

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

COLEDOCODUODENOSTOMIA LÁTERO-LATERAL
COM OCLUSÃO DO COTO DO COLÉDOCO DISTAL
PARA EVITAR A “SUMP SYNDROME”

BERNARDO DE TOLEDO BARROS CHATAGNIER

FLORIANÓPOLIS

1996

BERNARDO DE TOLEDO BARROS CHATAGNIER

**COLEDOCODUODENOSTOMIA LÁTERO-LATERAL
COM OCLUSÃO DO COTO DO COLÉDOCO DISTAL
PARA EVITAR A “SUMP SYNDROME”**

**Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em
Medicina apresentado ao Departamento de Clínica
Cirúrgica do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Santa Catarina.**

ORIENTADORES : Prof. Edson José Cardoso.

Prof. Raul Chatagnier F^º

FLORIANÓPOLIS

1996

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
HISTÓRICO.....	04
PACIENTES E MÉTODOS.....	06
TÉCNICAS.....	07
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO.....	20
CONCLUSÕES.....	26
APÊNDICES.....	27
ABSTRACT.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

RESUMO

A coledocoduodenostomia látero-lateral tem mostrado ser uma técnica segura, efetiva, de fácil realização, com baixa morbidade e mortalidade quando se deseja estabelecer uma drenagem bilio-entérica, em pacientes com obstrução benigna ^{ou} / e maligna do trato biliar distal. Esta operação, por determinar a formação de fundo de saco no colédoco distal, poderá servir como reservatório para restos alimentares, cálculos, lama biliar ou “debris”, que associado a estase favorece a proliferação bacteriana, gerando uma síndrome clínica, denominada de “sump syndrome”. O autor analisou os resultados, em que, para evitar a “sump syndrome”, foi realizada coledocoduodenostomia látero-lateral com oclusão do coto distal do colédoco em 15 casos, sendo 2 desses pela variante técnica de FAVA, RASSLAN et al. e em 13 casos, por uma nova variante técnica proposta por CHATAGNIER F^o.

Os estudos radiológicos realizados no pós-operatório, mostraram que a oclusão do coto distal de colédoco, mostrou-se eficaz com a utilização da variante técnica de CHATAGNIER F^o

INTRODUÇÃO

A coledocoduodenostomia látero-lateral (CD) tem mostrado ser uma técnica segura, efetiva, de fácil realização, com baixa morbidade e mortalidade quando se deseja estabelecer uma drenagem bilio-entérica em pacientes com obstrução benigna e maligna do trato biliar distal.^{21,28,31,37,41,47,53,60,61,74}

Os pacientes submetidos a CD, podem evoluir com complicações tardias, sendo a mais comum a colangite, seguida da “sump syndrome”.^{14,24,39} A colangite, mais freqüentemente, é conseqüência da estenose ou obstrução que pode ocorrer na anastomose.^{24,32,48}

A “sump syndrome” é uma complicação que pode ocorrer após CD porque o fundo de saco criado no coto do colédoco distal, pode servir como reservatório para cálculos migrados ou aí formados, lama biliar, “debris” ou restos alimentares vindos do transito digestivo.^{1,3,4,5,8,9,13,14,19,23,24,27-29,32-37,39,42,43,48-50,60-62,64-67,70,74} O conteúdo do coto do colédoco distal, pode levar à estase e propiciar a proliferação bacteriana, acarretando o desenvolvimento de duas formas de manifestações clínicas para a “sump syndrome”⁷, sendo uma forma do tipo inflamatória ou infecciosa^{3,7,9,13,14,24,25,28,32-37,39,44,50,53,60,62,64-66,70,74} e outra, como síndrome disabsortiva, semelhante a síndrome da alça cega (“blind loop syndrome”).^{3,7,36,37} (FIGURA 1)

Os casos que desenvolvem a forma inflamatória ou infecciosa da “sump syndrome”, sua sintomatologia é referida como de colangite,^{3,7,9,13,14,24,28,32-37,39,44,50,53,60,62,64-66,70,74} ou

alguns destes sinais ou sintomas: dor ou desconforto abdominal,^{7,8,28,34-36,42,44,50,60,64} calafrios,^{7,8,36,64} febre,^{7,8,28,42,64,65} icterícia,^{7,8,28,35,36,42,50,64,70} náuseas e vômitos.^{36,44} Os pacientes que desenvolvem a forma disabsortiva da “sump syndrome” podem apresentar diarreia,^{3,4} má-nutrição^{3,4,7,36,37,60} e esteatorréia,^{4,7,36,37} em decorrência do desdobramento dos sais biliares pelas bactérias do coto do colédoco distal.^{3,7,36} Segundo BAKER, NEOPTOLEMOS et al.⁷, não é necessário a presença de colangite aguda clássica para o diagnóstico de “sump syndrome”.

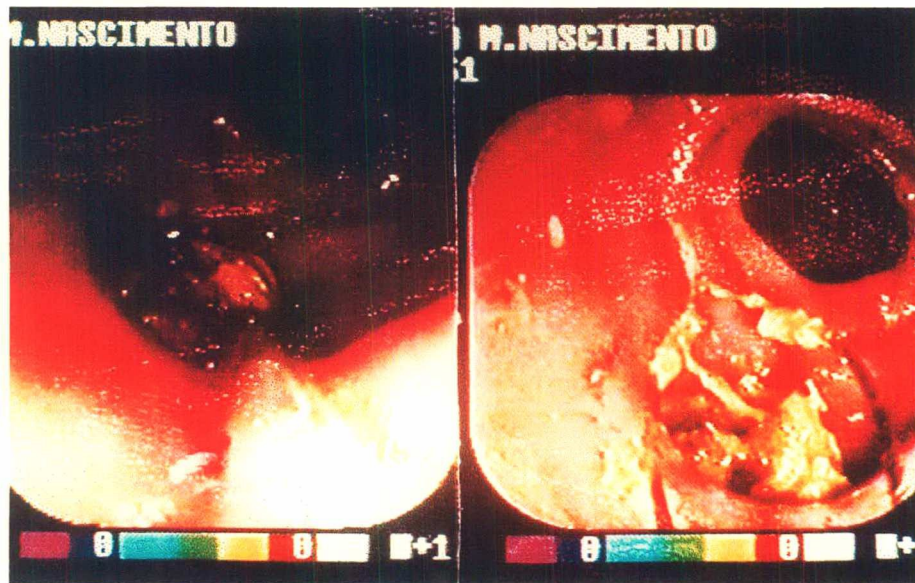


FIGURA 1- Fundo de saco contendo restos alimentares

Vários trabalhos^{1,22,53} relataram que pacientes com CD ampla e os mesmos achados no colédoco distal acima descritos, não apresentaram qualquer manifestação clínica.

BAKER, NEOPTOLEMMOS et al.⁷, e outros autores^{28,29,35,36,60,64}, afirmam que não basta simplesmente a presença de restos alimentares, cálculos ou “debris” no colédoco distal, mas seria necessário também haver uma disfunção papilar ou a diminuição da luz da

anastomose (estenose, ou reação inflamatória ou corpo estranho), para que os pacientes passem a apresentar manifestações de “sump syndrome”.

A forma inflamatória ou infecciosa da “sump syndrome” pode ter, como fatores causais: 1)estenose ou obstrução da anastomose,^{1,3,5,6,15,22,29,33,49,51, 56,60,64,74} 2)anastomose em colédoco fino, menor que 15mm^{13,14,19,41,50} ou 3)falha técnica.^{13,14,18,19,20,66}

São relatadas como complicações em pacientes com “sump syndrome”, o aparecimento de abscesso hepático,^{36,50,60} pancreatite aguda^{9,28,32,34-36,50,53,60,64,65,70,74} e cirrose biliar secundária^{13,75}

A incidência da “sump syndrome” é baixa, variando de 0 a 7,7%,^{7,8,13,14,16,18,25,30,31,33,39, 40,43,45,48,51,53,57,59,61,62,70,72} sendo mais freqüentemente relatada após CD^{3,4,7-9,13,14,23-25,28,32-37,39,42,44,46-50,60-62,64,66,67,70,74,75} e raramente descrita após coledocojejunostomia látero-terminal (CJL),^{35,49,50,64,65,70} onde também é criado um fundo de saco coledociano, que pode abrigar cálculos, “debris” ou lama biliar.

Dentre as indicações de esfínterectomia endoscópica, a “sump syndrome” é responsável por 1% das suas indicações e entre as reoperações do sistema biliar por desordens benignas, a “sump syndrome” corresponde à 8% dos casos.

CHATAGNIER F^o, R., cirurgião do nosso meio, preocupando-se em evitar a presença do fundo de saco coledociano e suas possíveis conseqüências, passou a utilizar, a partir de 1990, modificações técnicas que visam ocluir o colédoco abaixo da coledocoduodenostomia látero-lateral.

Objetivo deste trabalho é verificar a eficácia das variantes técnicas empregadas visando eliminar o fundo de saco, ocluindo o coto coledociano distal, durante a realização da coledocoduodenostomia látero-lateral.

HISTÓRICO

A primeira coledocoduodenostomia látero-lateral foi realizada por RIEDEL, em 1888, em paciente do sexo feminino com 40 anos de idade, que apresentava crises de dor abdominal e icterícia. Nove horas após a cirurgia, a paciente faleceu e a necropsia identificou como causa do óbito severa peritonite, causada por extravasamento biliar através da anastomose.^{24,48,74} Este caso só foi descrito na literatura em uma publicação de 1892.

Em 1891, SPRENGEL realizou a primeira CD com sucesso, cirurgia esta praticada em um mulher de quarenta anos que apresentava um cálculo no ducto biliar comum. Na descrição deste caso, foi utilizada, pela primeira vez, a nomenclatura técnica de coledocoduodenostomia⁴⁸, termo até hoje utilizado para designar esta intervenção cirúrgica.

Em 1913, foi publicado por SASSE a primeira série com 10 pacientes submetidos à CD, ampliando suas indicações e contribuindo enormemente para sua divulgação.^{24,48}

KEHR, em 1913, já chamava a atenção para o possível mecanismo de infecção que pode acometer o segmento do ducto biliar infra-anastomótico após este tipo de operação.²⁷

Após estes primeiros relatos, vieram outros, como os de FLÖRKEN & STEDEN e o de JUARASZ que, somado ao trabalho de FINSTERER, constituem o grupo de pioneiros no desenvolvimento da CD.^{20,24,48}

Mesmo com vários artigos relatando o emprego da CD, foi só em 1946 que encontramos, pela primeira vez, uma descrição na literatura americana falando sobre a CD,

mas somente vários anos após, esta cirurgia difundiu-se nos EUA.^{24,48} É atribuído ao trabalho de MADDEN, de 1970⁴⁸, a quebra de tabus e temores para com a CD e sua aceitação no meio médico americano e mundial.^{20,49}

Na literatura brasileira, ARTIGAS³², foi um dos principais divulgadores da utilização da CD. Em virtude da crescente atenção que tem sido dada à ocorrência de “*sump syndrome*” após CD, FAVA, RASSLAN et al., em 1989³², publicaram uma alteração técnica visando eliminar o fundo de saco no colédoco distal. Os autores, durante a realização da parte posterior da anastomose coledocoduodenal incluem, nesta sutura, a mucosa posterior do colédoco, fazendo com que a anastomose coledocoduodenal fique ancorada na mucosa posterior do colédoco, ocluindo, desta forma, o coto coledociano distal.

Com base nas alterações propostas por FAVA, RASSLAN et al.³², um cirurgião do nosso meio, CHATAGNIER F^o, R., utilizou, em 2 de seus pacientes, esta modificação técnica. Contudo, no controle realizado no pós-operatório, ficou evidenciado que a oclusão do coto distal do colédoco não se mostrou eficaz, porque a anastomose coledocoduodenal posterior perdeu sua fixação (ancoramento) à mucosa da parede posterior do colédoco. Com base nesta experiência, CHATAGNIER F^o, R., propôs e vem utilizando, desde 1990, uma outra alteração na técnica da CD, fechando o coto de colédoco distal, para evitar a “*sump syndrome*”.

PACIENTES E MÉTODO

A coledocoduodenostomia látero-lateral com a oclusão do coto distal do colédoco, foi realizada em 15 casos (14 pacientes), no período de Abril de 1990 até Maio de 1995. Nos 2 primeiros casos, foi utilizada a variante técnica de FAVA, RASSLAN et al.³² e nos 13 casos seguintes a variante técnica de CHATAGNIER F^o. Todos os pacientes foram operados pelo mesmo cirurgião, um dos orientadores deste trabalho. As cirurgias foram realizadas no Hospital Governador Celso Ramos (~~HGR~~) e no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (~~HU~~). O grupo de pacientes era composto por 6 homens e 8 mulheres, com média de idade de 54,98 anos, variando de 28 a 82 anos.

A coleta de dados foi feita com um questionário, preenchido pelo autor deste trabalho, tendo como base os prontuários médicos dos referidos hospitais. A localização dos pacientes para revisão médica foi realizada pelo contato telefônico, principalmente daqueles que não tínhamos documentação radiológica comprovando a eficácia do fechamento do coto distal do colédoco. Vários destes pacientes compareceram para a revisão em ambulatório, quando foi solicitada colangiografia endoscópica retrógrada. Dois pacientes não foram localizados para revisão.

A principal indicação de cirurgia foi a coledocolitíase, seguida de colelitíase, estenose do colédoco, “sump syndrome” e pancreatite crônica.

Dentro da avaliação pré-operatória das vias biliares, utilizando métodos de imagens, os exames solicitados foram a Ultra-sonografia Abdominal (USG), a Colangiografia Endoscópica Retrógrada (ERCP) e a Tomografia Axial Computadorizada (CT)

Dos pacientes submetidos à coledocoduodenostomia látero-lateral, nove deles já haviam sofrido previamente alguma intervenção cirúrgica sobre a via biliar, enquanto que quatro pacientes não tinham sido operados.

TÉCNICA

Para a confecção da coledocoduodenostomia látero-lateral com oclusão do coto distal de colédoco utilizou-se a técnica de FAVA e RASSLAN et al.³², em 2 casos, e a proposta por CHATAGNIER F^o, R, em 13 oportunidades.

Variante técnica de FAVA, RASSLAN et al.³²:

- 1) Mobilização do duodeno pela manobra de Kocher;
- 2) Exposição e abertura anterior do colédoco transversalmente, na porção mais próxima possível do duodeno;
- 3) Reparo com fio das extremidades da coledocotomia anterior;
- 4) Abertura longitudinal do duodeno próximo a sua borda superior numa extensão semelhante à da coledocotomia;
- 5) Tração lateral dos fios de reparo nas extremidades da coledocotomia, para a anteriorização de prega transversal ^{formada} na parede posterior do colédoco; *pg 9 (item 7) figura 4*
- 6) Coledocoduodenoanastomose posterior com pontos separados, passando na: a) borda superior da duodenotomia, b) borda inferior da coledocotomia e c) prega transversal ^{formada} na

parede posterior do colédoco, que, uma vez concluída, ocluirá a porção distal do colédoco (FIGURA 2);

7) Coledocoduodenoanastomose anterior com pontos separados, pegando: a) borda inferior da duodenotomia, b) borda superior da coledocotomia.

*abre quando
estiver maduro*

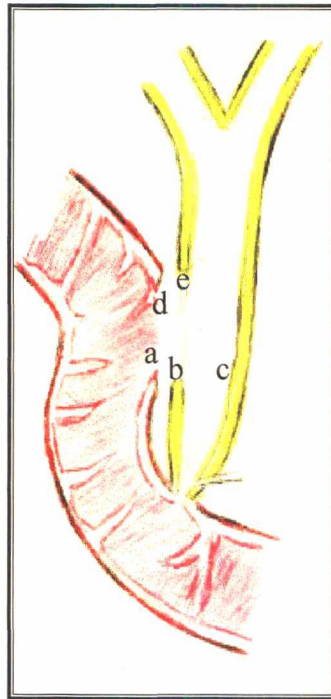


FIGURA 2- Coledocoduodenoanastomose posterior: borda superior da duodenotomia (a), borda inferior da coledocotomia (b) e prega transversal na parede posterior do colédoco (c).

Coledocoduodenoanastomose anterior: borda inferior da duodenotomia (d) e borda superior da coledocotomia (e).

Variante técnica de CHATAGNIER F^o:

- 1) Mobilização do duodeno pela manobra de Kocher;
- 2) Mensuração do diâmetro externo do colédoco usando compasso e régua milimetrada;

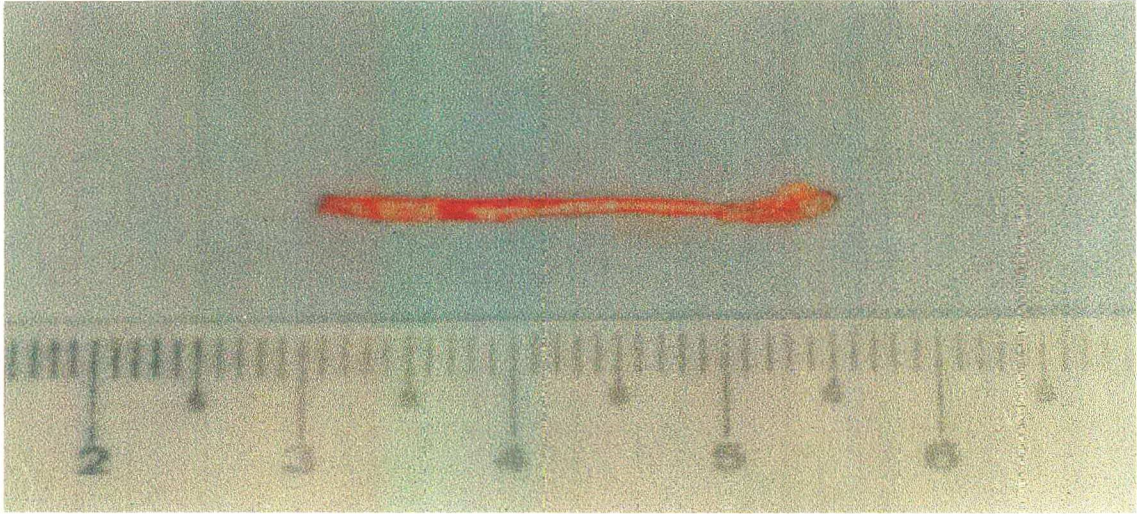


FIGURA 5- Faixa de mucosa ressecada da parede posterior do colédoco.

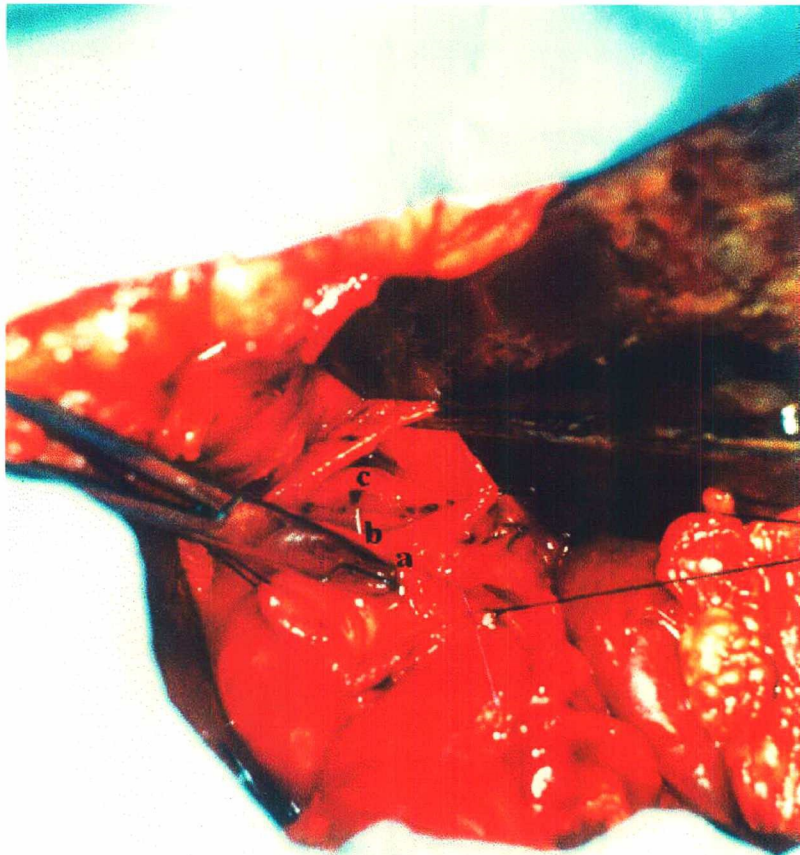


FIGURA 6- Coledocoduodenoanastomose posterior: borda superior do duodeno (a), borda inferior do colédoco (b) e faixa cruenta na parede posterior do colédoco (c).

RESULTADOS

Foram realizados 15 operações em 14 pacientes, 6 eram homens e 8 mulheres, mas constituíam 15 casos. A média etária foi de 54,98 anos, variando de 28 até 82 anos, com predomínio a partir da sexta década de vida, onde encontravam-se 73,33% dos pacientes. (Tabela 1).

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS 15 CASOS

Faixa etária	Nº de casos
21-30	03
31-40	01
41-50	--
51-60	04
61-70	04
≤ 71	03

Fonte: HGCR e HU

A indicação mais freqüente da coledocoduodenostomia látero-lateral foi a coledocolitíase (84,6%), seguida pela estenose do colédoco por pancreatite crônica, “sump syndrome” e estenose da coledocoduodenostomia látero-lateral (Tabela 2).

Durante a avaliação pré-operatória da via biliar, foram utilizados métodos de imagem não só para esclarecer a doença de base e suas complicações, mas também para avaliar o diâmetro

do colédoco e seu conteúdo, afim de podermos indicar a cirurgia mais adequada para cada caso. Foram solicitados USG, ERCP e CT, sendo a USG o exame mais utilizado (Tabela 3).

TABELA 2- INDICAÇÕES PARA CIRURGIA NOS 15 CASOS OPERADOS

Indicação	Nº de casos	Percentual(%)
Coledocolitíase	12	80,0
Estenose de colédoco por Pancreatite crônica	01	6,6
“Sump syndrome”	01	6,6
Estenose da CD	01	6,6

Fonte: HGCR e HU

TABELA 3- EXAMES DE IMAGEM REALIZADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO DOS 15 CASOS*

Tipo de exame	Nº de casos	Percentual(%)
USG	14	93,3
ERCP	09	60,0
CT	02	13,3

Fonte: HGCR e HU

* Em oito casos foram realizados dois destes exames e em um caso foram realizados os três exames.

Na investigação de operações prévias na via biliar, foram constatados dez casos com cirurgia prévia e cinco casos sem operação prévia. Entre os casos com operações prévias, a mais encontrada foi a colecistectomia simples com ou sem manipulação da via biliar. (Tabela 4).

Em 7 pacientes o diâmetro externo do colédoco foi mensurado no trans-operatório e anotado no relato cirúrgico, encontrando-se valores que variaram de 21mm a 50mm, com média de 29,8mm. Nos demais casos, o diâmetro externo do colédoco foi avaliado de maneira estimativa.

(pg 8 - fez parte Variante técnica - item 2
(mensuração do diâmetro | Coepasso
Regime unitário

TABELA 4- TIPOS DE CIRURGIAS PRÉVIAS SOBRE A VIA BILIAR EM DEZ CASOS*

Tipo de cirurgia	Nº de casos
Colecistectomia	08
CD	02
Cirurgia sobre as vias biliares por ascaridíase	01

Fonte: HGCR e HU

* Em um caso, o paciente foi submetido, em duas ocasiões à operações sobre a via biliar

Há referência, nos prontuários, da realização de colangiografia trans-operatória em 7 casos (46,6%).

Com relação a abertura do colédoco, em todos os casos realizou-se coledocotomia transversal. *(item 3 - de função)*

Após a coledocotomia e exploração do seu conteúdo, a litíase foi o achado mais frequente, seguida pela lama biliar, cálculo em papila e conteúdo alimentar. (Tabela 5)

TABELA 5- ACHADOS NA VIA BILIAR APÓS COLEDOCOTOMIA EM 15 CASOS*

Achados	Nº de casos
Cálculo nas vias biliares	10
Lama biliar	04
Cálculo em papila	03
Conteúdo alimentar	02

Fonte: HGCR e HU

* Um caso apresentava três achados diferentes e outros dois casos apresentavam dois achados na via biliar.

Para a realização da anastomose, foi utilizado Catgut Cromado ou Prolene[®] ou Vicryl[®].

(Tabela 6).

*mes e item 10 de técnica - recomenda
vicry 3-0.*

Em todos os casos, a anastomose foi realizada com pontos separados.

*repetidas pg 25
deskionário pg 28*

TABELA 6- TIPOS DE FIOS DE SUTURA UTILIZADOS PARA CONFECÇÃO DA CD EM 15 CASOS

Tipo de fio	Nº de casos
Catgut cromado 2-0	02 -
Catgut cromado 3-0	02 -
Prolene 3-0	02 -
Vicryl 3-0	09 -

Fonte: HGCR e HU

Nesta amostra, foram encontrados dois casos de “sump syndrome”. Um paciente que tinha sido submetido a CD, realizada em outro serviço, há nove anos e que apresentava, naquele momento, sintomatologia sugestiva de colangite, caracterizada por dor em hipocôndrio direito, febre e calafrios. A investigação por imagem com ERCP, foi encontrado o estoma de colédoco angulado e com restos alimentares no fundo de saco e o tratamento com coledocoduodenostomia látero-lateral com a variante técnica de CHATAGNIER F^o. O outro caso, foi o paciente que havia sido submetido em 1991, à CD com a variante técnica de CHATAGNIER F^o, com a utilização de fio de Catgut Cromado 2-0. Após 21 meses, este retornou ao hospital com história de náuseas, vômitos, febre e icterícia e na ERCP foi visibilizada estenose da anastomose biliodigestiva e a oclusão do colédoco distal estava parcialmente aberto. O paciente foi tratado com uma nova coledocoduodenostomia látero-lateral com a variante técnica de CHATAGNIER, F^o, tendo sido utilizado para a confecção da anastomose o fio de Vicryl[®] 3-0. Três anos após, o paciente retornou ao hospital com

história sugestiva de colangite. Na colangiografia endoscópica retrógrada foi diagnosticado oclusão parcial do coto do colédoco distal, com a presença de restos alimentares no seu interior (FIGURA 10), o que permitiu o diagnóstico de “sump syndrome” e o tratamento com papilotomia endoscópica.



FIGURA 10- Colangiografia pós-operatória, mostrando o fundo de saco coledociano com restos alimentares.

Com relação ao controle radiológico da oclusão do coto de colédoco distal, foram documentados nove casos, distribuídos em vários períodos pós-operatórios. Nestes pacientes foram realizados a ERCP (FIGURA 12) e ou seriografia esofagogastroduodenal (FIGURA

13). Nos dois pacientes em que foi realizado a técnica de FAVA, RASSLAN et al.,³² o controle radiológico mostrou que o coto de colédoco distal não estava ocluído (FIGURA 11).



FIGURA 11- Colangiografia pós-operatória mostrando perda da oclusão do colédoco distal.

São 13^{pts} - OK

Em cinco casos operados pela variante técnica de CHATAGNIER F^o, os exames mostraram que o coto de colédoco distal estava ocluído (FIGURAS 12 e 13). No outro paciente, no qual foi utilizado a variante técnica de CHATAGNIER F^o por duas vezes, os controles radiológicos mostraram que o coto coledociano não estava ocluído. Dos demais pacientes, quatro submetidos a revisão clínica recente, encontram-se assintomáticos, enquanto que dois não retornaram para controle.

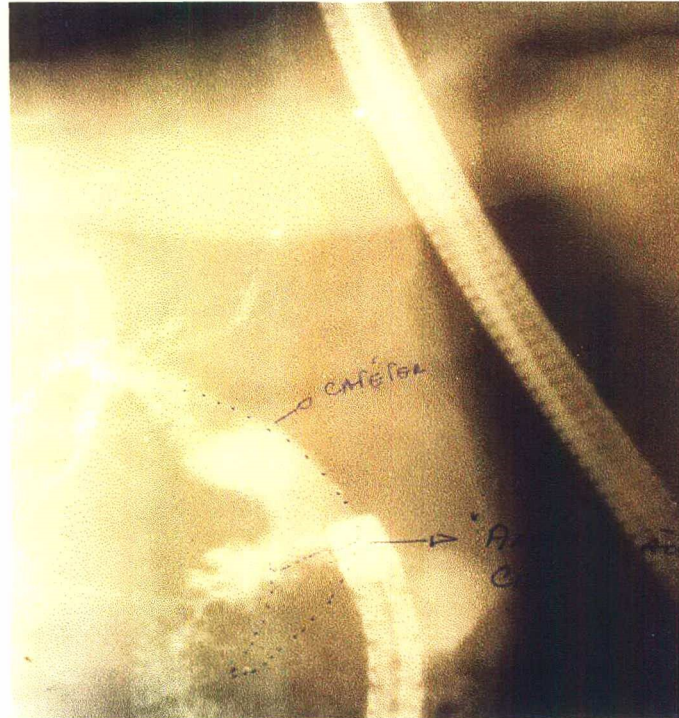


FIGURA 12- Colangiografia endoscópica com contraste injetado através da CD, demonstra a oclusão do coto distal de colédoco.

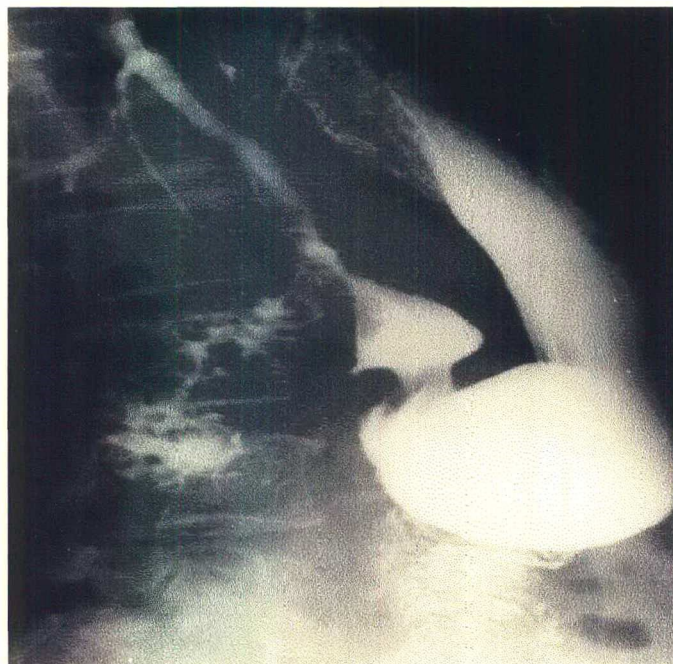


FIGURA 13- Seriografia mostrando oclusão do coto distal do colédoco.

DISCUSSÃO

Apesar de alguns autores não terem encontrado a “sump syndrome” em seus pacientes, e outros negarem a sua existência, esta complicação tardia da coledocoduodenostomia látero-lateral, está referida na literatura mundial com uma incidência que varia de 0% até 7,7%.^{7,13,14,16,18,20,25,30,31,33,39,40,43,45,48,51,53,57,59,61,62,72} Na tabela 7, apresentamos a incidência de “sump syndrome” em alguns trabalhos.

TABELA 7- INCIDÊNCIA DE “SUMP SYNDROME” SEGUNDO VÁRIOS AUTORES

Autor	Ano	Nº de pacientes acompanhados	Nº de casos	Incidência
BAKER et al. ^{7,8}	1985	180	5	2,8%
LORENZO CUBILOS et al. ²⁰	1985	79	0	0,0%
DEUTSCH et al. ²⁵	1991	110	3	2,7%
ESCUDERO-FABRE et al. ³¹	1991	71	0	0,0%
JIMENEZ ROMERO et al. ³⁹	1985	34	1	2,9%
PANIS et al. ⁵³	1992	58	3	5,2%
LYGIDAKIS ⁴⁵	1981	308	0	0,0%
PARRILA et al. ⁵⁴	1991	172	2	1,2%
RAT et al. ⁵⁷	1993	42	2	4,7%
RUTLEDGE et al. ⁶¹	1976	13	1	7,7%

“Sump syndrome”, refere-se a uma complicação tardia da coledocoduodenostomia látero-lateral^{3,4,7,9,13,14,23,25,28,32,37,39,42,44,46,50,60,62,64,66,67,70,74,75} ou raramente da coledocojejunostomia látero-terminal,^{35,49,50,64,65,70} que ocorre devida ao fundo de saco do colédoco distal, quando repleto de restos alimentares, cálculos, lama biliar ou “debris”, e que associada à estase, favorece a proliferação bacteriana, gerando quadro clínico caracterizado por: dor, icterícia, febre, náuseas, vômitos, diarreia, esteatorrêia e má nutrição.^{3,4,7,8,9,13,14,23-25,28,32-37,39,42,44,46,48-50,53,60-62,64-67,70,74} Como causas da “sump syndrome”, além da existência do coto de colédoco distal e da presença, no seu interior, de restos alimentares, cálculos, lama biliar ou “debris” no seu interior, deve estar presente também um ou mais destes fatores : 1)estenose ou obstrução da anastomose,^{1,3,5,6,15,19,22,29,33,49,51,55,56,60,64,66,74} 2)anastomose em colédoco fino, menor que 15mm,^{13,14,19,41,50} 3)falha técnica^{13,14,18,19,20,66} ou 4)disfunção papilar.^{7,28,29,35,35,60,64}

Um dos pacientes, submetido em duas ocasiões à CD com a variante técnica de CHATAGNIER F^o, apresentou complicações pós-operatórias. Após a primeira operação, desenvolveu estenose da anastomose, manifestando um quadro clínico de colangite. No pós-operatório tardio da segunda operação, apresentou “sump syndrome”. Acredita-se que ambas as complicações foram decorrentes de falha técnica.

A “sump syndrome” pode apresentar como complicação, pancreatite aguda, abscesso hepático e cirrose biliar secundária.^{9,13,28,32,34,35,36,50,53,60,64,65,70,75} Nenhum dos pacientes analisados apresentou essas complicações.

Para o diagnóstico de “sump syndrome” ser firmado, o paciente deve ter sido submetido a coledocoduodenostomia látero-lateral, apresentar quadro clínico *de que (?)* sugestivo e ter um ou mais exames de imagem mostrando o coto do colédoco distal com restos alimentares, cálculos, lama biliar ou “debris”.

Os principais exames utilizados para estudo da via biliar e do colédoco distal, são:

- 1)seriografia esôfagogastroduodenal,^{39,43,45,46,48,65} 2)ERCP,^{17,28,34-36,39,49,56,64,65} 3)USG,³⁹
4)CT,³⁶ 5)colangiografia percutânea^{35,36} e 6)visibilização endoscópica direta.^{19,24,29,65}

Alguns autores^{28,39} acreditam que a melhor maneira de avaliar a via biliar é através da ERCP, enquanto que outros^{19,24,29,65} acreditam que o método mais seguro de diagnóstico, por apresentar baixos índices de falso positivo e falso negativo, é a endoscopia com visibilização direta da árvore biliar supra e infra-anastomótica, através de um endoscópio pediátrico introduzido pela enterostomia, detectando a presença de corpo estranho. Nos dois pacientes deste trabalho que apresentaram “sump syndrome”, foi realizado a ERCP, para avaliar a via biliar e o conteúdo do fundo de saco. Nestes pacientes encontrou-se restos alimentares no fundo de saco, o que está de acordo com o que é mais frequentemente referido na literatura.^{1,4,5,9,19,27,29,32,42,43,50,61}

Uma série variada de modalidades de tratamento tem sido apresentada na literatura..
Dentre as formas de tratamento destacam-se a: 1)antióticoterapia isolada,^{11,25} 2)papilotomia endoscópica,^{2,7,8,19,25,28,34,35, 37,42,43,49,50,53,55-57,60,64,67} 3)esfincteroplastia,^{8,28,34,37, 39,50,70,74}
4)extração de cálculos pela papila sem esfínterectomia e lavagem do colédoco,^{2,9} 5)nova CD,⁸ 6)coledocojejunostomia em Y de Roux,^{17,27,50} 7)dilatação da papila e limpeza das vias biliares,⁴³ 8)coledocolitotomia,⁴⁹ 9)gastrojejunostomia¹⁷ e 10)incisão duodenoscópica diatérmica corrigindo estenose do estoma.^{19,24} Nos trabalhos mais recentes, observa-se que a preferência para o tratamento da “sump syndrome” é a papilotomia endoscópica, por ser um método seguro, com eficácia e com poucas complicações.^{7,24,25,28,35,37,42,43,49,50, 55,57,60,64,67}

Os dois pacientes estudados com “sump syndrome”, no primeiro, a CD foi efetuada nove anos antes. Seu tratamento foi realizado por nova CD, com oclusão do coto distal, segundo a variante técnica proposta por CHATAGNIER F^o. Esta mostrou-se eficaz na

oclusão do coto de colédoco distal, comprovada por estudo radiológico pós-operatório. O outro caso de “sump syndrome”, foi de um paciente que entrou duas vezes em nossa casuística. Em 1991, ele teve a sua primeira coledocoduodenostomia látero-lateral, realizando-se a variante técnica de CHATAGNIER F^o. Foi reoperado 21 meses após por apresentar estenose da anastomose, que foi corrigida, refazendo-se em parte a anastomose e oclusão do coto distal que encontrava-se parcialmente aberto. Três anos após, por apresentar-se com sintomas de “sump syndrome”, confirmada ao exame radiológico, em que, num segmento da parede posterior do colédoco, a oclusão não se mostrou efetiva. O tratamento efetuado foi a papilotomia endoscópica, estando o paciente assintomático.

Justifica-se a utilização da coledocoduodenostomia látero-lateral com oclusão do coto distal, para evitar o aparecimento de “sump syndrome”, suas complicações^{9,13,28,32,34,36,50,53,60,64,65,70,74,75} e a necessidade de seu tratamento., onde é utilizado, na maioria das vezes, algum tipo de procedimento cirúrgico.^{2,7,8,17,19,25,27,28,34,35,37,39,42,43,49,50,53,55,57,60,64,67,70,74} As reoperações sobre a via biliar, por apresentarem dificuldades técnicas variadas, crescentes e complexas, aumentam a morbidade e mortalidade, sendo estas taxas, respectivamente, de 15% e de 6,4%.^{10,12,47,66,73} A realização da papilotomia endoscópica, que é aceita como tratamento preferencial para “sump syndrome”,^{7,24,25,29,35,37,42,43,49,50,55,57,60,64,67} é um procedimento que, além de apresentar taxa de insucesso de 9%,¹³ apresenta taxa de morbidade que varia de 5-20%^{13,45,46,50,51,53,67} e de mortalidade de 0-2%.^{13,45,46,50,51,53,67}

Para evitar a possibilidade de “sump syndrome” após CD, a partir de 1990, procurou-se fechar o coto distal de colédoco utilizando-se para tal, inicialmente, a técnica de FAVA, RASSLAN et al.,³² efetuando-se a anastomose com pontos separados de Catgut Cromado com pontos separados. Esta técnica foi utilizada em 2 pacientes e os controles radiológicos pós-operatórios mostraram que não fora efetiva a oclusão do fundo de saco do colédoco

distal (FIGURA 11). Acredita-se que isto ocorra em virtude da fixação da anastomose coledocoduodenal posterior se fazer numa mucosa íntegra, o que deve dificultar ou impedir a cicatrização com oclusão do poço.

Visando ocluir o fundo de saco do colédoco distal na realização da coledocoduodenostomia látero-lateral, CHATAGNIER F^o propôs a ressecção de uma faixa de 2mm de largura da mucosa da parede posterior do colédoco. Com isso, por produzir uma superfície cruenta na parede posterior do colédoco, acredita estar determinando condições ideais para a cicatrização da sutura e oclusão do fundo de saco. O que foi comprovado em 5 dos 6 pacientes nos quais esta modificação técnica foi avaliada por estudo radiológico. (FIGURAS 12,13 e 14)

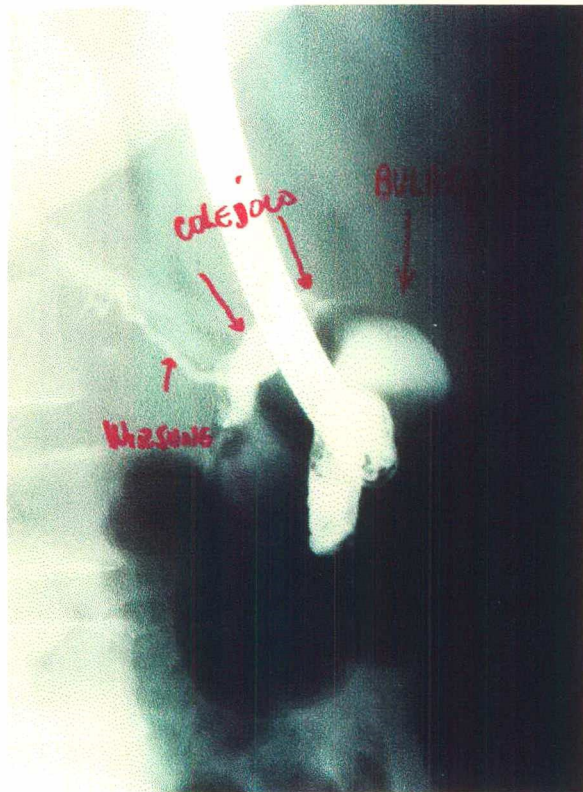


FIGURA 14- Colangiografia endoscópica realizada através da papila mostrando oclusão do colédoco distal.

Na literatura pesquisada, alguns trabalhos não dão importância se o fio a ser utilizado para realizar a CD deva ser absorvível ou inabsorvível, enquanto que outros não recomendam a utilização de fios inabsorvíveis, pois sua presença poderá servir como núcleo para cálculos ou determinar, permanentemente, a presença de processo inflamatório na anastomose.^{1,42,62,63}

Na variante técnica de FAVA, RASSLAN et al.,³² realizada em 2 casos, foi utilizado o fio de Catgut Cromado. A variante técnica proposta por CHATAGNIER F^o foi realizada em 13 casos, onde foi utilizado nos primeiros 2 casos o fio de Catgut Cromado, nos 2 casos seguintes o fio de Prolene[®] e nos 9 últimos casos, o fio de Vicryl[®]. Pelas razões anteriormente expostas não mais utiliza-se o fio de Prolene[®]. Atualmente passou-se a utilizar o Vicryl[®], fio absorvível de longa duração, já que nos 4 casos iniciais, quando utilizou-se o fio de Catgut Cromado, de absorção rápida, sendo 2 casos em cada uma das variantes técnicas, constatou-se que em 3 desses o coto distal não se manteve ocluído, não dispondo-se de informação sobre o outro caso.

No acompanhamento pós-operatório destes pacientes, o estudo radiológico foi realizado em 7 casos, mostrando que o fundo de saco estava ocluído nos 5 casos, onde o fio utilizado foi o Vicryl[®]. Em outro paciente, no qual foi tentado, por duas vezes a oclusão do coto, esta não se mostrou eficaz, sendo que inicialmente foi utilizado o fio de Catgut Cromado e na outra o fio de Vicryl[®].

FAVA, RASSLAN et al.³² não relatam mortalidade em sua casuística. Em nossos 15 casos, onde utilizou-se a coledocoduodenostomia látero-lateral com oclusão do coto distal do colédoco, também não ocorreram óbitos.

CONCLUSÕES

- 1) A variante técnica proposta por CHATAGNIER F^o, mostra-se eficaz em manter ocluído o fundo de saco do colédoco distal;
- 2) Há vantagens em evitar-se o desenvolvimento de “sump syndrome”.

Apêndice 1: Questionário sobre as variantes técnicas da CD.

QUESTIONÁRIO

Número : _____

ANASTOMOSE COLÉDOCO-DUODENAL LATERO-LATERAL
(VARIANTE TÉCNICA)

Nome :

Hospital :

Registro :

Idade :

Sexo :

Raça :

Contato :

Endereço :

Telefone:

Intervenções prévias sobre a via biliar : sim não

 Data/Diagnóstico/Tipo da Operação 1)

2)

3)

Sintomas prévios :

Exame Físico :

Diagnóstico :

Exames de Imagem Prévios :

- US sim não Resultado : _____

- CT sim não Resultado : _____

- Colangiografia Percutânea sim não Resultado : _____

- ERCP sim não Resultados : _____

CIRURGIA :

Data :

Aspecto do Colédoco :

Diâmetro do Colédoco :

Abertura do Colédoco :

a) Longitudinal - Transversal

b) Extensão :

Conteúdo do Colédoco :

COLÉDOCO-DUODENOANASTOMOSE :

- Sutura :

a) Contínua Separada

b) Tipo do Fio : _____

X

CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO :

- Tempo :

- Radiológicos : a) SEGD : _____

b) Colangiografia Endoscópica : _____

- Dor

- Febre/Calafrios

- Icterícia (valores)

Reoperação :**Outros :**

Apêndice 2: Normas para Apresentação de Trabalhos

Este trabalho foi elaborado segundo as orientações normativas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) de 1978, contidas no Normas para Apresentação de Trabalhos de 1981, preparado e editado pela Universidade Federal do Paraná.

ABSTRACT

Side-to-side choledochoduodenostomy has shown to be a safe, efficient and easy technique, with low morbidity and mortality rates, for establishing a biliary enteric bypass in patients with benign and malignant obstructive distal biliary tract disease. This surgery, determining the formation of a "cul-de-sac" at the distal choledocho, may act as a reservoir to stones, mud, food or debris which, associated to stasis, favours bacterial proliferation, leading to a clinical condition named "Sump Syndrome". The author analysed the results, in which, in order to avoid the "Sump Syndrome", a side-to-side choledochoduodenostomy with occlusion of the choledocho distal stump was accomplished in 15 cases. Two of these cases were operated according to: FAVA, RASSLAN et al. technique and in 13 cases a new change technique, proposed by CHATAGNIER F^o, was developed. The radiologic studies made at post operatory showed that the occlusion of the choledocho distal stump ^{were} ~~was~~ efficacious with the utilization of this change technique developed by CHATAGNIER F^o.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AKIYAMA, H.; IKEZAWA, H.; KAMEYA, S.; IWASAKI, M.; KURODA, Y.;
TAKESHITA, T. Unexpected problems of external choledochoduodenostomy. The American Journal of Surgery, 140: 660-5, Nov.1980.
- 2 ALBERTO-FLOR, J.J.; HERNANDEZ, M.; FERRER, J. Endoscopic treatment of the sump syndrome without sphincterotomy. Gastrointestinal Endoscopy, 37(1): 107, Jan-Feb.1991.
- 3 ALMEIDA, A.M.; CRUZ, A.G.; ALMEIDA, F.J.; GRIMA, N.J. External choledochoduodenostomy: a controversial approach to management of choledocholithiasis. The Mount Sinai Journal of Medicine, 50(3): 263-7, May-June.1983.
- 4 ALMEIDA, A.M.; CRUZ, A.G.; ALMEIDA, F.J. Side-to-side choledochoduodenostomy in the management of choledocholithiasis and associated disease. Facts and fiction. The American Journal of Surgery, 147: 253-9, Feb.1984.
- 5 AOKI, Y.; OKA, S.; NAKAMURA, M.; NAKATSUKA, H.; KAWAGUCHI, T.;
TANIMURA, H. Side-to-side choledochoduodenostomy: a reappraisal based on a study of 70 patients. Arch.Jpn.Chir. 59(3): 234-9, May. 1990.

- 6 ARANHA, G.V.; PRINZ, R.A.; GREENLEE, H.B. Biliary enteric bypass for benign and malignant disease. The American Surgeon, 53(7): 403-6, July.1987.
- 7 BAKER, A.R.; NEOPTOLEOS, J.P.; CARR-LOCKE, D.L.; FOSSARD, D.P. Sump syndrome following choledochoduodenostomy and its endoscopic treatment. The British Journal of Surgery, 72(6): 433-5, June.1985.
- 8 BAKER, A.R.; NEOPTOLEMOS, J.P.; LESSE, T.; JAMES, DD.C.; FOSSARD, D. Long term follow-up of patients with side to side choledochoduodenostomy and transduodenal sphincteroplasty. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 68(6): 253-7, Nov.1987.
- 9 BARKIN, J.S.; SILVIS, S.; GREENWALD, R. Endoscopic therapy of the "sump syndrome". Digestive Disease and Sciences, 25(8): 597-601, Aug.1980.
- 10 BELTRAN DE HERIDA, J.M. & GAGO, P.R. Reoperations after choledochoduodenostomy: a new approach. International Surgery, 68(1): 59-62, Jan-Mar.1983.
- 11 BERLATZKY, Y. & FREUND, H.R. Choledochoduodenostomy in the treatment of benign biliary tract disease. The American Journal of Surgery, 141: 90-3, Jan.81.
- 12 BERLATZKY, Y. & FREUND, H.R. Primary choledochoduodenostomy for benign obstructive biliary tract disease. Journal of Clinical Gastroenterology, 12(4): 420-2, Aug.1990.
- 13 BIRKENFELD, S.; SEROUR, F.; DONA, G.; KRISPIN, M. Choledochoduodenostomy for benign biliary tract disease in the elderly. The American Surgeon, 53(11): 658-60, Nov.1987.

- 14 BIRKENFELD, S.; SERROUR, F.; LEVI, S.; ABULAFIA, A.; BALASSIANO, M.; KRISPIN, M. Choledochoduodenostomy for benign and malignant biliary tract diseases. Surgery, 103(4): 408-10, Apr.1988.
- 15 BLANKENSTEIJN, J.D. & TERPSTRA, O.T. Early and late results following choledochoduodenostomy and choledochojejunostomy. HPB Surgery, 2(3): 151-8, July.1990.
- 16 BRADLEY III, E.L. Choledochoduodenoplasty: A technique for choledochoduodenostomy. The American Surgeon, 48(11): 599-600, Nov.1982.
- 17 BURDICK, E.G. Pancreatic and biliary complications of side-to-side choledochoduodenostomy. Arizona Medicine, 36(10): 754-5, Oct.1979.
- 18 BUSTAMANTE MONTALVO, M; CIANZOS FERNÁNDEZ, M.; BARREIRO MORANDEIRA,F.; RODRÍQUEZ-SEGADE,F.; PARADA GONZÁLEZ, P.; POTESQUEREUX, J.; PUENTE DOMÍNGUEZ, J.L. La coledocoduodenostomía en la litiasis de la vía biliar principal. Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo, 73(4): 359-63, abr.1988.
- 19 CHAO, C.; MONG, F.Y.; WU, H.S.; LIN, H.E.; TSAI, H.F.; WU,C.S. Adjunctive choledochoduodenostomy in the treatment of calculous biliary tract disease. Journal of Formosan Medical Association, 91(2): 168-73, 1992.
- 20 CUBILLOS, L.; FIALLO, R.; RODRIGUEZ, J. Is choledochoduodenostomy in the treatment of stones in the common bile duct an obsolete technique?. World Journal of Surgery, 9(3): 484-92, June.1985.

- 21 DE LA CUADRA, R.; CSENDES, A.; BRAGHETTO, I.; DIAZ, J.C.; SCHYTTE, H.; YARMUCH, J.; CHIONG, H.; MALUENDA, F. Indications and results of choledochoduodenostomy in benign biliary tract diseases. Hepato-Gastroenterology, 36(3): 147-50, June.1989.
- 22 DE VEGA, D.S.; DÍAZ GARCÍA, M.J.; MEIJIDE, A.; TAMAMES Jr, S.; CORTINA AMOR, M.; TAMAMES ESCOBAR, S. La coledocoduodenostomía laterolateral en el tratamiento de las obstrucciones benignas distales de la vía biliar. Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo, 72(4pt1): 343-346, oct.1987.
- 23 DE VEGA, D.S.; DÍAZ, MM.J.; MARTÍNEZ, C.; TAMAMES, S.; TAMAMES,S. Anastomosis biliodigestivas extrahepáticas. Análisis de 227 casos. Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo, 75(4): 367-73, abr.1989.
- 24 DELIKARIS, P.G. Choledochoduodenostomy. Surgery Annual, 21: 181-99, 1989.
- 25 DEUTSH, A.A.; NUDELMMAM, I.; GUTMAN, H.; REISS, R. Choledochoduodenostomy an important surgical tool in the management of common bile duct stones. A review of 126 cases. European Journal of Surgery, 157(9): 531-3, Sep.1991.
- 26 DIAMOND, T.; DOLAN, S.; ROWLANDS, B. An improved technique for choledochoduodenostomy in rat model of obstructive jaundice. Laboratory Animal Science, 41(1): 82-3, Jan.1991.
- 27 DUCA, S. Choledochoduodenostomy in the treatment of benign biliary tract disease. Acta Chirurgica Belgica, 86(3): 133-8, May-June.1986.

- 28 EAPON, M.C.; WORTHLEY, C.S.; TOOULI, J. Treatment of postcholedochoduodenostomy symptoms. The Australian and New Zealand Journal of Surgery, 59(10): 771-4, Oct.1989.
- 29 ELEFThERiADiS, E.; HARLAFTiS, N.; KATZAMPASSI, K.; ALETRAS, H. Endoscopic anatomy of choledochoduodenostomy in relation to clinical observations. The American Journal of Gastroenterology, 81(4): 272-4, Apr.1986.
- 30 ENGIN, A.; HABERAL, M.; SANAÇ, Y. Side-to-side choledochoduodenostomy in the management of choledocholithiasis. The British Journal of Surgery, 65(2): 99-100, Feb.1978.
- 31 ESCUDERO-FABRE, A.; ESCALLON, SACK, J.; HALPERN, N.B.; ALDRETE, J.S. Choledochoduodenostomy. Analysis of 71 cases followed for 5 to 15 years. Annals of Sugery, 213(6): 635-44, June 1991.
- 32 FAVA, J.; RASSLAN, S.; PACHECO Jr., A.M.; KOWES, I.; SILVA, R.A.; BIROLONI, C. Coledocoduodenostomia látero-lateral: modificação técnica visando prevenir a "síndrome do colédoco distal". Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 46(6): 249-52, nov-dez.1989.
- 33 GARRIZ, R.A.; SANTANGELO, H.; VALONI, A.F. Coledocoduodenostomía. Tática y técnica. La Prensa Médica Argentina, 55(38): 1816-9,nov.1968.
- 34 GUASONI, S.; MÁRQUEZ, J.L.; BRASCA, A. Síndrome del saco ciego biliar(sump syndrome). Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. Acta Gastroenterologica Latinoamericana, 13(4): 711-5, 1983.

- 35 GUMA, C.L.; LUIS, A. Resolución espontánea del síndrome del fondo de saco retroduodenal (sump syndrome). Medicina (Buenos Aires), 50(2): 124-8, 1990.
- 36 HAWES, D.R.; PELSANG, R. E.; JAMDA, R.C.; LU, C.C. Imaging of the biliary sump syndrome. American Journal of Roentgenology, 158(2): 315-9, Feb.1992.
- 37 HEBRERO SAN MARTIN, J. La coledocoduodenostomía como técnica de drenaje biliar interna. Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo, 72(3): 253-4, sept.1987.
- 38 INNES, J.T.; FERRAMA, J.J.; CAREY, L.C. Biliary reconstruction without transanastomotic stent. The American Surgeon, 54(1): 27-30, Jan.1988.
- 39 JIMENEZ ROMERO, L.C.; MORENO GONZALES, E.; HIDALGO PASCUAL, M.; RICO SELAS, P.; GARCIA OCAÑA, A.; GARCIA GARCIA, I.; RAMOS MARTINEZ, R.; MONSILLA MO; INA, D. Coledocoduodenostomía en el tratamiento de las enfermedades benignas de la vía biliar. Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo, 68(4): 293-9, oct.1985.
- 40 KAMINSKI, D.L.; BARNER, H.B.; CODD, J.E.; WOLFE, B.M. Evaluation of the results of external choledochoduodenostomy for retained, recurrent, or primary common duct stones. The American Journal of Surgery, 119: 162-6, Feb.1979.
- 41 KRAUS, M.A. & WILSON, S.D. Choledochoduodenostomy. Importance of common duct size and occurrence of cholangitis. Archives of Surgery, 115(10): 1212-3, Oct.1980.
- 42 LEESE, T.; NEOPTOLEMOS, J.P.; CARR-LOCKE, D.L. Successes, failures, early complications and their management following endoscopic sphincterotomy: results in

- 394 consecutive patients from a single center. The British Journal of Surgery, 72(3): 215-19, Mar. 1985.
- 43 LÓPEZ DE TEJADA, I.; ITURBURU BELMONTE, I.; ORTIZ LACORZANA, J.; APECECHEA CELAYA, A.; BASÁÑEZ AMUCHASTEGUI, A.; MMÉNDEZ MARTÍN, J. Resultados tardíos de la coledocoduodenostomía en el tratamiento de la patología benigna de la vía biliar principal. Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo, 72(3): 207-10, sept. 1987.
- 44 LUJAN-MOMPEAN, J.A.; TORRALBA-MARTINEZ, J.A.; PARRILLA-PARCIO, P.; ROBLES-CAMPOS, R.; LIRON-RUIZ, R.; RAMIREZ-ROMERO, P. Quantification of duodenogastric reflux in patients with choledochoduodenostomy. Journal of the American College of Surgeons, 179(2): 193-6, Aug. 1994.
- 45 LYGIDAKIS, N.J. Choledochoduodenostomy in calculous biliary tract disease. The British Journal of surgery, 68(11): 762-5, Nov. 1981.
- 46 LYGIDAKIS, N.J. Surgical approaches to postcholecystectomy choledocholithiasis. Archives of Surgery, 117(4): 481-4, Apr. 1982.
- 47 LYGIDAKIS, N.J. .A prospective randomized study of recurrent choledocholithiasis. Surgery, Gynecology & Obstetrics, 155(5): 679-84, Nov. 1982.
- 48 MADDEN, J.L.; CHUN, J.Y.; KANDALAFT, S.; PAREKH, M. Choledochoduodenostomy. An unjustly maligned surgical procedure? The American Journal of Surgery, 119: 45-54, Jan. 1970.
- 49 McSHERRY, C.K. & FISCHER, M.G. Common bile duct stones and biliary-intestinal anastomoses. Surgery, Gynecology & Obstetrics, 153(5): 669-76, Nov. 1981.

- 50 MIROS, M.; KERLIN, P.; STRONG, R.; HARTLEY, L.; DICKEY. Post-cholechooduodenostomy “sump syndrome”. The Australian and New Zealand Journal of Surgery, 60(2): 109-12, Feb.1990.
- 51 MOESGAARD, F.; LYKKEGAARD, N.; PEDERSEN, T.; HANSEN, J.B. Protective cholechooduodenostomy in multiple common duct stones in the aged. Surgery, Gynecology & Obstetrics, 154(2): 232-4, Feb.1982.
- 52 NEOPTOLEMOS, J.P. Long-term results of cholechooduodenostomy. HPB Surgery, 5(2): 157-9, 1992.
- 53 PANIS, Y.; FAGNIEZ, P.L.; BRISSET, D.; LACAINE, F.; LEVARD, H.; HAY, J.M.; Long term results of cholechooduodenostomy versus choledochojejunostomy for choledocholithiasis. Surgery, Gynecology & Obstetrics, 177(1): 33-7, July.1993.
- 54 PARRILLA, P.; RAMIREZ, P.; SANCHEZ BUENO, F.; CANDEL, M.F.; MUELAS, M.S.; ROBLES,R. Long-term results of cholechooduodenostomy in the treatment of choledocholithiasis: assessments of 225 cases. The British Journal of Surgery, 78(4): 470-2, Apr.1991.
- 55 POLYDOROU, A.A.; CHISHOLM, E.M.C. Management of sump syndrome after cholechooduodenostomy. Gastrointestinal Endoscopy, 35(4): 355, July-Aug.1989.
- 56 RAMIREZ, P.; PARRILLA, P.; BUENO, F.S.; ABAD, J.M.P.; MUELAS, M.S.; CANDEL, M.F.; ROBLES, R.; AGUIAR, J.; LUJAN, J.; SANCHEZ, J. Cholechooduodenostomy and sphincterotomy in the treatment of choledocholithiasis. The British Journal of Surgery, 81(1): 121-3, Jan.1994.

- 57 RAT, P.; BAERT, D.; ARVEUX, P.; MARTIN, O.; HAAS, O.; GUILLARD, G.; FAVRE, J.P. Results of bilio-digestive derivative surgical procedure for benign lesion. Hepato-Gastroenterology, 40(2): 123-5, Apr.1993.
- 58 REUBEN, A.; JOURDAN, M.H.; ISAACS, P.E.T.; McCOLL, I. Spontaneous closure of choledochoduodenostomy: diagnosis by endoscopy and ERCP. The British Journal of Surgery, 67(4): 283-6, Apr.1980.
- 59 RIZZUTI, R.P.; McELWEE, T.B.; CARTER, J.W. Choledochoduodenostomy. A safe and efficacious alternative in the treatment of biliary disease. The American Surgeon, 53(1): 22-5, Jan.1987.
- 60 RUMANS, M.C.; KATON, R.M.; LOWE, D.K. Hepatic abscesses as a complication of the sump syndrome: combined surgical and endoscopic therapy. Gastroenterology, 92(3): 791-5, Mar.1987.
- 61 RUTLEDGE, R.H. Sphincteroplasty and choledochoduodenostomy for benign biliary obstructions. Annals of Surgery, 183(5): 476-87, May 1976.
- 62 SCHEIN, C.J.; SHAPIRO, N.; GLIEDMAN, M.L. Choledochoduodenostomy as an adjunct to choledocolithotomy. Surgery, Gynecology & Obstetrics, 146(1): 25-32, Jan.1978.
- 63 SCHEIN, C.J.; GLIEDMAN, M.L. Choledochoduodenostomy as na adjunct to choledocolithotomy. Surgery, Gynecology & ostétics, 152(6): 797-804, June 1981.
- 64 SIEGEL, J.H. Duodenoscopic sphincterotomy in the treatment of the “sump syndrome”. Digestive Diseases and Sciences, 26(10): 922-8, Oct.1981.

- 65 SIEGEL, J.H. Peroral choledochoscopy in the sump syndrome: use of a thin caliber endoscope to negotiate a choledochoduodenostomy. Gastrointestinal Endoscopy, 28(3): 192-3, Aug.1982.
- 66 SILVA, F.P.; HATANAKA, M.; FRAGA, F.C. Derivação biliodigestiva: estudo de 27 casos. Revista Brasileira de Cirurgia, 84(3): 99-102, maio-jun.1994.
- 67 SIVAK Jr, M.V. Endoscopic Management of bile duct stones. The American Journal of Surgery, 158(3): 228-40, Sep.1989.
- 68 SPECTEROW, J.; ABREU, E.V.; GOKE, K.; CONCEIÇÃO, M.M.; SANTOS, V.A.; DEMARCHI, R.L.; SPECTEROW, M.; PORTO, M.C.; GIEHL, M.E.; DIAS, J.A.B.; MACHADO, G. Coledocoduodenostomia posterior transduodenal. Revista Brasileira de Cirurgia, 84(2): 69-70, mar-abr.1994.
- 69 STUART, M. & HOERR, S.O. Late results of side to side choledochoduodenostomy and of transduodenal sphincterotomy for benign disorders. A twenty year comparative study. The American Journal of Surgery, 123: 67-72, Jan.1972.
- 70 TANAKA, M.; IKEDA, S.; YOSHIMOTO, H. Endoscopic sphincterotomy for the treatment of biliary sump syndrome. Surgery, 93(2): 264-7, Feb.1983.
- 71 TRITAPEPE, R.; PIRO, D.; DAMILANO, I. Long-term effects in bilio-digestive shunts. Italian Journal of Gastroenterology, 25(8): 425-8, Oct.1993.
- 72 VOGT, D.P. & HERMANN, R.E. Choledochoduodenostomy, choledochojejunostomy or sphincteroplasty for biliary and pancreatic disease. Annals of Surgery, 193(2): 161-8, Feb.1981.

- 73 WAGNER, H.E. & BARBIER, P. Reoperations upon the biliary duct system for benign disorders are still indicated. Surgery, Gynecology & Obstetrics, 164(1): 57-60, Jan.1987.
- 74 WEED, T.E. & BLALOCK, J.B. "Sump syndrome" after choledochoduodenostomy. Southern Medical Journal, 75(3): 370-2, Mar.1982.
- 75 WERELDSMA, J.C.J. Choledochoduodenostomy and the blind loop syndrome. The British Journal of Surgery, 72(10): 847, Oct.1985.

TCC
UFSC
CC
0269

N.Cham. TCC UFSC CC 0269
Autor: Chatagnier, Bernar
Título: Coledocoduodenostomia Látero-Lat



972809832

Ac. 253091

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM