Colecistectomia laparoscópica em pacientes cirróticos

Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients

ANTONIO NOCCHI KALIL – Professor Adjunto-Doutor do Departamento de Cirurgia da Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre e da Universidade Luterana do Brasil. Chefe do Serviço de Cirurgia da Santa Casa de Porto Alegre.
NICOLE KNORR – Acadêmica do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil.

Serviço de cirurgia geral da Santa Casa de Porto Alegre.

✉ Endereço para correspondência:
Antonio Nocchi Kalil
Rua Marcelo Gama, 924
90540-041 – Porto Alegre, RS – Brasil
Fone (51) 3378-9993
Fax (51) 3378-9974
ankalil@terra.com.br

SINOPSE

Introdução: O objetivo deste relato é apresentar a nossa experiência com colecistectomia laparoscópica em pacientes cirróticos.
Pacientes e métodos: Entre janeiro de 1998 e março de 2001, onze pacientes, sendo dez Child A e um B, foram submetidos à colecistectomia laparoscópica. A média de idade do grupo foi de 55 anos, sendo 3 homens e 8 mulheres. A causa da doença hepática foi o vírus C (7), idiopática (2), vírus B (1) e álcool (1).
Resultados: A média de dias de internação foi 2,2 dias. A morbidade no grupo foi mínima e a mortalidade nula. A principal complicação no pós-operatório foi ascite (27,2%). Em um caso a conversão tornou-se necessária pela dificuldade de visualizar o pedículo hepático. Não houve sangramento significativo durante o procedimento e nenhum paciente necessitou de transfusão sangüínea.
Conclusão: Essa casuística demonstra que a colecistectomia laparoscópica é segura em pacientes cirróticos com função hepática preservada e que pode ser considerada o procedimento de escolha para os mesmos.

UNITERMOS: Colecistectomia Laparoscópica, Cirrose.

ABSTRACT

Background: *The purpose of this study is to present our experience with Laparoscopic Cholecystectomy (LC) in cirrhotic patients.*
Patients and methods: *Between January 1998 and March 2001, eleven patients with Child-Pugh's stage A and B cirrhosis underwent LC in our service. There were 3 males and 8 females with an average age of 55 years. Cirrhosis was secundary to post-hepatitis C in 7 cases, B in 1, idiopatic in 2 and alcoohol in 1 case.*
Results: *There was no mortality. Morbidity was very low (27,2%). Conversion to Open Cholecystectomy was necessary in one case during LC because of insufficient visualization of the hepatic pediculum. There was no significant per– or postoperative bleeding and no blood transfusion was necessary. Average hospital stay was 2.2 days. The main postoperative complication was ascites.*
Conclusions: *This study suggests that LC can be safely performed in cirrhotic patients with well compensated liver function. It can be the procedure of choice in such cases.*

KEY WORDS: *Laparoscopic Cholecistectomy, Cirrhosis.*

INTRODUÇÃO

As vantagens da colecistectomia laparoscópica hoje são bem conhecidas, entre elas menos dor no pós-operatório, retorno mais cedo às atividades, curto período de internação hospitalar, recuperação precoce da função intestinal, entre outras (1,2).

Há pouco tempo, acreditava-se que a cirrose era uma contra-indicação absoluta para a realização de colecistectomia laparoscópica (1,3,6). Atualmente, cirróticos Child A e B com colelitíase sintomática permitem a realização desta técnica, com risco pequeno de conversão (1,2).

O objetivo deste relato é apresentar a nossa experiência com colecistectomia laparoscópica em pacientes cirróticos, demonstrando a segurança e os benefícios deste procedimento.

PACIENTES E MÉTODOS

Entre janeiro de 1998 e março de 2001, onze pacientes com cirrose e colelitíase sintomática foram submetidos à colecistectomia laparoscópica na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Brasil. A média de idade do grupo foi de 55,45 anos (entre 48-62 anos), sendo 3 homens e 8 mulheres. Em 8 pacientes sabidamente cirróticos, o diagnóstico de cirrose foi pré-operatório e nos demais o diagnóstico foi intra-operatório, confirmado posteriormente por biópsia hepática. A causa da doença hepática crônica foi em 7 casos o vírus C, em 2 casos idiopática, em 1 o vírus B e em 1 caso o álcool. Todos os pacientes foram classificados como Child A ou B. Pacientes Child C não foram considerados para a cirurgia. Na avaliação pré-operatória quatro pacientes apresentavam varizes esofágicas e dois varizes e esplenomegalia associada (tabela 1) documentadas através de ecografia abdominal e endoscopia digestiva alta. Além disso, provas de função hepática foram realizadas em todos os pacientes no dia anterior ao procedimento.

Neste grupo o diagnóstico de colelitíase foi realizado via ecografia abdominal. O tempo de protrombina (TP) es-

tava aumentado em 3 pacientes e número de plaquetas abaixo de 100.000/mm^3 foi observado em 6 casos (Tabela 2). Nenhum paciente necessitou colangiografia no transoperatório. Todas as cirurgias foram eletivas, tendo os pacientes recebido antibioticoprofilaxia (Cefalosporina de quarta geração 1 g/EV de 6/6 h; 1 hora antes do procedimento e nas 24 h seguintes). As comorbidades encontradas foram DM II (4), HAS (3) e obesidade (1) (Tabela 1).

RESULTADOS

Dez procedimentos foram completados por via laparoscópica, mas em um paciente houve necessidade de conversão por dificuldade na identificação do pedículo hepático. Não observamos mortalidade neste grupo. A media de dias de internação foi de 2,2 (entre 1-10). Nenhum paciente necessitou de transfusão no pós-operatório pois não houve sangramento significativo no trans e no pós-operatório. Nenhuma das cirurgias durou mais de 120 minutos. Como complicações pós-operatórias, três pacientes desenvolveram ascite, que foi tratada com diuréticos, sem necessitarem paracentese. Não houve alterações significativas nas provas de função hepática dos pacientes desse grupo. O acompanhamento mínimo dos pacientes foi de 12 meses.

DISCUSSÃO

No início de experiência com colecistectomia laparoscópica os pacientes cirróticos eram considerados como contra-indicação relativa, pelo risco de morbi-mortalidade pós-operatória maior que na população geral (1,3,4). Atualmente, vários estudos demonstram que este método é seguro para essa população, com resultados semelhantes ao dos pacientes em geral (1,4,6,7).

As vantagens da técnica laparoscópica incluem menor perda sangüínea, redução das complicações pós-operatórias (especialmente ascite), redução do tempo cirúrgico e do período de internação e menos dor (5,6). Entre as vantagens atribuídas ao método laparoscópico em relação à laparotomia estão o menor risco de insuficiência hepática pós-operatória, de hérnias incisionais, de deiscência e de septicemia (1,4,7).

Tabela 1 – Características dos pacientes

n	Sexo	Idade (anos)	Child	Etiologia da cirrose	Diagnóstico da cirrose	Presença de HP	Internação (dias)	Comorbidades	Complicações no pós-operatório
1	M	57	B	Vírus C	Pré-operatório	Varizes e esplenomegalia	10	DM II, HAS	Ascite
2	F	48	A	Vírus C	Pré-operatório	Varizes	01	Obesidade	–
3	F	53	A	Vírus C	Pré-operatório	Varizes	01	–	–
4	F	62	A	Vírus C	Pré-operatório	Varizes e esplenomegalia	01	HAS	–
5	F	60	A	Álcool	Pré-operatório	–	01	–	–
6	M	54	A	Idiopática	Intra-operatório	–	01	–	–
7	F	48	A	Vírus C	Pré-operatório	–	02	DM II	Ascite
8	F	57	A	Vírus C	Intra-operatório	–	01	–	–
9	F	51	A	Vírus B	Pré-operatório	Varizes	02	DM II, HAS	Ascite
10	M	58	A	Idiopática	Intra-operatório	–	01	DM II	–
11	F	62	A	Vírus C	Pré-operatório	Varizes	01	–	–

HP; hipertensão portal.

Tabela 2 – Provas de função hepática

n	TP (s)	TGO/TGP (U/L)	Plaquetas (103/ul)	GGT (U/L)	BT (mg/d)	FA (U/L)
1	16,6	47/45	82	118	12,0	137
2	14,8	52/47	60	86	0,9	96
3	16,2	71/54	96	64	1,2	102
4	13,8	36/28	114	57	1,0	116
5	12,8	34/30	120	96	0,9	86
6	12,0	25/21	180	23	0,6	57
7	13,6	51/43	92	36	1,2	112
8	12,1	48/36	118	20	1,0	46
9	12,6	44/39	89	81	1,1	81
10	12,0	30/23	140	14	0,8	52
11	13,2	56/51	86	32	1,4	104

TP, tempo de protrombina; TGO, transaminase glutâmico-oxaloacética; TGP, transaminase glutâmico-pirúvica; GGT, gama-glutamiltranspeptidase; BT, bilirrubina total; FA, fosfatase alcalina

A mortalidade de colecistectomia em cirróticos é bem maior que na população em geral, entretanto varia de acordo com a função hepática, podendo ser de 0,1% para indivíduos Child A e de até 27% nos Child C (1,4,6).

Nosso estudo, entretanto, demonstra que a técnica laparoscópica pode ser utilizada com segurança, com pequena morbidade e mortalidade nula. Vale salientar que para esses pacientes em especial, a conversão deve ser considerada precocemente, pois não suportam sangramento excessivo nem lesão de estruturas do pedículo hepático. Nossa única conversão ocorreu pela impossibilidade de identificação clara dos elementos do pedículo. Três pacientes apresentaram ascite no pós-operatório, que necessitou tratamento prolongado com diuréticos até a resolução do problema.

Neste trabalho observamos que a colecistectomia laparoscópica pode ser segura em pacientes com função hepática, podendo ser considerada o procedimento de escolha para os mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GUGENNHEIN J. CASACCIA M, MAZZA D, et al. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patiens. HPB Surg, 1996; 10:79-82.
2. CARNERIUO D ALBUQQERQUE L, PEROSA DE MIRANDA M, GENZINI T, et al. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patiens.Sug Laparosc Endosc, 1995; (5)4 : 272-276.
3. SAEKI H, KORENAGA D, YAMAGA H, et al. A comparison of laparoscopic and open cholecystectomy for patiens with cirrhosis. Surg Today, 1997; 27: 411-413.
4. POGGIO JL, ROWLAND CM, GORES GJ, et al. A comparison of laparoscopic and open cholecystectomy in patiens with compensated cirrhosis and symptomatic gallstone disease. Surgery 2000, Apr; 127(4): 405-411.
5. FERNANDES NF, SCHWESINGER WH, HILSENBECK SG, et al. Laparoscopic cholecystectomy and cirrhosis: a case-control study of outcomes. Liver Transpl 2000, May; 6(3) :340-344.
6. SLEEMAN D, NAMIAS N, LEVI D, et al. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patiens. J Am Coll Surg,1998, Oct; 187(4) :400-403.
7. JAN YY, CHEN MF. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. Hepatogastroenterology, 1997, Nov-Dec; 44(18): 1584-1587.
8. LAUSTEN S, EL-SEFI T, MARWAN I, et al. Postoperative hepatic catabolic stress response in patients with cirrhosis and chronic hepatitis. Wordl J Surg, 2000, Mar; 24(3): 365-371.
9. McMAHON AJ, FISCHBACHER CM, FRAME SH, et al. Impact of laparoscopic cholecystectomy: a population-based study. Lancet, 2000, Nov 11; 356(9242): 1632-1637.
10. ISAM SM, ISMAIL AA, MOHAMED I, et al. Laparoscopic cholecystectomy in patientes with bilharzial portal hypertension. JSLS, 2000, Apr-Jun; 4(2): 155-157.
11. THOMSON MH, BENGER JR. Cholecystectomy, conversion and complications. HPB Surg, 2000, Aug; 11(6): 383-388.
12. BIONDO EF, THOMSON JC. Cost, morbidity and mortality in open and video-laparoscopic cholecystectomy: a comparative analysis. ABCD Arq Bras Cir Dig, 2001, Dez; 14(4): 178-181.