

# Operação de Longmire no tratamento paliativo de obstrução maligna da via biliar

Longmire approach in the palliative management of malignant obstruction of the bile ducts

Unitermos: operação de Longmire, câncer dos ductos biliares.

Uniterns: Longmire operation, cancer of the bile ducts.

## RESUMO

Os autores apresentam um caso de operação de Longmire em paciente com câncer de via biliar principal. O resultado mostrou ser este procedimento efetivo naquelas situações em que os métodos de intubação não estão disponíveis.

## INTRODUÇÃO

Os tumores malignos primários do sistema biliar extra-hepático são convenientemente classificados como ocorrendo em três regiões anatômicas: terço superior, compreendendo o ducto hepático comum e a confluência dos ductos hepáticos; terço médio situado entre o ducto cístico e a borda superior do duodeno; e terço inferior, entre a borda superior do duodeno e a papila de Vater. Desde a primeira descrição do adenocarcinoma da bifurcação dos ductos biliares por Klatskin, a ressecção com finalidade terapêutica não é frequentemente possível<sup>(2,5)</sup>.

O elevado risco cirúrgico tem conduzido estes pacientes a procedimentos paliativos, como próteses endoscópicas, percutâneas ou drenagem biliar externa. Entretanto, estes procedimentos apresentam taxas elevadas de insucesso e as próteses podem obstruir e deslocar com facilidade, além de apresentarem mortalidade variável<sup>(3,8)</sup>.

Os estudos comparando técnicas de intubação e anastomoses bilio-entericas não têm sido observados em tumores de Klatskin e cada caso deve ser analisado individualmente. Como regra, se a laparotomia foi realizada e o tumor considerado irressecável, a anastomose bilio-enterica ou intubação cirúrgica deve ser tentada<sup>(1,5)</sup>. Pretendemos, neste estudo, apresentar um caso de colangiogejunoanastomose com o ducto hepático após lobectomia esquerda no tratamento paliativo de câncer da via biliar.

## Orlando Jorge Martins Torres

Professor adjunto e coordenador da Disciplina de Clínica Cirúrgica III da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestre e doutor em Clínica Cirúrgica. Coordenador do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral - UFMA.

## Waston Gonçalves Ribeiro

## Tainor de Melo Lima Neto

## Sidney Nunes Alencar

Cirurgia Geral - Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

## Eliane Lopes Macedo

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Trabalho realizado no Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

## Endereço para correspondência:

Dr. Orlando Jorge Martins Torres - Rua Ipanema, 1 - Ed. Luggano - Bloco 1/204 - São Francisco - CEP 65076-060 - São Luís - MA.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 44 anos, com história de dor no hipocôndrio direito e epigastro, contínua há quatro meses, acompanhada de icterícia de caráter progressivo, prurido e colúria há seis semanas. Realizou ultrasonografia que demonstrava dilatação da via biliar intra-hepática. Naquele momento foi submetida a tratamento cirúrgico, no qual foi evidenciado tumor na via biliar principal. A cirurgia consistiu em colecistectomia e coledocotomia com drenagem utilizando dreno em T (Kehr). Paciente evoluiu com regressão parcial dos sintomas. Duas semanas após realizou colangiografia pelo dreno de Kehr que demonstrou estenose de colédoco distal e dilatação proximal.

Paciente recebeu alta hospitalar, retornando após três semanas com tomografia computadorizada de ab-

dome que evidenciava dilatação da árvore biliar intra-hepática, processo expansivo na via biliar extra-hepática e linfonodos paraórticos. Os exames realizados evidenciavam bilirrubinas BT= 19,2; BD=16,2; fosfatase alcalina 1.173U. Com este quadro a paciente foi reinternada para tratamento cirúrgico definitivo após preparo pré-operatório.

A cirurgia consistiu em laparotomia mediana, liberação do ligamento triangular esquerdo, lobectomia esquerda, anastomose colangiointérica látero-lateral com o ducto hepático esquerdo, excluído em alça jejunal tipo Y de Roux, permanecendo com o dreno de Kehr.

A evolução pós-operatória ocorreu sem anormalidades, sendo realizado no 14º dia do período pós-operatório, colangiografia via dreno de Kehr que demonstrava passagem do contraste através da anastomose. No 16º dia de pós-operatório foi retirado o dreno e a paciente recebeu alta hospitalar no dia seguinte. O controle ambulatorial no 30º dia do pós-operatório a paciente se apresentava assintomática.

## DISCUSSÃO

Os tumores malignos do terço superior da via biliar principal, em particular o tumor de Klatskin, representam um desafio da cirurgia hepatobiliar e seu manuseio não está bem estabelecido. Entretanto, há essencialmente dois objetivos na terapia destes tumores: primeiro, se possível eliminar o tumor e, segundo, restaurar o fluxo de bile para o intestino. O ideal é combinar ambos os objetivos, melhorando, conseqüentemente a qualidade de vida destes pacientes<sup>(3,5)</sup>.

Mesmo em centros especializados, a maioria destes tumores são irresssecáveis e, nestas situações, justifica-se o tratamento paliativo. Entre estes encontramos os métodos de intubação transtumoral e bypass paratumoral. Os métodos de intubação podem ser realizados por via endoscópica ou cirúrgica. Os primeiros nem sempre disponíveis e estas próteses podem obstruir ou migrar com facilidade, além de não serem isentas de complicações<sup>(2,6)</sup>.

A técnica do tubo em U, descrita por Praderi, tem sido utilizada. O tubo transpassa o tumor dentro do ducto intra-hepático e, através do parênquima hepático, é trazido ao exterior pela parede abdominal anterior. Algumas séries demonstraram algum alívio da icterícia e prurido. Existem também dificuldades relacionadas ao uso do tubo em U, pois este nem sempre é fácil de ser introduzido e falsos trajetos podem ser criados<sup>(1,7,8)</sup>.

O acesso ao pedículo hepático através do rebaixamento da placa hilar descrita por Hepp e Couinaud nem

sempre é realizado devido ao grau de invasão tumoral e, principalmente, por dificuldade técnica associada essencialmente à possibilidade de sangramento em excesso<sup>(3,4)</sup>.

Em 1948, Longmire e Sandford descreveram o acesso ao ducto do segmento II do lobo esquerdo do fígado para ser utilizado quando o acesso ao hilo hepático não for possível<sup>(6)</sup>. Este procedimento envolve a remoção de tecido hepático, sendo esperado algum sangramento. Uma das grandes dificuldades é que os vasos da tríade portal acompanham os ductos, tornando o sangramento inevitável. A liberação se inicia com a mobilização do lobo esquerdo do fígado através da divisão do ligamento triangular esquerdo e identificação do ducto hepático esquerdo que se apresenta dilatado nestas situações<sup>(2,6,9)</sup>.

A técnica utilizada no presente estudo consistiu em lobectomia esquerda (segmentos II e III) e anastomose com o ducto esquerdo látero-lateral em alça exclusiva tipo Y de Roux. A evolução satisfatória observada no presente estudo e os resultados da literatura indicam ser este um procedimento viável no tratamento paliativo do tumor de terço superior da via biliar naquelas situações em que a intubação endoscópica não pode ser realizada.

## SUMMARY

The authors present a case of Longmire operation in a patient with cancer of the bile ducts. The results showed that this procedure is effective when palliative interlution is not available.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bismuth H; Corlette MB - Intra hepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 140: 170-178, 1975.
2. Blumgart LH.; Kelley CJ - Hepaticojejunostomy in benign and malignant high bile duct stricture: approaches to the left hepatic ducts. *Br. J Surg* 71: 704-708, 1984.
3. Czerniak A; Blumgart LH - Hilar cholangiocarcinoma. *Aust N. Z. J. Surg* 59: 837-844, 1989.
4. Hepp J; Couinaud C - L'abord et L'utilisation du canal hépatique gauche dans les réparations de la voie biliare principale. *Presse Med* 64: 947-948, 1956.
5. Klatskin G - Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis: an unusual tumor with distinctive clinical and pathological features. *Am J Med* 38: 241-256, 1965.
6. Longmire WP; Sandford MC - Intrahepatic cholangiojejunostomy with partial hepatectomy for biliary obstruction. *Surgery* 24: 261-267, 1948.
7. Pereira-Lima, L - Biliary reconstruction in benign post operative stricture with transhepatic tubes. *Am J. Surg* 164: 124-128, 1992.
8. Praderi RC; Estefan AF; Tiscornia E - Transhepatic intubation in benign and malignant lesions of the biliary ducts. *Curr Probl Surg* 22: 1- 88, 1985.
9. Rangel, MF - Anastomose colangiointérica intraparenquimatosa no ducto do segmento III, no tratamento paliativo da obstrução maligna do hilo hepático. *Rev Col Bras. Cir* 24: 105-110, 1997.