

95 Q.C.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

A. Del. 6

A. Sereia. 8.

CIRURGIAS DE VIAS BILIARES:

ANÁLISE DE 82 CASOS DO HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS - INAMPS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

10.33 h.
30
43

59.
33.
26

Titre ?

ERNANI TIARAJU DE SANTA HELENA

JOSÉ GAYA NETO

Doutorandos da 12ª fase do Curso
de Medicina da Universidade Fede-
ral de Santa Catarina.

Florianópolis, Junho de 1986.

AGRADECIMENTOS:

Ao Prof. Dr. Wilmar de Athayde
Gerent que nos orientou neste
trabalho.

A Ernesta e Luciana que com a-
mor alegraram estes dias.

Í N D I C E

RESUMO	05
SUMMARY	06
INTRODUÇÃO	07
CASUÍSTICA E MÉTODOS	09
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	20
CONCLUSÕES	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	29

RESUMO

Os autores fazem um estudo descritivo, retrospectivo de 82 casos submetidos a cirurgias de vias biliares no período compreendido entre janeiro de 1984 a dezembro de 1985 no Hospital de Florianópolis - INAMPS (Florianópolis - SC).

A maioria dos pacientes eram do sexo feminino (81.70%), cor branca (96.34%) com uma média de idade de 45.07 anos. O diagnóstico pré-operatório mais frequente foi de colelitíase. Foi utilizado antibióticoprofilaxia em 23 casos (28.05%). O tipo de cirurgia mais frequentemente realizada foi a colecistectomia, sendo que 90.24% do total foram de eleição. A incisão preferencial foi a sub-costal (52.43%). A colangiografia transoperatória foi realizada em 35 casos (42.69%) com 14.29% de positividade. Os drenos de Penrose e Kehr foram utilizados em 73 e 9 doentes respectivamente. O tempo de duração média do pós-operatório foi de 8.96 dias. O laudo anátomo-patológico mais frequente foi de Colecistite crônica calculosa. O índice de morbidade pós-operatória foi de 21.95%, enquanto o de mortalidade de 2.44%.

Os dados obtidos foram discutidos em relação a bibliografia examinada.

S U M M A R Y

This is a descriptive and retrospective study of 82 cases of biliary tract surgery in Hospital Florianópolis - INAMPS, between January of 1984 and December of 1985.

There was a majority of feminine sex (81.70%), whites (96.34%) with a middle age of 45.07 years. The principal pre-operative diagnosis was cholelithiasis. Cholecystectomy was the most frequent surgery; 90.24% was elective. Antibiotics prophylactic was used in 23 cases (28.05%). Subcostal incision was preferable, was in 52.43%. The transoperative cholangiography was realized in 35 cases (42.69%) with 14.29% of positivity. The drains of Penrose and Kehr were used in 73 and 9 patients respectively. Postoperative middle time was 8.96 days. The pathology analysis shows a prevalence of Chronic Cholelithiasis. Morbidity rates were 21.95% and mortality rates 2.44%.

INTRODUÇÃO

*se
na
(Brasil)* } A litíase biliar representa a principal causa de doenças nas vias biliares, sendo avaliado nos EUA uma incidência de 1 milhão de novos casos por ano (9). No Chile esta patologia atinge cerca de 20% da população (32). Autores nacionais afirmam a importância cirúrgica desta patologia, ainda que em nosso meio tenhamos uma incidência relativamente baixa se comparada com outros países (2,34).

Podemos afirmar que a colecistectomia e demais cirurgias das vias biliares estão entre as intervenções cirúrgicas abdominais mais comumente realizadas em todo o mundo (15,19).

Inúmeros estudos têm sido realizados para analisar a eficácia destas cirurgias, bem como suas complicações pós-operatórias (1,2,3,7,12,14,15,17,18,19,20,30,32,34,36,40).

No que tange a este último aspecto, tem-se demonstrado que, apesar do avanço nas técnicas diagnósticas e cirúrgicas, ainda persistem uma série de complicações com ênfase nas infecções (15,19,20).

Os estudos das complicações de cirurgias de vias biliares são de grande importância, na medida em que servem de parâmetro, para indicação de tratamento cirúrgico em pacientes assintomáticos, projetando novas cifras

de morbidade para estes casos; além disto contribuem para o desenvolvimento de novas técnicas de atuação que busquem diminuir cifras de morbimortalidade deste tipo de cirurgias (19,20).

O objetivo do presente estudo é ^{na análise?} descrever as cirurgias de vias biliares em nosso meio, dando ênfase a análise da morbidade e mortalidade no pós-operatório imediato, comparando com a literatura examinada.

Correção

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este estudo consta de uma análise descritiva e retrospectiva de 102 (cento e dois) casos de cirurgia de vias biliares, realizadas no período compreendido entre janeiro de 1984 a dezembro de 1985 no Hospital de Florianópolis, INAMPS (Florianópolis - SC). Os dados foram selecionados mediante protocolo de pesquisa e obtidos no Serviço de Documentação Científica do referido Hospital. Foram excluídos nessa série 20 (vinte) casos por não preencherem os requisitos constantes no protocolo.

Os casos foram estudados em relação aos seguintes parâmetros: sexo, idade, cor, diagnóstico pré-operatório e critérios diagnósticos (clínico, clínico-radiológico, clínico-ultrassonográfico). Além disso foi estabelecido se a cirurgia era eletiva ou de urgência, bem como o tipo de cirurgia realizada; foi examinado o uso de anti-biótico no tempo pré-operatório.

Quanto ao procedimento cirúrgico foi dado ênfase à via de acesso, uso de colangiografia transoperatória e uso ou não de drenos de Kehr e Penrose e duração de tempo pós-operatório.

Foram obtidos os exames antomo-patológicos e analisados quanto sua frequência e importância. de 72 ca 27

As complicações foram estudadas com relação a sua incidência e relação ou não com o ato cirúrgico, du -

rante o período de internação hospitalar. Os casos que foram a óbito tiveram uma descrição detalhada.

R E S U L T A D O S

Oitenta e dois pacientes foram estudados, sendo 15 (quinze) do sexo masculino (18,30%) e 67 (sessenta e sete) do sexo feminino (81,70%).

A média de idade obtida em nossa amostra, foi de 45,07 anos, sendo que a média encontrada para sexo masculino foi de 44,40 anos e para o sexo feminino 45,22 anos.

As faixas etárias com respectivas frequências, estão demonstradas no quadro I.

QUADRO I

	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	Fr%	Nº	Fr%	Nº	Fr%
Menor que 20	2	2.44	3	3.66	5	6.10
21 — 30	1	1.22	13	15.84	14	17.06
31 — 40	3	3.66	12	14.64	15	18.30
41 — 50	4	4.88	15	18.30	19	23.18
51 — 60	2	2.44	9	10.98	11	13.42
61 — 70	3	3.66	9	10.98	12	14.64
Maior que 70	0	0	6	7.30	6	7.30
TOTAL	15	18.30	67	81.70	82	100.00

Setenta e nove pacientes eram de raça branca (96,34%) e somente 3 (três) de raça negra (3,66%).

Os diagnósticos pré-operatórios estão demonstrados no quadro II.

QUADRO II

Diagnóstico Pré-Operatório	Nº	F. Relativa %	F. Acumulada %
Colelitíase	54	65.85	65.85
Colelitíase + Coledocolitíase	3	3.66	69.51
Colelitíase + Colangite	3	3.66	73.17
Colelitíase + Pancreatite Aguda	1	1.22	74.39
Colecistite Aguda	13	15.85	90.24
Abdomen Agudo Inflamatório	3	3.66	93.90
Coledocolitíase	1	1.22	95.12
Apendicite Aguda	1	1.22	96.34
Abdomen Agudo Obstrutivo	1	1.22	97.56
Traumatismo Abdominal	1	1.22	98.78
Granuloma de Corpo Estranho + Hérnia Hiatal	1	1.22	100.00
TOTAL	82	100.00	-

Observa-se que predominam os diagnósticos de colelitíase (isolada ou associada a outra patologia) e colelitíase aguda perfazendo, em conjunto, 74 casos (90,24%).

Os critérios diagnósticos utilizados foram clínico, clínico-radiológico e clínico-ultrassonográfico. Em somente 10 casos (12,20%) foram utilizados critérios clínicos isoladamente. Critérios clínico-radiológicos foram utilizados em 53 casos (64,63%) e clínico-ultrassonográfico em 19 casos (23,17%).

Setenta e quatro cirurgias foram consideradas eletivas (90,24%) e somente 8 de urgência (9,76%). Nesta última categoria 2 casos tinham diagnóstico de colecistite aguda, 3 casos de abdomen agudo inflamatório, 1 caso de apendicite aguda, 1 caso de abdomen agudo obstrutivo e

1 traumatismo abdominal.

O uso da antibioticoprofilaxia esteve presente em 22 casos de cirurgia eletiva, conforme demonstrado pelo quadro III.

QUADRO III

Esquema Antibiótico	Duração Média	Nº de Casos	F. Relativa %
Cefalotina + Cloranfenicol	<u>6</u>	<u>6</u>	27.27
Ampicilina	6.4	5	22.73
Cefalotina	6	5	22.73
Ampicilina + Gentamicina	7	2	9.09
Cefalotina + Gentamicina	3	1	4.54
Cloranfenicol	3.7	3	13.63
TOTAL	5.35	22	100.00

Observa-se que os esquemas preferenciais foram cefalotina + cloranfenicol, ampicilina e cefalotina isoladamente, sendo este último o antibiótico mais frequentemente usado (12 dos 22 casos).

Das oito cirurgias de urgência, temos relato somente uma utilizar antibioticoprofilaxia 3 horas antes do ato cirúrgico, sendo utilizado o esquema cefalotina + gentamicina.

Os tipos de cirurgias utilizadas estão exibidas no quadro IV.

QUADRO IV

Cirurgias	Nº	F. Relativa %	F. Acumulada %
Colecistectomias	66	80.48	80.48
Colecistectomias + Coledocostomia	4	4.88	85.36
Colecistectomia + Coledocoduodenostomia	2	2.44	87.80
Colecistectomia + Coledocostomia + Anastomose Bilio-Digestiva	2	2.44	90.24
Colecistectomia + Papiloesfincteroplastia	2	2.44	92.68
Colecistectomia + Duodenorrafia	1	1.22	93.90
Laparotomia Exploratória	3	3.66	97.56
Coledocostomia	1	1.22	98.78
Hepatojejunosomia com Y de Roux	1	1.22	100.00
TOTAL	82	100.00	-

Cabe salientar a colecistectomia enquanto cirurgia predominante, tendo sido realizada isoladamente em 66 oportunidades e, associada a outros procedimentos nas vias biliares em 11 outros casos.

Além das cirurgias das vias biliares foram observadas outras cirurgias em 5 pacientes, a saber: uma colpoplastia anterior e posterior, em uma paciente portadora de rotura perineal de segundo grau e retocistocele grau II; uma salpingectomia direita em paciente portadora de cisto de retenção em ovário e trompa direitos; uma biópsia hepática em paciente hepatopata, alcoolista e com pancreatite crônica; uma operação de Lind, em portador de hérnia hiatal de deslizamento e uma hernioplastia inguinal.

No que tange à via de acesso, nota-se uma clara

preferência no uso da incisão subcostal direita (43 casos- 52,43%), seguida das incisões mediana supraumbilical (17 casos - 20,74%) e para-retal interna supra-umbilical direita (13 casos - 15,85%), conforme demonstrado no quadro V.

QUADRO V

Tipos de Incisão	Nº	F. Relativa %	F. Acumulada %
Subcöstal	43	52.43	52.43
Mediana Supra-Umbilical	17	20.74	73.17
Pararretal Interna Supra-Umbilical Direita	13	15.85	89.02
Paramediana Transretal	3	3.66	92.68
Mediana Supra e Infra Umbilical	3	3.66	96.34
Mediana Infra-Umbilical	2	2.44	98.78
Paramediana Infra Umbilical	1	1.22	100.00
TOTAL	82	100.00	-

Foram realizadas 35 colangiografias trans-operatória, sendo que 30 foram normais e somente 5 evidenciaram achados patológicos. Destes, 4 foram cálculos residuais em colédoco e um caso apresentando Àscaris morto no colédoco.

Setenta e três casos (89,02%) contaram com o uso de dreno de Penrose por abertura contra-lateral, com duração média de 6,44 dias. O dreno de Kehr foi utilizado em 9 casos (10,98%) com duração média de 12,5 dias.

A média do tempo de duração do pós-operatório encontrada em nossa série foi de 8,96 dias, sendo a faixa de maior incidência entre 5 e 10 dias, contando com 61 casos (74,39%), conforme demonstrado no quadro VI.

QUADRO VI

Duração do Pós-operatório (em dias)	Nº	F. Relativa %	F. Acumulada %
3	1	1.22	1.22
4	1	1.22	2.44
5	4	4.88	7.32
6	14	17.06	24.38
7	25	30.49	54.87
8	8	9.75	64.62
9	5	6.10	70.72
10	5	6.10	76.82
11	1	1.22	78.04
12	4	4.88	82.92
13	4	4.88	87.80
14	3	3.66	91.46
15	1	1.22	92.68
17	2	2.44	95.12
20	1	1.22	96.34
21	1	1.22	97.56
23	1	1.22	98.78
24	1	1.22	100.00
TOTAL	82	100.00	-

Dos oitenta e dois casos estudados, 72 foram examinados do ponto de vista anátomo-patológico, conforme descrito no quadro VII.

QUADRO VII

Laudo Anátomo-Patológico	Nº	F. Relativa %	F. Acumulada %
Colecistite Crônica Calculosa	48	66.66	66.66
Colecistite Crônica Supurada	5	6.94	73.60
Colecistite Crônica + Colesterolose	5	6.94	80.54
Colecistite Crônica em Agudização	6	8.33	88.87
Colecistite Crônica Perfurada	1	1.39	90.26
Colecistite Crônica e Aguda com Necrose	1	1.39	91.25
Colecistite Crônica e Aguda Perfurada	1	1.39	93.04
Colecistite Aguda + Colesterolose	1	1.39	94.43
Colecistite Aguda Supurada	1	1.39	95.82
Carcinoma de Vesícula Biliar	1	1.39	97.21
Normal	2	2.78	100.00
TOTAL	72	100.00	-

Neste, podemos observar um predomínio do diagnóstico de Colecistite Crônica Calculosa presente em 48 casos (66.66%) seguida de Colecistite Crônica em agudização (6 casos - 8.33%), Colecistite Crônica associada a Colesterolose em 5 casos (6.94%) e Colecistite Crônica Supurada (5 casos - 6.94%). Cabe ressaltar que duas vesículas examinadas foram consideradas normais e um caso apresentava Carcinoma de vesícula biliar.

Foram encontradas complicações no pós-operatório imediato (durante o período de internação) em 18 ca-

sos, revelando um índice de morbidade de 21.95%. As complicações estão demonstradas no quadro VIII, onde se observa um nítido predomínio das complicações oriundas do ato cirúrgico (abcesso de ferida operatória, seroma, infecção no local dos drenos, sangramento de parede e deiscência, peritonite, choque séptico, dermatite de contato e litíase residual). Vale ainda lembrar que as complicações na ferida operatória representam 40% do total das complicações.

QUADRO VIII

Complicações	Nº	F. Relativa %	F. Acumulada %
Abcesso de Ferida	3	15.00	15
Seroma	3	15.00	30
Infecção local drenos	1	5.00	35
<i>Sangramento em parede e deiscência de sutura</i>	1	5.00	40
Peritonite	2	10.00	50
Choque Séptico	1	5.00	55
Dermatite de Contato	1	5.00	60
Litíase Residual	1	5.00	65
Pneumonias	2	10.00	75
Infecção Urinária	1	5.00	80
Flebite	3	15.00	95
Crise Hipertensiva	1	5.00	100
TOTAL	20	100.00	

Nossa amostra apresentou dois casos de óbito no pós-operatório imediato representando um índice de mortalidade de 2.44%.

O primeiro caso foi levado à cirurgia com diagnóstico de colecistite crônica, hepatopatia alcóolica e pancreatite crônica. O ato cirúrgico transcorreu sem in-

tercorrências tendo sido confirmado o diagnóstico pré-operatório. Nas primeiras horas de pós-operatório iniciou com sangramento em grande quantidade no local da incisão e dreno de Penrose. O hematócrito no pré-operatório era de 38% e a hemoglobina de 11.7 g/dl. caindo no primeiro ^{dia} pós-operatório o hematócrito para 19% e a hemoglobina 6.7 g/dl. Concomitantemente iniciou com quadro de oligúria que evoluiu para insuficiência renal aguda. Apresentou deiscência de sutura no local da incisão no quinto pós-operatório, iniciando com quadro de encefalopatia portossistêmica, distúrbios hidroeletrólíticos, síndrome hepatorenal que progrediu ^{para} coma e óbito no 14º dia pós-operatório.

O outro caso de óbito foi um paciente de 42 anos etilista crônico com hepatopatia crônica, pancreatite aguda, ascite, encefalopatia portossistêmica e colecistite aguda. Desenvolveu quadro de septicemia 7 dias antes do ato cirúrgico com hemoculturas revelando crescimento de E.coli: lactose negativa. Iniciou-se terapêutica com Cefalotina + Gentamicina. O paciente foi levado à cirurgia com suspeita de colangite, tendo se evidenciado uma colecistite aguda supurada com coleperitônio indo ao óbito no 3º dia pós-operatório por falência de múltiplos órgãos e sistemas.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo se observa uma nítida predominância de doenças de vias biliares no sexo feminino em relação ao sexo masculino (4:1). Estes achados estão de acordo com outros estudos nacionais e estrangeiros (2,6, 17,32).

No que tange a faixa etária de maior incidência, nossos dados confirmam a literatura examinada (2,17, 32). Green e Fernandez (17) relatam estudos nos quais foram observados colelitíase desde o feto e em crianças com até 8 semanas de vida. O paciente mais jovem relatado em nossa série tinha 17 anos.

Os achados com relação a raça têm sido bastante controversos, variando de acordo com a região estudada. Bitar (2) obteve uma maior incidência entre raça negra e parda em estudo realizado no Estado de Pará, Brasil. Green e Fernandez (17) observaram um predomínio na raça branca em estudo realizado em Santiago de Cuba, referindo ainda em estudo que confirmam a maior incidência nesta raça. É sabido também a relação entre negros com anemia falciforme e o aumento de colelitíase (17). Nosso achado demonstram um predomínio acentuado na raça branca.

^{na Colelitíase}
A colelitíase crônica é a principal causa de cirurgias de vias biliares. O principal componente da maioria dos cálculos é o colesterol. Simionatto et alli (35) em revisão de literatura expõem os mecanismos de for

mação dos cálculos biliares, salientando a síntese hepática, frequência de ciclos entero-hepáticos, a reabsorção de sais biliares e a importância da dieta. Com relação a este último aspecto, os autores, relacionam a maior incidência de colelitíase em países desenvolvidos pelo uso de dieta mais rica em hidratos de carbono refinados e gorduras, lembrando ainda o papel profilático das dietas ricas em fibras vegetais.

Sardinha et alli (34) ressaltam a importância de alguns fatores de risco na etiopatogenia dos cálculos biliares: regime alimentar rico em gorduras, sexo feminino, multiparidade, obesidade, Diabete mellitus, doença hemolítica e raça. Ressalta ainda o papel das infecções biliares ascendentes (em especial por E.coli).

Com relação a critérios diagnósticos, após o estabelecimento da suspeita clínica é praticamente obrigatório a confirmação radiológica. Sardinha et alli (34) recomendam o uso do Rx simples de abdomen no início da investigação, já que este exame pode evidenciar de 10 - 20% dos casos de litíase biliar. Entretanto, o exame radiológico clássico no diagnóstico de litíase biliar é o colecistograma oral. Bremner et alli (3) obtiveram um índice de 100% dos colecistogramas orais positivos, enquanto somente 23% dos Rx simples do abdomen selaram o diagnóstico em sua série.

Há casos, no entanto, de não opacificação das vias biliares, se fazendo necessário lançar mão de outros exames. A colangiografia venosa é um exame eficaz na análise funcional da árvore biliar com um percentual diagnóstico elevado (27). A ultrassonografia tem sido utilizada crescentemente no diagnóstico de litíase biliar, com um índice de eficácia de 91-96%, tendo como vantagens o fato de não ser um exame invasivo e que praticamente não oferece risco para o paciente (21,27).

Nossos dados estão de acordo com a literatura e

xaminada em relação aos critérios diagnósticos, demonstrando um claro predomínio na utilização de exames radiológicos.

A análise de nossos dados evidenciou uma ampla maioria de cirurgias eletivas no que concordamos com a literatura (17).

A antibioticoprofilaxia foi realizada em 22 casos de cirurgia eletiva e em um caso de urgência num total de 28.05%

Sandusky (33) discutindo o uso de antibioticoprofilaxia em pacientes cirúrgicos, dividiu as cirurgias em limpas, limpas-contaminadas, contaminadas e sujas. O autor lembra que no caso de cirurgias contaminadas e sujas, o termo "profilático" se confunde com "tratamento" sugerindo, portanto, o uso rotineiro de antibióticos nestes casos.

Recomenda, ainda, o uso de antibióticos profiláticos em pacientes submetidos a cirurgias limpas-contaminadas, incluindo neste grupo as cirurgias de abertura de vias biliares com presença de bile contaminada ou obstrução.

Cox et alli: (7) reforçam esta afirmativa, na medida que obtiveram em sua série um nítido aumento na incidência de bactérias na bile de pacientes em obstrução parcial de vias biliares e colangites. Paradoxalmente, este mesmo autor obteve um alto índice de abscesso de ferida cirúrgica com uso de antibioticoprofilaxia.

Outros autores preconizam o uso de antibióticos no pré-operatório somente em pacientes ditos de alto risco, isto é, com idade acima de 70 anos, cirurgia de emergência, icterícia, obstrutiva ou com exploração do ducto biliar comum (5,8,37). Outros autores entretanto, defendem o uso rotineiro de antibióticos profilático devido a dificuldade em se estabelecer com precisão um grupo de "baixo risco" e em virtude dos resultados por eles obtidos

na redução de complicações infecciosas no pós-operatório (3,37).

Sandusky (33) em ampla revisão bibliográfica de monstrou inúmeros esquemas antibióticos preferenciais para cada tipo de cirurgia, bem como sua eficácia. Alguns autores comprovaram a eficácia das cefalosporinas de 2ª e 3ª geração em cirurgias de vias biliares (8,25,37). Gillen e cols (14) demonstrou a eficácia da netilmicina e da mezolocilina em cirurgias do trato biliar com resultados positivos. Pitt e cols (29) sugere o uso associado de uma penicilina com um aminoglicosídeo enquanto esquema profilático mais adequado em vias biliares, definindo ainda situações precisas para sua indicação.

Na maioria dos casos por nós examinados, a indicação de antibioticoprofilaxia está associada ao diagnóstico de colecistites agudas ou colédocolitíase. Entretanto, paradoxalmente, vários casos de colecistite aguda ou colédocolitíase não fizeram uso de antibióticos no pré-operatório. Desse modo não foi possível estabelecer um critério para o uso de antibioticoprofilaxia na série por nós examinada.

Nossos achados afirmam a literatura revisada (2,3,17,32,34) no que diz respeito a cirurgias de vias biliares, já que obtivemos a colecistectomia enquanto cirurgia mais comumente realizada, associada ou não a outros procedimentos na árvore biliar.

Quanto ao tipo de incisão preferentemente utilizada notamos um predomínio pela incisão subcostal direita. Nos trabalhos revisados, as incisões paramediana supraumbilical e pararectal interna direita, sugerindo a incisão subcostal para doentes obesos por ser mais fisiológicos, interferindo menos na respiração (32,34).

Os autores consultados concordam quanto a importância do uso de colangiografia transoperatória enquanto melhor método de avaliação das vias biliares, ressal-

tado um bom padrão radiológico (6,36). Em nossa série, em torno de 40% dos pacientes se submeteram ao uso de colangiografia transoperatória, com um índice de positividade de 14.29%, evitando deste modo a presença de litíase residual em quatro pacientes e um áscaris morto em coledoco de um paciente. Isto posto, nos leva a indicar a colangiografia transoperatória enquanto exame de rotina nas cirurgias de vias biliares.

A utilização de drenos de Penrose é controversa. Sua indicação está em função do acúmulo de secreção sub-hepática, complicação bastante freqüente pós-colecistectomias (15). Pickleman (28) preconiza seu uso em colecistectomias agudas ou em pacientes debilitados do ponto de vista imunológico. Arana e Sklenar (1) relatam estudo onde dispensam o uso de drenagem sub-hepática em colecistectomias sem complicações operatórias, apresentando bons resultados, atribuídos a uma técnica operatória apurada e antibioticoprofilaxia. Truedson e cols (38) em sua série não encontraram relação significativa entre o uso de dreno de Penrose e complicações pós-operatórias. Nossos achados apresentam uma grande incidência de dreno de Penrose colocando-o quase que como uma rotina em cirurgias de vias biliares.

O dreno de Kehr foi utilizado em nosso estudo nove vezes. Pickleman (28) aponta alguns problemas que podem decorrer de seu uso, tais como obstrução, deslocamento e derramamento de bile. Outros autores relatam complicações, com ênfase nas infecções decorrentes do uso do dreno de Kehr, havendo entretanto, discordâncias quanto a validade da cobertura antibiótica (13,22,23):

Quanto ao tempo de duração de pós-operatório, nossos achados vão de encontro com a literatura examinada (3,19).

Nossos achados anátomo-patológicos são similares aos descritos por Salvatierra e cols (32), observan-

do-se um nítido predomínio de colecistite crônica.

Em relação as complicações pós-operatórias observadas no período de internação hospitalar, nossos achados estão de acordo com diversos autores examinados (7, 12, 13, 15, 17, 19, 20, 28, 36).

As cirurgias de vias biliares, apesar de serem amplamente realizadas em serviços de cirurgia de todo o mundo já há quase um século, não estão isentas de complicações. Pelo contrário, uma série de problemas pós-operatórios são relatados por diversos autores. Holm e cols (19) dividem-as entre complicações originárias do campo cirúrgico ou não. Estes autores ressaltam as infecções da ferida cirúrgica e deiscência de sutura como achados mais frequentes nas complicações oriundas do campo cirúrgico, tendo como agentes etiológicos mais frequentes as bactérias encontradas na cultura de bile. As infecções de ferida são relatadas ainda por outros autores que reforçam a relação bile contaminada x infecção de ferida (12, 25, 34, 37).

Diversos autores enfatizam o risco de infecções relacionados com o uso de drenos de Kehr e Penrose, relatando, por exemplo, o uso de drenos de Kehr com o surgimento de colangites e pancreatites, em especial nos pacientes portadores de patologias agudas, ou com obstrução da árvore biliar (13, 22, 23, 28, 38).

A litíase residual é também uma complicação não infrequentemente observada, em especial quando não é realizada a colongiografia transoperatória (3, 6, 9, 31).

Complicações mais severas como septicemias (em geral relacionadas a peritonite biliar ou colangite) e peritonite biliar devem ser ressaltadas pois, apesar de sua incidência reduzida, contam com um índice de mortalidade elevado (13, 15, 17, 19, 28).

Jimenez e cols (20) e Rasslan e cols (30) e Hess (18) relatam complicações relacionadas com falhas na

técnica operatória. Complicações mais raras como Fístula biliar e hemobilia tem sido descritas por outros autores (10,15,16,20,40). Em nossa série não foram encontradas complicações como as acima descritas.

Com relação as complicações não relacionadas com o ato cirúrgico, têm se destacado as cardio-vasculares, respiratórias e do trato urinário confirmando nossos achados (17,19,32).

O índice de mortalidade observado em inúmeros trabalhos oscila entre 0 e 2,5%, estando de acordo com nossos achados (2,3,7,17,19,32);

CONCLUSÕES

hidrotorax

- Nosso estudo, realizado sobre as cirurgias de vias biliares em 82 casos, apresenta em sua quase totalidade uma concordância com a literatura examinada.

Assim vejamos:

- A maior incidência se dá na raça branca (96,43%), sexo feminino (81,70%) com idade média de 45,07 anos.

- A colelitíase é a principal causa de cirurgias de vias biliares.

- Com relação ao critério diagnóstico fica comprovada a importância de exames radiológicos.

- Em nossa série, não conseguimos estabelecer os critérios utilizados no uso da antibioticoprofilaxia.

- Como cirurgia e via de acesso predominante, observamos um predomínio da Colecistectomia e da via subcostal respectivamente.

- A Colangiografia transoperatória fica indicada como exame de rotina em cirurgia das vias biliares.

- A utilização do dreno de Penrose é quase uma rotina em nossa amostra.

- O tempo de duração do pós-operatório apresenta-se dentro dos limites exibidos pela literatura.

- O laudo anátomo-patológico que predomina em nos

so estudo é o de Colecistite crônica.

As complicações no pós-operatório foram de índice elevado se comparado com a literatura.

O índice de mortalidade (2,44%) apresenta-se dentro do limite estabelecido (0-2,5%).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ARANA, V.A. & SKLENAR, D.E. Cholecystectomy without drains: ten years experience in community hospitals. Am. J. Proct. Gastroenterol. Colon Retal Surg, 34 (11):29-30, Nov, 1983.
- 2 - BITAR, H.F. Litíase biliar. Análise de 223 casos no Estado do Pará. Rev. Bras. Cir., 71(3):157-160, 1981.
- 3 - BREMNER, D.N. et alli:. A study of Cholecystectomy. Surg. Gynecol Obstet, 138:752-754, May, 1974.
- 4 - CHACON, J.P. et alli. Colangite aguda grave em doentes de alto risco. Rev. Col. Bras. Cir., 10(1):35-39, 1983.
- 5 - CHETLIN, S.H. & ELLIOT, D.W. Pré-operative antibiotics in biliary surgery. Arch. Surg., 107:319-322, 1973.
- 6 - COELHO, J.C.U. et alli:. Diagnóstico e tratamento da litíase da via biliar principal. Rev. Col. Bras. Cir., 10(2):58-62, 1983.
- 7 - COX, J.L. et alli:. The relationship between biliary tract infections and postoperative complications.

Surg. Gynecol Obstet, 146(2):233-236, Feb, 1978.

- 8 - CRENSHAN, C.A. et alli:. A prospective, randomized , double blind study of preventive Cefamandole therapy in patients, at high risk for undergoing cholecystectomy. Surg. Gynecol Obstet, 153:546-552, Oct, 1981.

- 9 - DANI, R. et alli:. Litíase biliar. In.: DANI, R. & CASTRO, L.P;. Gastroenterologia Clínica. Rio de Janeiro, Guanabara - Koogan, 1981, Cap. 69, p. 947 - 50.

- 10 - DANI, R. & ROCHA, P.R.S. Colecistoses, Coleperitônio, Peritonite biliar, Hemobilia e Parasitos. In: DANI, R. & CASTRO, L.P. Gastroenterologia Clínica. Rio de Janeiro, Guanabara - Koogan, 1981, Cap 69 , p. 996-1005.

- 11 - DANTAS, W. & SALLES, C.G. Ascaridíase de vesícula biliar. Apresentação de dois casos. Arq. Cat. Med. , 5(3):115-118, 1976.

- 12 - ENGSTROM, J. et alli:. Infections complications after surgery for biliary calculus. Act. Chir. Scand. , 138:357-361, 1972.

- 13 - GILLATT, D.A. et alli:. Complications of T-tube drainage of the common bile duct. Ann. R. Coll. Surg. Engl., 67:370-371, 1985.

- 14 - GILLEN, P. et alli:. A prospective randomized controlled trial of mezlocillin versus netilmicin in biliary surgery. Ann. R. Coll. Surg. Engl., 67:376-378, 1985.

- 15 - GLENN, F. Complications of biliary tract surgery .
Surg. Gynecol Obstet, 110(2):141-156, Feb, 1960.
- 16 - GLENN, F. et alli:. Biliary Enteric Fistula. Surg.
Gynecol Obstet, 153(4):527-531, Oct, 1981.
- 17 - GREEN, N.S. & FERNANDEZ, J.R.L. Coletitiasis: morbi-
mortalidad en 205 pacientes. Rev. Cub. Cir., 19
(3):225-236, Mayo-Jun, 1980.
- 18 - HESS, W. Estenose cicatricial dos ductos biliares .
Rev. Col. Bras. Cir., 4(6):292-97, 1977.
- 19 - HOLM, J.C. et alli:. Life threatening complications
after operations upon the biliary tract. Surg
Gynecol Obstet, 127(2):241-252, Aug, 1968.
- 20 - JIMENEZ, E.A. et alli:. Complicaciones de la colecis-
tectomy simples: a propósito de 1134 intervencio-
nes. Cir. Esp., 37(3):214-219, 1983.
- 21 - KARP, W. et alli:. Ultrasonography of the gallbla -
dder. Investigation of the nonvisualized gallbladder
at oral cholecystography. Acta Chir Scand, 152:
255-259, 1985.
- 22 - LEVINE, S.B. et alli:. Intraoperative Cholangiogra -
phy: a review of incations and analysis of age -
sex groups. Ann Surg, 198(6):692-697, Dec, 1983.
- 23 - LYGIDAKIS, N.J.. Choledochotomy for biliary lithia -
sis: T-tube drainage or primary closure. Am. J.
Surg., 146:254-256, 1983.
- 24 - MACHADO, R.J.C. & GOFFI, F.S. Bacteriologia de bile
em afecções litisiácas das vias biliares. Associa-
ção clínico-radiológica. Rev. Col. Bras. Cirg., 11

(2):45-50, 1984.

- 25 - MORRAN, C.G. et alli.: Wound sepsis after low risk elective cholecystectomy: the effect of cefuroxi - me. Br. J. Surg., 71:540-542, July, 1984.
- 26 - NOGUEIRA, C.E.D. & DANI, R. Colecistites. In.: DANI, R. & CASTRO, L.P. Gastroenterologia clínica. Rio de Janeiro, Guanabara - Koogan, 1981, Cap. 64, p. 965-73.
- 27 - NORRBY, S. et alli.: Intravenous cholecystography and ultrasonography in the diagnosis of acute cholecystitis. Acta Chir Scand, 152:255-259, 1985.
- 28 - PICKLEMAN, J.R. Biliary tract surgery. Surg Clin North Am, 57(6):1221-1234, Dec, 1977.
- 29 - PITT, H.A. et alli. Postoperative T-tube cholangiography. Is antibiotic coverage necessary? Ann Surg, 191(1):30-34, Jan, 1980.
- 30 - RASSLAN, S. et alli. Lesão de via biliar principal corrigida no ato cirúrgico ou no pós-operatório imediato. Rev. Col. Bras. Cir., 11(3):74-78, 1984.
- 31 - RODRIGUES, A. et alli. Coledocolitíase - Análise de 162 casos (com ênfase especial a diferenciação entre litíase primária e secundária). Rev. Col. Bras. Cir., 10(3):81-87, 1983.
- 32 - SALVATIERRA, P. et alli.: Estudio de los enfermos colecistectomizados por patologia biliar benigna en el Hospital de San Carlos entre 1972 y 1981. Bol. Hosp. S.J. de Dios, 31:349-354, 1984.
- 33 - SANDUSKY, W.R. Use of prophylatic antibiotics in sur

gical patients. Surg. Clin. North Am., 60(1): 83-92, Feb, 1980.

- 34 - SARDINHA, R.A. et alli:. Litíase do sistema biliar .
Análise de 137 pacientes operados no Hospital dos
Plantadores de Cana. Rev. Bras. Cir., 72(4): 215-
219, 1982.
- 35 - SIMIONATTO, C.S. et alli:. Calculose de colesterol no
homem. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo, 36(3):
131-138, 1981.
- 36 - SOARES, C.E.R. Colangiografia preoperatória, cinquent-
ta anos depois: ainda dúvidas? Rev. Col. Bras. Cir,
10(2):70-75, 1983.
- 37 - STUBBS, R.S. Wound infection after cholecystectomy :
a case for routine prophylaxis. Ann. R. Coll. Surg
Engl, 65:30-31, 1983.
- 38 - TRUEDSON, H. et alli:. Elective cholecystectomy with
intraperitoneal drain. A bacteriological evoluc -
tion. Acta Chir Scand, 149:315-321, 1983.
- 39 - _____ . The incidence of bacteria in
gallblader bile at acute and elective cholecystec-
tomy. Acta Chir. Scand, 149:307-313, 1983.
- 40 - WINTER, D.A. & SMITH, D.C. Cholecystojejunostomy com-
plicated by massive hemocholecyst. Radiology, 144:
265-266, 1982.

R E S O L U Ç Ã O N.º 002/85

O Professor Dr. Walmor Zomer Garcia, Presidente da Comissão do Internato do Curso de Graduação em Medicina, da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e considerando o que deliberou a Comissão, em reunião realizada em 20 de dezembro de 1985.

R E S O L V E:

1. - Anular a Resolução nº 001/CI/85
2. - APROVAR e ADOTAR a Regulamentação do Julgamento dos trabalhos do Internato, com validade a partir do primeiro semestre de 1986
3. - Os trabalhos serão avaliados por uma ou mais bancas, a critério do Departamento, composta por três professores, em reunião aberta, na qual os alunos farão exposição e defesa dos mesmos.
4. - Serão conferidos aos trabalhos notas de zero a dez a critério da banca, sendo que a apresentação escrita terá peso dois e a oral peso um.
5. - Para apresentação oral serão dados até vinte minutos à um dos autores, após os quais cada membro da banca disporá de cinco minutos para comentários e interpelações.
6. - Os doutorandos terão cinco minutos cada um para rebater as críticas feitas pelos membros da banca.
7. - É obrigatório a presença dos alunos autores dos trabalhos na hora da apresentação do mesmo.

8. - Os trabalhos deverão ser originais, podendo ser anulados pela banca quando comprovada a apresentação ou publicação anterior e plágio.
9. - É obrigatório citar no trabalho o nome do orientador responsável.
10. - Os trabalhos poderão ser executados por equipes, dentro do previsto no artigo 19 da Resolução nº 019/CEPE/83, enquanto para apresentação oral, deverão as equipes decidirem-se por um membro que os apresentará.
11. - Os trabalhos só poderão ser produzidos por integrantes da equipe que tenham estagiado num mesmo hospital, não podendo os alunos em convênio associar-se com alunos em outras localidades.
12. - O conceito final resultará da média das notas emitidas por cada um dos membros da banca, sendo posteriormente encaminhado ao Chefe do Departamento, a que o aluno estiver vinculado, juntamente com a ficha individual de avaliação.

Florianópolis, 20 de dezembro de 1985.



Prof. Dr. Walmor Zomer Garcia
Presidente da Comissão do Internato

TCC
UFSC
CC
0095

N.Cham. TCC UFSC CC 0095
Autor: Santa Helena, Erna
Título: Cirurgias de vias biliares : an



972799970

Ac. 252929

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM