

Colecistite Aguda Litiásica Durante a Gravidez: Uso da Ultra-Sonografia Laparoscópica Trans-Operatória

Acute Litiásic Cholecystitis During The Pregnancy: The Use of Trans-Operatory Laparoscopic Ultra-Sonografy

Renam Catharina Tinoco, Augusto C. A. Tinoco, Daniela M. Sueth, Felipe Montes Pena, Luciana Abreu Horta, Lorena Fregona

*Departamento de cirurgia do Hospital São José do Avaí
Universidade Nova Iguacu Campus V - Itaperuna*

RESUMO INTRODUÇÃO: A colecistite aguda litiásica é a segunda causa cirúrgica mais comum na gestação. O tratamento inicial é preferencialmente clínico. A cirurgia deve ser postergada, sendo indicada, somente na recorrência de sintomas ou nos casos de falha do tratamento conservador. RELATO DE CASO: Relatamos o caso de uma gestante no segundo trimestre, que apresentou litíase biliar sintomática. Conforme sintomatologia e evolução foi optado pela colecistectomia laparoscópica. OBJETIVO: Denotar a importância do uso da ultra-sonografia laparoscópica trans-operatória como meio alternativo, que permite o diagnóstico e exploração da via biliar principal. DISCUSSÃO: As doenças do trato biliar são a segunda causa cirúrgica mais comum durante a gravidez, com incidência sintomática abaixo de 0,1%. A ultra-sonografia abdominal é o exame de escolha na investigação dessas pacientes, sendo método altamente efetivo, com diagnóstico em 99 a 100% dos casos. A apresentação clínica é típica e suas complicações incluem pancreatite aguda e peritonite. A cirurgia deve ser usada como método alternativo, já que o tratamento inicial é sempre clínico. Quando a cirurgia é indicada, a colecistectomia laparoscópica tem se mostrado segura.

Palavras-chave: COLECISTITE, GRAVIDEZ, LITÍASE.

ABSTRACT *INTRODUCTION: The acute lithiasic cholecystitis is the second most common cause of surgery in the pregnancy. The initial treatment is conservative, the surgery should be delayed, only indicated when conservative treatment fails or symptoms recur in the same trimester. CASE REPORT: We report a case of a pregnancy in the second trimester with symptomatic biliary lithiasis. Because symptoms and evolution we decided for the laparoscopic cholecistectomy. OBJECTIVE: To show the importance of trans-operative laparoscopic ultra-sonography as a alternative way, permitting the diagnostic and common bile duct exploration. DISCUSSION: The biliary tract disease are the second surgery cause during the pregnancy, with incidence lower 0,1%. The abdominal ultra-sonography is the choice to investigate that patients, because is precise, with 99 to 100% diagnostic. The clinical presentation is typical and complications included acute pancreatite and peritonitis. The surgery is an alternative method, because the initial treatment is clinical. When the surgery is indicated, the laparoscopic cholecistectomy are safe.*

Key words: CHOLECYSTITIS, PREGNANCY, LITHIASIS

TINOCO RC, TINOCO ACA, SUETH DM, PENA FM, HORTA LA, FREGONA L. Colecistite Aguda Litiásica Durante a Gravidez: Uso da Ultra-Sonografia Laparoscópica Trans-Operatória. Rev bras videocir 2006;4(3):131-134.

Recebido em 19/10/2006

Aceito em 04/12/2006

Doenças do trato biliar são a segunda causa cirúrgica mais comum durante a gravidez, com incidência sintomática abaixo de 0,1%. A intervenção cirúrgica deve ser adiada até que ocorra

o parto, a menos que o tratamento conservador falhe ou os sintomas recorram no mesmo trimestre. Quando a cirurgia é indicada na gravidez, a colecistectomia laparoscópica tem se mostrado segura.¹

O caso que apresentamos refere-se a gestante no segundo trimestre, que apresentou litíase biliar sintomática que, Devido sua sintomatologia e evolução foi optado pela colecistectomia laparoscópica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, parda, casada, procurou a emergência do HSJA, relatando estar no segundo trimestre de gestação, cursando com dor abdominal iniciada há 03 dias em região epigástrica, irradiando para o hipocôndrio direito, associada a colúria e esclera ictérica. Negava hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras patologias associadas.

Ao exame físico a paciente estava em bom estado geral, ictérica, febril, apresentando defesa à palpação abdominal principalmente em hipocôndrio direito. Os exames demonstravam leucocitose com desvio à esquerda, bilirrubinas elevadas compatíveis com icterícia colestática.

A ultra-sonografia abdominal (USA) demonstrou vesícula biliar com parede espessada com cálculos em seu interior e colédoco dilatado com 12 mm, e a ultra-sonografia trans-vaginal demonstrou feto compatível com a idade gestacional supracitada.

Foi instituída terapêutica clínica não havendo resposta em 24 horas, sendo encaminhada ao tratamento cirúrgico com realização de colecistectomia laparoscópica. O procedimento iniciou com realização de pneumoperitônio por punção com agulha de Veress supra-umbilical, e o acesso à cavidade foi feito com a utilização de cinco trocartes (10 mm na região supra-umbilical, 10 mm na região abaixo do apêndice xifóide e três trocartes de 5 mm). Iniciou-se a identificação da artéria cística que foi clipada e seccionada, tal como o ducto cístico. Por estar contra-indicada a colangiografia, foi realizada ultra-sonografia trans-operatória das vias biliares, identificando-se a presença de cálculos no colédoco. (Figura-1)

Após esta etapa foi realizada a exploração transcística da via biliar com coledoscópio de 3

mm, em que foi visualizado cálculo no colédoco (Figura-2), procedendo sua remoção com auxílio do basket sob visão direta (Figura-3). As vias biliares

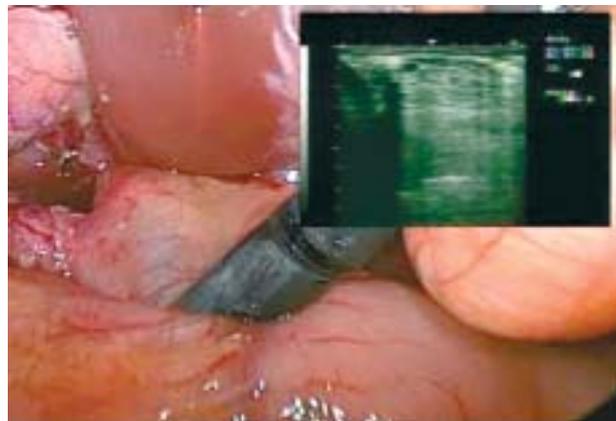


Figura 1 - Ultra-sonografia laparoscópica das vias biliares identificando cálculos no colédoco.

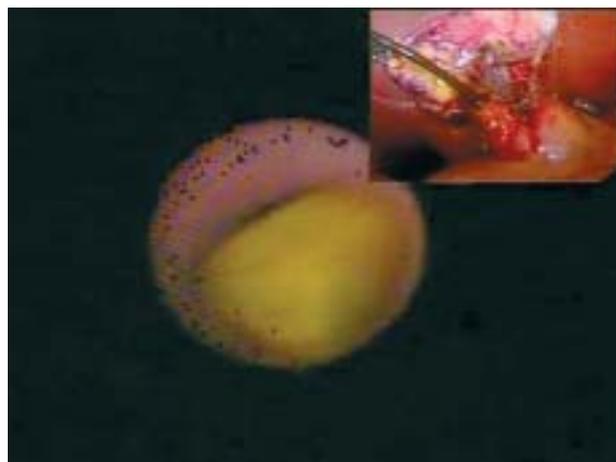


Figura 2 - Visão do cálculo de colédoco através do coledoscópio de 5 mm.



Figura 3 - Remoção do cálculo com auxílio do basket pela via transcística.

mostraram-se pérvias após o procedimento, sendo realizada ligadura do ducto cístico, exérese da vesícula do seu leito e drenagem da cavidade.

A paciente evoluiu de forma satisfatória no pós-operatório com alta hospitalar no 3º dia. Antes da alta foi realizada ultra-sonografia trans-vaginal que evidenciou feto viável.

DISCUSSÃO

A colecistite aguda é uma inflamação da vesícula biliar comumente causada por cálculos. A litíase biliar (LB) é a desordem mais comum do trato gastrointestinal, sendo assintomática em mais de 80% dos casos.¹⁻² A colecistite aguda surge em somente 1 a 3% dos pacientes. A colelitíase é uma das ocorrências frequentemente associadas à gestação, e suas complicações, variam desde a colecistite aguda até a pancreatite aguda ou peritonite. Tais complicações são quadros surpreendentes que podem levar tanto a morte fetal quanto materna.^{3,4}

Durante a gestação ocorre facilitação na formação de litíase biliar devido a causas concomitantes e distintas. A etiologia baseia-se no aumento da produção de bile, e aumento da sua liberação, primeiro porque as alterações neurovegetativas da gravidez criam um estado de discinesia vesicular que contribuem fortemente. A compressão pelo útero cria circunstâncias favoráveis à formação da colelitíase.⁵

A apresentação clínica mais comum da colelitíase é dor, que pode iniciar repentinamente no epigástrico ou quadrante superior direito, podendo irradiar para o dorso ou região escapular. A dor pode não ser flutuante e persistir de 15 minutos até 24h, cessando espontaneamente ou com uso de opióides. Quando a obstrução do ducto persiste, um quadro inflamatório agudo pode surgir com leucocitose e febre.

A icterícia pode ocorrer em pacientes com cálculos quando um destes migra para o ducto biliar comum ou, mais comumente, quando há fibrose e impactação de grande cálculo na bolsa de Hartmann comprimindo o ducto hepático comum. A colecistite aguda deve ser diferenciada da cólica biliar pela

presença de dor constante no quadrante superior direito e sinal de Murphy. Todos os pacientes devem ser referidos ao hospital na suspeita de colecistite aguda.⁶⁻⁷

A USA é o exame de escolha na investigação de pacientes suspeitos com colecistite aguda, sendo método altamente efetivo, com diagnóstico em 99 a 100% dos casos. Pode demonstrar abscesso pericolecístico, distensão da parede, edema da parede, cálculos e sinal de Murphy ao exame. A cintilografia biliar é o padrão-ouro na investigação quando a ultra-sonografia é duvidosa, mas nesse caso era contra-indicada.¹⁻⁵⁻⁸

O tratamento conservador é efetivo em muitos pacientes, devendo ser manejados com reposição hidroeletrólítica, oxigênio e analgesia adequada. A indometacina pode reverter à inflamação da vesícula e a disfunção contrátil observada em estágios iniciais. Deve ser observado que a indometacina deve ser usada somente até 34 semanas de gestação. Uma dose única de diclofenaco (75mg) pode reduzir substancialmente o índice de progressão para colecistite aguda em pacientes sintomáticos. O risco de infecção aguda requer uso de antibióticos intravenosos. Pode ser usada a associação de cefalosporina de segunda geração e metronidazol.⁶

O tratamento cirúrgico da colecistite aguda por laparoscopia tornou-se padrão ouro desde 1989. As únicas contra-indicações ao método são coagulopatias e gestações no primeiro ou terceiro trimestre. Colecistite aguda e cirurgia prévia gastroduodenal não são contra-indicações da laparoscopia, mas estão associadas a maiores índices de conversão para colecistectomia aberta. A colecistectomia laparoscópica tem uma baixa mortalidade quando comparada ao procedimento aberto (0,1% v 0,5%)⁶

Em gestantes a conduta cirúrgica deve ser postergada ao máximo, optando somente pela cirurgia quando o quadro persiste ou recorre em curto período.

O objetivo desse trabalho é denotar a importância do uso da ultra-sonografia laparoscópica trans-operatória como meio alternativo, que permite o diagnóstico e exploração da via biliar principal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Indar AA, Beckingham IJ. Acute cholecystitis: Clinical review. *BMJ* 2002; 325:639-43.
2. Bates T, Harrison M, Lowe D, Lawson C, Padley N. Longitudinal study of gallstone prevalence of necropsy. *Gut* 1992; 33:103-7.
3. Friedman GD. Natural history of asymptomatic and symptomatic gallstones. *Am J Surg* 1993; 165:399-404.
4. Fonte MEC, Guillama GH, Morales RR. Ultrasonido Vesicular en la gestante. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27(2): 120-3.
5. Ramirez MP, Ramirez RP, Guilarte AH. Enfermedad litíásica em pacientes embarazadas. Estúdio ecográfico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27(2): 124-8.
6. Indar IJ. Gallstones disease: Clinical Review. *BMJ* 2001; 322:91-4.
7. Draghi F, Ferrozi G, Calliada F, Solcia M, Madonia L, Campani R. Power doppler ultrasound of gallbladder wall vascularization in inflammation: clinical implications. *Eur Radiol* 2000; 10:1587-90.
8. Oates E, Selland DL, Chin CT, Achong DM. Gallbladder nonvisualization with pericholecystic rim sign: morphine-augmentation optimizes diagnosis of acute cholecystitis. *J Nucl Med* 1996; 37:267-9.
9. Tomida S, Abei M, Yamaguchi T, Matsuzaki Y, Shoda J, Tanaka N, et al. Long term ursodeoxycholic acid therapy is associated with reduced risk of biliary pain and acute cholecystitis in patients with gallbladder stonrd: a cohort analysis. *Hepatology* 1999;30:6-13.

Endereço para correspondência
RENAM CATHARINA TINOCO
Rua Apolinário Cunha, 115/301
Itaperuna, RJ.
Cep: 28300-000
E-mail: rctinoco@uol.com.br