

AVALIAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOÃO DEL-REI (MG)

*Omar Tayer**
Larissa de Castro Tayer†
Laila de Castro Tayer‡
Daniel Riani Gotardelo§

RESUMO

A remoção cirúrgica da vesícula biliar (colecistectomia) é uma operação que começou a ser realizada no fim do século dezenove. Nos últimos 40 anos, houve grande evolução no tocante ao acesso e às técnicas cirúrgicas para a realização de colecistectomia que, inicialmente, era realizada por meio de incisões na parede abdominal. No fim do século vinte, a colecistectomia passou a ser feita por meio de acessos menores, como a minilaparotomia e, em seguida, pela videolaparoscopia (cirurgia videoendoscópica), que é o acesso considerado como padrão na atualidade. O objetivo deste estudo foi realizar uma avaliação dos pacientes submetidos à cirurgia videoendoscópica para a retirada da vesícula biliar na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, Minas Gerais, a partir de um estudo transversal. Foram colhidos dados clínicos e sociodemográficos em prontuários de 44 pacientes operados, segundo as variáveis: faixa etária, sexo, diagnóstico, conversão (troca do método da videolaparoscopia para laparotomia convencional), colangiografia (exame contrastado das vias biliares) e dias de internação. Os resultados da pesquisa apontaram a colelitíase calculosa simples como o diagnóstico de maior incidência, sendo mais frequente no sexo feminino, sem necessidade de conversão e nem de colangiografia per-operatória. Os pacientes, pertencentes predominantemente à faixa etária entre 50 e 60 anos, ficaram internados, na maioria das vezes, por apenas um a dois dias.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia. Vesícula biliar. Colecistectomia. Videolaparoscopia.

1 INTRODUÇÃO

Apesar do grande número de pessoas portadoras de cálculos na vesícula biliar (litíase biliar), estima-se que entre 60 e 80% da população seja assintomática. É uma doença que, apesar de apresentar um moderado grau de morbidade, tem uma taxa de mortalidade extremamente baixa. A retirada da vesícula (colecistectomia) está indicada no tratamento da litíase biliar e suas complicações e nas neoplasias da vesícula biliar^{1,2}.

* Professor do curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN.
E-mail: omar.tayer@uniptan.edu.br.

† Interna do curso de Medicina do UNIPTAN.

‡ Médica graduada no curso de Medicina do UNIPTAN.

§ Professor do curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN.

O progresso da medicina, após a segunda guerra mundial, permitiu voos mais amplos da técnica cirúrgica. A cirurgia videolaparoscópica reúne múltiplos aspectos da moderna tecnologia e tem a capacidade notável de diminuir a extensão de traumatismos das vias de acesso da cirurgia convencional. Com isso, a recuperação dos pacientes submetidos à colecistectomia passou a ser muito melhor do que as clássicas incisões verticais ou transversas do abdome, necessariamente utilizadas para a sua realização.

Em 1987, Philippe Mouret de Lyons realizou a primeira colecistectomia laparoscópica. Em 1988, vários cirurgiões iniciaram-se na colecistectomia videolaparoscópica, começando por François Dubois, em Paris; Mickernan e Saye, nos EUA; Reddick e Olsen, em Nashville. No Brasil, a introdução da colecistectomia por vídeo se deve a Thomas Szego, no ano de 1990, em São Paulo; a Célio Diniz Nogueira, em Minas Gerais; Áureo Ludovico de Paula, em Goiânia. Osmar Creuz, em 1991, realizou a primeira colecistectomia no Rio de Janeiro.³⁻⁵

O tratamento da litíase vesicular apresenta três vertentes principais: conduta conservadora expectante, métodos terapêuticos não cirúrgicos e intervenção cirúrgica. No tocante ao manejo cirúrgico, a cirurgia videolaparoscópica vem conquistando dia a dia uma aceitação cada vez maior, não só pelos aspectos médico-cirúrgicos intrínsecos como também pelo impacto socioeconômico (menor custo operatório e menor tempo de hospitalização).

A cirurgia videolaparoscópica não é uma nova especialidade, mas uma maneira diferente de operar. A laparoscopia consiste na exploração visual direta dos órgãos abdominais mediante um sistema óptico que atravessa a parede abdominal anterior por meio de um trocarte, dispositivo composto de um furador, uma cânula (essencialmente um tubo oco) e um selo que funciona como um portal para a colocação subsequente de outros instrumentos, como pinças, tesouras e grampeadores.

Além dos trocartes, são necessários para a realização de uma cirurgia videoendoscópica: (1) monitor que transmite a imagem captada pela óptica e pela câmera; (2) câmera, equipamento que processa e transmite a imagem para o monitor de vídeo; (3) fonte de luz que permite uma boa visão para a cirurgia videoendoscópica. Essa luz é veiculada da fonte para a óptica através de cabos, cujo meio condutor pode ser fibra ou líquido; (4) videogravador – permite

documentar as cirurgias; (5) insuflador de CO₂ – para realização confortável da cirurgia, é necessário induzir um pneumoperitônio (gás na cavidade abdominal) que permita ter uma pressão entre 9 e 14 mm de mercúrio; (6) irrigador/aspirador; (7) bisturi elétrico – serve para a hemostasia (coagulação sanguínea) e dissecação dos tecidos; (8) instrumental básico: agulha de Verres, redutores, pinças de apreensão, gancho com cautério, clipador, tesoura e aspirador.³⁻⁶

Considerando que a segurança em relação à colecistectomia videolaparoscópica aumentou nos últimos anos, entendeu-se haver necessidade de explorar aspectos desse procedimento. Desse modo, este estudo objetivou avaliar os pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei (MG), segundo as variáveis: idade, sexo, diagnóstico, conversão, colangiografia e dias de internação.

2 DESENVOLVIMENTO

A pesquisa foi realizada no Serviço de Arquivo Médico (Same) da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei (MG), onde foram avaliados 44 pacientes, cujos dados foram retirados da ficha de envelope do Same e ficha de descrição de cirurgia.

A maior incidência ocorreu na faixa etária de 50-60 anos, com 15 casos (34,10%); seguida da faixa de 60 anos ou mais, com 12 ocorrências (27,27%); caindo na idade de 30-40 anos, com 7 casos (15,90%); e apenas um caso (2,27%) de 10-20 anos foi encontrado, como mostrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição por número e porcentagem dos casos, segundo a faixa etária

Faixa Etária	Nº	Porcentagem (%)
0 – 10 anos	---	---
10 – 20 anos	1	2.27
20 – 30 anos	3	6.82
30 – 40 anos	7	15.90
40 – 50 anos	6	13.64
50 – 60 anos	15	34.10
60 ou mais anos	12	27.27
Total	44	100,00

Fonte: Same – Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei (MG).

Na Tabela 2, observa-se predominância do sexo feminino, com 31 casos (70,45%); e na Tabela 3, percebe-se que o índice de colecistite simples aparece com 32 casos (72,73%), seguido de colelitíase com colecistite aguda, com 7 casos (15,91%).

Tabela 2 - Distribuição por número e porcentagem dos casos segundo o sexo

Sexo	Nº	Porcentagem (%)
Feminino	31	70,45
Masculino	13	29,55
Total	44	100,00

Fonte: Same – Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei (MG).

Tabela 3 - Distribuição por número e porcentagem dos casos segundo o diagnóstico

Diagnóstico	Nº	Porcentagem (%)
Colelitíase	32	72,73
Colelitíase com colecistite	7	15,91
Colelitíase com dilatação de colédoco	1	2,27
Colecistite com coledocolitíase	1	2,27
Colecistite com icterícia	3	6,82
Total	44	100,00

Fonte: Same – Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei (MG).

Pela análise da Tabela 4, apenas 4 casos (9,10%) necessitaram de estudo radiológico com contraste (colangiografia) no ato operatório.

Tabela 4 - Distribuição por número e porcentagem dos casos segundo a colangiografia (exame com contraste das vias biliares durante o ato operatório)

Colangiografia	Nº	Porcentagem (%)
Sim	4	9,10
Não	40	90,90
Total	44	100,00

Fonte: Same – Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei (MG).

De acordo com a Tabela 5, a maior incidência foi de 1-2 dias de internação, com 29 casos (65,91%), seguida de 2-3 dias, com 6 casos (13,63%).

Tabela 5 - Distribuição por número e porcentagem dos casos segundo a quantidade de dias de internação

Número de dias	Nº	Porcentagem (%)
0 – 1	---	---
1 – 2	29	65,91
2 – 3	6	13,63
3 – 4	2	4,55
4 – 5	2	4,55
5 e mais	5	11,36
Total	44	100,00

Fonte: Same – Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei (MG).

Os achados desta pesquisa são semelhantes aos encontrados em outros estudos. Um trabalho chileno, considerando idosos submetidos ao procedimento, também revelou a predominância do sexo feminino e a colelitíase crônica como principal indicação cirúrgica, entretanto, houve 19,3% de conversões e 7,6% de complicações pós-operatórias que podem ser explicadas pela maior casuística e pelas condições anátomo-cirúrgicas mais complexas presentes no paciente idoso⁷.

Loureiro e colaboradores também encontraram em idosos a colelitíase crônica (86,67%) como principal indicação cirúrgica, predominância do sexo feminino e permanência hospitalar pós-operatória de 25,38 horas em média, resultados semelhantes aos desta investigação⁸. Em outro estudo contendo uma análise sobre o perfil clínico e epidemiológico de pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica em um hospital de ensino em Curitiba, demonstrou-se que 68,1% da amostra era composta de mulheres e a média de idade foi de 51,5 anos. O tempo médio de internação foi de 37,2 horas, com 70,4% dos pacientes internados por um período menor que 24 horas⁹.

A colangiografia operatória consiste na injeção de contraste nas vias biliares e sua utilização sistemática em colecistectomias tem sido recomendada desde 1948 como um importante método radiológico para definir a anatomia e diagnosticar suas possíveis variações e, ainda, o número, tamanho e posição de cálculos intraductais, quando presentes. Seu uso em todas as cirurgias, no entanto, permanece controverso, baseado no argumento de que, quando realizada de forma rotineira, não tem propiciado resultados correspondentes ao seu custo¹⁰. A literatura científica atual propõe alguns critérios para a realização de colangiografia intra(per)operatória: alteração dos exames de função hepática, ducto biliar comum dilatado à ultrassonografia (>6 mm) ou histórico de pancreatite¹¹. No presente trabalho, de

acordo com os dados coletados, houve a necessidade de realizar colangiografia per-operatória em 4 (9,1%) pacientes, enquanto Giulea e colaboradores relataram 15,5% de pacientes com indicação para a realização do exame, considerando 945 colecistectomias videolaparoscópicas realizadas no período de dois anos¹².

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi mostrado que há predomínio doença vesicular no sexo feminino na faixa etária entre 50 e 60 anos, dentre os pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica. A colelitíase crônica foi o maior motivo para a intervenção cirúrgica. Na maioria dos casos não houve necessidade de conversão para cirurgia aberta e o tempo de internação foi de um a dois dias, ratificando a segurança e a qualidade da técnica em termos de custo-efetividade e bem-estar do paciente.

A cirurgia videolaparoscópica agrega benefícios clínicos para o paciente, por ser menos traumática e mais estética, proporcionando maior conforto e recuperação mais rápida, com menos dias de hospitalização e baixo risco de complicações, confirmando ser a modalidade terapêutica de escolha para a colelitíase.

REFERÊNCIAS

1. Filipi CJ, Fitzgibbons RJ, Salerno GM. Historical review: diagnostic laparoscopy to laparoscopic cholecystectomy and beyond. In: Zucker KA, ed. *Surgical Laparoscopy*. St. Louis: Quality Medical Publishers 1991;3–21.
2. Santos, JS *et al*. Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2008;41(4):449-464. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/287>.
3. Colver R. Laparoscopy: basic technique, instrumentation, and complications. *Surgical laparoscopy & endoscopy* 1992;2(1):35-40. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/1341498>.
4. Creuz O, Sorbello AA, Buzaid NA. Colecistectomia vídeo-laparoscópica: Técnica cirúrgica. In: *Manual de Cirurgia Vídeo-Endoscópica*. Rio de Janeiro. Ed. Revinter 1993;5:135-150.
5. Bayle RW, Flowers JL. *Complicações em Videlaparoscopia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

6. Barbosa CP. Manual Ilustrado de Videolaparoscopia em Ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
7. Montalva NS, Flisfisch FH, Lena PL, Cerda SR, Hernández FF, Matus FC et al. Resultados de la colecistectomía videolaparoscópica en el adulto mayor. Rev Chil Cir 2007;59(6):425-429. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-40262007000600007&script=sci_arttext.
8. Loureiro, Edson Ricardo *et al.* Colecistectomia videolaparoscópica em 960 pacientes idosos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 2011;38(3):155-160. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/YWQnZHCNJpnwKzpx3ZcGZLM/?format=html&lang=en>.
9. Irigonhê ATD *et al.* Análise do perfil clínico epidemiológico dos pacientes submetidos a Colecistectomia Videolaparoscópica em um hospital de ensino de Curitiba. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 2020;47:e20202388. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/xkYcBmgzymPh5HsJWnKKfVJ/?format=html&lang=pt>.
10. Yasojima EY, Lopes-Filho GJ. Colangiografia peroperatória sistemática em colecistectomia videolaparoscópica. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 2002;29(2): 92-98. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/m8Hy8RDYsYGBWRzSm5rVhwD/abstract/?lang=pt>.
11. Rocha FG, Ashley SW, Wenliang C. Surgical common bile duct exploration. UpToDate, 2020 [Acesso em abr. 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/surgical-common-bile-duct-exploration>.
12. Giulea C, Enciu O, Bircă T, Miron A. Selective Intraoperative Cholangiography in Laparoscopic Cholecystectomy. Chirurgia (Bucur) 2016;111(1):26-32. Disponível em: <https://www.revistachirurgia.ro/pdfs/2016-1-26.pdf>.