
ESTENOSE CICATRICIAL DOS DUCTOS BILIARES

PLINIO BOVE *

A estenose da via biliar principal conseqüente a lesão cirúrgica acidental, ocorrida no decurso de intervenção sôbre as vias biliares ou estômago e duodeno, constitui, pela sua freqüência e gravidade, uma das mais importantes afecções iatrogênicas.

O problema, pela sua magnitude, tem preocupado todos os que se dedicam à cirurgia biliar e esta preocupação se traduz na busca de meios mais eficientes de profilaxia e de correção da lesão biliar. Embora a incidência desses acidentes varie de um Serviço para outro e ainda que se leve em conta a possibilidade de melhores resultados, quando a correção é feita por cirurgião de grande experiência e capacidade técnica, é fora de dúvida que a lesão do colédoco constitui quase sempre, para o doente, um trágico evento; muitos desses pacientes ficarão sujeitos a intolerável sofrimento físico e mental, permanente incapacidade para uma vida útil e ativa, além de variável encurtamento do tempo de vida. Concordamos com Hess¹⁵, que calculou em 7 anos a sobrevida média desses pacientes. A dificuldade ou mesmo a impossibilidade de correção satisfatória da lesão justifica a preocupação dos autores que procuram alertar os cirurgiões mais jovens sôbre os riscos da cirurgia biliar e as funestas conseqüências de seus acidentes.

CLASSIFICAÇÃO

As estenoses cicatriciais do hepatocolédoco podem ser totais ou parciais, com ou sem perda de substância, com ou sem fístula externa, interna ou mista.

A complicação mais séria da estenose do colédoco é a infecção biliar.

A conseqüência mais grave desta condição é o comprometimento do parênquima hepático e o cortejo das alterações regionais e gerais que o acompanham. Geralmente, êstes pacientes morrem em conseqüência de insuficiência total da glândula, hemorragias ou insuficiência renal aguda.

Nas estenoses completas, geralmente devidas a ligadura do canal, pode ou não haver perda de substância. A retenção total e permanente da bile acarreta rapidamente lesão hepática grave, que tende para a irreversibilidade. Se o escoamento biliar não fôr restabelecido em tempo hábil, o paciente morre no

* Professor Assistente do Departamento de Cirurgia, 3.ª Divisão (Prof. Eurico da Silva Bastos) da Faculdade de Medicina de S. Paulo, Universidade de S. Paulo.

fim alguns meses. A coexistência de infecção biliar agrava o quadro clínico e encurta o tempo de vida.

Se a estenose não é completa ou se o é apenas intermitentemente, em virtude do edema da zona estenosada, o paciente pode suportar seu estado por tempo mais longo, desde que não coexista infecção biliar. Nos casos infectados, ainda que a estenose seja apenas parcial, é de se esperar decurso mais grave e mais rápido da doença; a colangite pode assumir, nestes casos, caráter maligno e levar o parênquima hepático a rápida deterioração, com repercussão sobre o resto da economia.

A existência de fístula biliar, complicando a estenose, parece favorecer o advento de infecção e nestas condições, constitui um fator agravante.

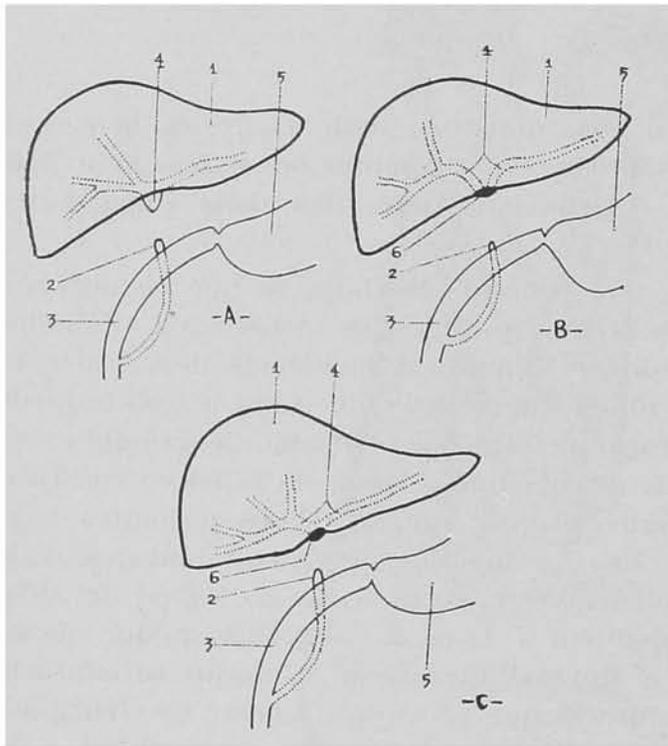


Fig. 1 — Principais tipos de estenose cicatricial do colédoco consequentes à lesão com perda de substância. 1: fígado, 2: colédoco, 3: duodeno, 4: hepáticos, 5: estômago, 6. fibrose do hilo. Em A — côto hepático longo, extra-hilar, permitindo reconstrução satisfatória do trânsito biliar, quer por hepático-coledocostomia, quer por anastomose biliodigestiva. B — estenose dos hepáticos direito e esquerdo. C — estenose do côto hepático intra-hilar. Nos casos B e C a anastomose do côto hepático incluído em ganga fibrótica e situada dentro do hilo hepático, as recidivas são freqüentes.

A lesão cirúrgica da qual resultou a estenose pode ser de diversos tipos: o canal é ligado ou seccionado total ou parcialmente. Nestes casos, não há perda de substância do hepatocolédoco. Outras vezes, o cirurgião resseca acidentalmente extensão variável do canal, ligando ou não uma ou ambas as extremidades remanescentes. A gravidade da lesão depende, até certo ponto, da extensão do canal ressecado (fig. 1). Em nossa experiência, os casos menos favoráveis ao tratamento corretivo são aqueles geralmente consequentes a operação sobre as vias biliares, em que houve perda de substância, dando como resultado um côto hepático proximal, situado junto ou mesmo dentro do hilo hepático. Incluem-se nesta categoria, é claro, os casos em que a secção interessou os hepáticos direito e esquerdo. Os problemas cirúrgicos postos por este tipo de lesão são geralmente de solução difícil e seus resultados quase sempre precários. A recidiva da

estenose obriga a intervenções iterativas, que concorrem para o agravamento do prognóstico.

MECANISMOS DE PRODUÇÃO DAS LESÕES CIRÚRGICAS DO HEPATOCOLÉDOCO

Os autores que estudaram o problema da estenose coledociana têm se preocupado em estabelecer as possíveis causas de acidente. Muitos são de opinião que a causa mais freqüente reside na incompetência do cirurgião em realizar

operações sobre as vias biliares²⁵. Na maioria dos casos, a lesão resulta de falha técnica e poderia ser evitada⁵. Contudo, não acreditamos que isto constitua demérito para o cirurgião, visto que o acidente tem acontecido mais freqüentemente com cirurgião de reconhecida competência^{11, 18, 21}, embora se lhes possa criticar o ocorrido.

Em muitos casos, condições anatômicas devidas a anomalias congênitas ou distorsão provocada pelo processo patológico podem constituir elementos coadjuvantes, mas sem dúvida não é pequeno o número de lesões do colédoco em pacientes em que a disposição anatômica habitual se acha conservada¹⁰. Incisão pequena com dificuldade de acesso ao campo operatório ou insuficiência das instalações cirúrgicas também devem ser lembradas como elementos responsáveis. O fato de numerosos casos de lesão do colédoco passarem despercebidos no decurso da operação e só serem reconhecidos no pós-operatório, levam a pensar que muito provavelmente a exposição do campo cirúrgico ou a iluminação não foram adequados.

Entre as disposições anatômicas menos habituais, que devem ser prontamente reconhecidas e constituem motivo de cautela nas manobras cirúrgicas, podemos citar os trajetos anômalos das artérias cística e hepática (hepática direita, principalmente), as anomalias de trajeto e junção dos hepáticos direito, esquerdo e hepatocolédoco, e especialmente as anomalias de relação da vesícula, cístico e hepatocolédoco. Em certo número de casos, o cístico, muito longo, envolve o colédoco por um trajeto espiralado, indo desembocar na face medial deste último; outras vezes trata-se de cístico muito curto ou mesmo de vesícula séssil.

A disposição anatômica dos vasos e canais do pedículo hepático apresentam grande número de variações e é impossível descrevê-las pormenorizadamente. Como corolário prático deste fato, o cirurgião deve estar alerta sempre que se defrontar com disposição não habitual. A dissecação cuidadosa e minuciosa do pedículo torna-se aqui imperativa e nenhuma estrutura deve ser pinçada ou seccionada antes da completa e correta identificação de todos os elementos (arteriais e canaliculares) do pedículo hepático.

Tivemos oportunidade de fazer operação corretiva em um paciente que sofrera lesão do colédoco em virtude de anomalia rara. Era portador de dilatação cística do colédoco não reconhecida no colecistograma (fig. 2) e nem durante a operação. O cirurgião, julgando ser uma malformação (provavelmente da vesícula), ressecou-a juntamente com a vesícula e tomou o colédoco como sendo o cístico (fig. 3). Embora rara, a dilatação cística do colédoco não deve ser esquecida a fim de evitar acidentes.

Os processos inflamatórios intensos, com profusas e firmes aderências, as deformações patológicas da vesícula biliar, a existência de fístulas entre os canais biliares ou destes com o tubo digestivo, são igualmente elementos que obrigam a maior cautela nas manobras cirúrgicas. Especial referência deve ser feita em relação às inflamações agudas da árvore biliar. A colecistite aguda pode ser responsabilizada como fator de lesão do colédoco em número proporcionalmente grande de casos. Nestes casos, o cirurgião, se a circunstância assim o exige, não deve, por temor a crítica, querer retirar a vesícula a qualquer preço. É preferível contentar-se com uma colecistostomia e deixar a colecistectomia para um segundo tempo.

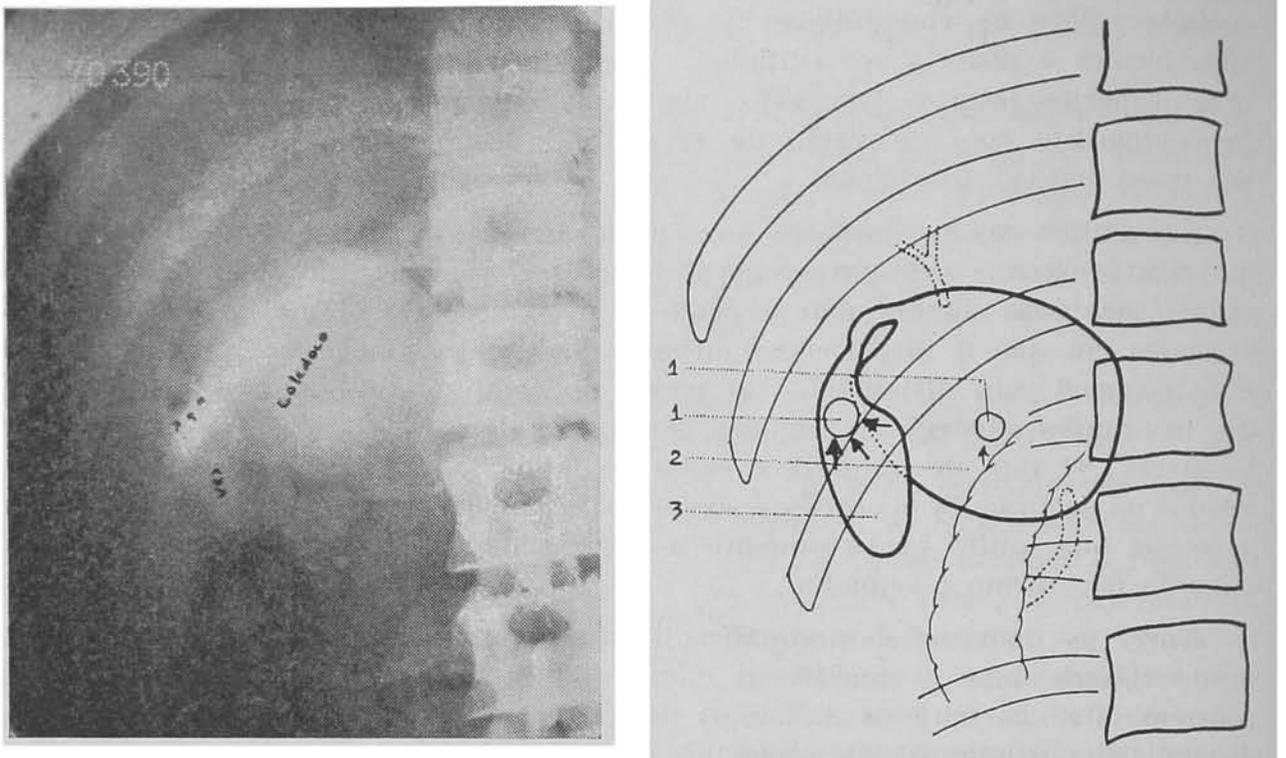


Fig. 2 — Colecistografia: dilatação cística do colédoco. Há um cálculo na vesícula e outro no colédoco. À direita, esquema da colecistografia. 1: cálculo, 2: cisto do colédoco, 3: vesícula.

As retrações do pedículo hepático provocadas por úlceras duodenais crônicas, podem levar à lesão do colédoco no decurso da liberação do duodeno.

A lesão do colédoco pode resultar da falta de visibilidade devida a hemorragia profusa do leito vesicular (dissecção fundo-cística da vesícula) ou por

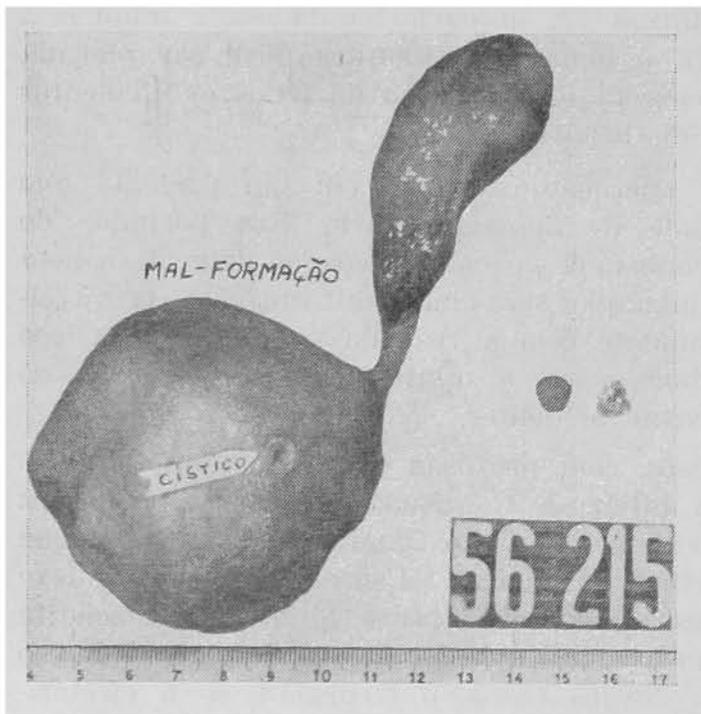


Fig. 3 — Peça cirúrgica. A vesícula e o colédoco (cisto) foram ressecados. O colédoco dilatado foi tomado por malformação vesicular e o colédoco normal foi tomado pelo cístico.

lesão da artéria cística, hepática direita ou mesmo hepática comum. O pinçamento às cegas do pedículo hepático com o fim de deter a hemorragia pode lesar a via biliar principal. Tivemos oportunidade de reoperar um caso em que o cirurgião só conseguiu obter a hemostasia pinçando o pedículo com um *clamp*, que permaneceu *in situ* por alguns dias; depois de retirado o *clamp*, verificou-se que o colédoco se achava estenotado.

Nos casos de hemorragia do pedículo hepático, antes de se tentar pinçar o vaso responsável, deve-se empregar a manobra clássica, que consiste no pinçamento digital do pedículo hepático a fim de comprimir a artéria hepática.

Só depois de obtida a parada temporária do sangramento é que o cirurgião tenta identificar, pinçar e ligar o vaso lesado. O método de West (cit. por Lilly¹⁰) parece ainda melhor, visto que é o auxiliar que comprime o pedículo, introduzindo o dedo indicador no foramen de Winslow através

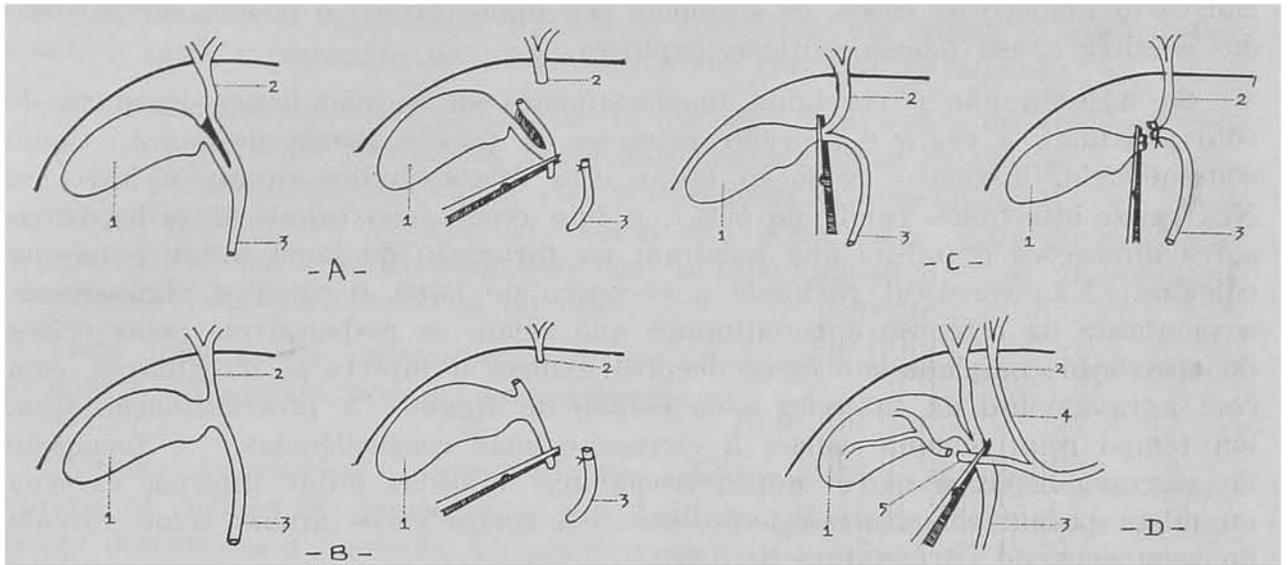


Fig. 4 — Esquema das lesões mais frequentemente produzidas e da disposição anatômica correspondente. 1: vesícula, 2: hepático, 3: colédoco, 4: artéria hepática, 5: artéria cística. Em A — cístico e hepático paralelos, intimamente unidos por tecido conectivo e peritônio; B — vesícula sessil; C — cístico curto e a tração exagerada sobre a vesícula distorceu a disposição anatômica dos canais; D — pinçamento às cegas do pedículo hepático em caso de hemorragia da artéria cística.

do epíploon gastro-hepático; isto permite liberdade de ação ao cirurgião, que fica com ambas as mãos livres.

As ilustrações (fig. 4) exprimem com mais clareza que as palavras os mecanismos mais frequentes pelos quais o hepatocolédoco é lesado.

Para terminar, devemos dar maior ênfase à colangiografia operatória na prevenção dos acidentes cirúrgicos e no seu reconhecimento imediato, caso eles aconteçam. De fato, a colangiografia permite reconhecer as estruturas anômalas (fig. 5), dando, assim, maior segurança ao cirurgião nas manobras de dissecação do pedículo. Quando os canais são lesados, o seu reconhecimento pela colangiografia permite imediata correção, o que, sem dúvida, beneficia o paciente^{2, 14}.

QUADRO CLÍNICO. EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

O diagnóstico de lesão do colédoco, quando não realizado durante a operação, pode ser estabelecido facilmente

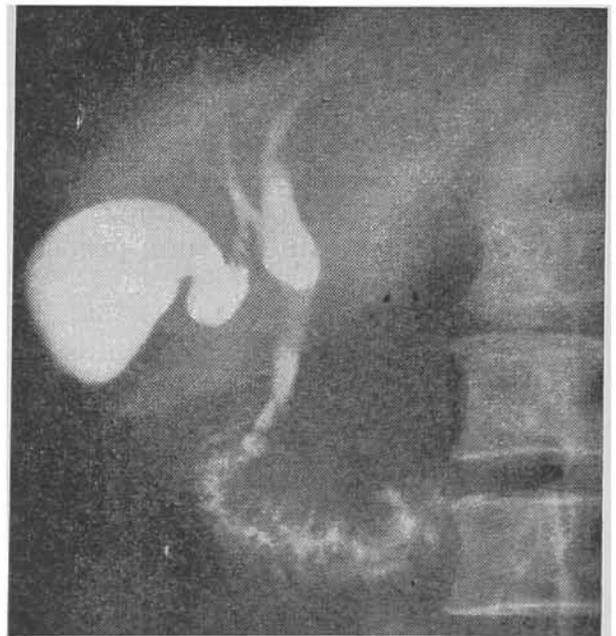


Fig. 5 — Colangiografia mostrando o cístico desembocando no hepático direito, que poderia ser tomado pelo primeiro canal e assim seccionado e ligado.

no pós-operatório imediato. O principal sintoma é a icterícia, muito precoce na estenose total (ligadura) e menos precoce nas estenoses parciais. Em certos casos, sobreveem coleperitônio, por escape de bile na cavidade; quando a cavidade é drenada, a saída de bile para o exterior é suficientemente eloqüente. Em certo número de casos, os sintomas são mais tardios e podem ser atribuídos a outra causa (coledocolitíase, papilite).

Se a lesão não é corrigida imediatamente ou se não houve ligadura do coto proximal, a regra é sobrevir estenose da porção lesada do canal. Como consequência, instala-se retenção biliar com dilatação dos canais e icterícia. Nos casos infectados (mais de 50%), a bile retida nos canais intra-hepáticos sofre alterações químicas que resultam na formação de lama biliar e mesmo cálculos. Não constitui raridade o encontro de lama e cálculos pigmentares a montante da estenose e acreditamos que sejam os responsáveis pelas crises de obstrução completa que êsses doentes exibem a intervalos irregulares, com com agravamento da infecção e do estado do fígado. A procrastinação leva, em tempo relativamente curto, à cirrose e suas consequências. A formação de abscesso hepático não é muito freqüente. Fístulas biliar interna, externa ou mista podem complicar a lesão, mas em certos casos atuam como válvula de segurança do parênquima hepático.

Em cêrca de metade dos casos em que se faz a correção imediata, a estenose se instala em tempo variável²⁵. A recidiva da estenose é freqüente nos casos corrigidos secundariamente, de modo que êsses doentes são obrigados a se submeter a mais de uma operação corretiva.

Nos casos antigos, é da máxima importância averiguar o estado do fígado e da circulação portal.

Quando as provas de função hepática revelam sofrimento do parênquima, o caso deve ser considerado de prognóstico reservado. São pacientes que suportam mal o ato cirúrgico e que, não raro, a êle sucumbe.

O estado do sistema porta é, também, de grande interêsse. A hipertensão portal por bloqueio hepático pode ocasionar hemorragias, que se tornam gravíssimas, devido aos distúrbios da coagulação sangüínea consequentes à lesão hepática.

É da máxima importância não só uma correta avaliação do estado do paciente, como também um preparo minucioso para o ato cirúrgico.

TRATAMENTO

O tratamento da estenose cicatricial do colédoco deve ter como principal objetivo o restabelecimento de um trânsito fácil da bile para o tubo digestivo. Como bem diz Hepp¹³, o operador deve se preocupar mais em estabelecer uma função (escoamento da bile para o intestino) do que reconstituir um canal. Qualquer método cirúrgico que atinja êste objetivo e que não mostre tendência para recaída, pode ser considerado bom. Aliás, as estatísticas demonstram que todos os métodos cirúrgicos empregados na correção da estenose, apresentam um certo número de recidivas. Por outro lado, em virtude das condições locais, nem sempre é possível o uso de determinado método, e

cabe ao cirurgião decidir qual o mais adequado para cada caso particular. É possível que muitos fracassos reconheçam esta origem: o emprêgo de método, que pode ser bom para certos casos, mas que é inadequado para outros. É difícil estabelecer teóricamente os métodos mais indicados para cada caso; a experiência e a capacidade técnica e científica do cirurgião constituem, talvez, o melhor elemento de orientação e de garantia de sucesso.

Os numerosos métodos cirúrgicos de correção das lesões do colédoco propostos até o presente podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) plástica; b) reconstituição do canal por anastomose término-terminal. c) anastomose do colédoco ou do hepático comum com o estômago, duodeno e jejuno; d) anastomose do hepático esquerdo com o tubo digestivo; e) emprêgo de próteses; f) derivação externa da bile.

Cada uma dessas categorias comporta diversos métodos, de popularidade variável e resultados nem sempre comparáveis.

Métodos de plástica — São indicados nos casos de lesão lateral do canal, geralmente incisão ou pinçamento por ligadura. Consistem em diversas manobras destinadas a restituir o calibre normal do conduto. O emprêgo destes é raro, visto que sua maior indicação é nos casos de incisão acidental, descoberta no ato cirúrgico e nos quais a maioria dos cirurgiões se contenta com a introdução de uma sonda de Kehr. Os resultados são, quase sempre, muito bons. Nos casos em que a lesão não foi descoberta na operação e dela resultou estenose com fibrose cicatricial, a plástica raramente é feita, visto ser necessário ressecar a zona tomada pelo tecido fibroso, ou seja, um segmento do canal. Viikari²⁸ relata 5 casos em que êste método foi usado com resultados satisfatórios em 3 e maus em 2.

Anastomose término-terminal do hepatocolédoco — Nas secções completas ou nas lesões com pequena perda de substância, ou ainda nas estenoses localizadas de colédoco, a melhor indicação^{5, 6, 7, 8, 31} é a anastomose direta dos côtos hepático e coledociano, desde que o método seja exequível. Condição indispensável para a sua execução: sutura feita em tecido são, ou pelo menos livre de fibrose, ausência de tensão sôbre as suturas, compatibilidade do calibre dos côtos a serem anastomosados.

Discute-se se a anastomose deve ou não ser feita sôbre sonda modeladora^{7, 20}, assim como o tempo de permanência da mesma. Em nossa experiência, o emprêgo de sonda para calibrar o canal e diminuir a tensão intracanalicular não traz inconveniente, desde que o ramo emergente do T não fique na linha de sutura e desde que sua permanência não seja prolongada. Quando não se usa sonda, o resultado é geralmente bom, caso a sutura seja perfeitamente estanque e não haja escape de bile nos tecidos pericoledocianos. Todos conhecem a ação esclerosante dos sais biliares.

Nossa experiência nos leva a crer que as principais condições de êxito desta operação são, além do apuro técnico, a possibilidade de se dispor de côto proximal suficientemente longo, a fim de que a sutura não seja feita junto do hilo ou no seu interior. Nesta região, instala-se fãcilmente intensa fibrose, que acaba por englobar e comprimir o canal.

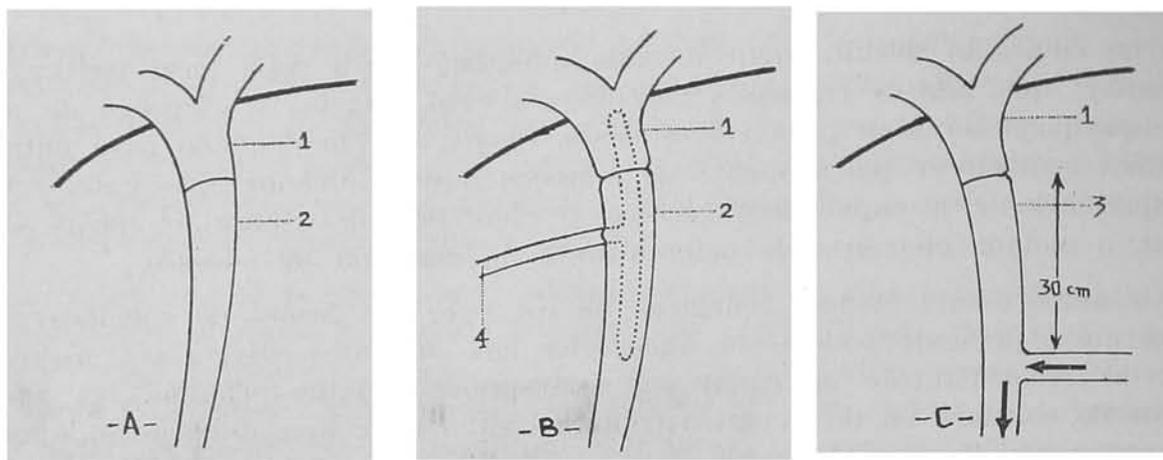


Fig. 6 — Reconstituição do trânsito biliar em caso de côto proximal longo e situado fora do hilo hepático. 1: hepático, 2: colédoco, 3: jejuno, 4: sonda de Kehr. Em A e B — hepático-coledocostomia sem ou com o uso de sonda modeladora; C — hepático-jejunosomia à Roux. O côto hepático longo, além de facilitar a reconstituição do trânsito, não é propício a recidiva.

A recidiva da estenose ao nível da sutura é bem menos freqüente se o canal não é muito fino e se o côto proximal é suficientemente longo para permitir que a sutura fique situada no espaço entre o duodeno e o hilo hepático (fig. 6).

Em muitos casos, torna-se difícil encontrar os côtos a serem anastomosados. Nesta eventualidade, o emprêgo da colangiografia operatória é de grande auxílio: com agulha fina, punciona-se o hilo hepático procurando dirigir a agulha para o lugar onde mais provàvelmente se encontra a confluência dos hepáticos direito e esquerdo (fig. 7). Pode-se, também, tentar puncionar um

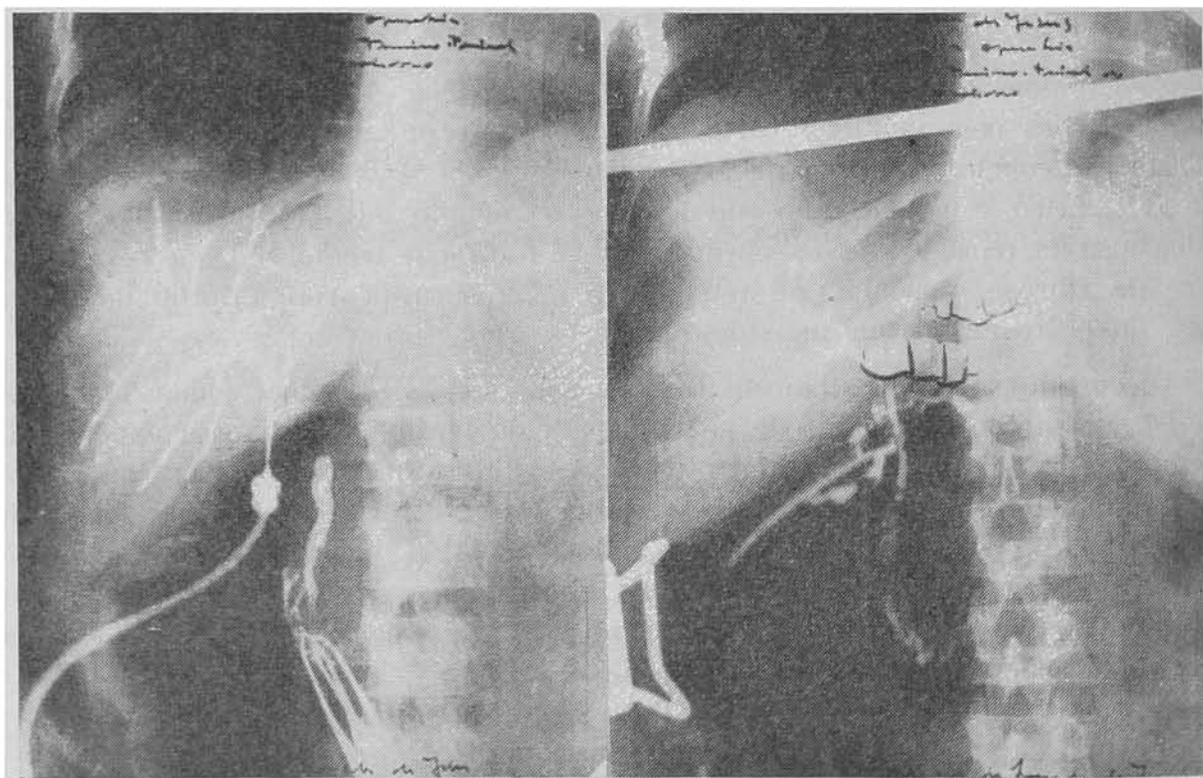


Fig. 7 — Colangiografia operatória à esquerda. Visualização da árvore intra-hepática por punção do hepático junto ao hilo e do côto coledociano por cateterismo retrógrado transpapilar. À direita, colangiografia após hepático-coledocostomia do mesmo caso.

dos hepáticos ou seus ramos (fig. 8). Se a árvore biliar intra-hepática está dilatada, a agulha penetra facilmente em um canal biliar, o que se traduz pela saída imediata de bile ou de líquido incolor (bile branca) se a obstrução é relativamente antiga. Injeta-se, então, o contraste em quantidade suficiente para opacificar todo o sistema canalicular intra-hepático. A radiografia obtida nestas condições nos indica com precisão o calibre e a situação dos canais, assim como o nível da estenose e eventual existência de cálculos intra-hepáticos. Com êste auxílio, é fácil localizar o ponto estenosado. Em seguida, tenta-se localizar o côto distal, o que pode ser feito tomando o gânglio paracoledociano como referência⁶ ou por duodenotomia e cateterismo retrógrado do colédoco distal. Se o côto coledociano distal não está obliterado, se o seu calibre e o seu comprimento são convincentes, procede-se à anastomose término-terminal dos canais biliares, obedecendo os princípios de técnica referidos anteriormente (fig. 7).

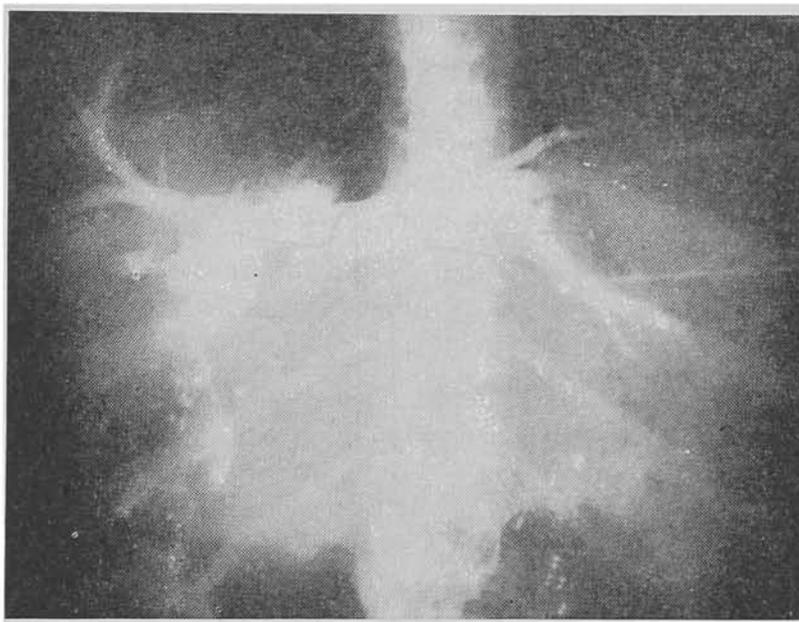


Fig. 8 — Colangiografia transparieto-hepática por punção do hepático esquerdo em um caso de estenose cicatricial do colédoco.

Anastomose biliodigestiva — Se a anastomose do hepático com o colédoco não é exequível ou se sua execução não apresenta condições satisfatórias, é preferível optar pela anastomose biliodigestiva.

São múltiplas as modalidades técnicas empregadas na execução dêste tipo de anastomose. Do lado biliar utiliza-se o colédoco ou, na maioria das vezes, o hepático, e, do lado digestivo, o estômago, o duodeno²⁹ ou o jejuno proximal^{1, 9}.

A não ser em condições especiais, damos preferência à anastomose com o jejuno, pelo método de Roux, isto é, alça jejunal isolada em Y.

A utilização do estômago nas anastomoses biliodigestivas é excepcional, de modo que encararemos aqui apenas as anastomoses do colédoco ou do hepático comum ou ainda dos hepáticos direito e esquerdo com o duodeno e o jejuno.

A anastomose do hepatocolédoco com o duodeno geralmente apresenta maior facilidade de execução, devido à situação dessas vísceras. Ela pode ser látero-lateral, término-lateral ou término-terminal (casos de gastrectomia a Billroth II). Millbourn²² advoga a anastomose término-lateral, sem sonda modeladora, que, na sua opinião, é superior aos outros métodos.

Nossa experiência não tem sido das mais felizes com a bilioduodenostomia. A evolução mediata da maioria dos nossos casos foi marcada por freqüentes

surtos de colangite, quase sempre graves, e a sobrevida foi, em geral, mais curta que com os outros métodos. Acreditamos poder responsabilizar por essa evolução a penetração de fermentos pancreáticos ativos na árvore biliar. A inflamação assim provocada favorece não só a recidiva da estenose, como também a infecção secundária. Esse ponto de vista parece se coadunar com o fato de serem bem suportadas as anastomoses com o duodeno nos casos de carcinoma da cabeça do pâncreas, em que o suco pancreático não atinge o duodeno ou o faz em pequena escala.

A anastomose com o jejuno pode ser término-lateral, término-terminal ou látero-lateral²⁷. Se o côto hepático é fino e, portanto, de calibre desproporcional ao do intestino, deve-se preferir, por razões técnicas, a modalidade tér-

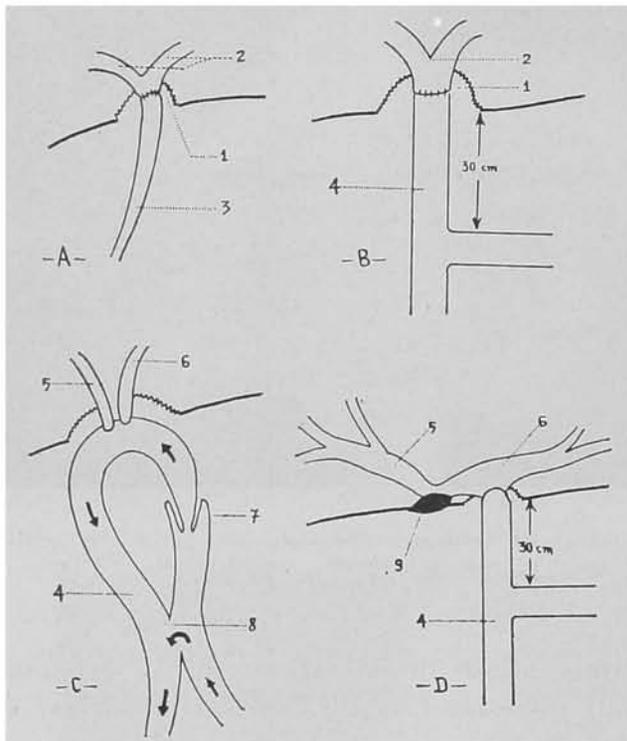


Fig. 9 — Reconstituição do trânsito biliar em casos em que o côto hepático é curto e situado dentro do hilo. 1: hilo hepático, 2: hepáticos, 3: colédoco, 4: jejuno, 5: hepático direito, 6: hepático esquerdo, 7: válvula tipo Maydl, 8: enteroenterostomia, 9: fibrose. Em A — hepático-coleodocostomia; B — hepático-jejunosomia à Roux; C — anastomose independente, término-lateral, dos hepáticos direito e esquerdo com alça jejunal desfuncionalizada; D — anastomose látero-terminal do hepático esquerdo com alça jejunal isolada. Nos casos figurados neste esquema os canais foram libertados do parênquima hepático, o que favorece a recidiva, conseqüente à proliferação de tecido fibroso.

situação antiperistáltica. Acredita esse autor que o antiperistaltismo evita a separação dos côtos anastomosados; êste fato ocorreria devido à tração exercida pelo peristaltismo intestinal. Em nossa opinião, basta ancorar a alça na face inferior do fígado para neutralizar o efeito tracionante do peristaltismo.

Quando a lesão interessa ambos os hepáticos, a situação torna-se mais difícil. Êste tipo de lesão pode ocorrer quando a junção dos hepáticos é baixa

mino-lateral. Se o côto hepático apresenta calibre aproximado ao do jejuno, a preferência deve cair no método término-terminal. Nas anastomoses término-terminais, a alça jejunal acha-se obrigatoriamente desfuncionalizada, desde que se isole um segmento não inferior a 30 cm (fig. 6-C). Nas anastomoses término-laterais, a alça jejunal deve ser desfuncionalizada por meio de uma êntero-entrostomia, com ou sem interrupção do trânsito da alça aferente entre a êntero-entrostomia e a anastomose (fig. 9-C).

Na maioria das vêzes, o método término-terminal pode ser executado. Seu resultado é geralmente satisfatório³, desde que sua execução se atenha rigorosamente à boa técnica. A anastomose pode ser feita sôbre sonda^{1, 16}. Se o calibre do hepático é suficientemente amplo para justificar êste tipo de operação, julgamos que seus resultados serão bons, desde que, situada fora do hilo hepático, a sutura seja bem executada e não haja extravasamento de bile (fig. 6-C). Millbourn²² aconselha, nestes casos, interpor, entre o côto hepático e o jejuno, um segmento jejunal em

e extra-hilar ou então, se o hepatocolédoco estava sendo fortemente tracionado no momento da lesão; nestes casos, o problema torna-se muito mais sério, em virtude da retração dos côtos para dentro do hilo, assim que a secção se consuma. São as seguintes as variações da técnica de anastomose, neste tipo de lesão: a) anastomose látero-lateral de ambos os hepáticos, de modo a criar um novo canal hepático que será anastomosado ao duodeno ou ao jejuno; b) anastomose do hepático direito com o colédoco e do hepático esquerdo com o jejuno; c) anastomose término-lateral independente de cada hepático com o jejuno³⁰ (fig. 9-C).

Se o côto hepático é curto e situado dentro do hilo, torna-se necessário ressecar o parênquima circundante, a fim de liberar o canal em extensão satisfatória à execução da anastomose. Esta manobra, quando factível, não é isenta de perigos e sua execução pode apresentar dificuldades, em virtude das alterações anatômicas do fígado conseqüentes à própria doença (fig. 9-B).

A não ser que se disponha de hepáticos situados fora do hilo ou de comprimento adequado, é de se esperar resultado precário para êste tipo de operação.

Devemos mencionar, ainda, as lesões isoladas do hepático direito. A correção pode ser feita por meio de anastomose com o hepatocolédoco ou melhor ainda, com o jejuno.

Anastomose biliodigestiva, utilizando o hepático esquerdo ou seus ramos — Quando a estenose se assesta logo abaixo da confluência dos hepáticos direito e esquerdo e se acha englobada em ganga fibrosa de difícil dissecação, a utilização de tal côto hepático é desaconselhável. De fato, a fibrose que invade as paredes do canal constitui fator quase certo de recidiva da estenose. A operação, além de difícil e arriscada, apresenta pouca ou nenhuma probabilidade de sucesso e, nessa circunstância, é preferível anastomosar o hepático esquerdo ou seus ramos com o tubo digestivo. A integridade anatômica dos canais que vão ser utilizados para a anastomose torna menos provável a recidiva da estenose.

Não é necessário dar maior ênfase à importância da colangiografia operatória na indicação dêste método. Só por meio do exame radiológico da árvore biliar é que podemos ter certeza do calibre do hepático esquerdo e suas ramificações, sua topografia e da permeabilidade de sua comunicação com o hepático direito (figs. 10 e 11).

A anastomose pode ser feita pelo método de Longmire, que resseca parte do lobo esquerdo do fígado, a fim de expor os canais, ou então por meio de anastomose do hepático esquerdo junto à sua confluência com o hepático direito. O método de Longmire raramente é utilizado e sua indicação é excepcional.

A anastomose do tronco do hepático esquerdo com uma alça intestinal utilizada por Hepp e Couinaud¹⁴, Hultén¹⁷ e outros, embora não seja método de uso generalizado em todos os Serviços Cirúrgicos, apresenta vantagens que ainda não foram bem exploradas pelos cirurgiões (fig. 9-D).

O acesso a essa porção do hepático esquerdo, ao nível do lobo quadrado, pode ser sempre conseguido²⁶, desde que êsse lobo seja liberado de suas

conexões com o pequeno omento e o conetivo do hilo. Afastado o lobo quadrado, o hepático pode ser facilmente abordado, permitindo a execução das necessárias manobras cirúrgicas destinadas à consecução da anastomose. Esta pode ser látero-lateral ou, melhor ainda, látero-terminal, com uma alça jejunal isolada em Y. A vantagem do método, se as condições anatômicas o tornam factível, consiste no fato de se realizar uma operação com tecido são e assim menos sujeito a recidiva. É claro que o apuro técnico é indispensável para a boa execução da operação, de modo a impedir a deiscência da sutura ou o extravasamento da bile e pela linha da anastomose.

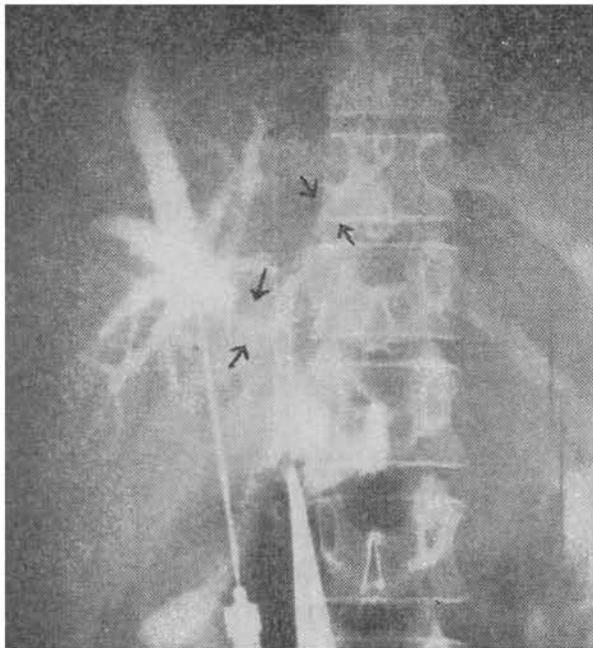


Fig. 10 — Colangiografia dos canais hepáticos do lobo direito. A estenose interessava a junção de ambos os hepáticos, separando-os.



Fig. 11 — Aspecto colangiográfico final da reconstrução no caso da figura 10. Anastomose ampla do hepático esquerdo com o jejuno. Estenose ao nível do hepático direito.

Emprêgo de prótese — Tôdas as tentativas de constituir um canal à custa de um trajeto fistuloso fracassaram completamente. O emprêgo de próteses, constituídas por tubos de borracha, vitalium e plásticos diversos, revestidas ou não por tecidos, para ficarem permanentemente ligando a árvore biliar ao intestino, também resultou negativa. Ainda recentemente²³ as tentativas com tubos de *teflon* (politetrafluoretileno), considerada substância quimicamente inativa, redundaram em fracasso relativo e não se mostrou êsse material superior aos outros.

A literatura concernente não nos autoriza a recomendar ou mesmo aceitar o uso de próteses na reconstrução permanente da via de comunicação bilio-digestiva.

Hepaticostomia — Não devemos deixar de dar certo destaque à derivação temporária da bile para o exterior. Esta conduta, que se justifica nos pacientes em precário estado geral e com lesões hepáticas graves, pode ser necessária a fim de permitir o desfôgo do parênquima hepático e favorecer a recuperação indispensável, antes de se tentar algum método definitivo.

Nesses casos, o cirurgião deve procurar traumatizar o menos possível os tecidos, evitar manobras cirúrgicas desnecessárias e proceder de molde a que a intervenção se faça em condições menos lesivas possíveis.

PROGNÓSTICO

A lesão do hepatocolédoco deve ser considerada grave, não só devido aos problemas cirúrgicos por ela gerados, como principalmente pelo seu prognóstico. O exame da literatura mostra que é consenso unânime dos autores considerar a estenose do colédoco como doença de tratamento difícil, perigoso e de resultados, por vêzes, caprichosos. A comparação das diversas estatísticas é, até certo ponto, artificial e infiel, visto que os critérios utilizados para classificar os resultados como bons, satisfatórios, moderados e maus, variam de um autor para outro.

Os fatores que interferem no resultado são múltiplos e podem ser classificados por ordem de importância da seguinte maneira: sítio da lesão, calibre dos canais, capacidade técnica do cirurgião, tempo decorrido entre o acidente e a reparação, infecção, número de operações prévias, reações peculiares do paciente (tendência a fibrose), estado do fígado e dos rins. A proporção em que um destes fatores interfere no tratamento, poderá levar o doente a resultados variáveis. Assim é que uma lesão extra-hilar do hepatocolédoco de calibre aumentado, feita no momento do acidente, com técnica correta, tem todas as probabilidades de dar os melhores resultados. Mas, se se trata de lesão justa-hilar antiga, com recidiva da estenose, envolvida por intenso processo fibroso, complicada de infecção e litíase intra-hepática e com fígado comprometido, raramente se consegue bom resultado, mesmo se a intervenção é perfeitamente planejada e executada.

De um modo geral e levando-se em conta apenas os dados positivos de cada estatística, pode-se afirmar que, decorridos 4 anos do acidente, em média, cerca de 50 % dos pacientes se acham curados e os outros 50% são constituídos de óbitos e resultados precários^{3, 5, 6, 8, 28}.

Pode-se, até certo ponto, aceitar que a permanência de bons resultados por mais de 4 anos, geralmente é definitiva, sendo muito raras as recidivas depois deste lapso de tempo.

BIBLIOGRAFIA

1. ALLEN, A. W. — A method of re-establishing continuity between the bile ducts and the gastro-intestinal tract. *Ann. Surg.*, 121:412-424, 1945.
2. BOVE, P. — Orientação do exame radiológico pré-operatório das vias biliares. *Rev. Med. (S. Paulo)*, 42:181-205, 1958.
3. BUEHLER, H. G. — Benign strictures of the biliary tract. *Amer. J. Surg.*, 103:247-252, 1962.
4. CATTELL, R. B. — Benign strictures of the biliary ducts. *J. Amer. med. Ass.*, 134:235-239, 1947.
5. CATTELL, R. B.; BRAASCH, J. W. — Strictures of the bile duct. *Surg. Clin. N. Amer.*, 38:645-651, 1958.
6. CATTELL, R. B.; BRAASCH, J. W. — Primary repair of benign strictures of the bile duct. *Surg. Gynec. Obstet.*, 109:531-538, 1959.
7. CATTELL, R. B.; BRAASCH, J. W. — Two stage repairs of benign stricture of the bile duct. *Surg. Gynec. Obstet.*, 109:691-696, 1959.
8. CATTELL, R. B.; BRAASCH, J. W. — Repair of benign strictures of the bile duct involving both or single hepatic duct. *Surg. Gynec. Obstet.*, 110:55-60, 1960.
9. COLE, W. H.; IRENEUS, C.; REYNOLDS, I. T. — Strictures of the common duct. *Ann. Surg.*, 133:684-696, 1951.
10. COSMAN, B.; PORTER, N. R. — Benign stricture of the bile ducts. *Ann. Surg.*, 152:730-741, 1960.
11. CRILE, G. — Errors in surgery of biliary tract. *Cleveland Clin. Quart.*, 21:90, 1954.
12. GLENN, R.; McSHERRY, C. K. — Etiological factors in fatal complications following operations upon the biliary tract. *Ann. Surg.*,

- 157:695-704, 1963. 13. HEPP, J. — Tendances actuelles de la chirurgie réparatrice de la voie biliaire principale. Bull. Acad. nat. Méd. (Paris), 145:133-138, 1961. 14. HEPP, J.; COUINAUD, C. — L'abord et l'utilisation du canal hépatique gauche dans les réparations de la voie biliaire principale. Presse méd., 64:947-953, 1956. 15. HESS, W. — Gallengangsplastiken und Gallengangserstz. Leistungen und Ergebnisse der Neuzeitlichen Chirurgie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1958, pág. 243. Cit. por Viikari²⁸. 16. HOLM-NIELSEN, P. — Hepatico-jujunostomy (Roux-en-Y). Acta chir. scand., 119:113-114, 1960. 17. HULTÉN, O. — The left hepatic duct and its usefulness in repair of damage to the common bile duct. Acta chir. scand., 114:355-360, 1957. 18. LANDELIUS, E. — On choledochuskador och deras behandling. Nord. Med., 49:379, 1953. 19. LILLY, G. D. — Discussão do trabalho de Warren, K. W. e MacDonald, W. M. Ann. Surg., 159:1010, 1964. 20. MADDEN, J. L.; McCANN, W. J. — Reconstruction of the common bile duct by end-to-end anastomosis without the use of an internal splint or stent support. Surg. Gynec. Obstet., 112:305-314, 1961. 21. MADSEN, C. M.; SORENSEN, H. R.; TRUELSEN, F. — The frequency of operative bile duct injuries, illustrated by a Danish County survey. Acta chir. scand., 119:110-111, 1960. 22. MILBOURN, E. — Some views on surgical methods in bile duct injuries. Acta chir. scand., 119:113-116, 1960. 23. MYRIN, S. O. — The use of teflon in reconstructive choledochal surgery. Acta chir. scand., 119:118-120, 1960. 24. NORMAN, O. — Cholangiographic demonstration of bile duct injury. Acta chir. scand., 119:109-110, 1960. 25. ROSENQUIST, H.; MYRIN, S. O. — Operative injuries to the bile ducts. Acta chir. scand., 119:92-107, 1960. 26. SAAF, J. — Surgical approach to the bile ducts in the porta hepatis. Acta chir. scand., 119:477-488, 1960. 27. SAYPOL, G. M. — Biliary intestinal anastomosis. A simple, sometimes useful technic. Ann. Surg., 152:103-105, 1960. 28. VIKARI, S. J. — Operative injuries to the bile ducts. Acta chir. scand., 119:83-92, 1960. 29. WALTERS, W. — Surgical lesions of the biliary tract. Arch. Surg., 81:19-31, 1960. 30. WALTERS, W.; ENGEL, S.; RAMSDELL, J. A. — Double hepaticocholedochostomy. Arch. Surg., 82:156-158, 1961. 31. WARREN, K. W.; McDONALD, W. M. — Facts and fiction regarding strictures of extrahepatic bile ducts. Ann. Surg., 159:996-1010, 1964.