

# Colecistectomia por minilaparotomia

Cholecystectomy by minilaparotomy

Unitermos: colecistectomia, colelitíase, minilaparotomia.

Uniterms: cholecystectomy, cholelithiasis, minilaparotomy.

---

## RESUMO

---

Os autores apresentam 78 pacientes portadores de colecistite crônica calculosa, submetidos a colecistectomia por minilaparotomia. A idade variou de 15 a 90 anos (média 41 anos), sendo que 69 (88,5%) eram do sexo feminino e 9 (11,5%) do sexo masculino. O comprimento da incisão na pele variou de 3,0 a 6,0 cm. O procedimento resultou em grande redução da morbidade. Complicações pós-operatórias ocorreram em quatro pacientes (5,1%), sendo a mais comum a infecção da ferida operatória. Este procedimento apresenta vantagens quando comparado à colecistectomia convencional e só deve ser realizado por cirurgião experiente.

---

## INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico da litíase da vesícula biliar através da colecistectomia vem sendo realizado há mais de cem anos com excelentes resultados e baixos índices de complicações. Entretanto, continuam sendo descritas novas alternativas terapêuticas não cirúrgicas, bem como procedimentos cirúrgicos menos invasivos como a colecistectomia por minilaparotomia e a colecistectomia videolaparoscópica<sup>(2,7,8,14)</sup>. Esta última, favorecida por promover redução do trauma à parede abdominal e, conseqüentemente, uma redução satisfatória em curto período de tempo tem conquistado a comunidade médica. Apesar destes aspectos favoráveis, a videolaparoscopia ainda não se encontra amplamente disponível nos hospitais públicos, requer treinamento adequado da equipe cirúrgica e não está isenta de complicações<sup>(4,13)</sup>

Com o aperfeiçoamento da ultra-sonografia, consegue-se fazer um diagnóstico pré-operatório eficiente das patologias abdominais, dispensando-se, portanto, grandes incisões em colecistectomias. Este trabalho tem por objetivo apresentar nossa experiência com a minilaparotomia, alternativa atraente para a realização de colecistectomias.

## PACIENTES E MÉTODOS

No período de julho de 1991 a dezembro de 1992, 78 pacientes foram submetidos a colecistectomia por minilaparotomia no Serviço de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão. Todos os pacientes apresentavam litíase biliar sintomática avaliados por ultra-sonografia. Sessenta e nove pacientes (88,5%) eram do sexo feminino e nove (11,5%) do sexo masculino. A idade variou de 15 a 90 anos (média de 41 anos). Foram excluídos do estudo pacientes

## Orlando Jorge Martins Torres

Professor assistente de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Cirurgia. Aluno do Curso de pós-graduação-doutorado em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná.

## Domingos da Silva Costa

Médico do Serviço de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Cirurgia.

## Ailton José Rodrigues Silva

## Wilson José de Sena Pedro

Médicos residentes em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão.

## Oswaldo Malafaia

Professor titular e coordenador do Curso de Pós-graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná - Níveis mestrado e doutorado.

---

## Endereço para correspondência:

Dr. Orlando Jorge Martins Torres  
Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná - Rua General Carneiro, 181/736 (CAD) - CEP 80069-900 - Curitiba - PR - Brasil  
Fone: (041) 362-2028 R. 251

obesos, com indicadores clínicos e ultra-sonográficos de coledocolitíase ou com cirurgia prévia no andar superior do abdome que dificultasse a realização de uma incisão de até 6 cm de extensão para a aplicação do procedimento cirúrgico. Todas as cirurgias foram realizadas com anestesia geral. Para facilitar a exposição do campo operatório, foi colocado um coxim sobre a mesa, na altura do rebordo costal direito. A mesa cirúrgica

gica era ligeiramente inclinada para a direita e com discreto proclive.

Uma incisão na pele da região subcostal direita, transversa ou oblíqua de 3 a 6 cm foi realizada sobre a localização provável da vesícula biliar. O plano muscular foi afastado medialmente para se obter exposição intra-abdominal adequada. Duas compressas pequenas foram introduzidas na cavidade abdominal para afastar o ângulo hepático do cólon, duodeno e estômago; este último foi previamente descomprimido por sonda nasogástrica. A exposição do pedículo hepático foi obtida com o uso de valvas maleáveis estreitas.

A vesícula biliar exposta era, a seguir, puncionada com agulha e o seu conteúdo aspirado. O ducto cístico era dissecado e o hepatocolédoco identificado. A seguir a artéria cística era duplamente ligada e seccionada com o ducto cístico isolado. A colangiografia operatória foi realizada em 11 pacientes (14,1%) não se detectando anormalidades.

A vesícula biliar foi dissecada do fundo para o ducto cístico, utilizando tesoura e eletrocautério. Foi realizado a hemostasia do leito vesicular, irrigação da área sub-hepática com soro fisiológico e posterior aspiração. O fechamento da parede abdominal foi feito por planos utilizando-se fio de poligalactina-0 e ponto intradérmico com mononylon 3-0. Não foram deixados drenos no leito hepático da vesícula nem utilizados antibióticos com finalidade profilática.

## RESULTADOS

A ampliação da incisão, por dificuldade técnica, aconteceu em quatro pacientes (5,1 %) e não atingiu 10 cm de extensão. A duração da operação foi de 45 a 115 minutos (média de 65,5 minutos). O início da alimentação oral líquida foi em média dez horas após o término da operação. Em geral os pacientes iniciavam a deambulação oito horas após o término da cirurgia (variação de 6 a 16 horas) e o tempo de hospitalização foi de 24 a 96

horas (média de 48 horas).

Complicações pós-operatórias ocorreram em quatro pacientes (5,1 %) e foram infecção da ferida operatória em três (3,8%) e hematoma de parede em um (1,2%). O controle dos pacientes foi realizado através de revisão clínica no ambulatório em torno do quinto dia pós-operatório. O retorno às atividades habituais se deu por volta do 14º dia do período pós-operatório.

## DISCUSSÃO

Em Berlim, em 15 de julho de 1882, Cari Langenbuch realizou a primeira colecistectomia para o tratamento da colelitíase por uma incisão em forma de T<sup>(9)</sup>. A partir daí, a técnica de exérese da vesícula tem se modificado constantemente com a finalidade de melhorar seus resultados. O tamanho e o tipo de incisão tem participado ativamente nestas modificações. Muitas incisões têm sido descritas e, destas, as mais utilizadas são a paramediana direita e a incisão subcostal de Kocher<sup>(3,8)</sup>.

A realização pré-operatória de exame ultra-sonográfico abdominal e pélvico, bem como a endoscopia digestiva alta quando necessário, tem minimizado o inconveniente da realização do inventário sistemático da cavidade e dos órgãos abdominais e, conseqüentemente, estimulado a diminuição do tamanho das incisões que, anteriormente, eram de 15 a 30 cm de extensão<sup>(3)</sup>.

Em 1982, Dubois e Berthelot descreveram 1.500 colecistectomias realizadas por minilaparotomia em um período de dez anos<sup>(5)</sup>. Adotamos os conceitos propostos por estes autores que consideram minilaparotomia quando a incisão na pele não ultrapassa a 6 cm. Em nosso estudo realizamos a ampliação da incisão em apenas quatro pacientes (5,1 %).

Ledet, em 1990, relatou que a colecistectomia poderia ser realizada de rotina em nível ambulatorial, pois redução do trauma devido a pequenas incisões favoreciam a rápida recuperação e, con-

seqüentemente, a alta precoce; isto também já tem sido observado por outros autores<sup>(1,10,11)</sup>. O tempo médio de hospitalização de 48 horas encontrado no presente estudo ocorreu devido a internação destes pacientes acontecerem normalmente 12 a 24 horas antes da cirurgia; este tempo pode ser perfeitamente reduzido.

Tecnicamente, a colecistectomia por minilaparotomia é mais difícil de ser realizada, exige experiência, habilidade e paciência por parte do cirurgião. A aspiração do conteúdo líquido da vesícula, que utilizamos de rotina, parece facilitar a exposição e identificação do hepatocolédoco. Alguns instrumentais cirúrgicos têm sido adaptados para facilitar o procedimento cirúrgico, tais como o foco frontal, valvas com iluminação própria, pinças para aplicação de clips metálicos, espátulas maleáveis ou, até mesmo, espéculos vaginais. Apesar de tudo, não aconselhamos este procedimento para médicos em fase de aprendizado<sup>(8,12,15)</sup>.

A colecistectomia por minilaparotomia apresenta, sem dúvida, vantagens sobre a colecistectomia convencional por proporcionar menor trauma cirúrgico e, conseqüentemente, realimentação e deambulação precoces com rápido retorno às atividades<sup>(3)</sup>. Em nossa experiência, este procedimento é difícil no paciente obeso, nas intervenções sobre a via biliar principal e nos casos de colecistite aguda.

A colecistectomia por videolaparoscopia está ganhando grande aceitação por parte dos cirurgiões. Entretanto, envolve treinamento adequado do cirurgião, alto custo para aquisição e manutenção do aparelho e, algumas vezes, necessita ser convertida para colecistectomia convencional<sup>(4,6)</sup>. Portanto, a colecistectomia por minilaparotomia, com baixos índices de complicações, aliada ao aperfeiçoamento do material e a experiência da equipe cirúrgica, certamente ainda deve ser realizada por muito tempo.

**SUMMARY**

The authors presented 78 patients with calculous cholecystitis underwent cholecystectomy through minilaparotomy. Their age ranged from 15 to 90 years (median 41 years) and 69 (88,5%) were female and 9 (11,5%) male. The length for the incision varied from 3.0 to 6.0 cm. The procedure has resulted in a large reduction in morbidity. Operative complications were observed in 4 patients (5,1 %) and wound infection was the most common complication. This procedure has its advantages when compared with conventional cholecystectomy and should be performed only by skilled surgeons.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Aguilar - Nascimento JE, Caporossi C. - Alta precoce em colecistectomia. *Rev. Col. Bras. Cir.* 19:152-155,1992.
2. Aranha NC, Brandalise NA. - Colecistectomia videolaparoscópica: análise prospectiva dos 247 primeiros pacientes. *Rev. Col. Bras. Cir.* 20: 113-117,1993.
3. Coelho JCU, Campos GMR, matias JEF. - Colecistectomia por minicisão e por incisão subcostal clássica: estudo prospectivo randomizado. *Rev. Bras. Cir.* 82:67-69,1992.
4. Dent TL. - Training, credentialing, and grating of clinical privileges for laparoscopy general surgery. *Am. J. Surg.* 161:399-403,1991.
5. Dubois F, Berthelot G. - Cholécystectomie par minilaparotomie. *Nouv. Presse Méd.* 11:1139-1141,1982.
6. Dubois F, Icard P, Berthelot G, Levard H. - Coelioscopic Cholecystectomy: preliminary report of 36 cases. *Ann. Surg.* 211: 60-62,1990.
7. Johnson L, Thistle TL, Mary GR. - Dissolution of cholesterol gallbladder stones by methyl-terbutil ether administered by percutaneous transhepatic catheter. *N. Engl. J. Med.* 320: 633-639,1989.
8. Kruel NF, Araújo PA, Suzuki H, Dalri JC, Rossi EE. - Colecistectomia por minilaparotomia. *Rev. Bras. Cir.* 82: 239-241,1992.
9. Langenbuch C. Ein Fall von extirpation der gallenblase wegen chronischer cholelithiasis. *Heil BerKlin Wochenscher.* 19: 725-727,1882.
10. Ledet W. Ambulatory cholecystectomy without disability. *Arch. Surg.* 125:1434-1435,1990.
11. Moss G. Discharge within 24 hours of elective cholecystectomy. *Arch. Surg.* 121:1159-1161, 1986.
12. Nogueira CED, Câmara HEB, Coutinho FL, Antunes AP. Colecistectomia por minilaparotomia. *Rev. Col. Bras. Cir.* 19:99-103,1992.
13. Ponsky JL. - Complications of laparoscopic cholecystectomy. *Am. J. Surg.* 161:393-394, 1991.
14. Sackmann M, Delius M, Sauerbruch T. - Shock-wave lithotripsy of gallbladder stones: the first 75 patients. *N. Engl. J. Med.* 318:393-397,1988.
15. Silva RA, Pacheco Jr AM, Casaroli AA, Rasselan S, Solda SC, Rodrigues FC, Rahal F. - Colecistectomias de invasão mínima: riscos e complicações. *Rev. Col. Bras. Cir.* 20: 191-195, 1993.