; CONDON, R.E.; UNDER, G.F.; GEENEN, J.E. DE COSE - Chronic pancreatitis: A cause of biliary stricture. In: Surgery. 82: 303-309, 1977.
37. SCHWARTZ, S.I. Princípios de Cirurgia. Quarta Edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 1987.
38. STUART, M. et alii - Palliation of malignant obstruction of the common bile duct by side to side choledochoduodenostomy. In: The American Journal of Surgery. 121:505-509, 1971.
39. THOMAS, C.G. et alii - Effectiveness of choledochoduodenostomy and transduodenal sphincterotomy in the treatment of benign obstruction of the common duct. In: Ann. Surg. 173:845-856, 1971.
40. WATTS, P.J.; McDONALD, P.E.; BRIEN, V.R.; MARSHALL, J.J. - Infection in surgery. Surgery. Finlay-Jones (Ed.). Edinburg:Churchill Livingstone, 1981.
41. WAY, L.W. Management of choledocholithíasis. In: Ann. Surg. 176:347, 1972.

TCC
UFSC
CC
0130

N.Cham. TCC UFSC CC 0130
Autor: Moreira Filho, Car
Título: Coledocoduodenoamastomose latero



972801911

Ac.252959

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM