

SCHARLON EHMKE

**TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA
COLEDOCOLITÍASE**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1998

SCHARLON EHMKE

**TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA
COLEDOCOLITÍASE**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

Coordenador do Curso: Prof. Edson José Cardoso.

Orientador: Prof. Viriato João Leal da Cunha.

FLORIANÓPOLIS

1998

Ehmke, Scharlon. Tratamento Endoscópico da Coledolitíase. Florianópolis,
1998.
35p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em Medicina, -Universidade Federal de
Santa Catarina.

1.Coledolitíase 2.Papilotomia endoscópica 3.Colangite

DEDICATÓRIA

À minha mãe, exemplo de todas virtudes e qualidades que podem existir em um ser humano, que dedica toda sua vida aos filhos, e também dedicou noites inteiras de trabalho para que pudéssemos concluir um projeto de vida.

Ao Dr. João Biron e sua esposa Erika , sem os quais não teria realizado minha formação acadêmica. Durante todo o curso passaram ensinamentos fundamentais da medicina: como ética, trabalho, estudo e bom senso. Apesar dele não se encontrar mais conosco, ficou a lição de alguém que praticou a medicina como uma forma de fazer o bem ao próximo, abnegada e desinteressadamente. Tenha certeza , lá de onde você me observa, que seu exemplo será seguido. Muito Obrigado e descanse na paz de Deus.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor , Mestre e amigo Dr. Viriato João Leal da Cunha, pelo rigor científico, honestidade e seriedade dedicados à orientação deste trabalho e à medicina, servindo de espelho para minha formação profissional, sem o qual não teria sido possível sua execução.

Aos professores Dr. Ernesto Francisco Damerou, Dr. Luiz Alberto Nunes e Dr. Wilmar de Athayde Gerent, orientadores e formadores da minha dedicação à cirurgia e aos preceitos da ética médica.

Aos funcionários do hospital de Caridade, em especial aos que trabalham no Centro Cirúrgico, por dispensarem toda atenção e consideração enquanto estagiário neste serviço.

Ao Centro de Informações Toxicológicas da UFSC, por conseguir a bibliografia necessária para a realização deste trabalho.

Ao amigo e colega de internato Charles Alberto Nedel por colaborar com a digitação e confecção deste trabalho.

ÍNDICE

Introdução.....	6
Objetivo.....	9
Método.....	10
Resultados.....	15
Conclusões.....	24
Referências.....	25
Resumo.....	30
Summary.....	31
Anexo.....	32

1. Introdução

A papila de Vater foi visualizada endoscopicamente pela primeira vez por W. C. Watson em 1965. Três anos depois Willian McCune introduziu a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) para o estudo radiológico da via biliar e ducto pancreático¹. A papilotomia endoscópica foi descrita simultaneamente em 1974, por Classen e Demmling na Alemanha e Kawai no Japão^{2,3}. A partir deste acontecimento o método ganhou grande aceitação nos Estados Unidos e conseqüentemente no mundo, ficando firmado e reconhecido sua contribuição na terapêutica das doenças do trato biliar-pancreático, dentre estas a coledocolitíase.

Os cálculos do ducto colédoco são encontrados em 8 a 16% dos pacientes com colecistolitíase . Estes, em sua maioria, são oriundos da migração da vesícula biliar e compostos basicamente de colesterol. Os cálculos originados no próprio ducto colédoco, denominados cálculos primários do colédoco, são formados basicamente de bilirrubinato de cálcio, e se originam pela precipitação da bilirrubina não conjugada como sal de cálcio, tendo em geral o formato ovóide e desintegram-se facilmente, ao contrário dos cálculos de colesterol que possuem formato facetado e são mais consistentes⁴.

Numa avaliação de 1400 pacientes submetidos à papilotomia endoscópica para o tratamento da coledocolitíase , Reiter et al.⁵ relatam que a papilotomia foi realizada em 93,6% dos pacientes, e o colédoco foi limpo em 85,9%, com uma mortalidade de 1%. A papilotomia endoscópica pode ser indicada em diversas situações, dentre elas podemos citar⁶:

- estenose da papila duodenal maior;
- disfunções do esfíncter de Oddi;
- pancreatite crônica obstrutiva;
- biópsia para diagnóstico histológico de tumores das vias biliares;
- coledocolitíase;

Coledocolitíase é a mais freqüente indicação de papilotomia endoscópica, principalmente em pacientes com idade acima de 50 anos e aqueles que demonstram risco cirúrgico considerável⁶.

A CPER associada à papilotomia endoscópica possibilita, além do diagnóstico de cálculos coledoceanos, sua remoção, com índice de sucesso relatado na literatura que varia de 80 a 95%. Na maioria dos casos é possível completar o procedimento em uma única intervenção, no entanto, a existência de litíase múltipla ou a ocorrência de complicações podem obrigar a realização de duas ou mais intervenções. O procedimento endoscópico, apesar de ser um procedimento invasivo, é uma técnica sensível e acurada com menores taxas de morbidade e mortalidade que a cirurgia convencional para o tratamento da coledocolitíase^{6,7,8}.

Alguns estudos também relatam que a incidência de complicações do procedimento endoscópico sobre a papila de Vater para a retirada de cálculos coledoceanos é inferior a 10% em três anos de acompanhamento^{6,8}. A falência deste método para o tratamento da coledocolitíase pode ter uma variedade de razões, dentre elas podemos citar: variações anatômicas da papila de Vater, anormalidades anatômicas do duodeno, implantação baixa da papila, intervenções cirúrgicas prévias, como gastrectomia à Billroth II, presença de divertículos periampolares, cirurgias biliares prévias, grandes cálculos coledoceanos e estenoses da via biliar⁸. Os cálculos que possuem dimensões iguais ou maiores a 15mm

podem ser de difícil remoção, por não conseguirem passar íntegros através da papila duodenal. Em virtude deste fato a endoscopia lança mão de técnicas especiais como : litotripsia mecânica, litotripsia extra-corpórea por ondas de choque e litotripsia eletro-hidráulica^{9,10,11,12,13}. Em nosso meio utiliza-se somente a litotripsia mecânica, pela disponibilidade e facilidade da realização deste método comparado aos citados. O sucesso utilizando a litotripsia mecânica para extração de cálculos coledocianos com tamanho aproximado de 20mm chega a 79% , e com 25mm a 68%^{3,6,8,11}.

Em pacientes portadores de cirrose hepática, a papilotomia endoscópica é também o procedimento de escolha para o tratamento da coledocolitíase. O sucesso relatado neste procedimento é em torno de 81%, e a mortalidade em torno de 6,6%^{6,9}.

Para se obter um índice de sucesso aceitável na retirada de cálculos coledocianos, vários são os fatores envolvidos, dentre eles podemos citar^{6,7,8}:

- a indicação precisa deste método terapêutico;
- equipamentos e instrumental adequados;
- local adequado para a realização deste procedimento;
- experiência do endoscopista e sua equipe.

2. OBJETIVO

Avaliar os resultados imediatos no tratamento endoscópico da coledocolitíase, obtidos numa fase inicial da experiência de um Serviço de Endoscopia Digestiva Diagnóstica e Terapêutica em Florianópolis, (SC).

3. MÉTODO

No período entre agosto de 1995 e fevereiro de 1998 foram encaminhados para realização de CPER 180 pacientes, dentre os quais foi indicado papilotomia endoscópica para tratamento de litíase do hepatocolédoco em 46 casos, que compõem a casuística deste estudo retrospectivo. Excluíram-se os casos com litíase intra-hepática e os pacientes já submetidos à anastomose colédocoduodenal. A figura 1 resume as principais alterações clínicas evidenciadas na história dos pacientes.

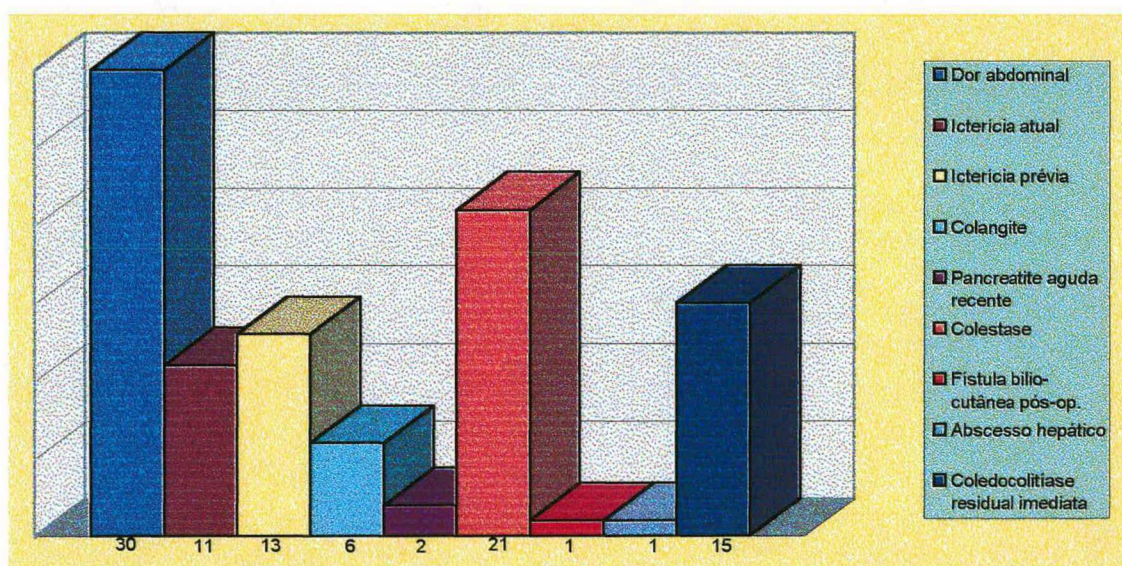


Figura 1- Alterações clínicas em 46 pacientes portadores de coledocolitíase submetidos à papilotomia endoscópica.

A idade dos pacientes distribuiu-se entre 21 e 86 anos, com média de 56 anos. Onze pacientes eram do sexo masculino e 35 do feminino. Dor abdominal estava presente em 30, icterícia em 11, sendo que 6 pacientes exibiam sinais clínicos de colangite. Treze pacientes relatavam história prévia de icterícia. A

avaliação laboratorial era compatível com colestase em 21 casos. Fístula biliar pós-operatória foi a indicação do procedimento em um caso. Dois pacientes apresentaram pancreatite aguda. Abscesso hepático associado à coledocolitíase foi observado em um paciente.

Coledocolitíase residual diagnosticada no pós-operatório imediato foi a indicação em 15 pacientes, dos quais 14 estavam com drenagem biliar externa. Em um caso o dreno havia sido retirado inadvertidamente.

Ultrassonografia e/ou tomografia computadorizada realizadas previamente haviam demonstrado imagem compatível com coledocolitíase em 20 casos, demonstrando dilatação da via biliar em 16, e não evidenciando alterações em 6 pacientes.

Doenças associadas que poderiam aumentar a morbidade foram: cardiopatia em 4 casos, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial sistêmica, obesidade mórbida, trombose da veia porta e dislipidemia estavam presentes respectivamente em um caso, Diabete melito em três.

Em 13 pacientes o procedimento endoscópico foi a primeira intervenção realizada sobre a via biliar, sendo que a vesícula biliar continha cálculos em 12 casos. Colecistectomia havia sido realizada previamente em 33 pacientes, coledocostomia em 15 e papilotomia endoscópica em um caso (realizada em outro Serviço).

A maioria dos pacientes, 37, encontravam-se internados em hospitais de Florianópolis ou outras cidades próximas, 9 foram tratados em regime ambulatorial.

O preparo dos pacientes consistiu em jejum de 12 horas e anestesia da orofaringe com xilocaína spray a 10%. Em 40 pacientes o procedimento foi realizado sob sedação, utilizando-se associação de diazepam e

meperidina administrados por via endovenosa. Apenas 6 casos foram submetidos à anestesia geral, por serem pacientes graves, com pouca capacidade de colaboração, risco de complicações da sedação ou instrumentalização prevista como difícil. A intervenção foi realizada com os pacientes posicionados em decúbito ventral. Para inibir o peristaltismo duodenal utilizou-se Hioscina como droga de escolha administrada por via endovenosa.

Utilizou-se fibroduodenoscópio da marca Olympus, modelo JF 1T30, e equipamento radiológico tipo arco em "C" marca Phillips modelo BV 29.

Para a cateterização da papila e realização da CPER, foi utilizado preferencialmente catéter com extremidade padrão, ou nos casos de difícil cateterização, catéter com extremidade afilada. Uma vez firmado o diagnóstico de falha de enchimento no ducto biliar compatível com litíase (figura nº1), a papilotomia foi realizada.



Figura 2- Colangiografia Endoscópica Retrógrada demonstrando a presença de cálculo coledoceano único.

Utilizou-se papilótomo convencional tipo Classen , posicionado na via biliar com o auxílio de fio guia, introduzido previamente através do catéter de colangiografia. Naqueles casos onde não foi possível a introdução do papilótomo devido à condição anatômica da papila, ou à presença de cálculo na ampola de Vater, realizou-se papilotomia tipo pré-corte sobre a região infundibular ou no óstio papilar. A unidade eletro-cirúrgica utilizada foi monopolar, da marca Medsir modelo MHF 900. Após a abertura da papila, seccionando-se o esfíncter de Oddi por diatermia, a via biliar foi instrumentalizada com balão extrator e/ou cestas de Dórmia (figura nº 3), com o objetivo de remoção dos cálculos. A litotripsia mecânica foi utilizada quando os cálculos não puderam ser removidos íntegros , devido ao seu volume ou à presença de estenoses no ducto biliar.

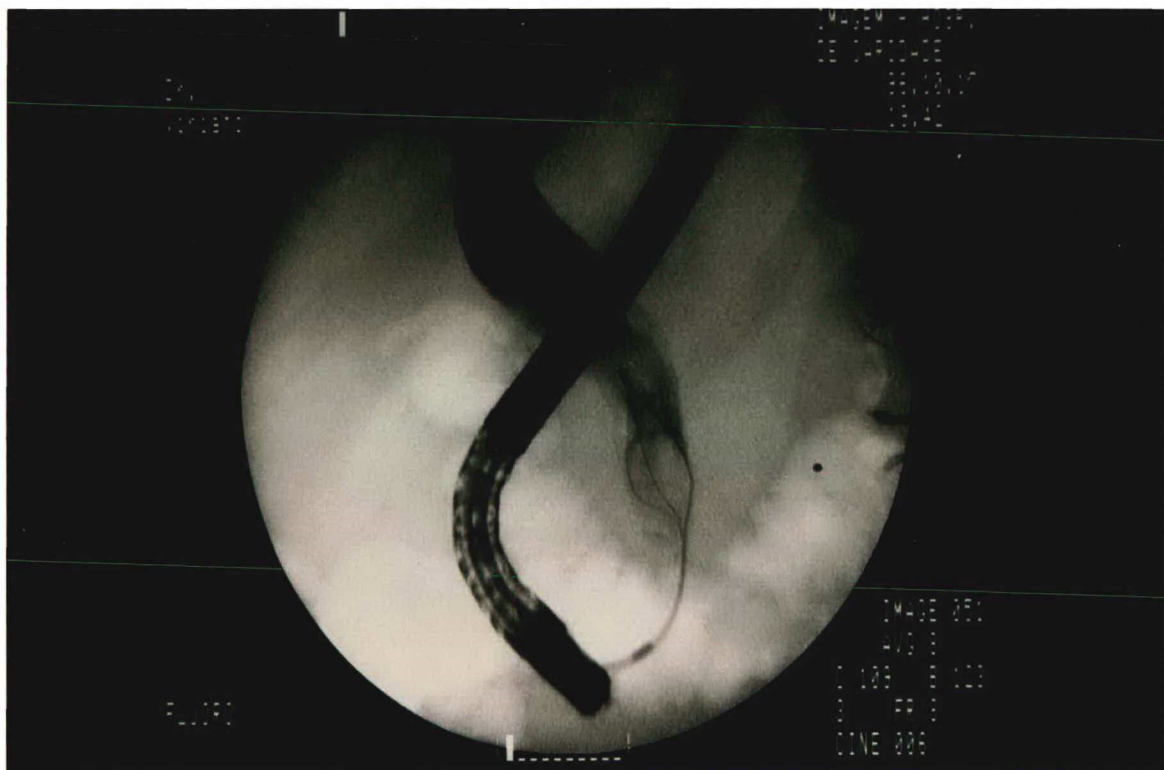


Figura 3- Colangiografia Endoscópica Retrógrada demonstrando a apreensão de um cálculo pela cesta de Dórmia.

Litotripsia mecânica consiste na fragmentação do cálculo apreendido pela cesta de Dormia. Este sistema devidamente ajustado, acoplado externamente à uma manopla, é girado sucessivamente pelo auxiliar do endoscopista, fragmentando o cálculo pelo aumento de pressão aplicado ao sistema

Os resultados foram avaliados retrospectivamente considerando-se os seguintes itens:

- localização, número e tamanho aproximado dos cálculos;
- morfologia do ducto biliar (diâmetro estimado, presença de estenoses);
- remoção total dos cálculos ou permanência de litíase residual, diagnosticada em estudo radiológico de controle realizado imediatamente após a instrumentalização ;
- número de intervenções realizadas por pacientes;
- incidências de complicações: sangramento (leve: aquele que dificultou mas não impediu a conclusão do procedimento; moderado: aquele que impediu a conclusão do procedimento naquela intervenção; grave: que necessitou de transfusão sanguínea e /ou intervenção cirúrgica ou endoscópica.), pancreatite e colangite;
- evolução clínica imediata. (até 30 dias após a papilotomia).

4. RESULTADOS

A duodenoscopia revelou papila com abaulamento da ampola de Vater (infundíbulo) sugerindo cálculo encravado em 5 casos. Fístula colédoco-duodenal na região infundibular e divertículo peri-ampolar foram identificados respectivamente em 5 pacientes. A papila situava-se ao lado do divertículo em 1 caso, na sua parede lateral em dois e no seu fundo em outros 2 casos.

A cateterização da via biliar para realização do estudo radiológico foi realizada primariamente em 37 casos (80,4%). O acesso à via biliar somente foi possível após a execução de pré-corte ao nível do óstio papilar em 3 casos, e após a realização de infundibulotomia em 6 casos.

O estudo radiológico revelou que 28 pacientes (60,8%) apresentavam apenas um cálculo na via biliar. Litíase múltipla estava presente em 18 casos (39,1%). Nove pacientes apresentavam 2 cálculos, e outros 9 apresentavam 3 ou mais cálculos. A via biliar principal apresentava-se dilatada em 37 pacientes (80,4%), sendo que em 6 pacientes era maior ou igual a 2cm. Estenose da via biliar principal estava presente em 5 pacientes (10,8%), uma no ducto hepático comum e as quatro restantes no colédoco distal.

A papilotomia foi realizada de maneira convencional em 40 casos (86,9%), utilizando-se fio guia para o posicionamento do papilótomo em 29 destes pacientes (63%). Em 6 casos (13%) foi necessário a realização de infundibulotomia devido à presença de cálculo encravado na ampola. Após a remoção do cálculo a papilotomia foi completada com papilótomo convencional ou papilótomo com extremidade longa. A papilotomia foi executada sem complicações em 39 casos. Ocorreu sangramento em 7 pacientes, sendo que em

dois foi classificado como leve e em 5 como moderado. A via biliar foi explorada com balonete extrator e/ou cestas de Dormia, conseguindo-se a remoção total dos cálculos em 33 pacientes (71,7%), demonstrado por estudo radiológico de controle. A Litotripsia Mecânica foi realizada em 8 pacientes.

Em 23 casos (28,3%) não foi possível a remoção total dos cálculos. A avaliação dos achados colangiográficos relatados, demonstram alguns fatores que podem estar relacionados a causas de insucesso do procedimento, como a presença de litíase múltipla, hemorragia, cálculos maiores que 1,5cm, presença de estenoses do ducto biliar, divertículos justa-papilares e também complicações relativas à sedação (figura 4).

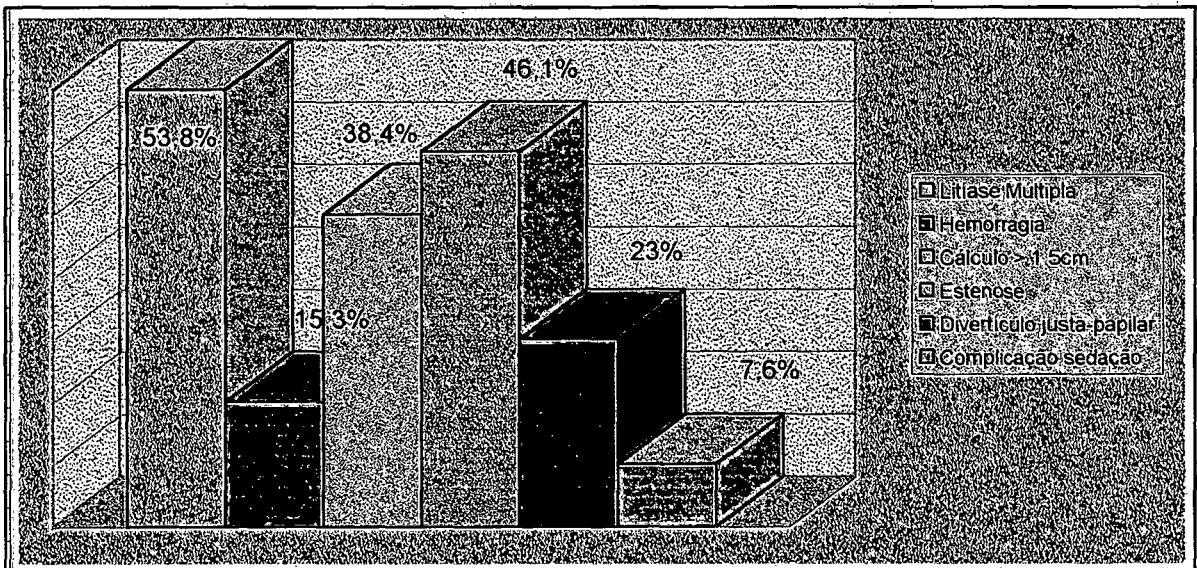


Figura 4 -Fatores limitantes relacionados aos 13 casos de insucesso no tratamento endoscópico da coledocolitíase:

5. DISCUSSÃO

A papilotomia endoscópica foi indicada inicialmente em pacientes portadores de cálculo residual do colédoco pós colecistectomia ou exploração cirúrgica da via biliar⁴. Desde o início da utilização deste método, sua principal indicação é a coledocolitíase, principalmente nos pacientes que possuem risco considerável para o tratamento cirúrgico convencional¹⁵.

Os cálculos do ducto biliar comum são encontrados em 8 a 16% dos pacientes que têm colecistolitíase, a qual está presente em 20 a 30% da população acima dos quarenta anos de idade¹⁵. A origem mais comum dos cálculos coledoceanos é a sua migração da vesícula biliar, ocorrendo em cerca de 95% dos casos (coledocolitíase secundária). Mais raramente, os cálculos podem formar-se na própria via biliar (coledocolitíase primária) devido à estase e infecção secundária⁴. Os cálculos primários da via biliar são constituídos principalmente de pigmento biliar, devido à desconjugação das bilirrubinas pelas bactérias e à aglomeração de pigmentos sólidos com bactérias¹⁵. A formação de cálculos começa quando o diglicuronídeo de bilirrubina solúvel é desconjugado pela beta-glicuronidase, uma enzima produzida por bactérias como a *Escherichia coli* e pelo epitélio do trato biliar, deixando a bilirrubina não conjugada e insolúvel precipitar-se com o cálcio. Os cálculos autóctones do colédoco, compostos de bilirrubinato de cálcio, têm habitualmente coloração marrom e tendem a se desintegrar facilmente, o que facilita a sua remoção endoscópica⁴.

Os cálculos do ducto biliar comum podem ser assintomáticos ou causar cólica biliar, obstrução ductal com icterícia, colangite ou pancreatite. Geralmente a icterícia é intermitente se a obstrução for parcial, ou pode ser progressiva caso

cálculo fique impactado no ducto distal. Febre e calafrios sugerem a presença de colangite associada^{4,15}.

A presença de cálculos no ducto colédoco, identificados antes da colecistectomia, é atualmente uma das indicações de papilotomia endoscópica. Pacientes que costumam apresentar episódios recorrentes de dor tipo cólica no quadrante superior do abdome,, associada com icterícia ocasional, podem possuir litíase coledoceana. Ocasionalmente também podem apresentar febre, calafrios, hipotensão e alteração do nível de consciência, indicando a existência de colangite, uma situação que requer tratamento de urgência.

Na presente série, o sintoma mais frequentemente encontrado foi dor abdominal, presente em 30 pacientes, icterícia atual ou anterior foi relatada em 23 casos. Apenas 6 pacientes apresentavam colangite. Encontrou-se pancreatite aguda recente em 2 casos.

A ocorrência de dor abdominal e icterícia em pacientes com coledocolitíase é comum . Em relação à presença de colangite, vários estudos relatam a sua ocorrência associada à coledocolitíase^{16,17,18,19,20}. A descrição original de dor abdominal, febre e icterícia foi relatada por Charcot²¹. Este quadro clínico pode facilmente se agravar e determinar a deterioração das funções vitais do paciente, por isto a maneira com que se aborda a colangite deve ser rápida e efetiva. A drenagem endoscópica na vigência de colangite, associada com antibioticoterapia, é o método mais efetivo para o controle da septicemia que pode ocorrer no paciente. A papilotomia endoscópica fornece, não somente a drenagem adequada da via biliar durante a vigência da colangite, como pode proporcionar o tratamento definitivo ao paciente. Este procedimento tem sua indicação precisa nos pacientes portadores de cirrose hepática, que não podem submeter-se ao tratamento cirúrgico convencional^{16,17,21,22}.

Himal²² relata numa revisão de 41 pacientes internados com colangite aguda calculosa, que o tratamento endoscópico deve ser adotado inicialmente, com drenagem naso-biliar quando necessária. A exploração cirúrgica convencional deve ser reservada para os casos de falência do método endoscópico no controle da colangite.

Catasús et al.²³ relatam que numa série de 106 pacientes submetidos a tratamento de drenagem biliar precoce por colangite aguda, 78% dos pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico convencional, obtendo-se 3,7% de mortalidade nesta modalidade. Relata este autor que, em seu Serviço, preferem reservar o tratamento endoscópico para pacientes em mal estado geral, idade avançada e já submetidos a cirurgia biliar.

Na vigência de pancreatite aguda Locke et al.²⁴ também indicam a realização de papilotomia endoscópica para permitir uma drenagem adequada da via biliar, ressaltando que grandes divertículos duodenais, estenoses duodenais, cirurgias prévias sobre a papila, são contra-indicações relativas para este método terapêutico. No entanto, alguns autores preferem reservar a indicação da papilotomia endoscópica precoce, na vigência de pancreatite aguda, somente quando há sinais evidentes de obstrução biliar e deterioração do quadro clínico²⁵.

Coledocolitíase residual diagnosticada no pós-operatório imediato foi a indicação do procedimento endoscópico em 15 pacientes. Braghetto et al.²⁶ referem que o tratamento endoscópico para a coledocolitíase pós-operatória imediata tem-se mostrado com melhores resultados do que a reoperação do paciente, com índice de complicações em torno de 3,5%. Schwab et al.²⁷ reafirmam as conclusões acima, ressaltando que este método é o de escolha em pacientes debilitados e/ou idade avançada.

A maioria dos cálculos coledocóceos são migrados da vesícula biliar, sugerindo a possibilidade de terem permanecido não diagnosticados após uma cirurgia de vias biliares. No entanto alguns autores consideram arbitrariamente que os cálculos coledocóceos, quando diagnosticados mais de 2 anos após uma colecistectomia, são considerados cálculos primários. Entretanto, pequenos cálculos migrados da vesícula biliar, podem servir de núcleo para o desenvolvimento de cálculos maiores formados na própria via biliar principal^{4,15}.

Nesta série de 46 pacientes encaminhados para o tratamento endoscópico de coledocolitíase, 33 pacientes já haviam sido colecistectomizados, em 15 pacientes também havia sido realizada exploração da via biliar e coledocostomia.

Em 3 casos, somente foi possível a cateterização da papila após a realização de pré-corte ao nível do óstio, e em 6 casos após infundibulotomia. Lambert et al.²⁸ também relatam a necessidade de pré-corte em alguns pacientes para possibilitar o acesso à via biliar.

A literatura relata que as complicações após a papilotomia endoscópica para o tratamento da coledocolitíase, atingem valores aproximados de 7,6%. Este índice de complicação tem uma variação considerável dependendo da experiência do Serviço de Endoscopia e também das condições clínicas do paciente^{29,30}.

Sivak et al.³¹ relataram uma taxa de complicação entre 6,5 e 8,7%, com uma mortalidade de 1,3% sendo que também refere que pancreatite, hemorragia, colangite e sépsis são complicações mais comuns deste método.

Hemorragia é a complicação mais frequente da papilotomia endoscópica^{31,32,33}. Sivak et al.³¹ relataram que numa série de 130 papilotomias endoscópicas, em 4% dos casos a artéria retroduodenal foi a maior contribuinte para o sangramento ocorrido. Em nossa série também relatamos a ocorrência de

hemorragia durante o procedimento. Esta hemorragia foi considerada sob três aspectos:

- hemorragia leve - aquela que cessa quase que imediatamente após o seu início e não necessita de medidas especiais para contê-la, não impedindo a realização do procedimento;

- hemorragia moderada - aquela que impede que o procedimento prossiga, e o paciente necessita ficar em observação no hospital;

-hemorragia acentuada - aquela que necessita interrupção imediata do procedimento, reposição volêmica, e caso não se consiga que o sangramento cesse é necessário intervenção cirúrgica ou endoscópica para a hemostasia.

Cotton et al.³² relatam uma incidência de hemorragia variando entre 2,5 e 5%, com uma mortalidade de 0,3%.

Nossa casuística apresentou 7 casos (1,5%) de hemorragia, considerada leve em 2 casos, e moderada em 5 casos. Não obtivemos nenhum caso de hemorragia acentuada.

A perfuração duodenal também é uma complicação que pode ocorrer neste procedimento. Chung et al.³⁴ relatam em uma série de 464 papilotomias endoscópicas uma ocorrência de 8 perfurações de duodeno. Muitas vezes este fato não é perceptível no momento da realização do procedimento endoscópico, e sim somente após alguns dias, quando o paciente desenvolve quadro abdominal agudo. A conduta nestes casos depende da evolução. Inicialmente é instituído o tratamento clínico, com jejum, hidratação venosa e antibioticoterapia. A intervenção cirúrgica é reservada para os casos de evolução desfavorável. Não foi observado esta complicação em nosso trabalho.

Pancreatite Aguda é outra complicação factível de ocorrer após a papilotomia endoscópica, em virtude da injeção excessiva de contraste nos ductos pancreáticos principal e acessórios, ocorrendo o que é chamado de pancreatograma^{24,25,30}.

A ocorrência de sépsis abdominal também tem seus relatos na literatura^{25,30}. Segundo Pasanen et al.³⁰, ainda não há um estudo prospectivo confiável que possa correlacionar outros tipos de complicações frequentes pós CPER, especialmente em pacientes portadores de colangite aguda de origem biliar obstrutiva.

Com o advento da cirurgia vídeo-laparoscópica têm-se tentado a resolução da coledocolitíase no mesmo ato cirúrgico da colecistectomia. Uma das limitações apresentadas é a dificuldade técnica de realizar uma adequada e segura intervenção sobre o ducto colédoco. Alguns autores advogam que esta dificuldade é superada com o aperfeiçoamento na técnica vídeo-cirúrgica. No entanto, alguns serviços de cirurgia preferem certificarem-se da presença de coledocolitíase previamente, e realizar a papilotomia endoscópica anteriormente à vídeo-cirurgia^{35,36,37,38,39}.

CPER associado com papilotomia endoscópica é um método invasivo para o tratamento da litíase coledoceana, porém trata-se de um método com sensibilidade e técnica acurada e baixa morbidade. Mitchel et al.⁴⁰ relatam que o ducto colédoco com cálculos pode ser clareado em 85 a 95% dos casos em um ou dois procedimentos endoscópicos. Em pacientes idosos a papilotomia endoscópica é o método de escolha para o tratamento de cálculos coledoceanos^{8,40,41}. Quando não se consegue através da papilotomia convencional a retirada dos cálculos coledoceanos, pode-se optar pela utilização da litotripsia

extracorpórea por ondas de choque e também a litotripsia eletro-hidráulica⁴¹. Brian et al.⁴¹ em três anos de análise , realizaram tentativas de remoção de cálculos endoscopicamente em 100 pacientes. A média de idade dos pacientes era de 69 anos, sendo possível a realização da papilotomia e retirada de cálculos em 75 pacientes (85%), o que ratifica outras séries de estudos. Em pacientes idosos a extração de cálculos coledoceanos se dá preferencialmente por via endoscópica^{40,41,42,43}.

Alguns autores relatam que a realização do tratamento da coledocolitíase no mesmo ato operatório da colecistectomia vídeo-laparoscópica ainda encontra-se em fase inicial de estudos, necessitando novos estudos prospectivos e randomizados para avaliar qual o tratamento que traz benefícios melhores ao paciente. Está estabelecido que a papilotomia endoscópica traz menor taxas de complicações e de resolução quando comparado com as séries iniciais de tratamento da coledocolitíase por vídeo-laparoscopia^{44,45,46}.

6. CONCLUSÕES

A papilotomia endoscópica é uma opção terapêutica no tratamento da coledocolitíase, com baixa incidência de complicações e índice aceitável de sucesso (71,7%), mesmo em Serviços que estejam em fase inicial de experiência, desde que existam a disponibilidade de equipamentos e local adequados, bem como indicação precisa do procedimento e treinamento da equipe médica.

A presença de coledocolitíase múltipla, cálculos com tamanho igual ou superior a 15mm , divertículos justa-ampolares, estenoses na via biliar e sangramento durante a realização da papilotomia , são fatores que podem influenciar no sucesso deste método terapêutico para o tratamento da coledocolitíase.

7. REFERÊNCIAS

1. Lo SK, Chen J. The role of ERCP in choledocholithiasis. *Abdom Imaging* 1996;21(2):120-32.
2. Stain SC, Cohen H, Tsuishoysha M, Donovan AJ. Choledocholithiasis, Endoscopic Sphincterotomy or Common Bile Duct Exploration. *Ann Surg* 1991;213(6):627-34.
3. Classen M, Demling L. Endoskopische Sphinkterotomie der Papilla Vateri und Steinextraktion aus dem Ductus choledochus. *Dtsch. Med. Wschr* 1974;99:497-7.
4. Sabinston DC, Lyerly HK. *Textbook of Surgery - The Biological Basis of Modern Surgical Practice*. 15ª edição. Pennsylvania: W.B. Saunders; 1997.
5. Reiter JJ, Bayer HP, Mennicken C. Results of endoscopic papillotomy: A collective experience from nine endoscopic centers in West Germany. *World J Surg* 1978;2:505.
6. DenBensten L, Doty JE. Patogênese e tratamento da Coledocolitíase. In: Matolo M, *Clínicas Cirúrgicas da América do Norte*. 1ª edição. Los Angeles: Interamericana; 1981 p.917-31.
7. Baker AR, Neoletolemos JP, Leese T, Fossard DP. Choledochoduodenostomy, transduodenal sphincteroplasty and sphincterotomy for calculi of the Common Bile Duct. *Surg, Gynecol Obstet* 1987;164(3):245-251.
8. Ghazi A, Washington M. Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica, Esfincterotomia Endoscópica e Drenagem Biliar. In: Schrock TR, *Clínicas Cirúrgicas da América do Norte*. 1ª edição. New York: Interamerica; 1989 p.1351-76.

9. Dagenais M, Laponte R, Déry R, Gianfelice D, Roy A, Gagnon J. Place de la lithotripsie extracorporelle par ondes de choc dans le traitement des calculs cholédociens et intrahépatiques. *Ann Chir* 1995; 49(8):659-63.
10. Ihse I, Borch K, Carlsson P, Lindström, Tiselius HG. Extracorporeal Shock-Wave Lithotripsy of Bile-Duct Stones. *Acta Chir Scand* 1990;156:87-90.
11. Schneider MU, Matek W, Bauer R, Domschke W. Mechanical Lithotripsy of Bile Duct Stones in 209 Patients - Effect of Technical Advances. *Endoscopy* 1988;20:248-253.
12. Hixson LJ, Fennerty MB, Jaffee PE, Pulju JH, Palley SL. Perora Cholangioscopy with Intracorporeal Electrohydraulic Lithotripsy for Choledocholithiasis. *The Am. J Gastroenterol* 1992;87(3):296-9.
13. Siegel JH, Ben-Zvi JS, Pullano WE. Mechanical lithotripsy of common duct stones. *Gastrointest Endosc* 1990;36(4):351-6.
14. Jones DB, Soper NJ. The Current Management of Common Bile Duct Stones. *Advances in Surgery* 1996;29:271-89.
15. Benson EA, Wedgwood KR, Axon ATR, Reis LDO. Coledololitíase. In: Coelho JCU, *Aparelho Digestivo, Clínica e Cirurgia*. 1ª edição. Curitiba: Medsi; 1990 p.1053-64.
16. Chijiwa K, Kozaki N, Naito T, Kameoka N, Tanaka M. Treatment of Choice for Choledocholithiasis in Patients With Acute Obstructive Suppurative Cholangitis and Liver Cirrhosis. *Am J Surg* 1995;170(4):356-60.
17. Siegel JH, Rodriguez R, Cohen SA, Kasmin FE, Cooperman AM. Endoscopic Management of Cholangitis: Critical Review of an Alternative Technique and Report of a Large Series. *Am J Gastroenterol* 1993;89(8):1142-6.

18. Lai ECS, Mok FPT, Tan ESY, Lo CM, You KT, Wong J. Endoscopy biliary drainage for severe acute cholangitis. *Hepatology* 1992;16(5):1302-3.
19. Watkins H, Seidman JG, Seidman CE, Livingston EH, Lai ECS, Kamenetzky et al. Endoscopic Biliary drainage for acute cholangitis. *N Engl J Med* 1992;327(16):1176-7.
20. Shailesh LTC, Kadakia C. Acute Cholecystitis, Acute Cholangitis and Acute Pancreatitis. In: Col Roy KH, Wong MC, *The Medical Clinics of North America*. 1ª edição. Texas: W.B Saunders Company; 1993 p.1015-37.
21. Chijiwa K, Kozaki N, Naito T, Kameoka N, Tanaka M. Endoscopic Therapy for Cholangitis in cirrosis. *Hepatology* 1996;23(5):1276-80.
22. Himel HS. The Role of Endoscopic Papillotomy in Ascending Cholangitis. *Am Surgeon* 1991;57(4):241-244.
23. Catasús F, Vaello C, Martí C, Cartié V, La Calle P. Drenaje biliar precoz en la colangitis aguda. *Rev. Esp. Enf. Digest.* 1995;87(9):637-40.
24. Locke DLC, Cotton P. Biliary Tract and Pancreas. *Br Med Bull* 1986;42(3):257-64.
25. Edward L. Bradley. *Acute Pancreatitis*. 1ª edição. New York: Raven; 1994.
26. Braghetto I, Csendes A, De la Quadra R, Schutte H, Diaz JC, Burdiles P, et al. Treatment of Residual Common Bile Duct Stones after Cholecystectomy . *Hepato-gastroenterol* 1989;36:123-7.
27. Schwab G, Pointner R, Wetscher G, Glaser K, Foltin E, Bodner E. Treatment of Calculi of the Common Bile Duct. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175(2):115-20.
28. Lambert ME, Betts CD, Faragher EB, Martin DF, Tweedle Def. Endoscopic sphincterotomy the whole truth. *Br J Surg* 1991; 78(4):473-6.

29. Pasanen P, Partanen K, Pikkarainen P, Alhava E, Pirinen A, Janatuinen E. Complications of endoscopic Retrograde. Cholangiopancreatography in jaundiced and cholestatic patients. *Ann Chir Gynaecol* 1992;81(1):28-31.
30. Byl B, Devière J, Struelens MJ, Roucloux I, Coninck A, et al. Antibiotic Prophylaxis for Infections Complications After Therapeutic Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *CID* 1995;20(5):1236-40.
31. Sivak MV. Endoscopic Management of Bile Duct Stones. *e Am J Surg* 1989;158:228-38.
32. Cotton PB, Lehman G, Vennes J, Geenen JE, Russel RCG, Meyers WC ,et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. *Gastrointest Endosc* 1991;37(3):383-93.
33. Sherman S, Ruffolo TA, Hawes RH, Lehman GA. Complications of Endoscopic Sphincterotomy. *Gastroenterol* 1991;101(4):1068-75.
34. Chung R, Sivak MV, Ferguson DR. Surgical Decisions in the Management of Duodenal Perforation Complicating Endoscopic Sphincterotomy. *Am J Surg* 1993;165(6):700-703.
35. Roy A, McAlister V, Passi RB. Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreatography in the Manegement of Choledocholithiasis With Laparoscopic Cholecystectomy. *Can J Surg* 1993;36(1):81-4.
36. MccEntee G, Grace PA, Hayes DB. Laparoscopic cholecystectomy and the common bile duct. *Br J Surg* 1991;78(4):385-6.
37. Cox MR, Wilson TG, Toouli J. Peroperative endoscopic sphincterotomy during laparoscopic cholecystectomy for choledocholithiais. *Br J Surg* 1998;82(2):257-9.

38. Graham SM, Flowers JL, Scott TR, Bailey RW, Scovill WA, Zucker KA, et al. Laparoscopic Cholecystectomy and Common Bile Duct Stones. *Ann Surg* 1993;218(1):61-7.
39. Erickson RA, Carlson B. The Role of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in Patients With Laparoscopic Cholecystectomies. *Gastroenterol* 1995;109(1):252-63.
40. Mitchell SA, Jacyna MR, Chadwick S. Common bile duct stones: a controversy revisited. *Br J Med* 1993;80(6):759-60.
41. Davidson BR, Lauri A, Horton R, Burroughs A, Dooley J. Outcome of surgery for failed endoscopic extraction of common bile duct stones in elderly patients. *Ann R Coll Surg Engl* 1994;76(8):320-3.
42. Sauerbruch T, Feussner H, Frimberger E, Hasegawa H, Riemann JF, Yasuda H, et al. Treatment of Common Bile Duct Stones, a consensus Report. *Hepato-Gastroenterol* 1994;41(12):513-5.
43. Flowers JL. ERCP versus Laparoscopic Surgery: The contest over Common Bile Duct Stones. *Endoscopy* 1996;28(6):438-40.
44. Boulay J, Schellenberg R, Brady PG. Role of ERCP and Therapeutic Biliary Endoscopy in Association with Laparoscopic Cholecystectomy. *Am J Gastroenterol* 1992;87(7):837-42.
45. Aliperti G, Edmundowicz SA, Soper NJ, Ashley SW. Combined Endoscopic Sphincterotomy and Laparoscopic Cholecystectomy in Patients with Choledocholithiasis and Cholecystolithiasis. *Ann Int Med* 1991;115(11):783-5.
46. Cotton PB, Baillie J, Pappas TN, Meyers WS. Laparoscopic Cholecystectomy the biliary endoscopist. *Gastrointest Endosc* 1991;37(1):94-7.

RESUMO

A papilotomia endoscópica tem sido difundida como uma opção terapêutica no tratamento da coledocolitíase. Com o objetivo de avaliar os resultados imediatos do tratamento endoscópico da coledocolitíase, em uma fase inicial da experiência de um Serviço de Endoscopia, foram estudados retrospectivamente 46 casos. O índice de sucesso na remoção dos cálculos foi de 71,7%, com baixa incidência de complicações. Ocorreu sangramento durante a realização da papilotomia em 15,2% e colangite em 2,17%. Pancreatite aguda e perfuração duodenal não foram complicações observadas nesta série. Coledocolitíase múltipla, cálculos maiores que 1,5cm, divertículos periampolares, presença de estenoses na via biliar e sangramento durante o procedimento são fatores que podem influenciar na limitação do método endoscópico. Após revisão da literatura e avaliação dos resultados, conclui-se que a papilotomia endoscópica é uma opção terapêutica no tratamento endoscópico da coledocolitíase, com bons resultados, mesmo na fase inicial da experiência de um Serviço de Endoscopia, sendo necessário a disponibilidade de equipamentos e local adequados, indicação precisa do procedimento e treinamento adequado da equipe médica.

SUMMARY

Endoscopic sphincterotomy has been known as a therapeutic option at the treatment of choledocolithiasis. With the purpose of evaluating the immediate results of the endoscopic treatment of choledocolithiasis, 46 cases were studied retrospectively at the initial phase of an Endoscopy Service. The calculi were successfully removed in 71,7% of the patients, with a low rate of complication. Bleeding during papilotomy occurred in 15,2% and cholangitis in 2,17%. Acute pancreatitis and duodenal piercing were not observed in this series. Multiple choledocolithiasis, calculi larger than 15mm, periampullar diverticuli, presence of billiary tract stenosis and bleeding during the procedure are factors which can limit the endoscopic method. After a review of the literature and evaluation of results, the conclusion is taken that endoscopic sphincterotomy is a therapeutic option for the treatment of choledocolithiasis, with good results, even in na early phase of the experince of an Endoscopy Service, since observed the availability of proper place and equipment, precise indication of the procedure and proper training of the medical team.

ANEXO

Descrição dos casos de insucesso no tratamento pelo método endoscópico da coledocolitíase.

Caso nº 24 - Paciente do sexo feminino , 62 anos, internado, com quadro clínico de dor abdominal em cólica no quadrante superior direito ,apresentando icterícia e colestase. A ultrassonografia demonstrava presença de colecistolitíase e dilatação da via biliar principal, associado com coledocolitíase. A colangiografia revelou presença de 2 cálculos com tamanho inferior à 1,5cm. Realizado papilotomia endoscópica, ocorreu sangramento moderado que impediu a conclusão do procedimento. Optou-se pelo tratamento cirúrgico convencional

Caso nº 38 - Paciente do sexo feminino , 58 anos, internado, apresentando icterícia. A ultrassonografia revelou abscesso hepático associado com coledocolitíase. A colangiografia demonstrou a presença de grande cálculo ,com diâmetro superior a 2,0cm e dilatação acentuada da via biliar. Pela presença do abscesso hepático, optou-se pela resolução através da cirurgia.

Caso nº 39 - Paciente do sexo feminino , com 63 anos de idade, internado, com história de icterícia prévia e ultrassonografia revelando dilatação da via biliar com coledocolitíase. A colangiografia revelou a presença de 4 cálculos associado-se estenose parcial do colédoco distal. Removeu-se somente o cálculo distal , restando 3 cálculos residuais,os quais não puderam ser removidos em virtude da presença de estenose. Esta paciente também foi submetido à cirurgia.

Caso nº 53 - Tratava-se de uma paciente de 24 anos, internada , com história de emagrecimento e icterícia prévia. A ultrassonografia demonstrava uma importante dilatação das vias biliares extra-hepáticas e coledocolitíase. Realizada

a colangiografia demonstrou-se a presença de 3 cálculos com aproximadamente 1,0cm de diâmetro e também um afilamento do colédoco distal. Foi somente possível a remoção de um cálculo. Também optou-se pelo tratamento cirúrgico.

Caso nº 58 - Paciente feminino, 65 anos, internada, com história de icterícia prévia e ultrassonografia revelando dilatação da via biliar extra-hepática associada com coledocolitíase. A colangiografia revelou colédoco dilatado, com aproximadamente 2,0cm de diâmetro e presença de 2 cálculos de 1,5cm de diâmetro. Esta paciente não suportou a sedação realizada sendo impossível concluir o procedimento. Foi tratada cirurgicamente.

Caso nº 92 - Tratava-se de um paciente de 28 anos, internado, com coledocolitíase pós-operatória imediata, sendo que o ducto colédoco estava com dreno de Kehr. A colangiografia revelou cálculo único acima de uma estenose, não sendo possível a sua retirada. Submetido a tratamento cirúrgico.

Caso nº 98 - Paciente do sexo feminino, 52 anos, internado, com quadro clínico de colangite, apresentando à ultrassonografia dilatação de vias biliares e coledocolitíase. A colangiografia revelou presença de múltiplos cálculos, sendo que um apresentava 2,0cm de diâmetro aproximado. Não foi possível a remoção do cálculo maior e optou-se pelo tratamento cirúrgico.

Caso nº 139 - Paciente do sexo feminino, 35 anos, internada, com quadro clínico de colangite e ultrassonografia revelando coledocolitíase. Na realização da CPER observou-se que a papila encontrava-se na parede de um divertículo. A colangiografia revelou dois cálculos na via biliar principal, ambos acima de uma estenose parcial, não sendo possível a retirada dos mesmos. Tratado cirurgicamente.

Caso nº 142 - Paciente feminina, 50 anos, internada, com quadro clínico de dor abdominal e alterações laboratoriais compatível com colestase. A

ultrassonografia revelava dilatação das vias biliares e coledocolitíase. A colangiografia revelou ducto colédoco dilatado com 2,0cm de diâmetro e presença de dois cálculos com tamanho acima de 1,5cm. Não foi possível a remoção dos cálculos e optou-se pela drenagem naso-biliar para evitar uma possível colangite. Também foi tratado posteriormente pela cirurgia .

Caso nº 149 - Paciente masculino, 63 anos, com quadro clínico de dor abdominal e alterações laboratoriais compatível com colestase. A ultrassonografia revelava dilatação das vias biliares extra-hepáticas , sem coledocolitíase. A duodenoscopia mostrou a papila de Vater localizada na parede de um divertículo, o que tornou difícil a cateterização e a papilotomia. A colangiografia revelou um cálculo no hepatocolédoco. Pela ocorrência de sangramento moderado não foi possível completar o procedimento. Tratou-se cirurgicamente.

Caso nº 154 - Paciente masculino, 73 anos , internado, com diagnóstico de coledocolitíase pós-operatória imediata sem drenagem do colédoco. A papila encontrava-se no fundo de um divertículo, e a colangiografia revelou a presença de cálculo com aproximadamente 1,5cm de diâmetro. Realizou-se pré corte no óstio ampolar e não foi possível realizar uma ampla papilotomia. O paciente foi tratado cirurgicamente posteriormente

Caso nº 158 - Paciente feminina , 45 anos, com quadro clínico de dor abdominal forte, em cólica. A ultrassonografia revelou colecistite aguda litiásica e coledocolitíase. Realizou-se com dificuldade uma papilotomia em virtude do pequeno diâmetro do ducto colédoco que apresentava área de estenose distal. Tratou-se cirurgicamente posteriormente.

Caso nº 172 - Paciente feminina , 79 anos, internada, com história de icterícia prévia e episódios recorrentes de dor abdominal em quadrante superior direito. A colangiografia revelou colédoco com afilamento em sua porção distal e

presença de um cálculo maior que 15mm.. Não foi possível a remoção deste, mesmo com o auxílio da litotripsia mecânica. Optou-se pela drenagem naso-biliar com o intuito de evitar uma colangite. Tratou-se cirurgicamente.

TCC
UFSC
CM
0365

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0365

Autor: Ehmke, Scharlon

Título: Tratamento endoscópico da coledo



972804695

Ac. 253517

Ex.1 UFSC BSCCSM