



COMPLICAÇÕES DA COLECISTECTOMIA

Orlando Jorge M. Torres
Professor Titular e Chefe do
Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo
Universidade Federal do Maranhão

PREVALÊNCIA ULTRA-SONOGRÁFICA DE LITÍASE BILIAR EM PACIENTES AMBULATORIAIS

SONOGRAPHIC PREVALENCE OF CHOLELITHIASIS IN OUT-PATIENTS

Orlando Jorge Martins Torres, TCBC-MA¹; Érica Sampaio Barbosa²; Patrícia Brandão Pantoja²; Maria Carlete Silva Diniz³; José Ribamar Sousa da Silva, TCBC-MA⁴; Nicolau Gregori Czezko, TCBC-PR⁵

RESUMO: Objetivo: Este estudo tem por objetivo determinar a prevalência ultra-sonográfica de litíase biliar em pacientes ambulatoriais. **Método:** No período de julho de 2001 a março de 2002, 500 pacientes que procuraram o Hospital Universitário Presidente Dutra e que foram submetidos a exame ultra-sonográfico para doença não biliar foram avaliados. Havia 250 pacientes do sexo masculino e 250 do sexo feminino com idade variando de 19 a 72 anos. **Resultados:** A prevalência de colelitíase ou de pacientes que haviam sido previamente submetidos à colecistectomia por colelitíase foi de 18,4%. A colelitíase foi mais frequentemente observada naqueles pacientes com idade superior a 60 anos, sexo feminino, múltipara e com um índice de massa corporal superior a 30. **Conclusões:** A prevalência de colelitíase está aumentada na presença de fatores de risco (*Rev. Col. Bras. Cir.* 2005; 32(1): 47-49).

Descritores: Colelitíase; Pacientes ambulatoriais; Ultra-som; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

complicações, agravando a morbidade e aumentando a mortalidade. O conhecimento da frequência da litíase biliar cresce

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA: ANÁLISE DOS 65 CASOS INICIAIS

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: ANALYSIS OF THE 65 INITIAL CASES

Orlando Jorge Martins Torres, TCBC-PR¹

Domingos da Silva Costa, TCBC-MA²

Manoel Lages C. B. Neto³

Márcio Jorge de Carvalho Gonçalves⁴

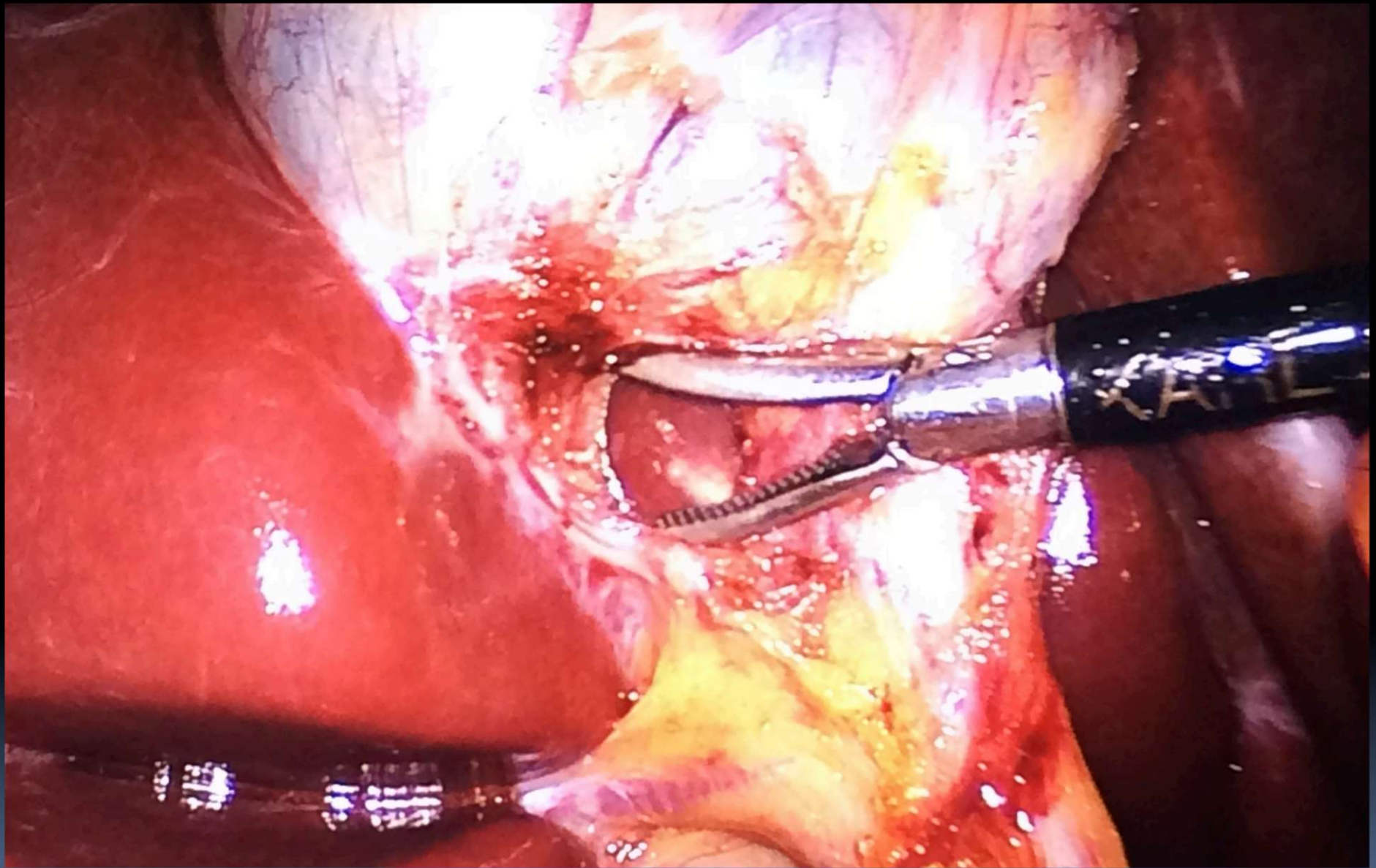
Aílton José Rodrigues Silva⁴

Oswaldo Malafaia, TCBC-PR⁵

RESUMO: Os autores apresentam 57 colecistectomias videolaparoscópicas realizadas em 65 pacientes submetidos ao método. A idade variou de 18 a 77 anos (média: 44,5 anos) e havia 48 mulheres (73,9%) e 17 homens (26,1%). Em oito casos (12,3%) houve a necessidade de conversão para colecistectomia convencional devido a colecistite aguda, coledocolitíase e dificuldade técnica para dissecação dos elementos anatômicos do pedículo biliar. O tempo operatório, a permanência hospitalar e as complicações demonstraram a curva de aprendizado com o método laparoscópico. Nestes pacientes, à medida que a equipe cirúrgica se tornou mais experiente, o tempo de operação e o índice de intercorrências caíram de forma significativa. Os autores concluem que a realização segura e eficiente deste procedimento requer um treinamento específico monitorado por profissional qualificado.

Colecistectomia

- ❑ Cirurgia mais comum do aparelho digestivo
- ❑ Aumento do por videolaparoscopia
- ❑ Procedimento com dependências:
 - Treinamento
 - Material
- ❑ Definida como fácil e simples
- ❑ Primeiro treinamento do residente



Complicações

Gerais

Relacionadas à laparoscopia

Específicas

Doença

Anatomia

Procedimento

Complicações

❑ Específicas

Litíase residual

Complicações

Fístula biliar

Sangramento

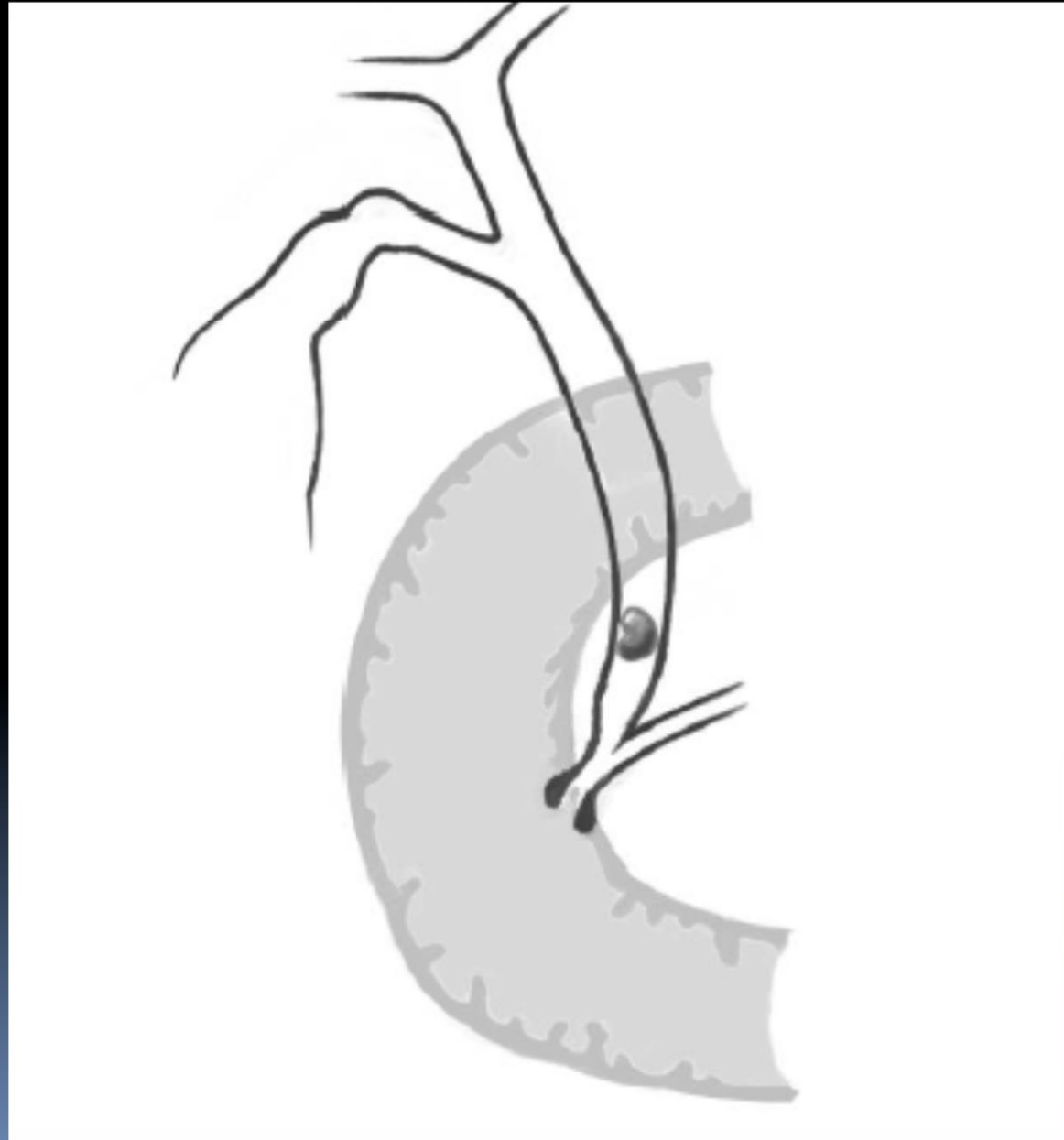
Infecção

Colangite

Lesão iatrogênica

Neoplasia de vesícula

Litíase residual



História natural

□ 20% passam para duodeno

Assintomático

Fístula/íleo biliar

Pancreatite

□ 80% permanecem "in situ"

Assintomático

Obstrução da VB

Cólica

Icterícia

Pancreatite

Colangite

Fístula coledocoentérica

Colangiografia





❑ Não cirúrgico

CPRE

Percutânea

❑ Cirúrgico

Coledolitotomia

Aberta

Laparoscópica

Drenagem biliar

Esfincteroplastia

Coledocoduodenostomia

Hepaticojejunostomia em Y

Fístula biliar

- ❑ Pequena lesão
- ❑ Lesão do ducto de Luskas

Leito da vesícula

Coleperitônio

- ❑ Coledocolitíase

Aumento na pressão no cístico

Saída (queda) do clip

Fístula biliar

- ❑ Irritação peritoneal
- ❑ US evidencia coleção

Coleperitônio

- ❑ Tratamento

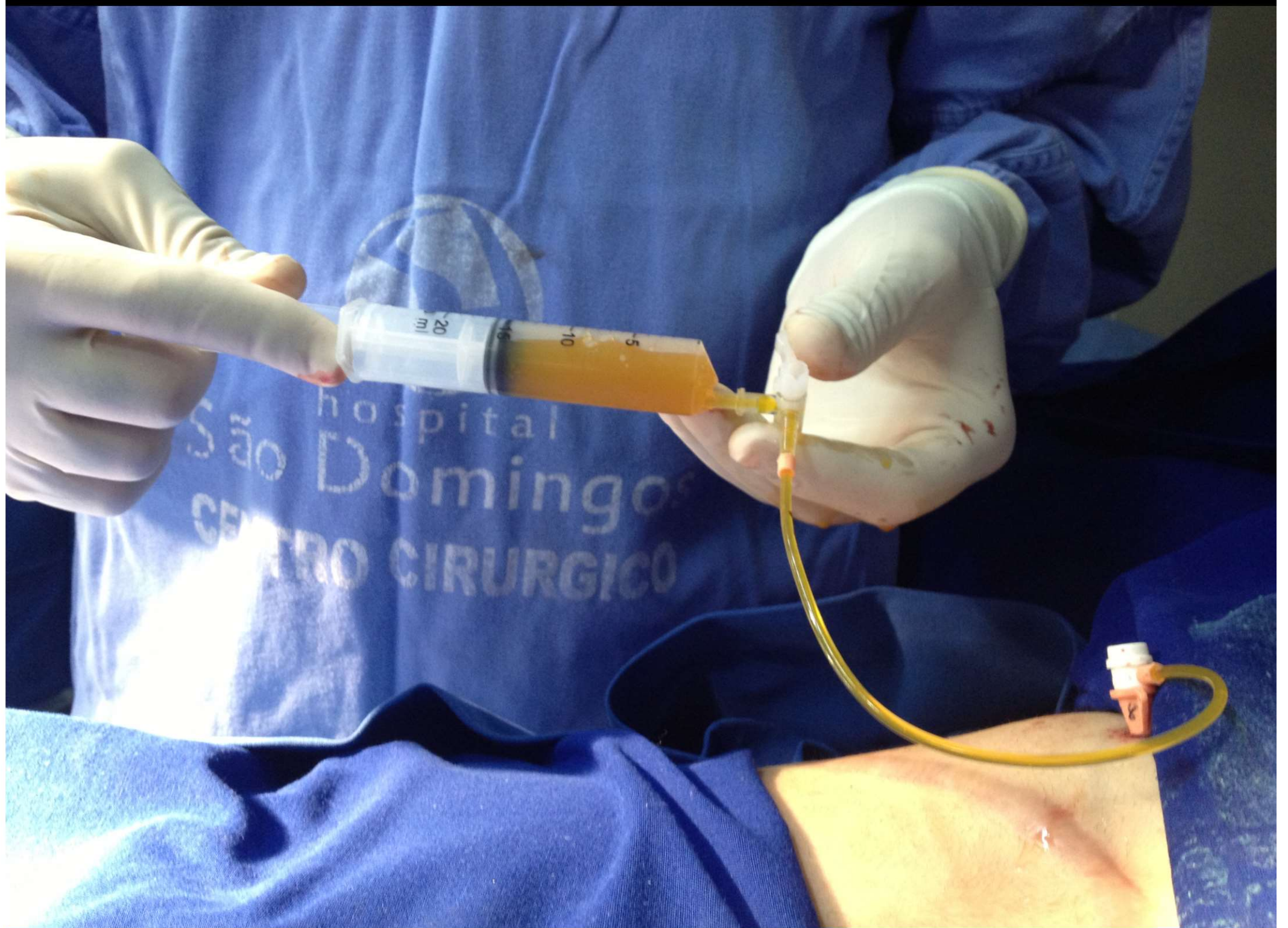
Percutâneo (US)

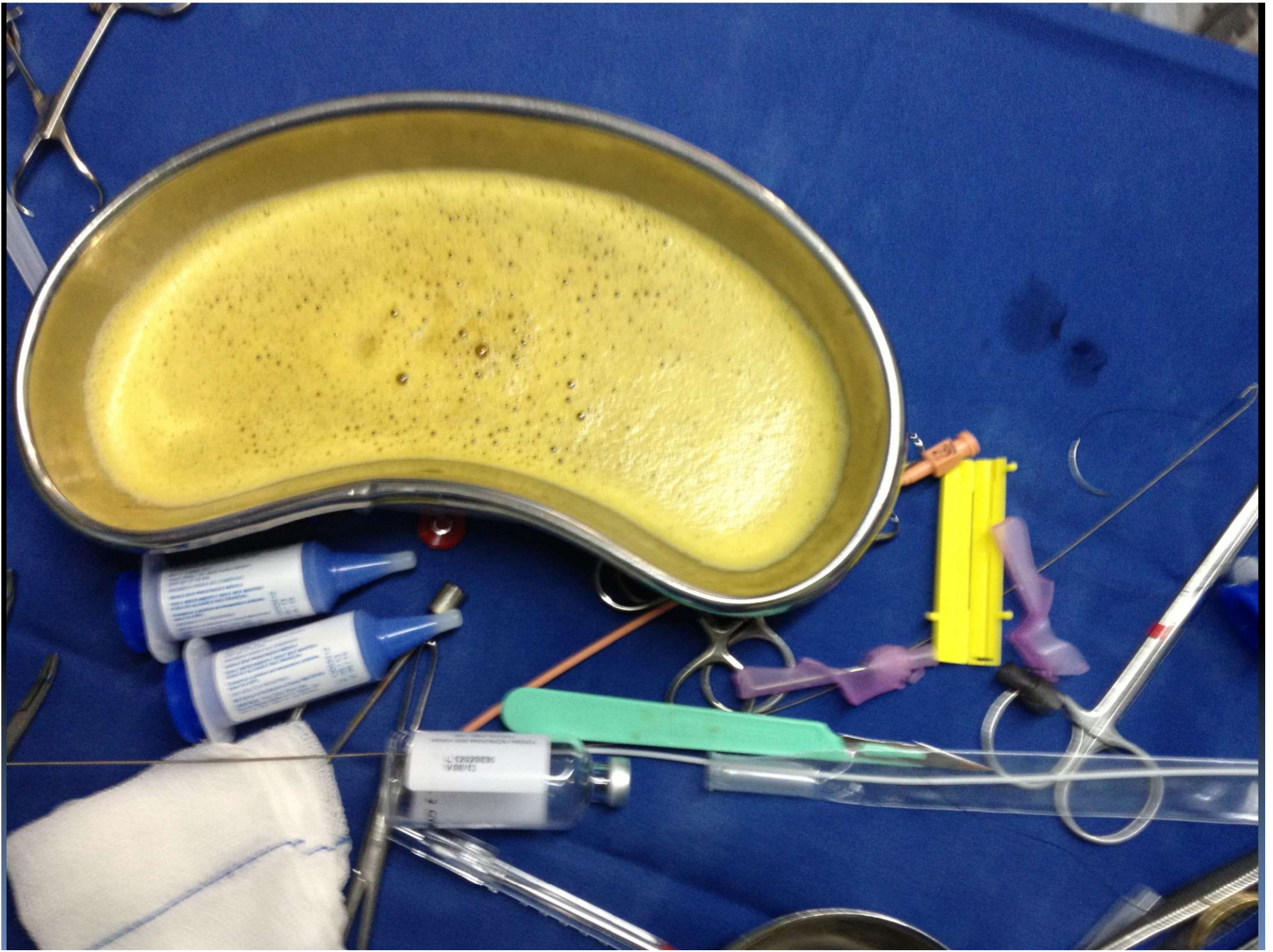
Cirúrgico

Aberto

Laparoscópico







Colangite aguda

Definição:

- Enfermidade caracterizada por estase e inflamação das vias biliares provocado por obstrução intra ou extra-hepática, associada a proliferação de bactérias na bile.

ESTUDO MICROBIOLÓGICO DA BILE DE PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA

Bacteriological study of the gallbladder bile in patients underwent to cholecystectomy

Orlando Jorge Martins **TORRES**, Cristiany de Almeida **BARROS**, Noélia Dias Carneiro **BARROS**,
Lucy Anne Lopes **MELO**, José Bonifácio **BARBOSA Jr.** e Érico Brito **CANTANHEDE**

ABCDDV/369

Torres OJM, Barros CL, Barros NDC, Melo LAL, Barbosa Jr JB, Cantanhede EB. Estudo microbiológico da bile de pacientes submetidos a colecistectomia. ABCD Arq Bras Cir Dig 2003; 16(1):44-47.

RESUMO - Racional - A infecção se constitui uma ameaça ao sucesso em cirurgia hepatobiliar a bactibilia pode ser o mais importante fator de influências no risco de complicações sépticas pós-operatória. É necessário identificar pacientes de risco elevado para melhorar o tratamento, incluindo a administração de antibióticos profiláticos. **Objetivo** -

Colangite Aguda

Termos empregados:

- Colangite Aguda Supurativa
- Colangite Aguda Grave
- Colangite Aguda Obstrutiva Supurativa

OBS: Termos tem em comum a conotação de gravidade da síndrome e o fator etiopatogênico obstrutivo.

Colangite Aguda

Patogênese:

Obstrução Biliar:



Duas teorias:

- 1) **Via Papila** — ascendente
- 2) **Via Porta** — translocação bacteriana

Colangite Aguda

Diagnóstico:

- ❑ História Clínica
- ❑ Exame Físico

Tríade de Charcot (1977):

- Febre com calafrios
- Icterícia
- Dor HD

Pêntade de Reynolds e Dargan (1979)- Sepse:

- Hipotensão
- Confusão mental

Colangite Aguda

Diagnóstico:

□ Ex. Complementares

➤ Exames Laboratoriais:

- HC (leucocitose)
- Bilirrubinas, FA, Gama-GT, TGO, TGP,
- Uréia, Creatinina
- Protrombina, Plaquetas

➤ Exames de Imagem:

- USG Abdominal
- TC abdominal
- CPRM
- CPRE — padrão ouro

Colangite Aguda

Tratamento:

□ Suporte Clínico

- **Hidratação Venosa - Volemia**
- **Oxigenação**

Colangite Aguda

Tratamento:

□ Drenagem da VB

➤ **Procedimento terapêutico mais importante**

➤ **Objetivos:**

Diminuir pressão biliar



Diminuir refluxo biliovenoso



Diminuir bacteremia

Colangite Aguda

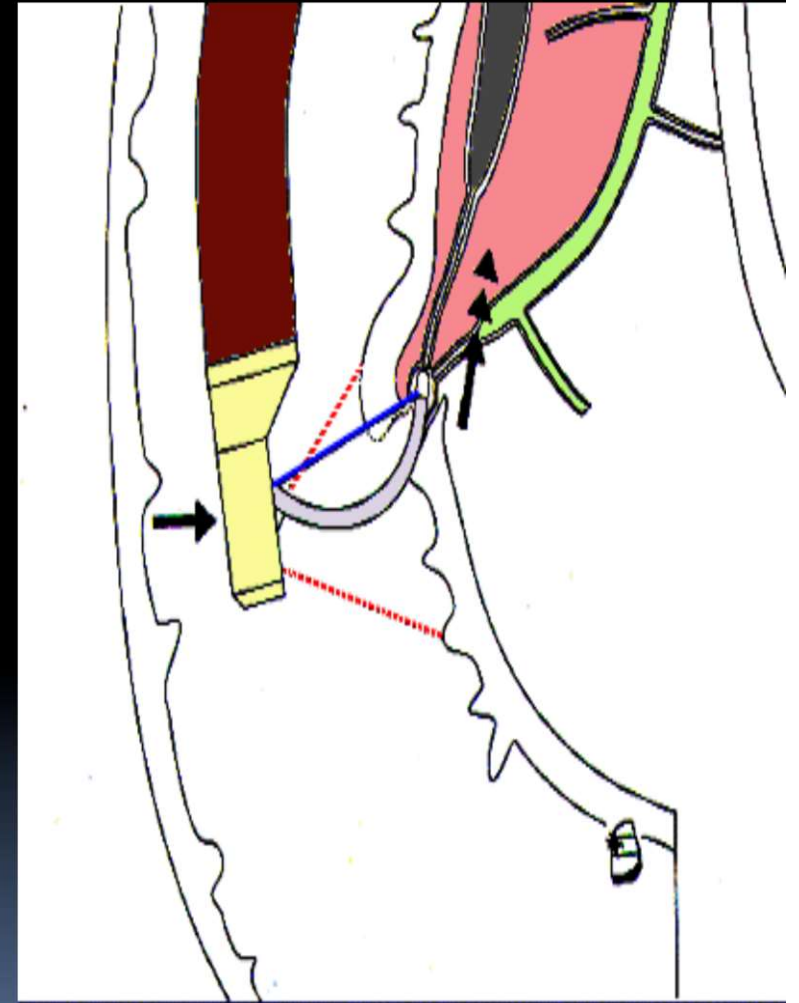
- **Cirúrgica**
- **Percutânea**
- **Endoscópica – Primeira escolha**

Colangite Aguda

Drenagem Endoscópica

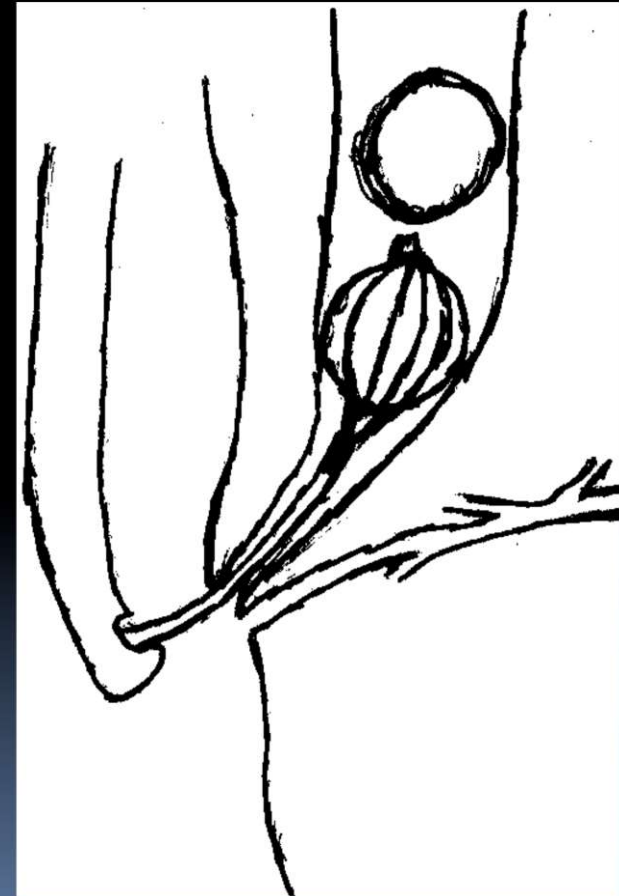
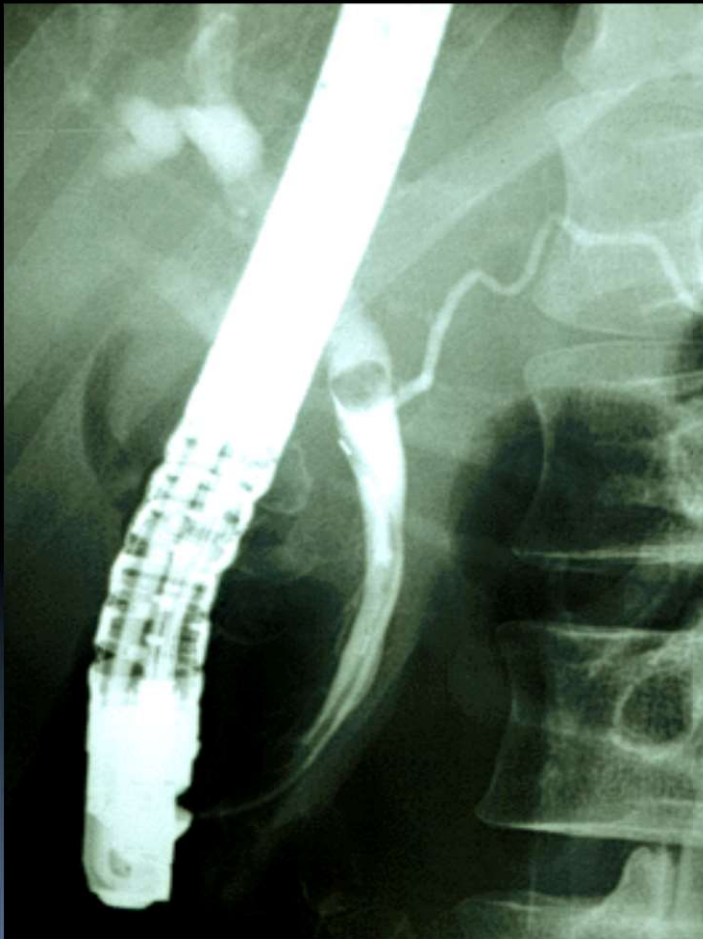
- **Esfincterotomia**
- **Dreno Nasobiliar**
- **Endoprótese**

Várias Vantagens



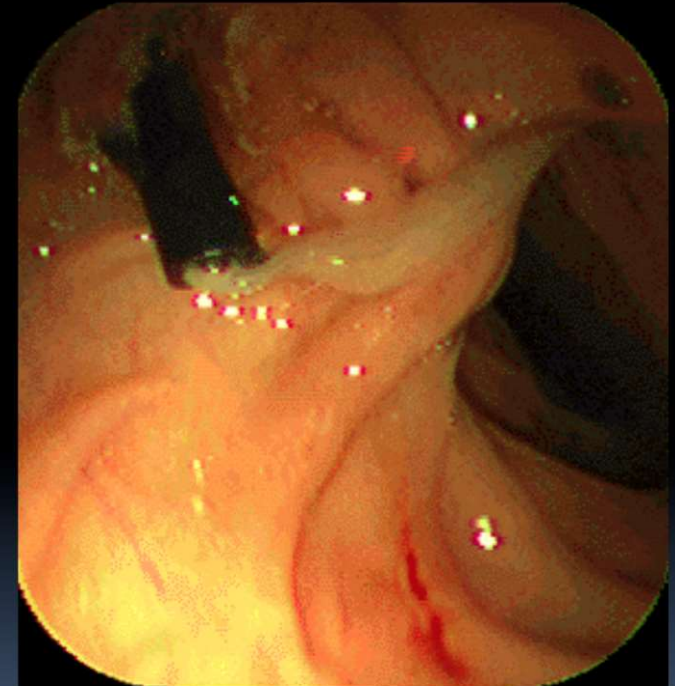
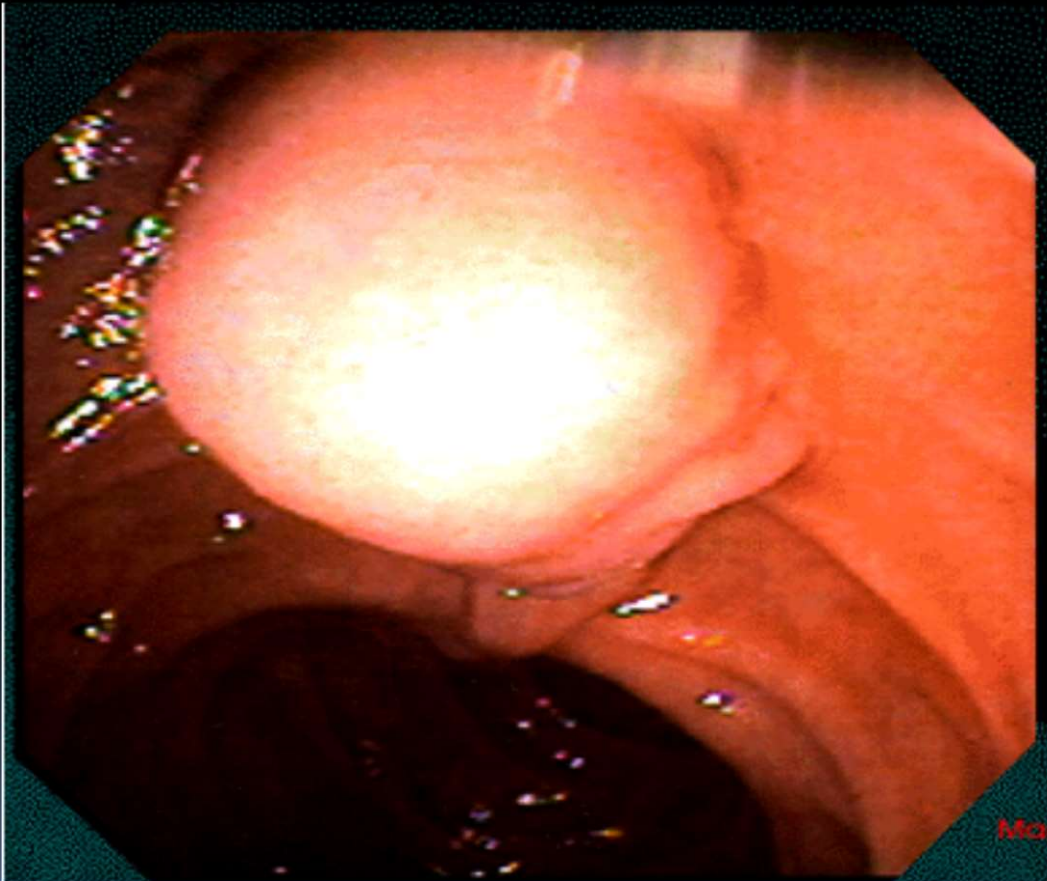
Colangite Aguda

Tratamento Endoscópico:



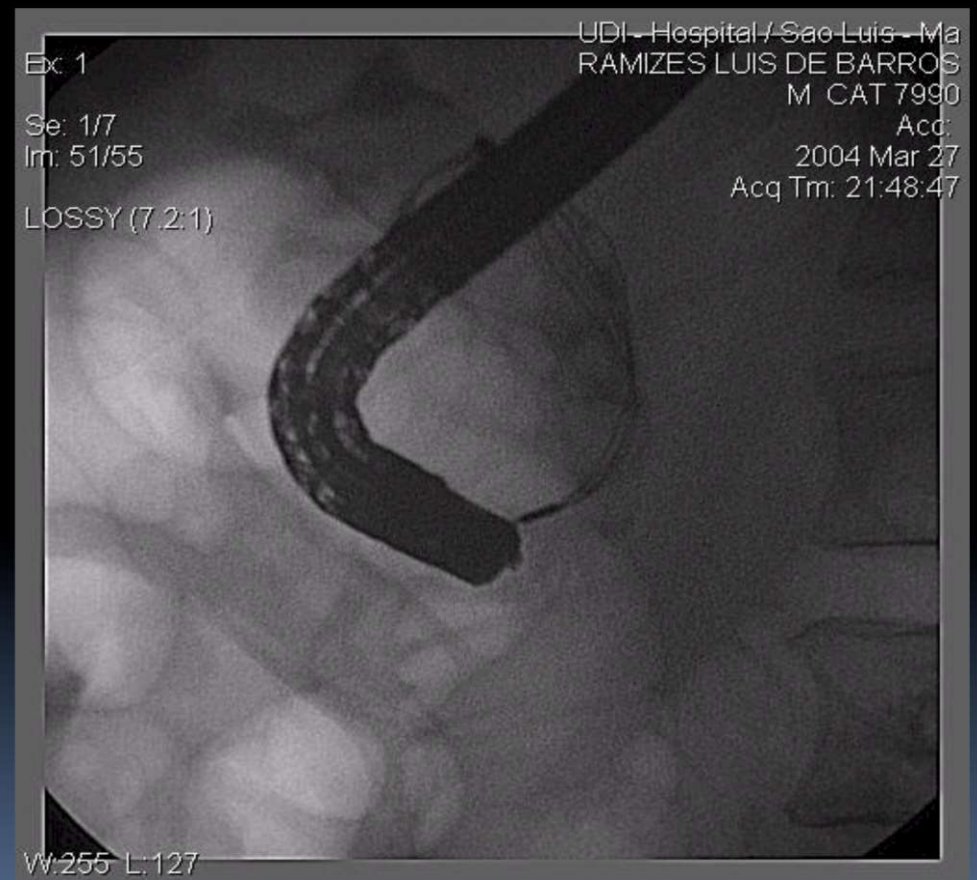
Colangite Aguda

Tratamiento Endoscópico:



Colangite Aguda

Tratamiento Endoscópico:



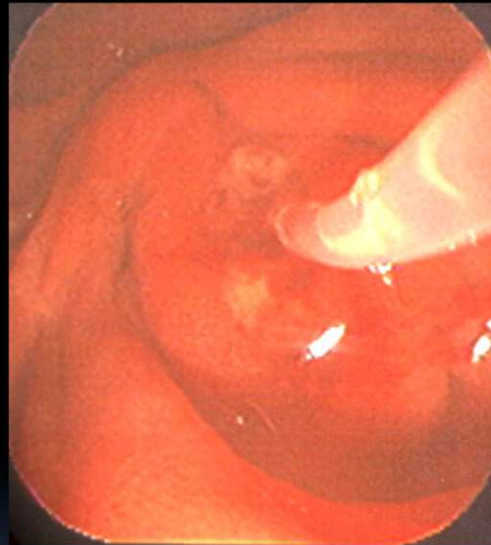
Colangite Aguda

Tratamento Endoscópico:



Colangite Aguda

Tratamento Endoscópico:



Tratamento Cirúrgico

Lesão de via biliar

Caso clínico

AKLM, feminino, 29 anos

Colelitíase

Colecistectomia VL

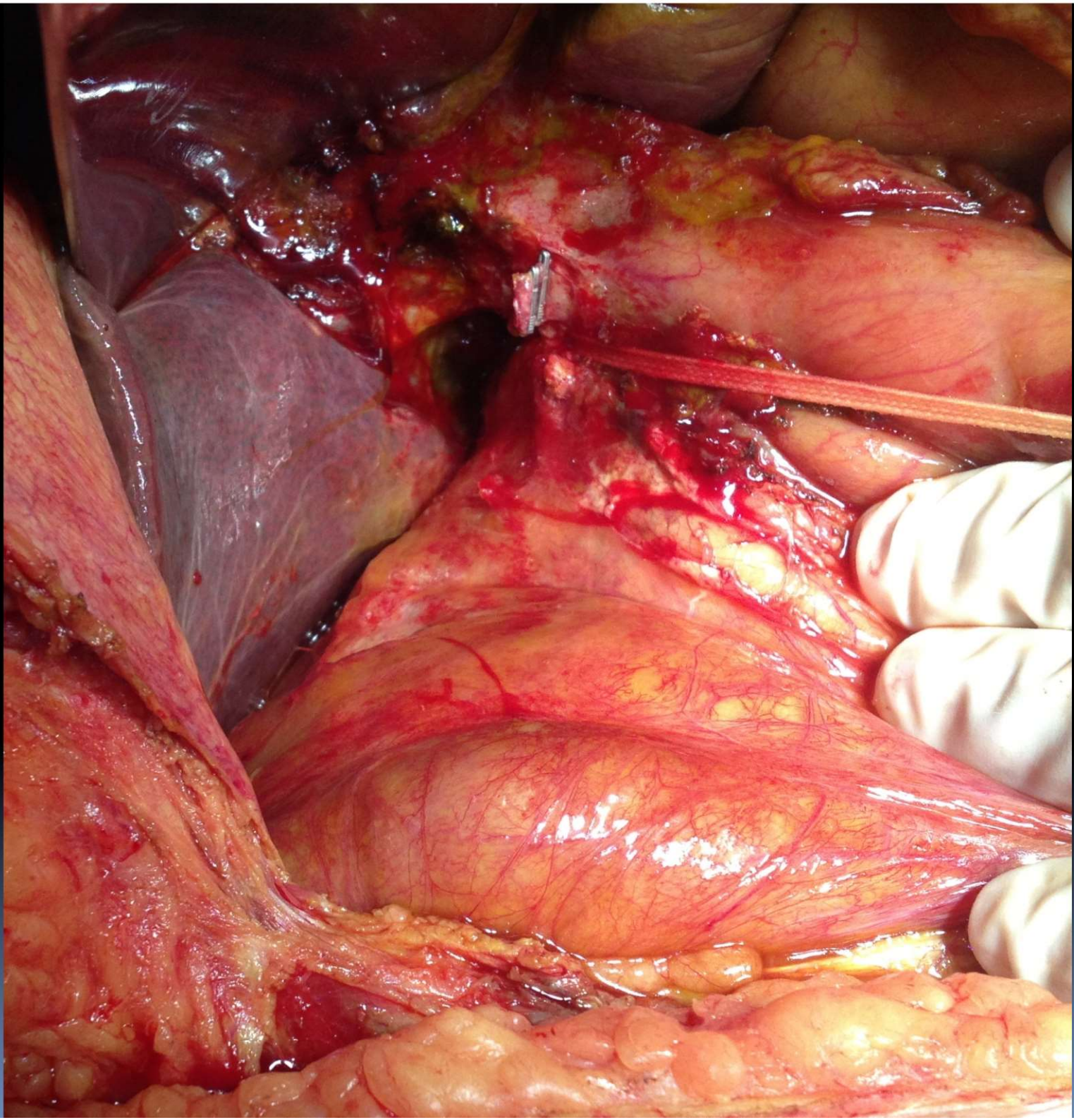
Icterícia no 2º DPO

Médico: cálculo residual

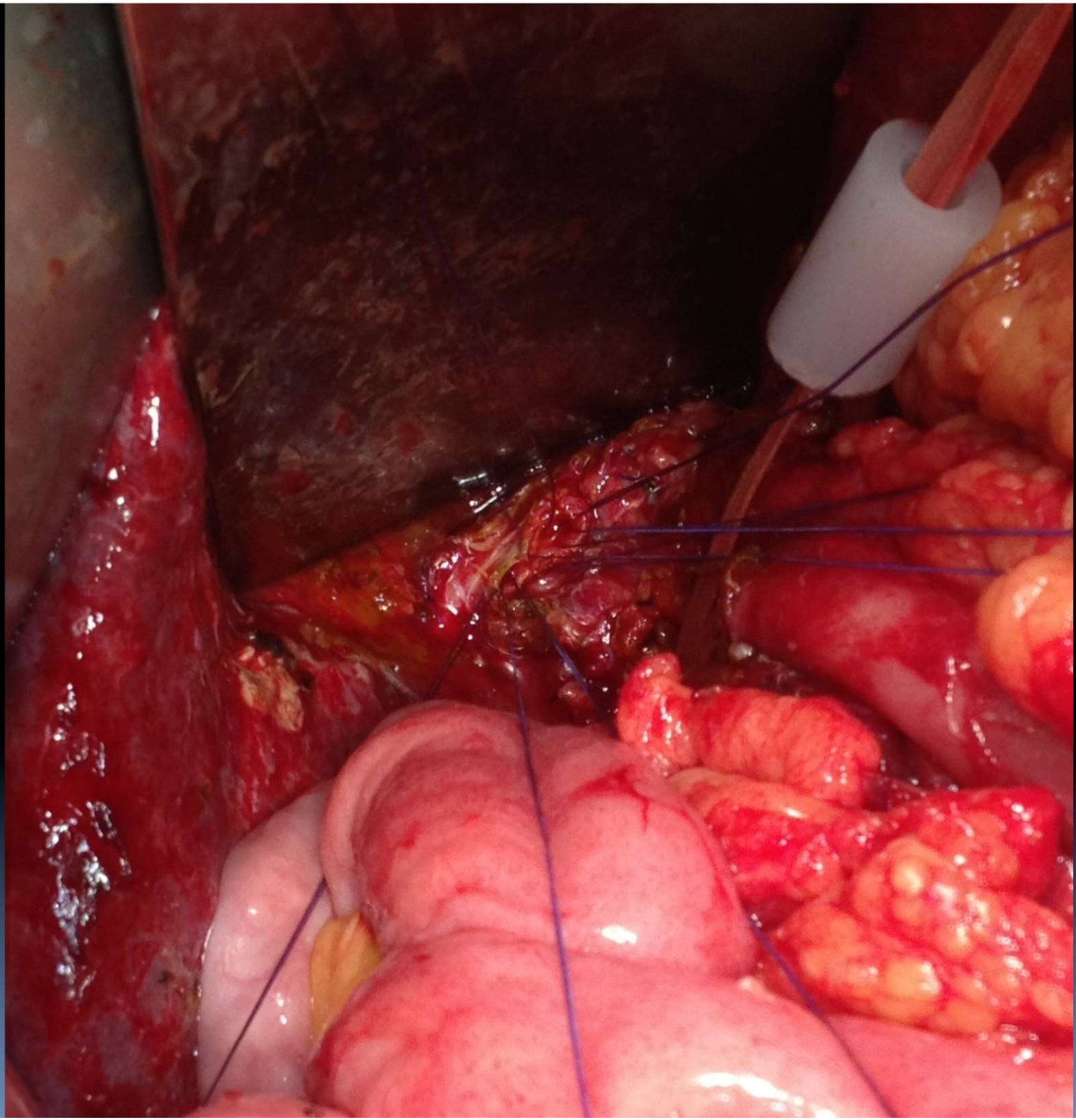
CPRE

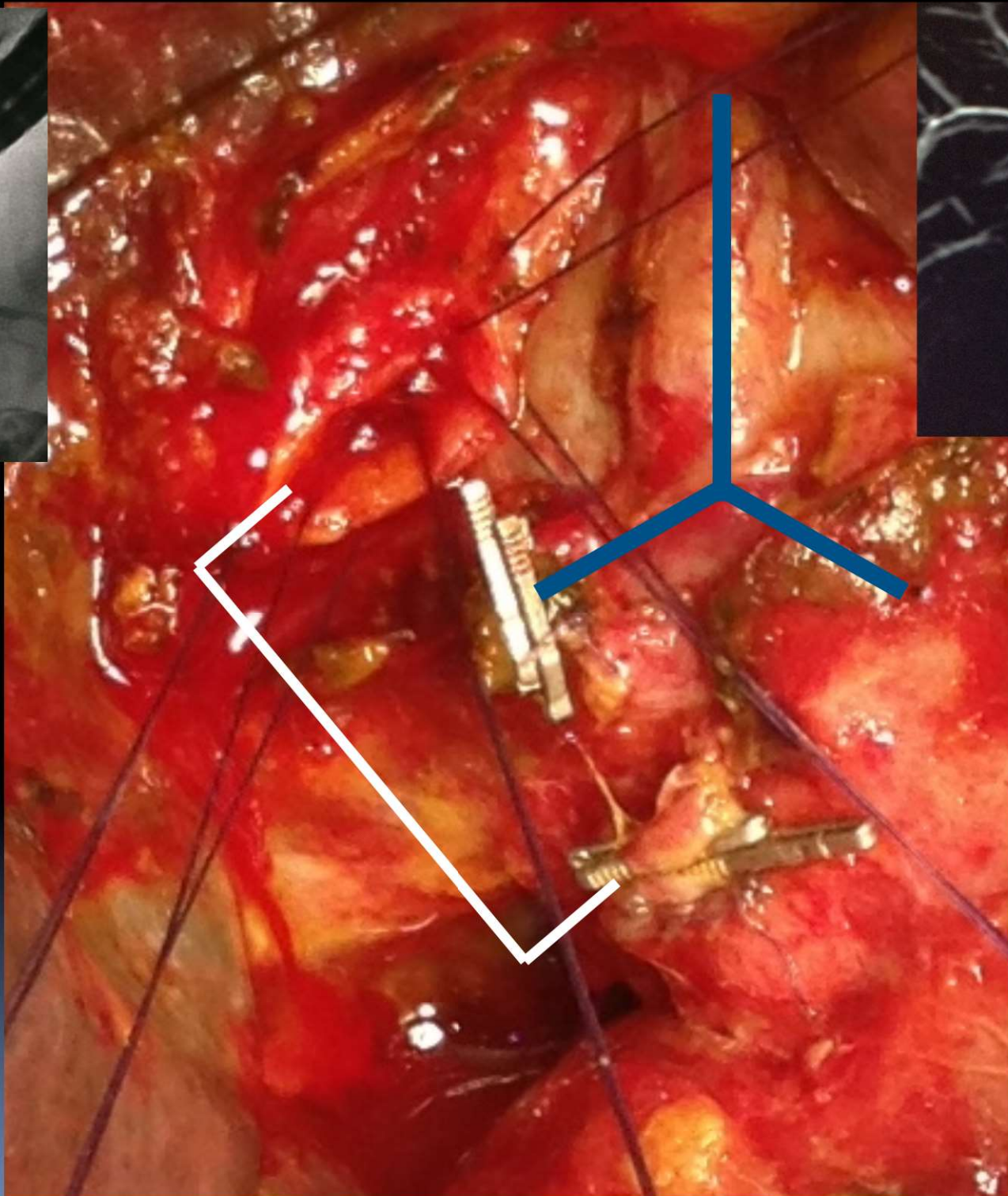


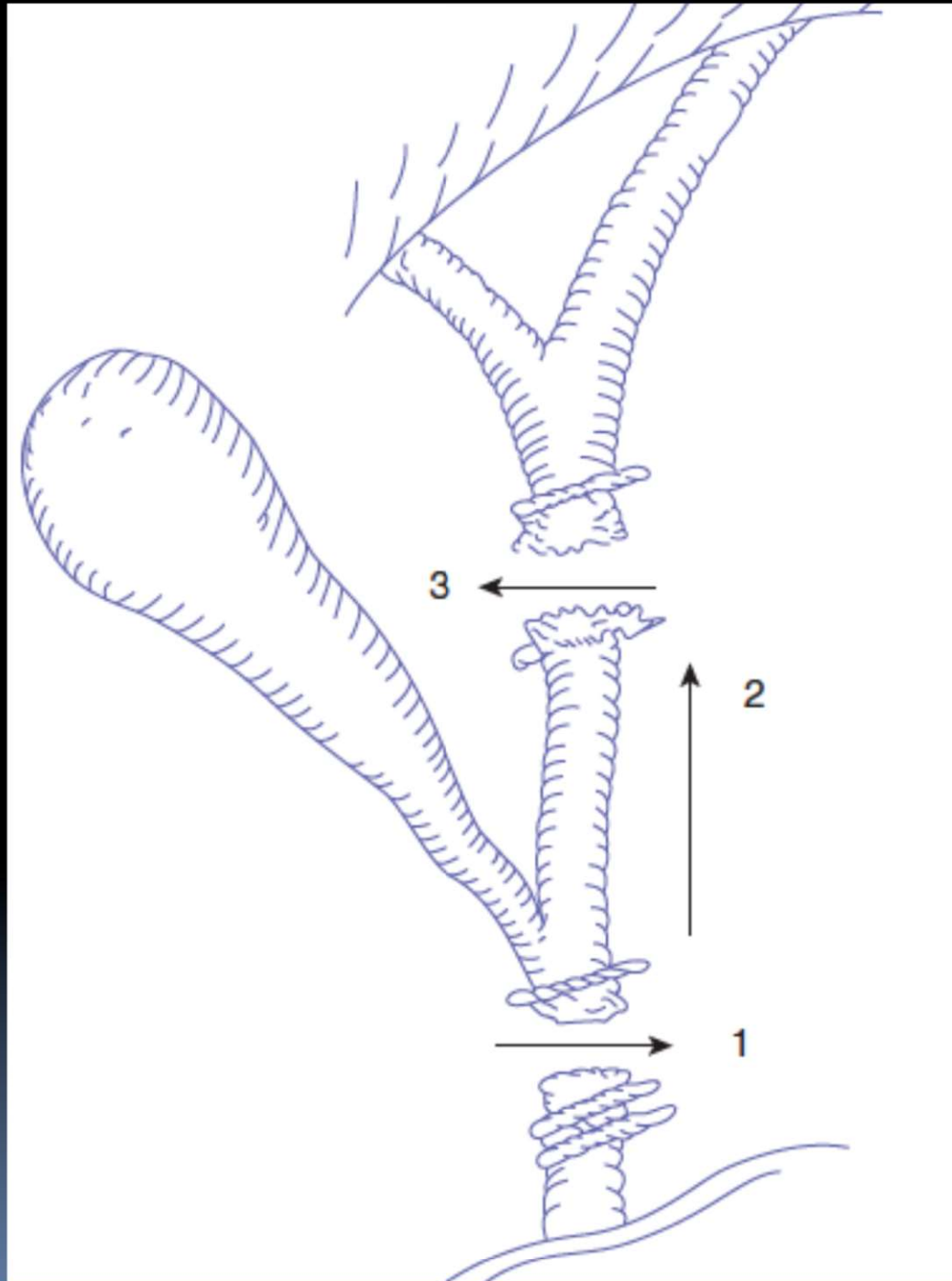


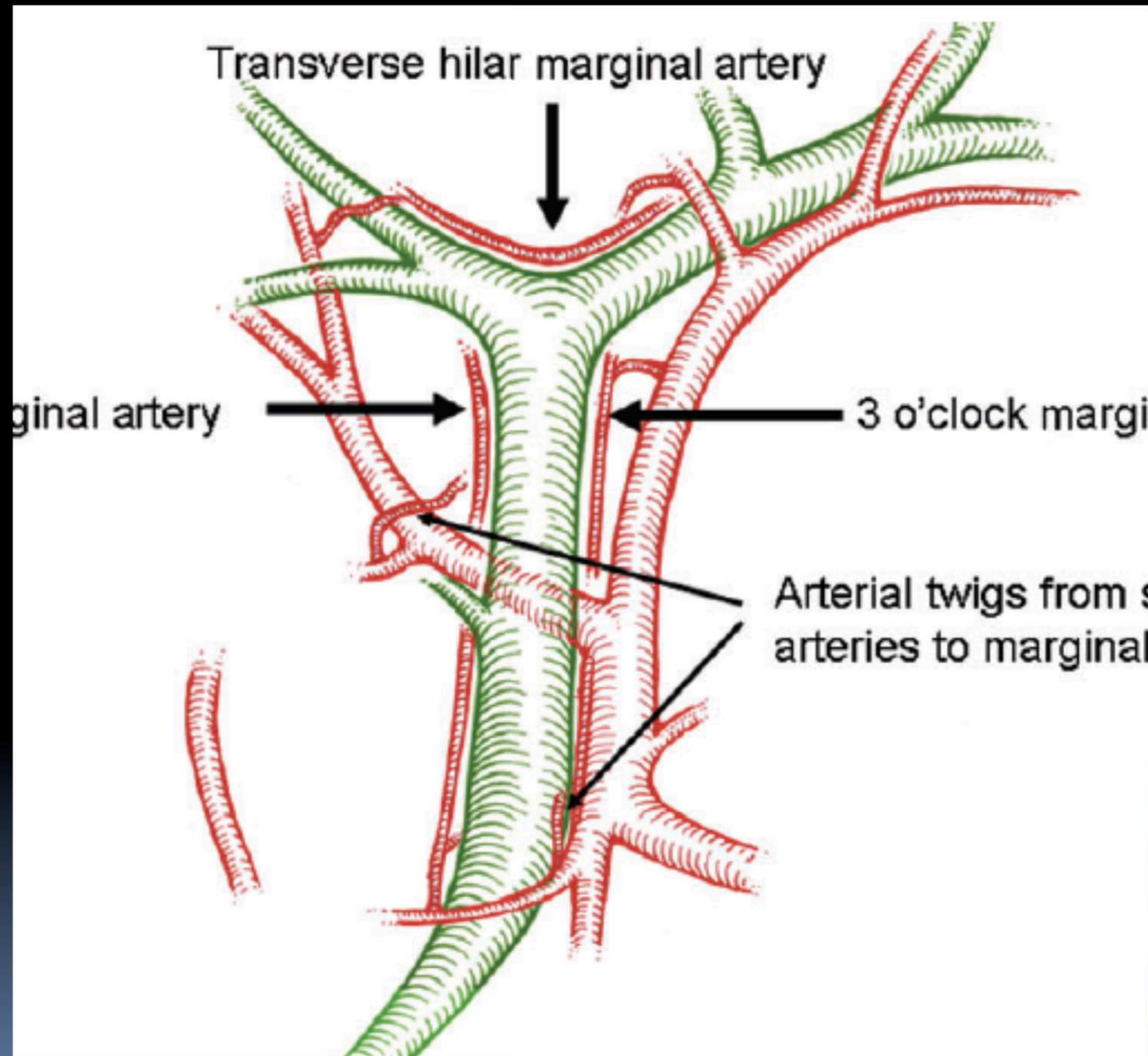


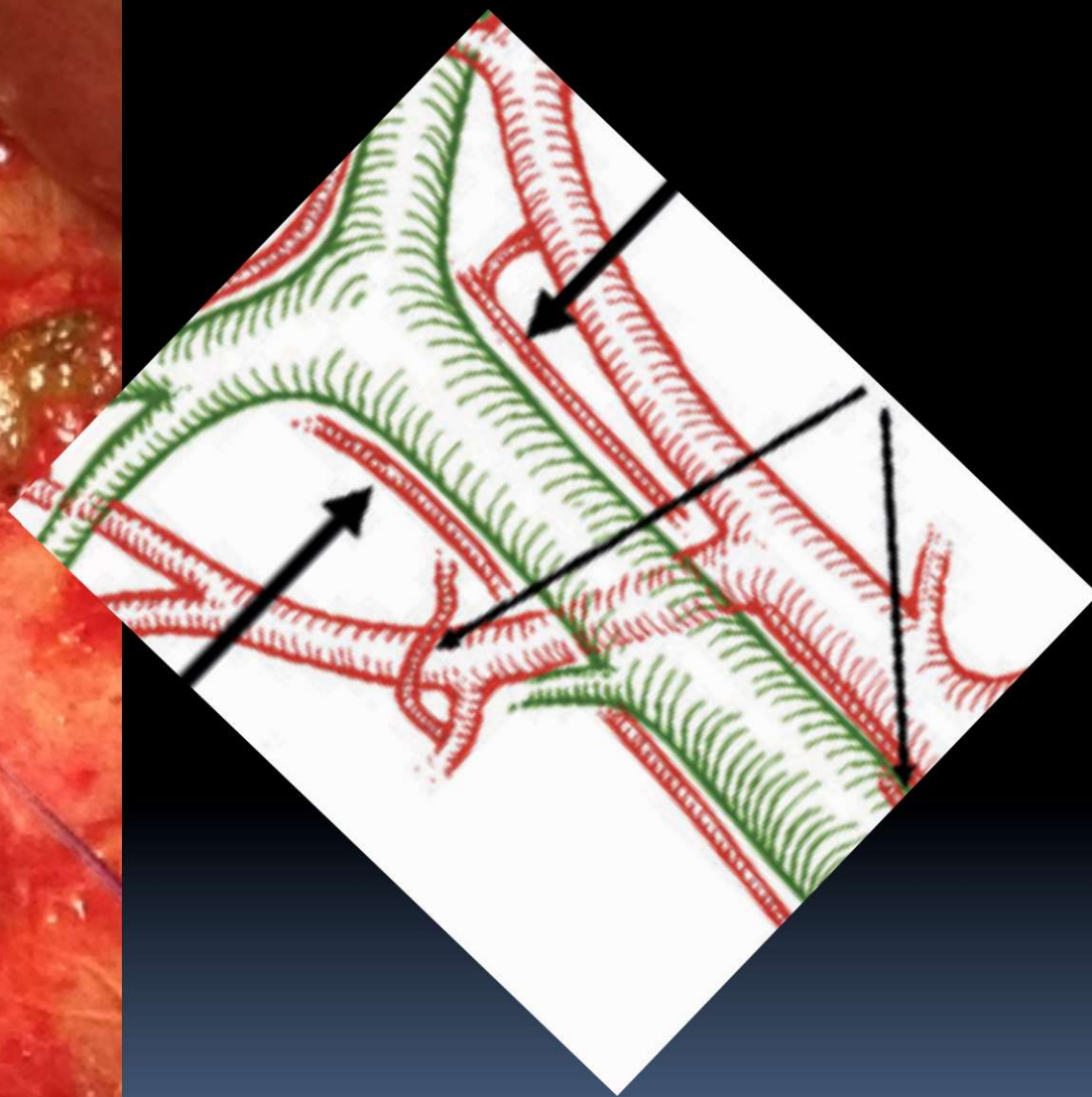


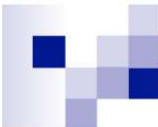








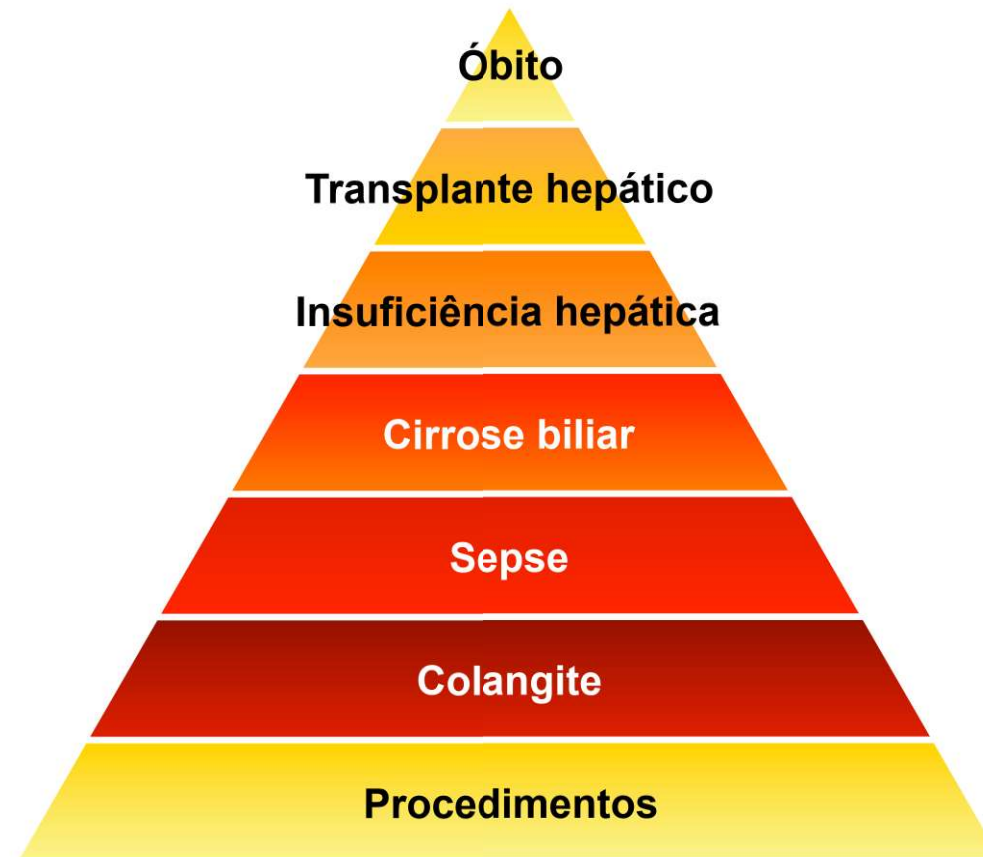




Lesão iatrogênica da via biliar

- ☐ Tragédia para o paciente
- ☐ Desastre para o cirurgião
- ☐ Prejuízo econômico
- ☐ Sério problema para seguros de saúde
- ☐ Estressante para a família do paciente
- ☐ Conseqüências de aspecto legal e jurídico

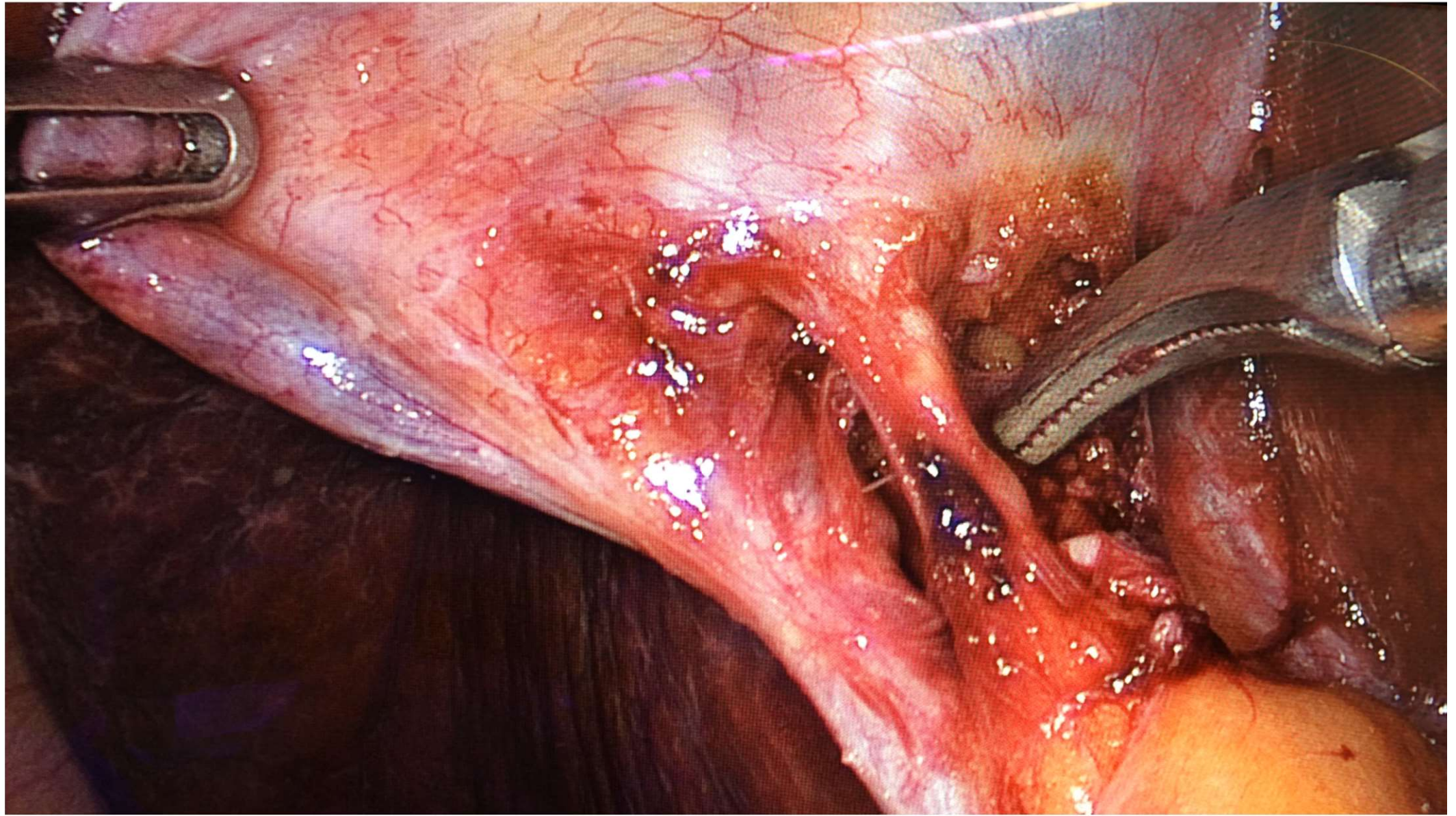
Lesão iatrogênica da via biliar

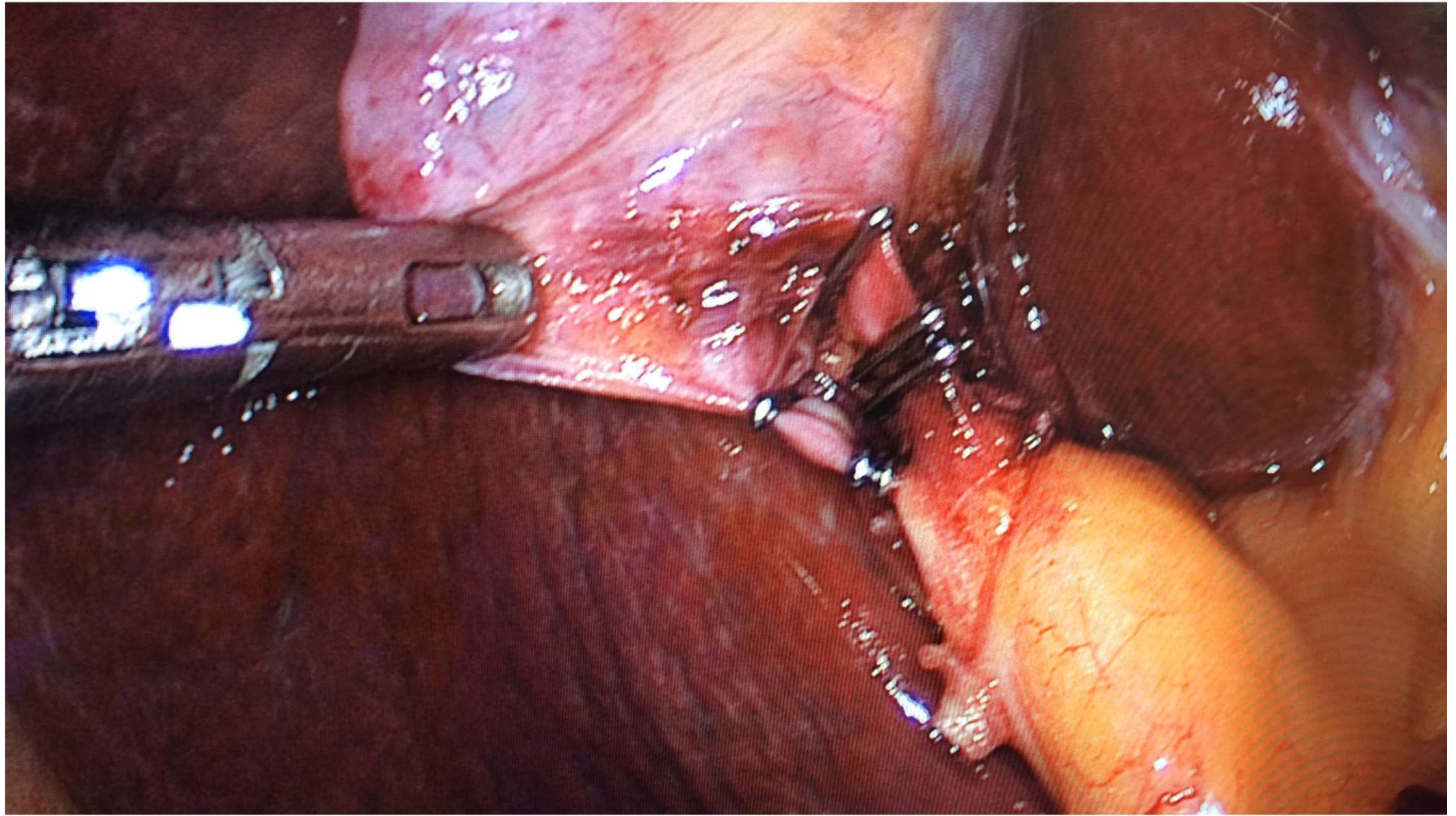


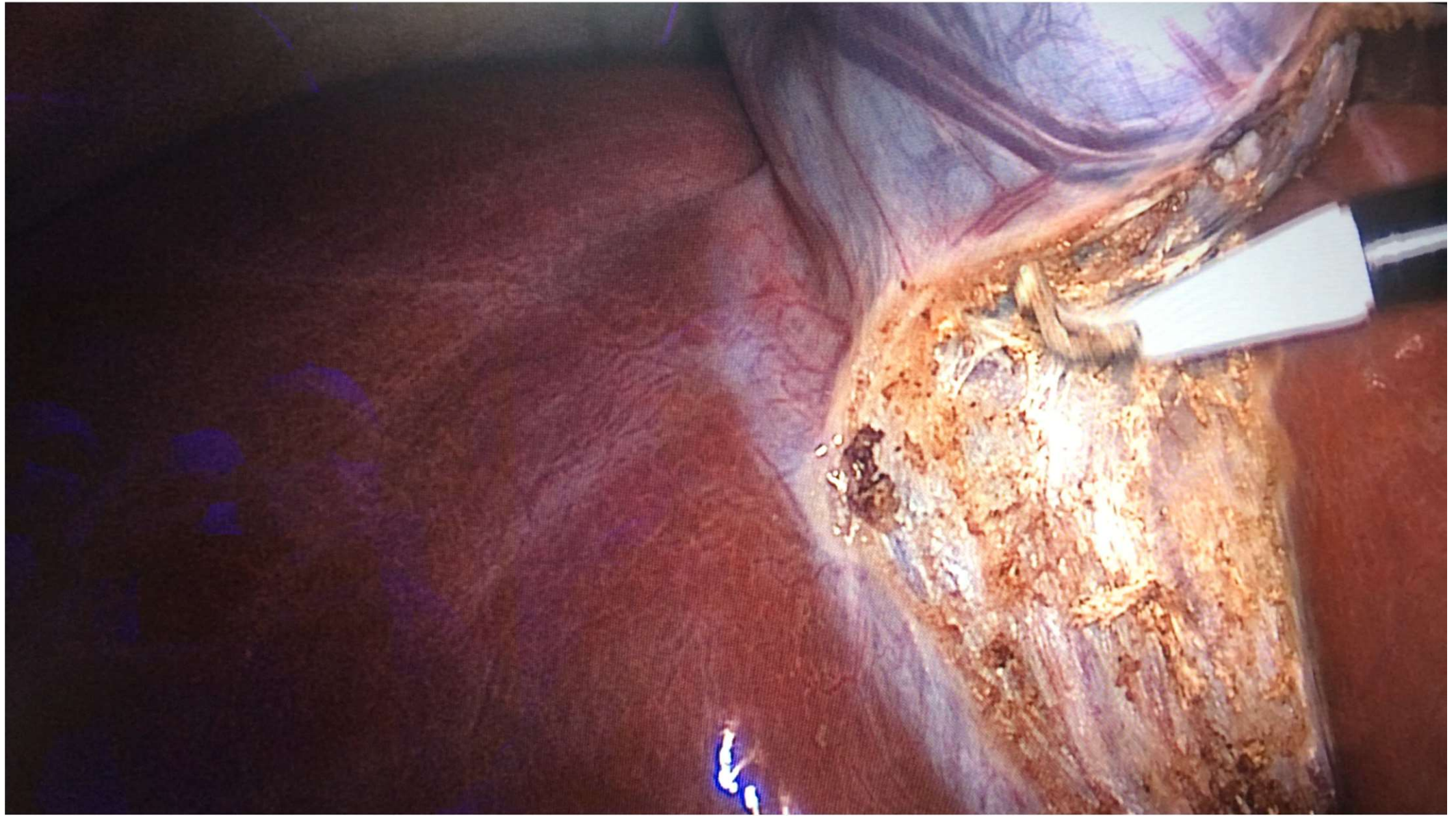
Kaman L et al – ANZ J Surg 76: 788-791, 2006



... e o doutor falou que seria uma cirurgia simples, de 20 minutos e que teria alta em menos de 24 horas, sem cortes na barriga, que poderia dirigir após 3 dias...







Lesões biliares em colecistectomia

Table 1. Comparative analysis of the two groups of patients who underwent laparoscopic and open cholecystectomy

Clinical characteristics	LC (n = 2079)	OC (n = 1558)	P value
Sex			
Female	1 539	1 143	0.669
Male	540	415	
Age (years)			
(Median + IR)	54 (31–72)	58 (34–71)	0.418
Type of operation			
Elective	2010	1477	0.004
Urgent	69	81	
Operative time (min)			
Median (IR)	75 (45–85)	75 (30–75)	0.441
Postoperative hospital stay (days)			
Median (IR)	2 (2–3)	4 (3–5)	0.001
Bile leakages unrelated to bile duct injury	6	4	0.856
Bile duct injuries	13	6	0.317
Time of BDI recognition			
Intraoperative	9	1	0.033
Postoperative	4	5	
Bismuth's classification of BDI			
Type 1	1	1	0.578
Type 2	4	3	0.157
Type 3	6	2	0.622
Type 4	2	0	0.337

LC, laparoscopic cholecystectomy; OC, open cholecystectomy; BDI, bile duct injury; IR, interquartile range

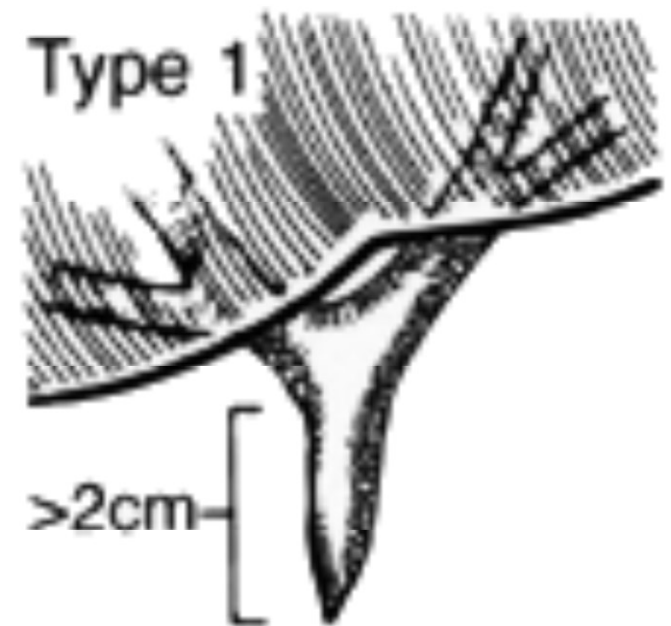
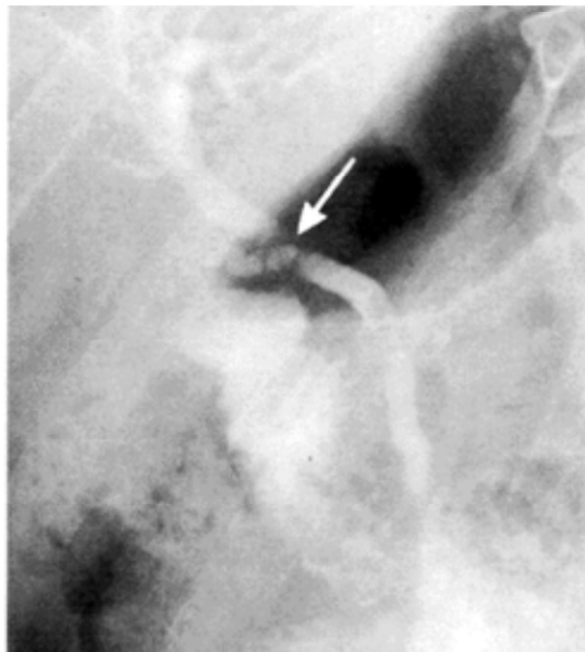
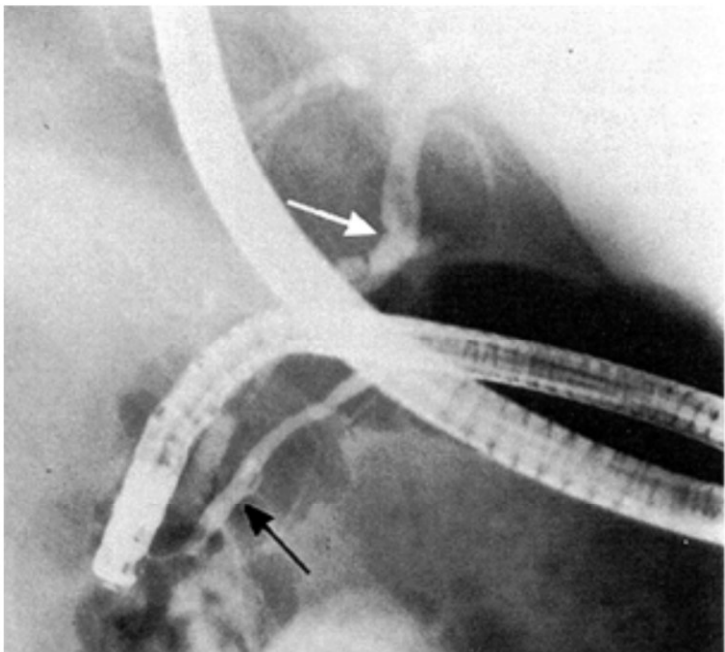


Em termos numéricos, as consequências da lesão da via biliar após colecistectomia, são mais prevalentes que aquelas decorrentes da hepatectomia por neoplasia de fígado.

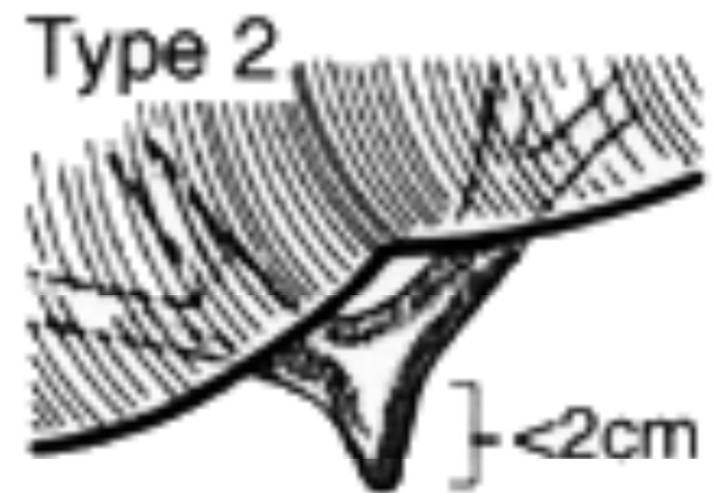
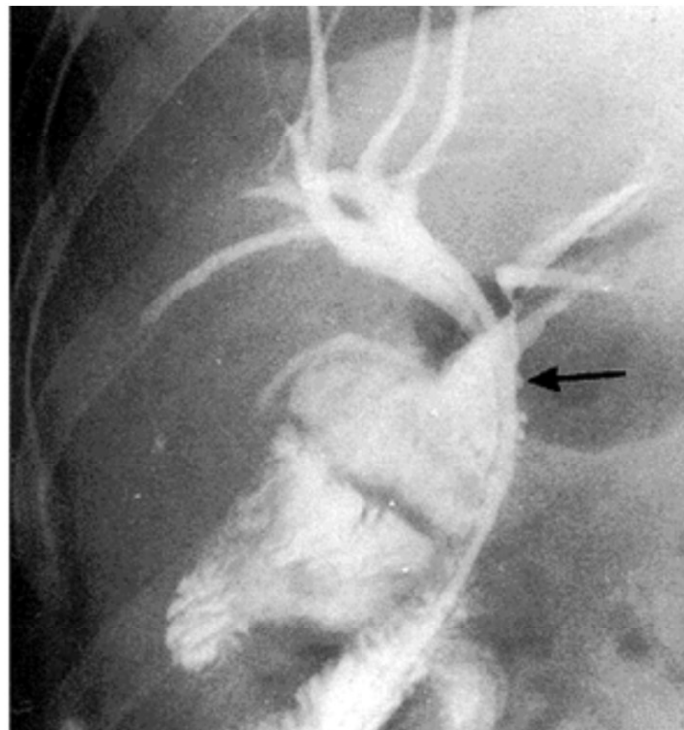
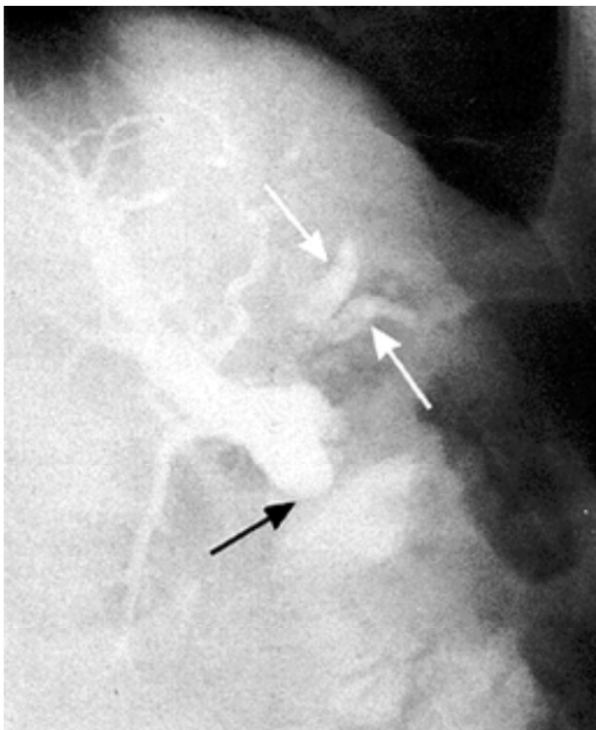
Classificação de Bismuth



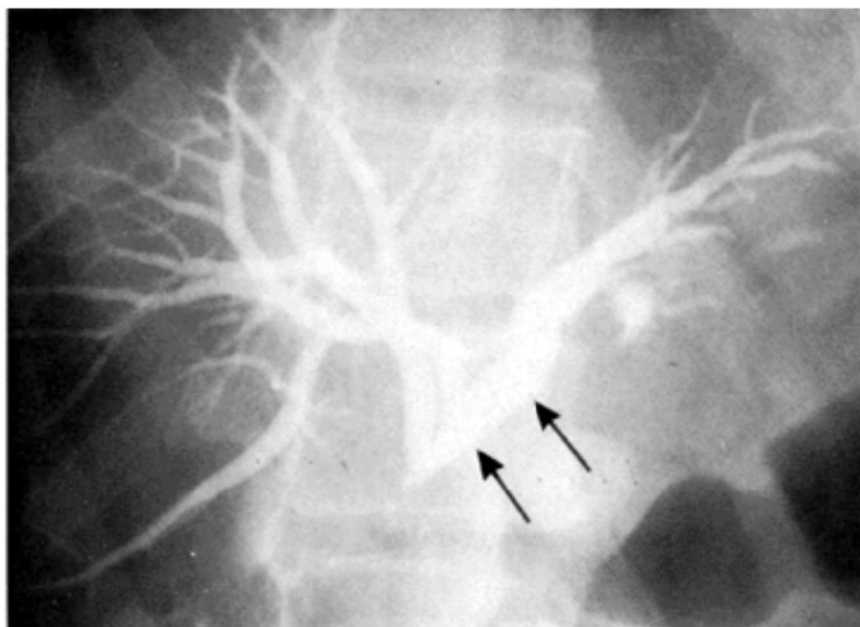
❑ Tipo I – Lesão de ducto hepático comum baixo com ducto hepático remanescente > 2 cm



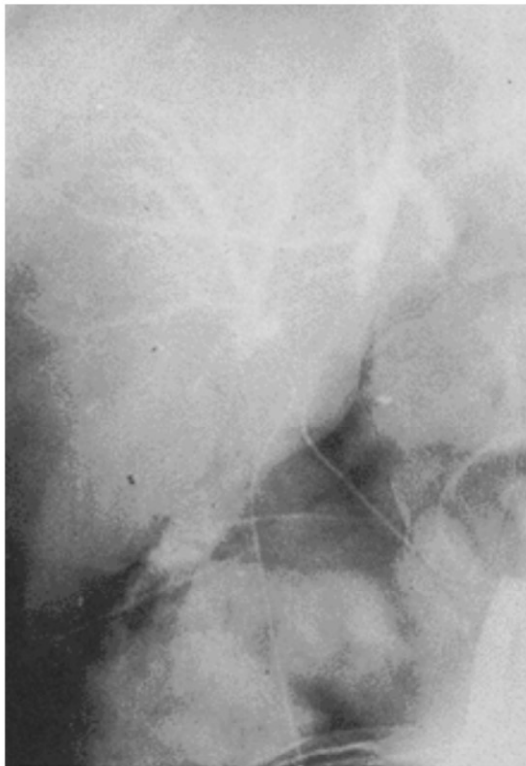
❑ Tipo II – Lesão de ducto hepático comum médio com ducto hepático remanescente < 2 cm



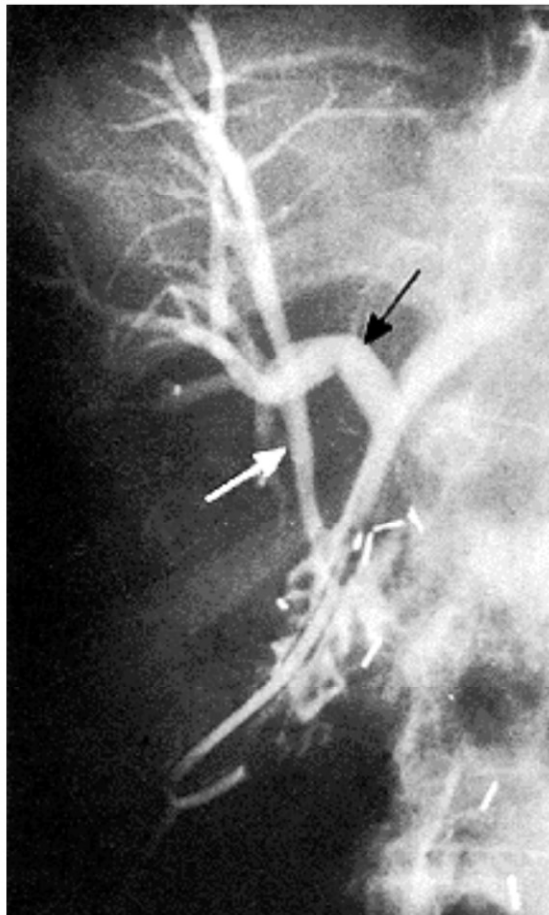
**□ Tipo III – Lesão hilar sem ducto hepático comum residual.
Confluência hilar intacta.**



❑ Tipo IV – Destruição da confluência hilar. Ductos direito e esquerdo separados.



❑ **Tipo V – Envolvimento de ducto sectorial direito aberrante isolado ou incluindo o ducto comum.**



Classificação de Strasberg



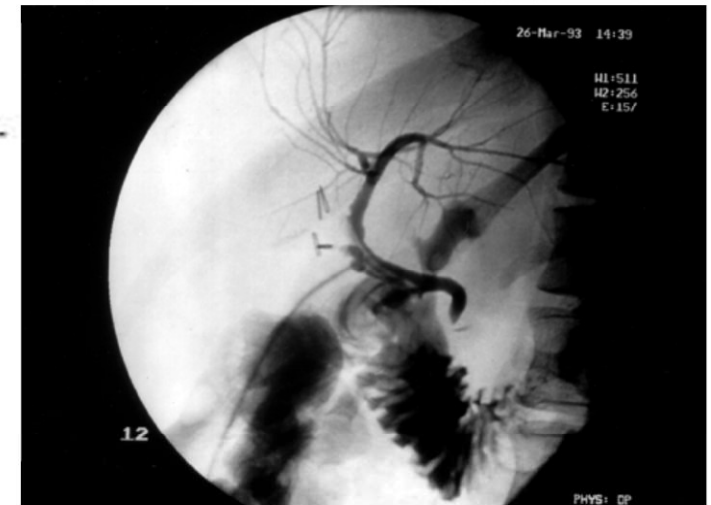
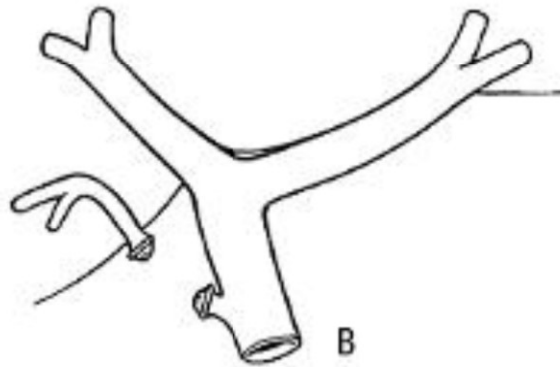
Tipo A

Vazamento biliar de um ducto menor, ainda em continuidade com o ducto biliar comum



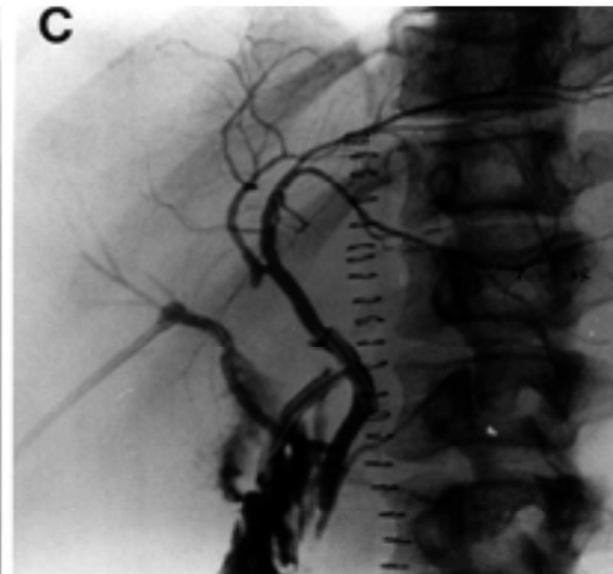
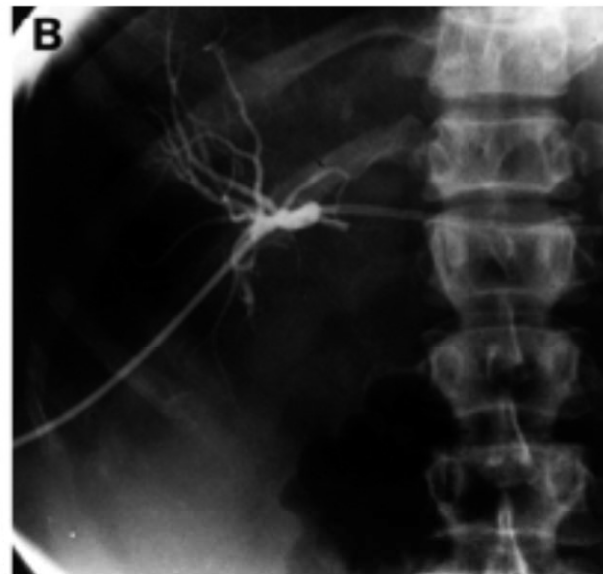
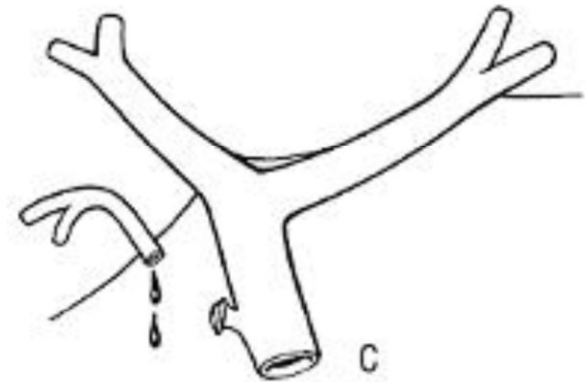
Tipo B

Oclusão de parte da árvore biliar



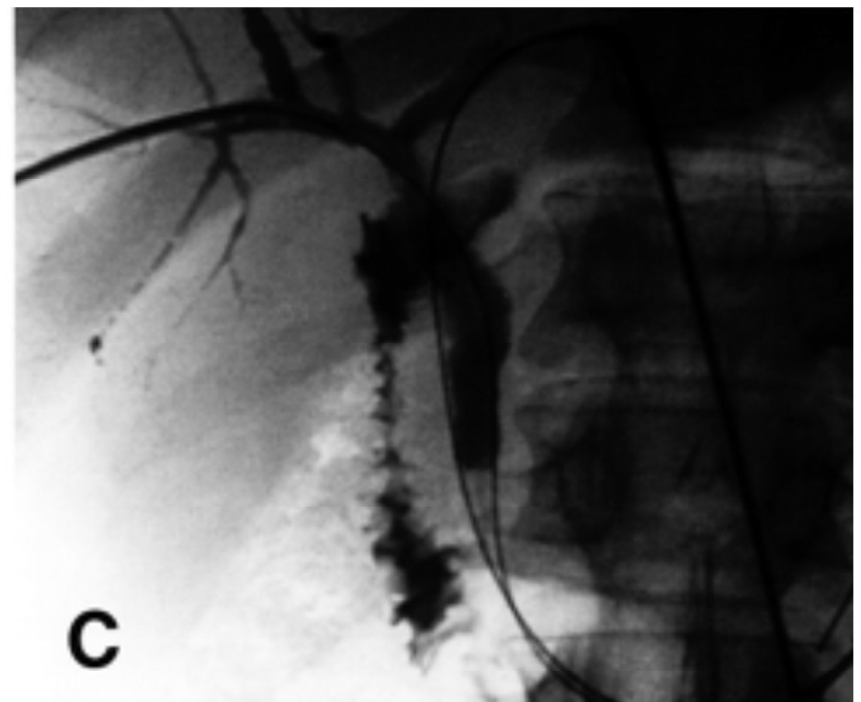
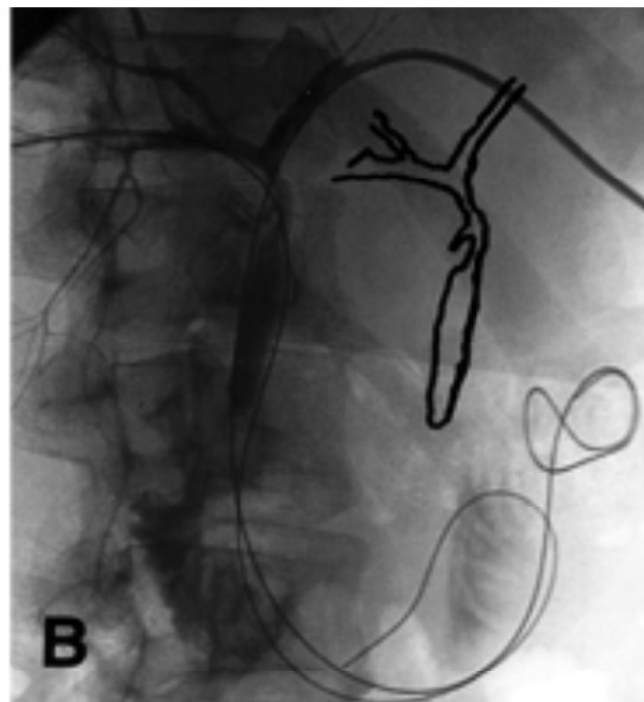
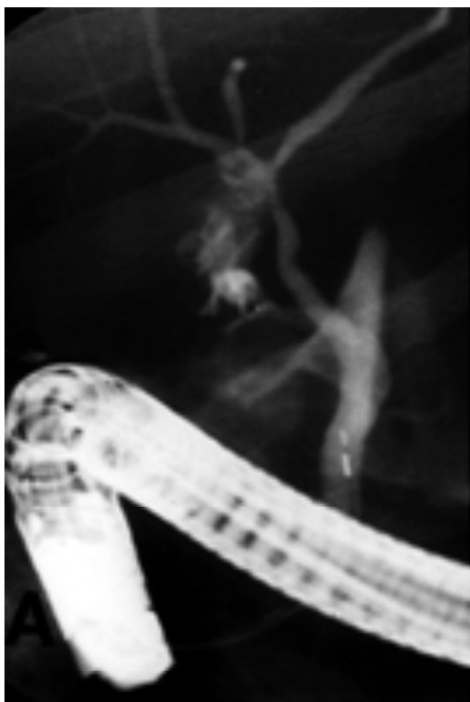
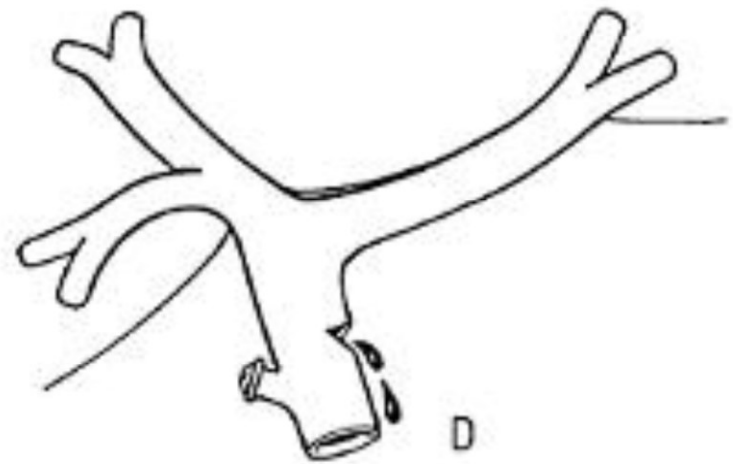
Tipo C

Vazamento biliar de ducto que não está em comunicação com o ducto biliar comum.



Tipo D

Lesão lateral do ducto biliar extra-hepático.





Tipo E

Semelhante à de Bismuth (E1 – E5)

Fatores de risco para lesão

- ❑ Treinamento e experiência

- ❑ Fatores de risco locais

 - Colecistite aguda

 - Colecistite crônica

 - Sangramento (tentativa de controle)

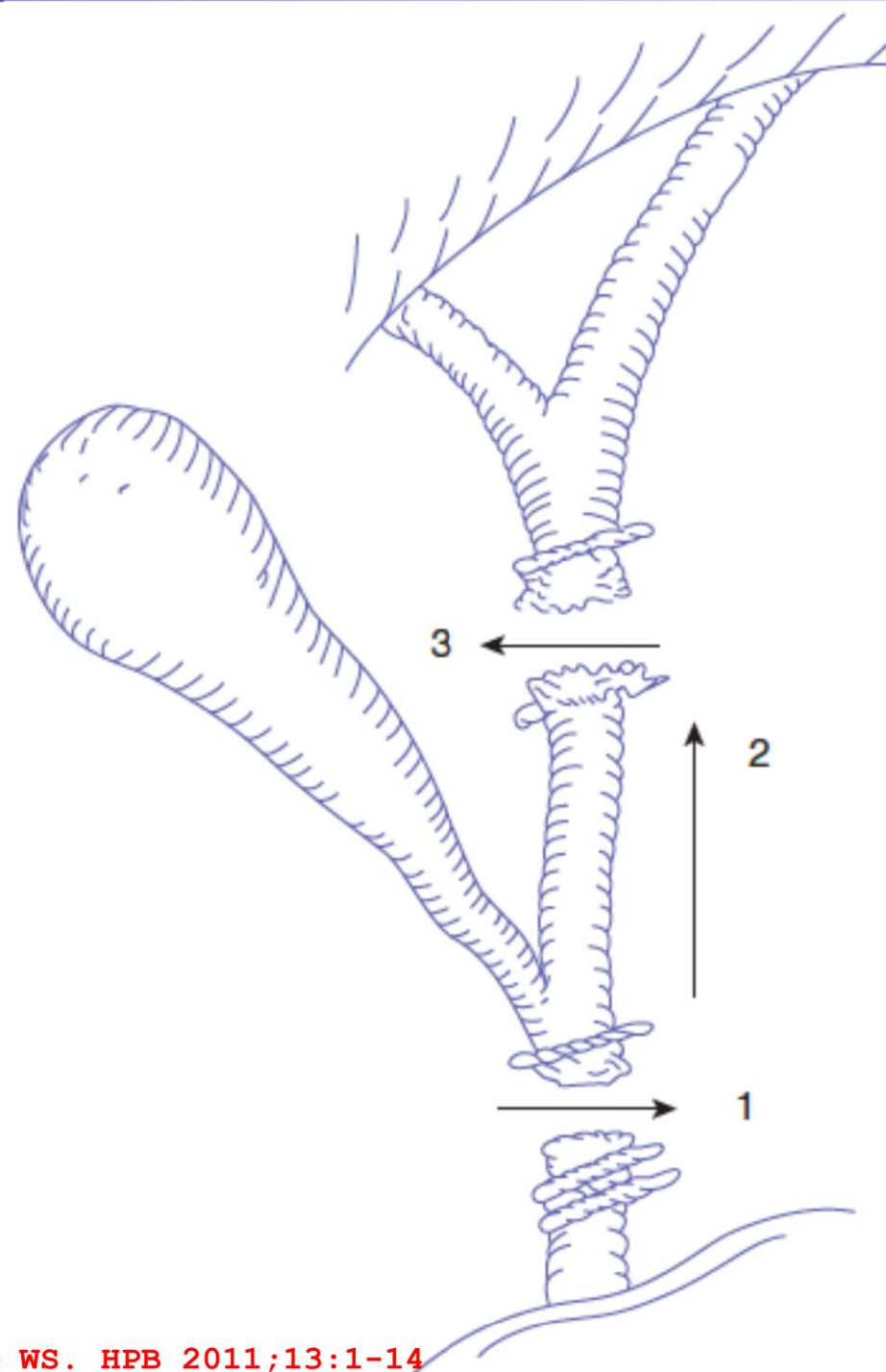
 - Gordura na região portal

 - Obesidade

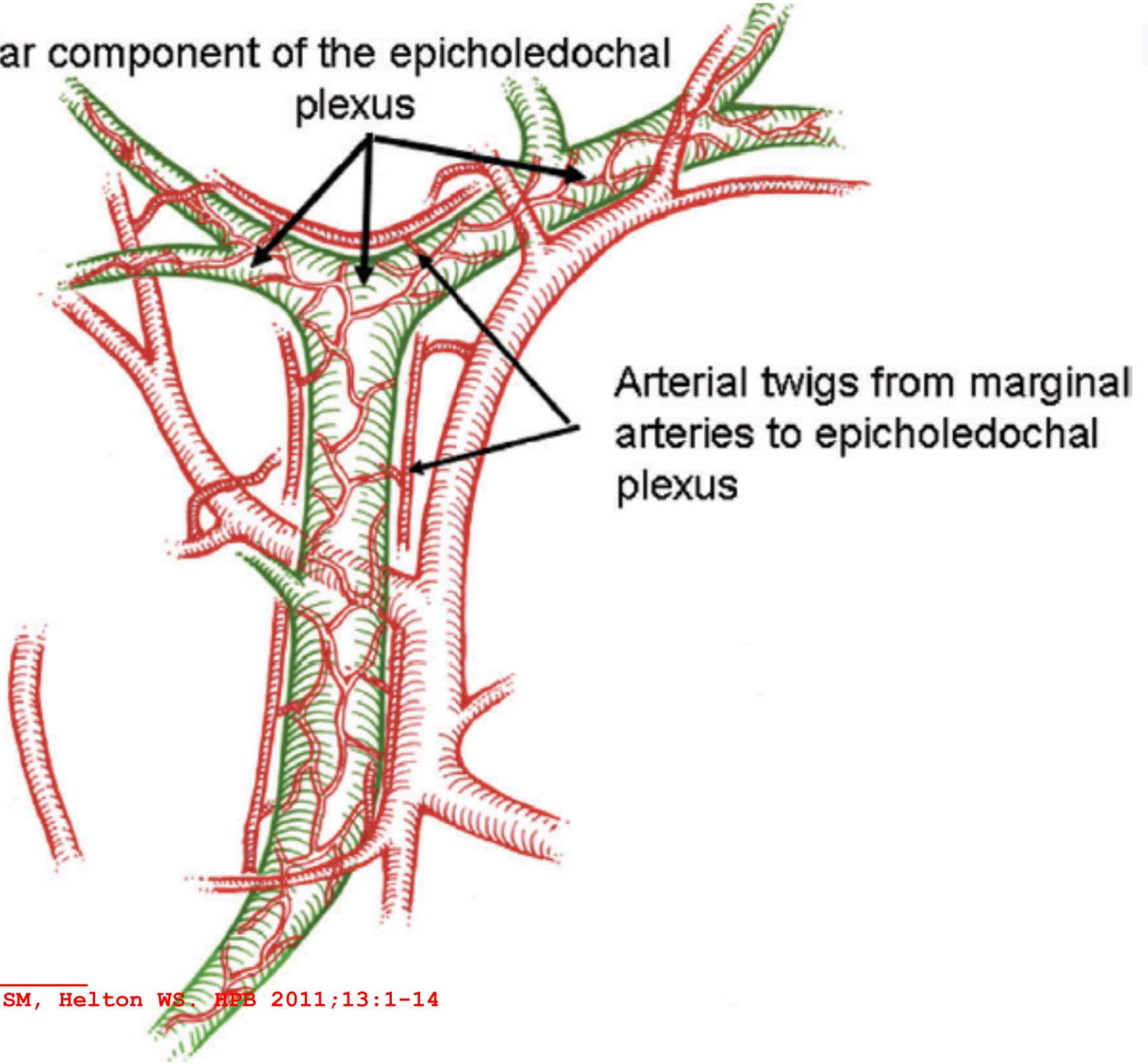
- ❑ Variações anatômicas

- ❑ Técnica imprópria

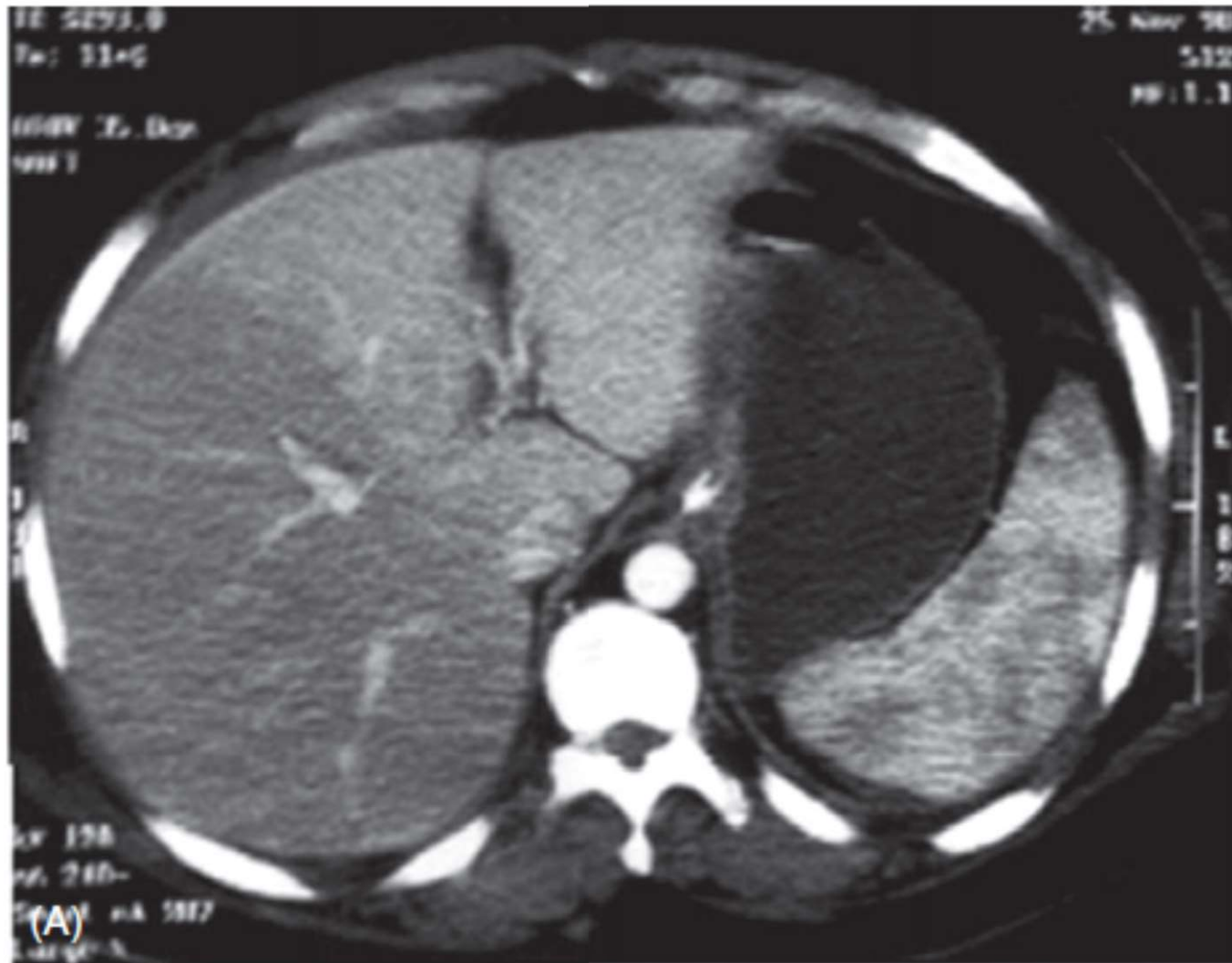
- ❑ Equipamento



Hilar component of the epicholedochal
plexus



Isquemia



Isquemia



Table 2. Details of 51 local risk factors for biliary tract injury present during laparoscopic cholecystectomy in 40 patients (62%)

Risk factors	No. of patients
Acute inflammation in the triangle of Calot	19
Scleroatrophic cholecystitis with a short cystic duct	14
Huge impacted gallstone in the gallbladder neck	8
Biliary anomaly (aberrant right posterior hepatic duct)	5
Instrumental endobiliary maneuver during transcystic laparoscopic common bile duct exploration	3
Mirizzi syndrome: gangrenous cholecystitis	1
Gallbladder cancer	1

Fatores de risco para lesão

❑ Variações anatômicas

Ducto cístico curto ou ausente

Ducto cístico originando do hepático D

Ducto hepático D acessório ou aberrante

❑ Técnica imprópria

Tenda no ducto hepático comum

Colocação imprópria do clip no cístico

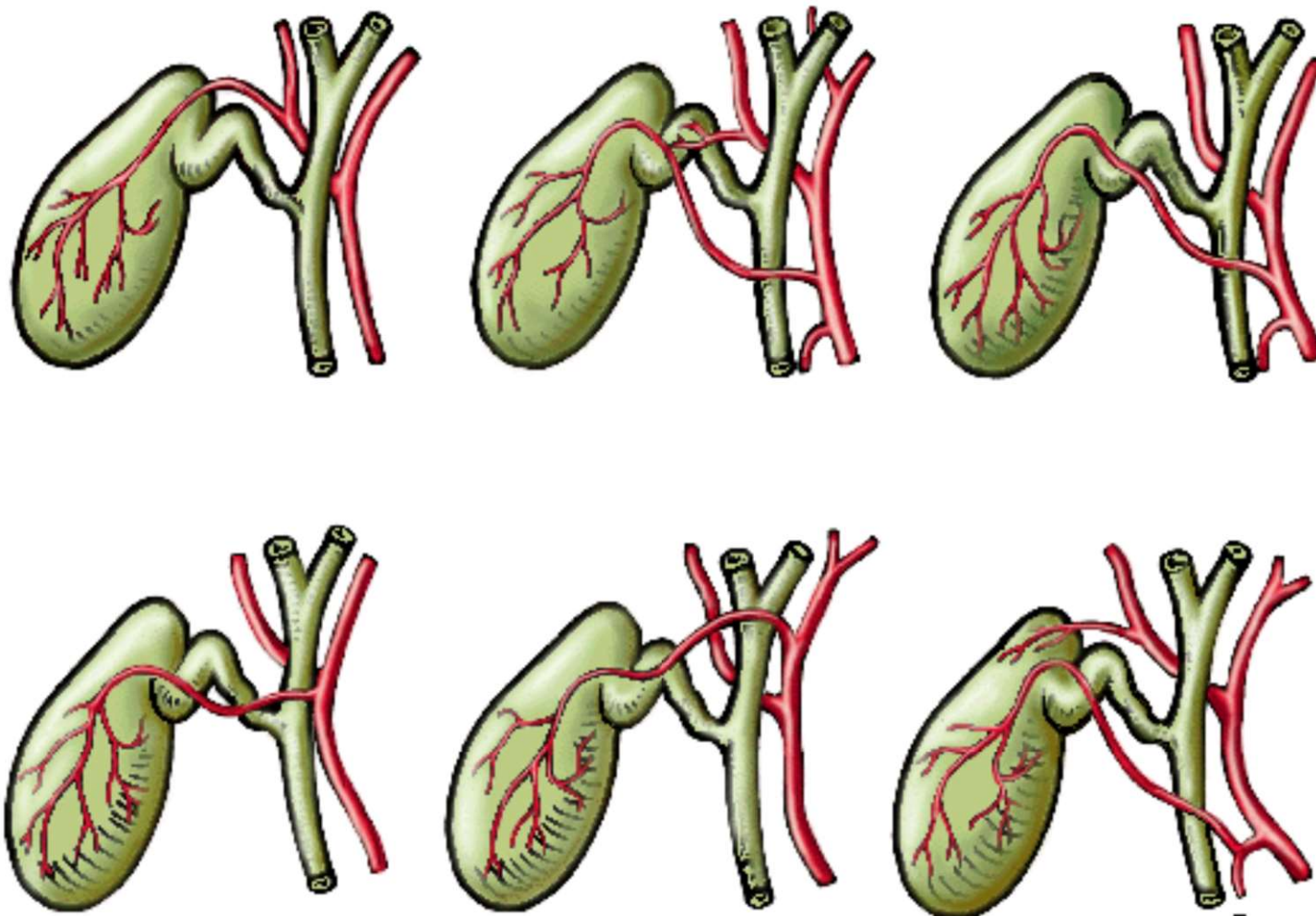
Lesão do ducto cístico/hepático comum

durante dissecação

Variações anatômicas



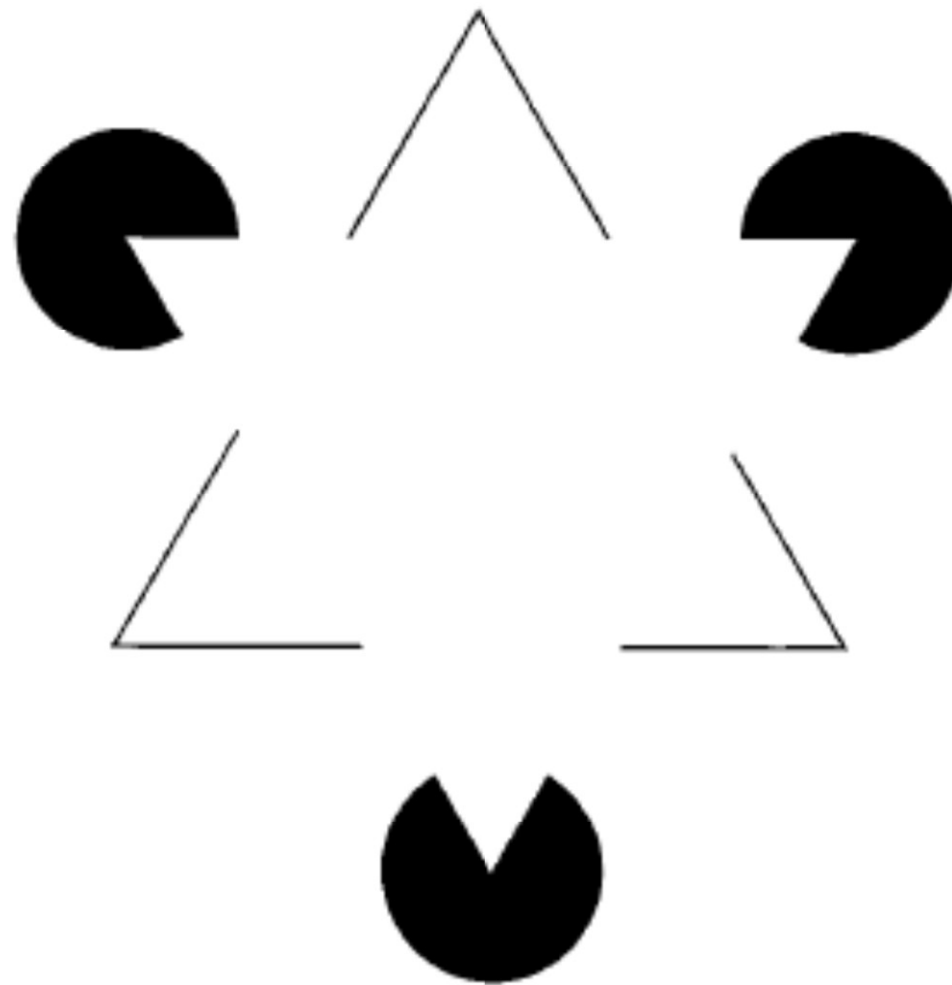
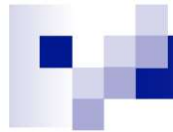
Variações anatômicas



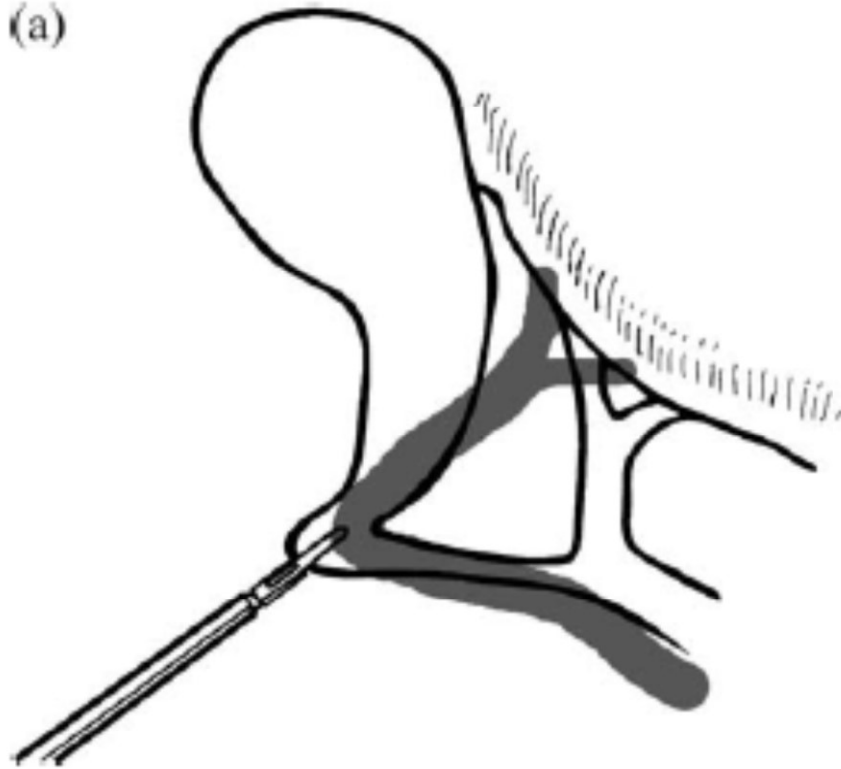


Heurística visual

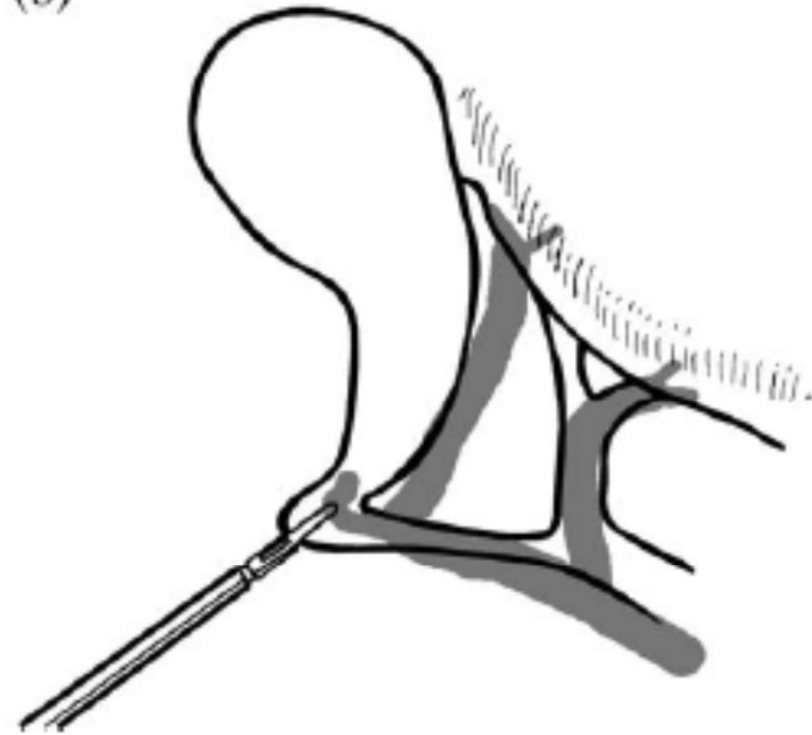
Ver o que você acredita



(a)



(b)





Equipamento

- ☐ Visibilidade do Monitor (iluminação)
- ☐ Eletrocautério
- ☐ Tesouras e pinças
- ☐ Clipador
- ☐ Pneumoperitôneo (vazamentos)
- ☐ Auxiliares

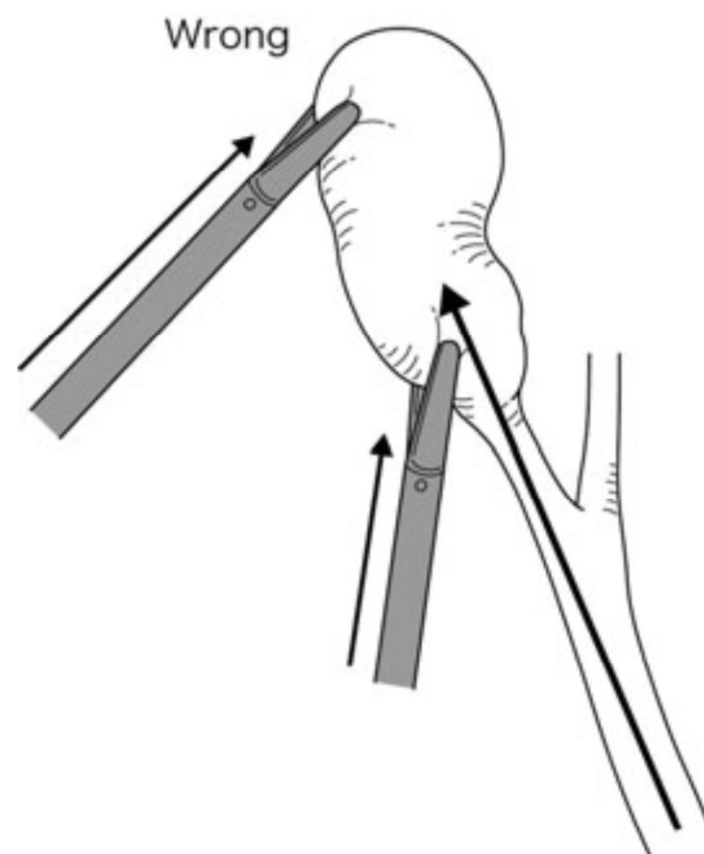
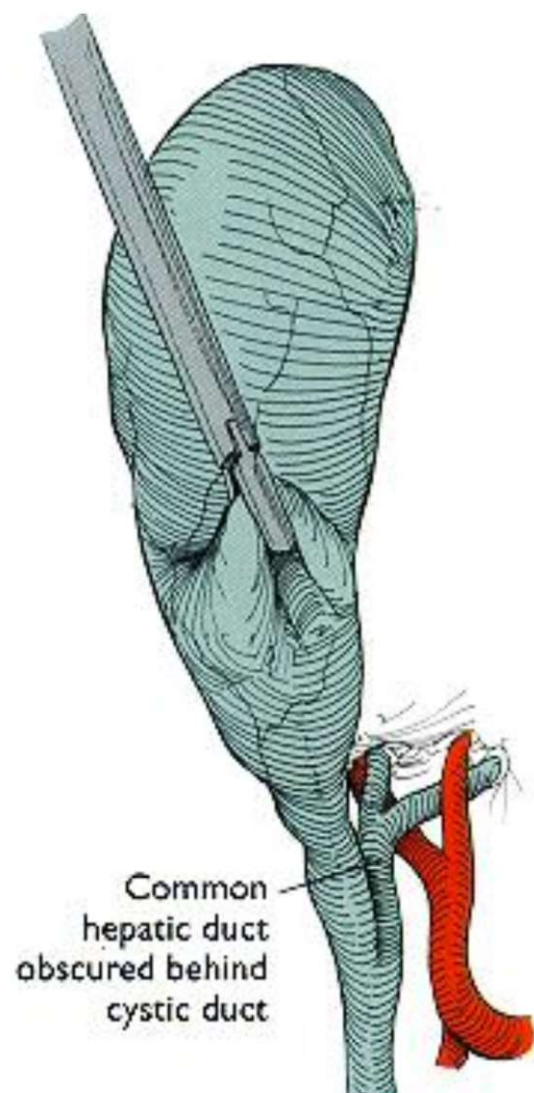




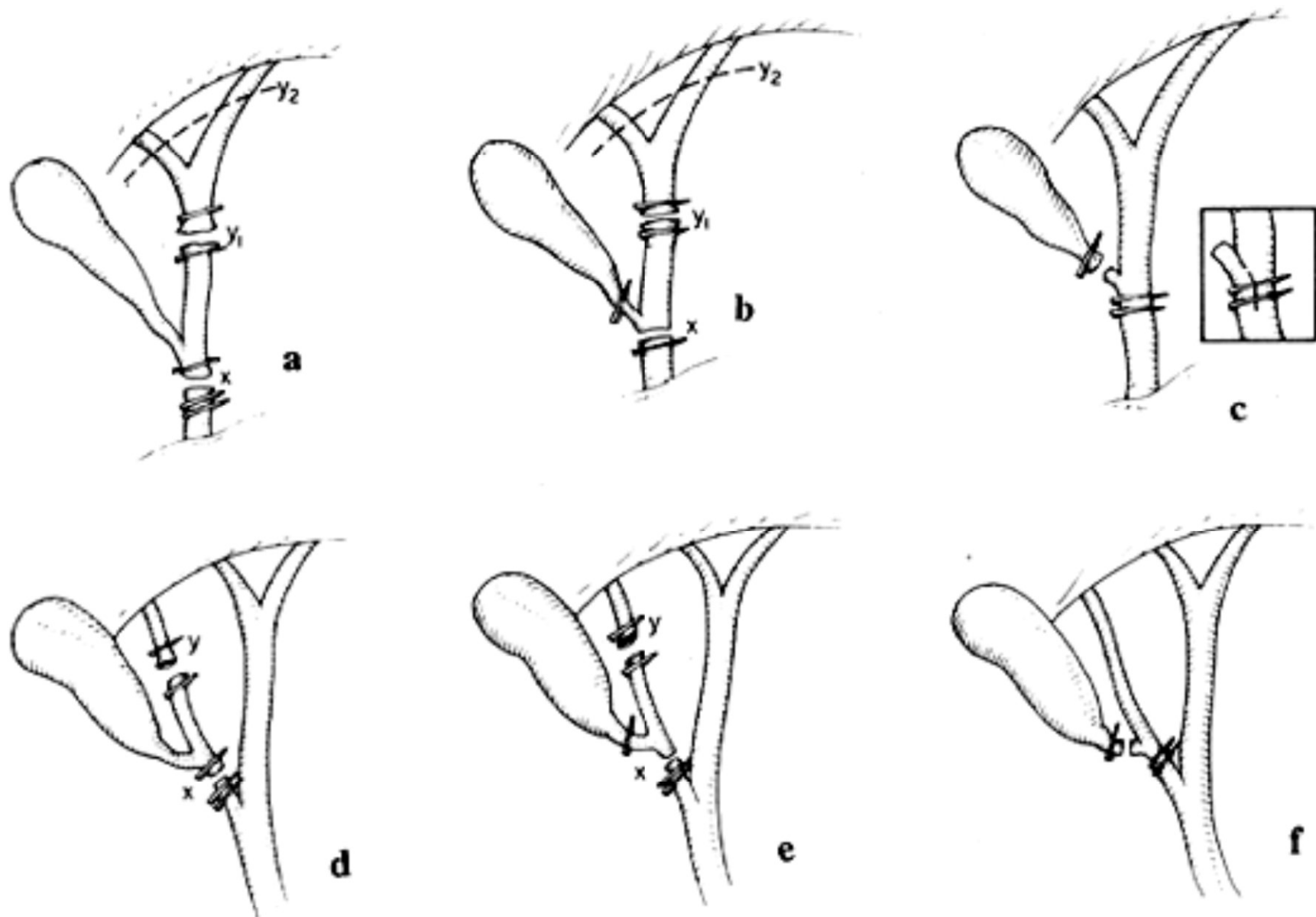
Visão crítica de segurança

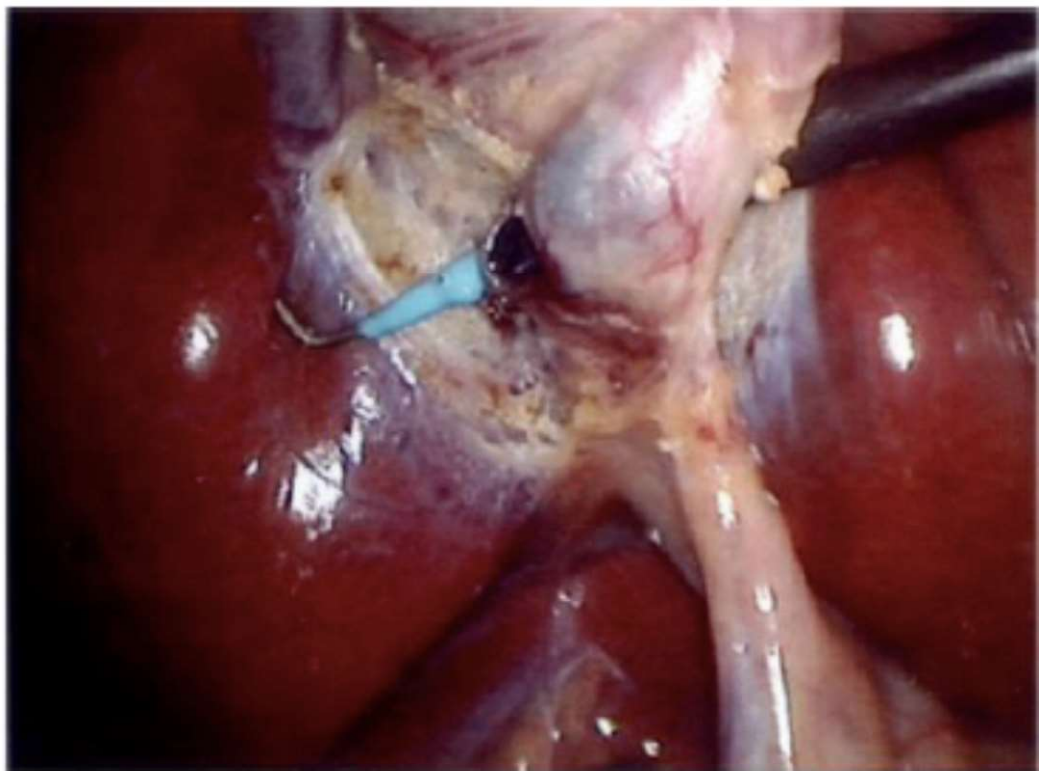
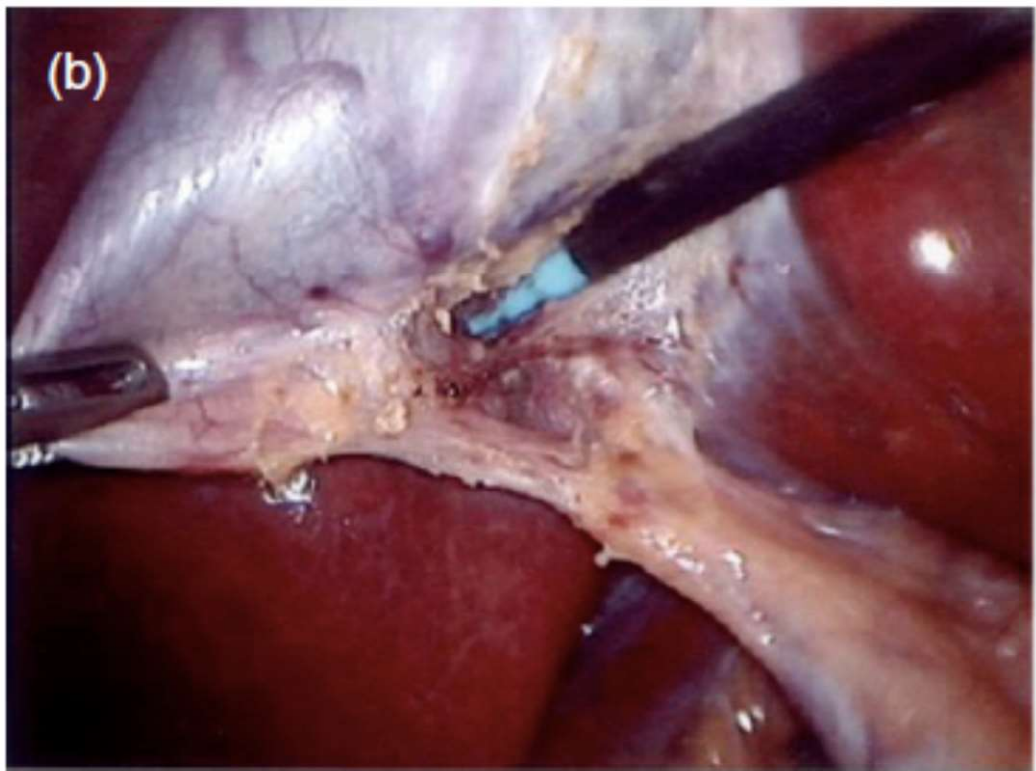
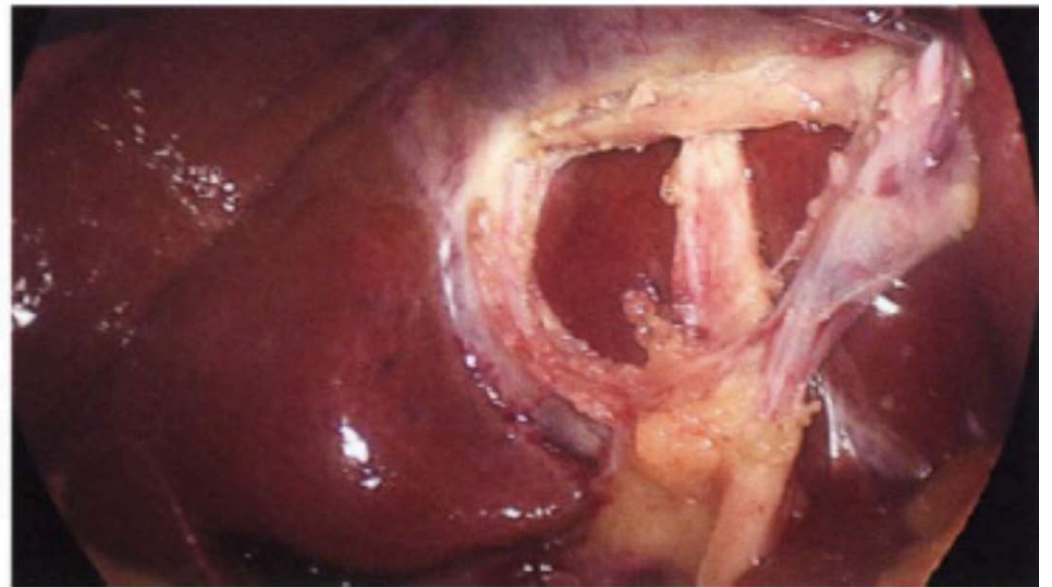
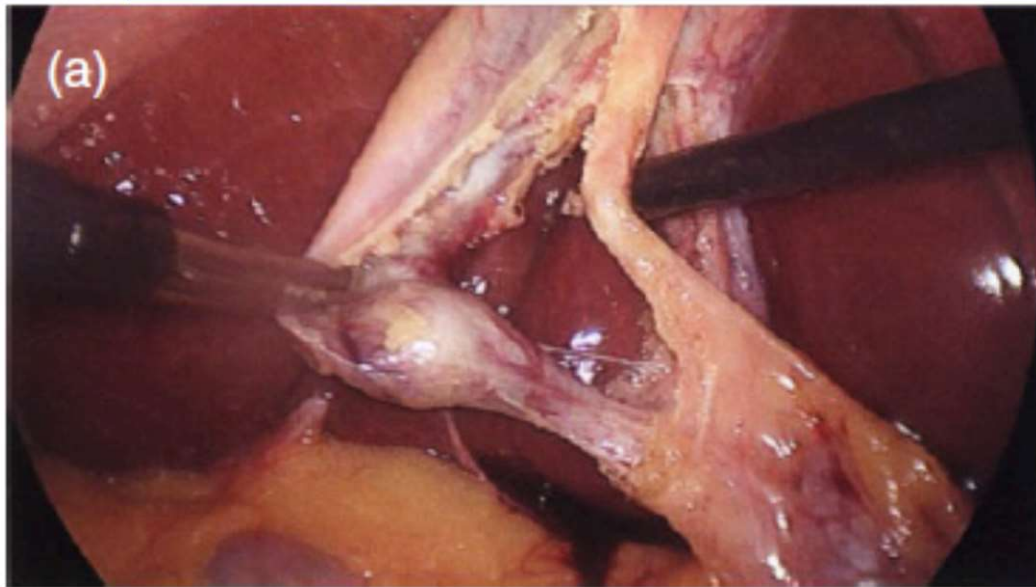
A má identificação do ducto cístico causa as principais lesões da via biliar e resulta de uma dissecção incompleta ou errada do triângulo de Calot.

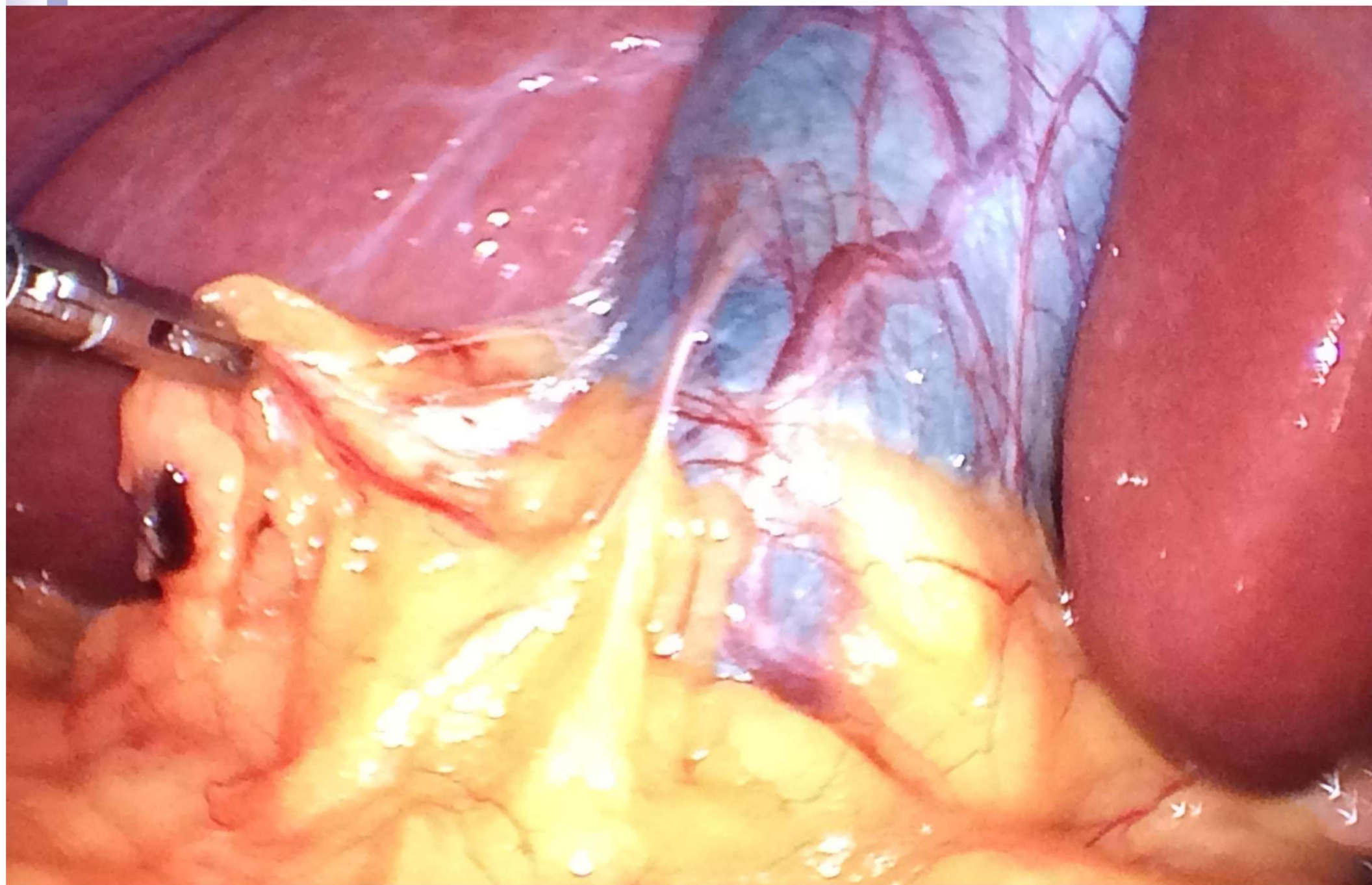
Técnica impropria

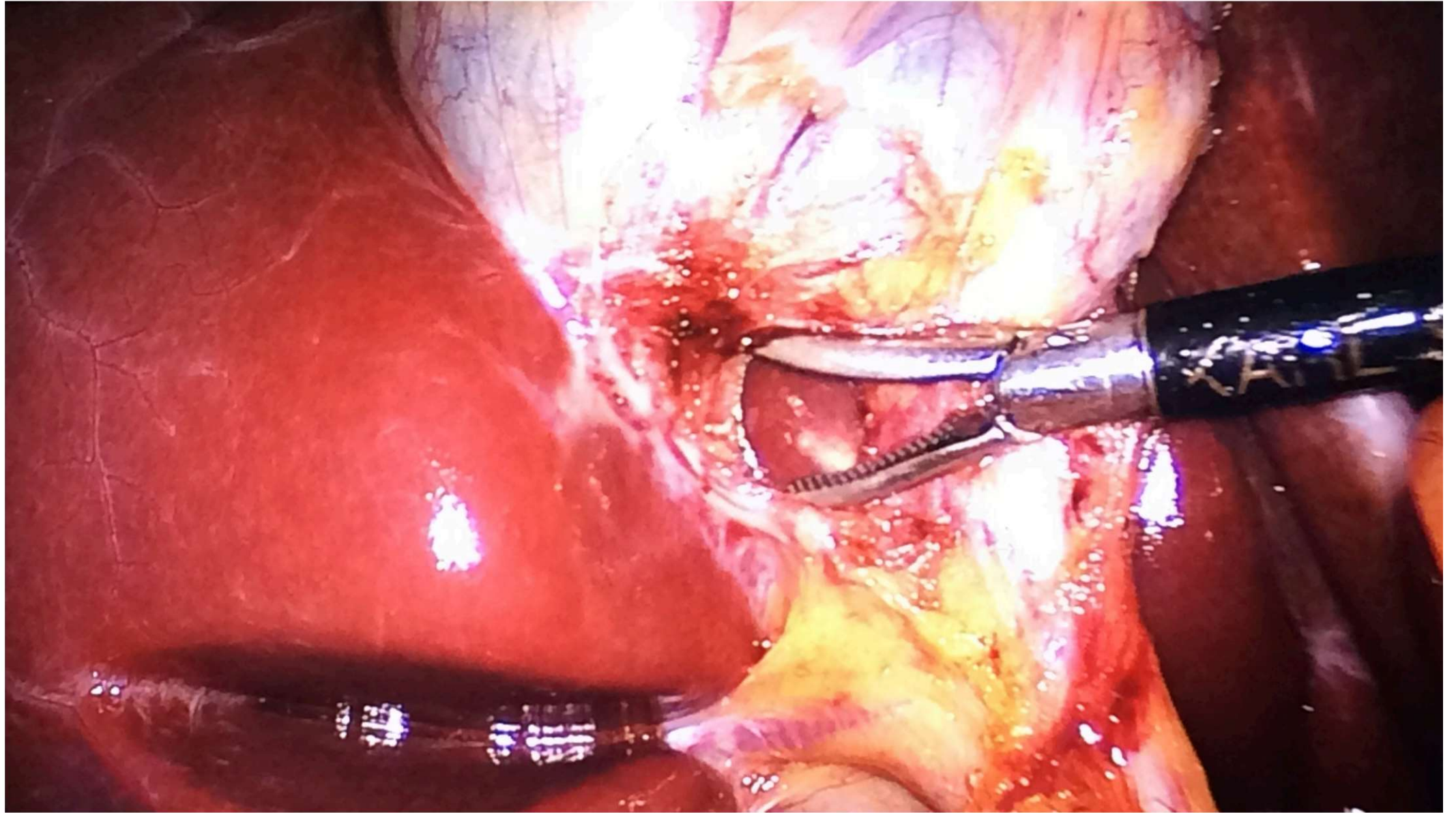


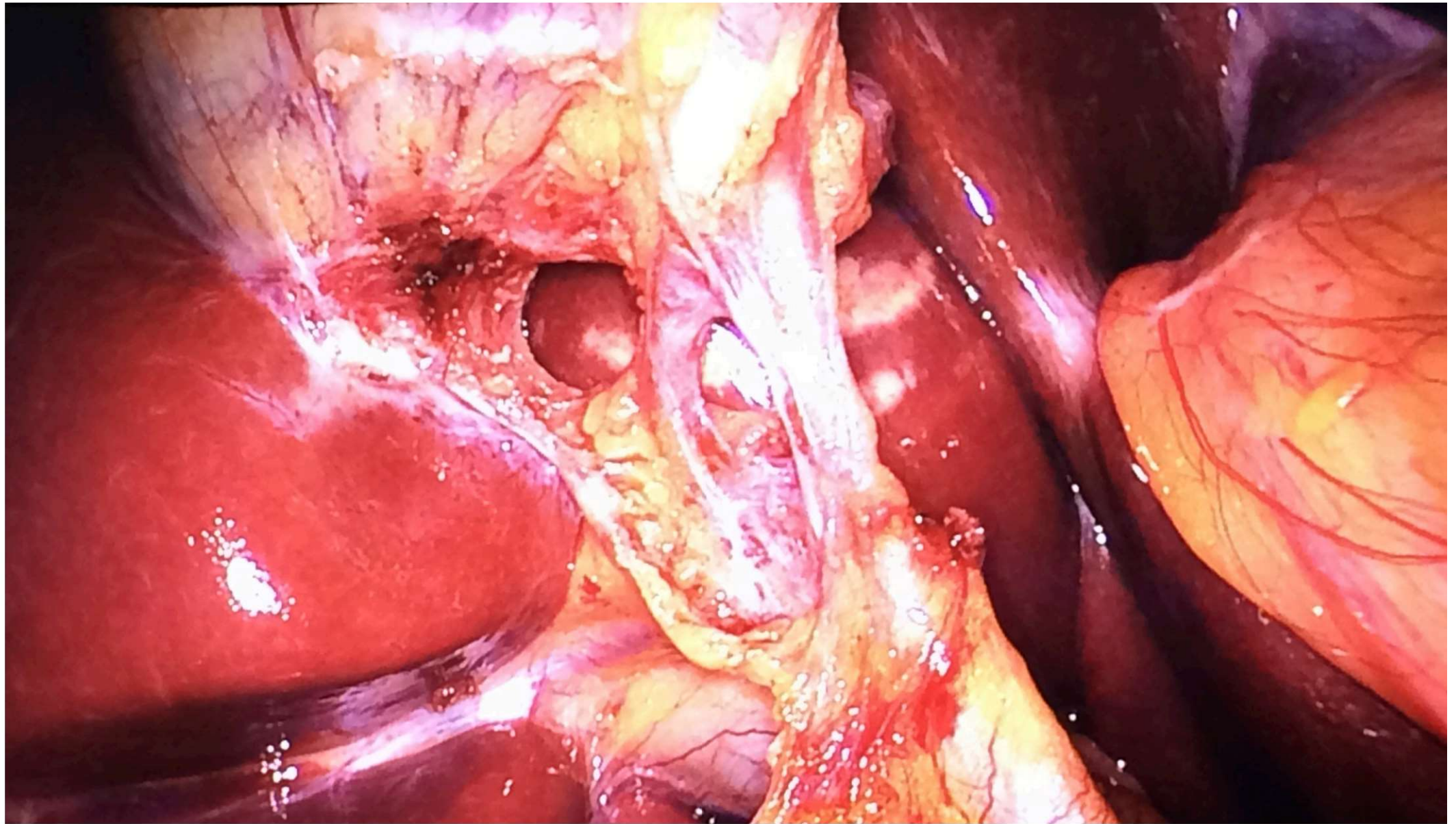
Técnica imprópria

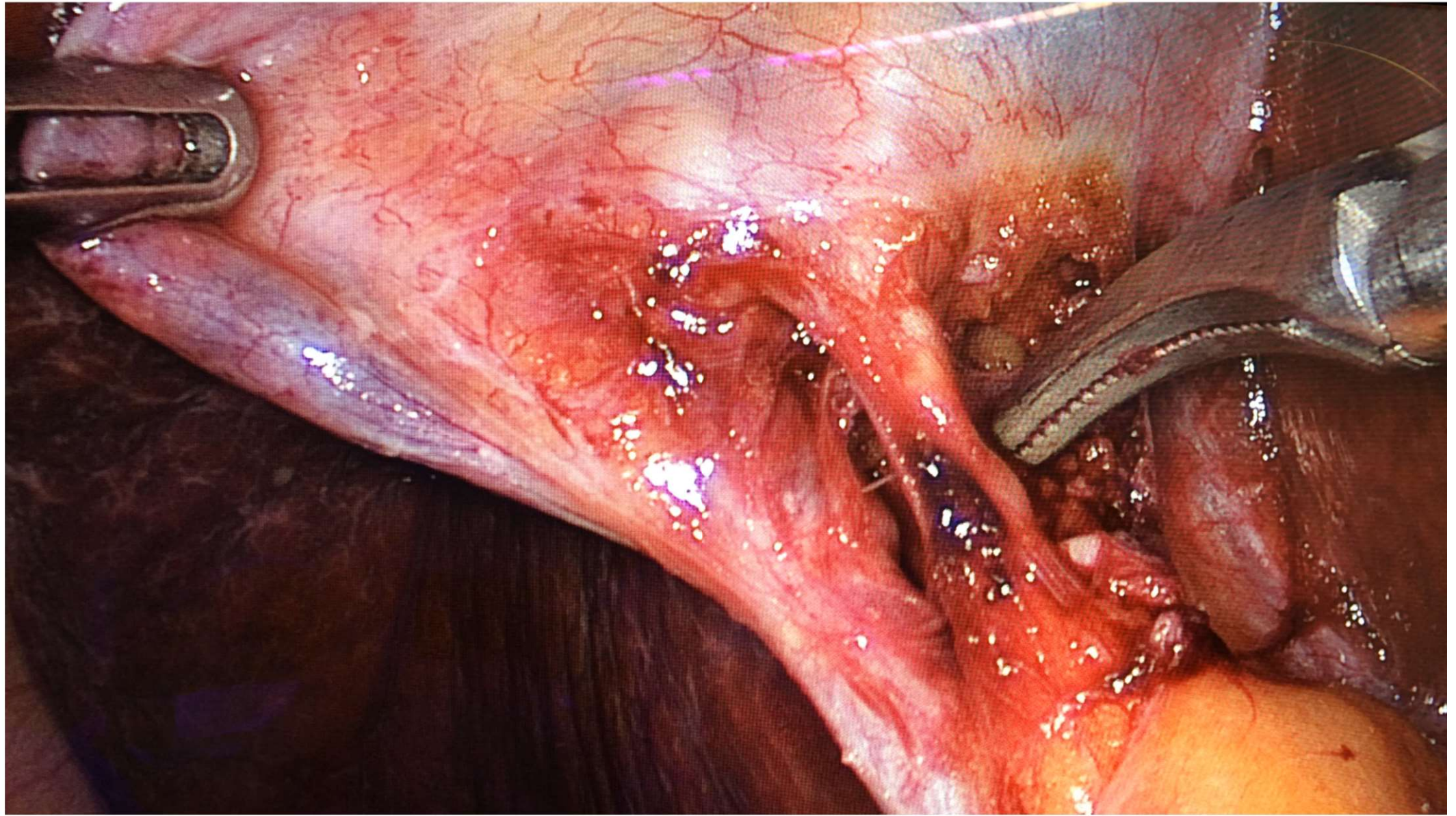


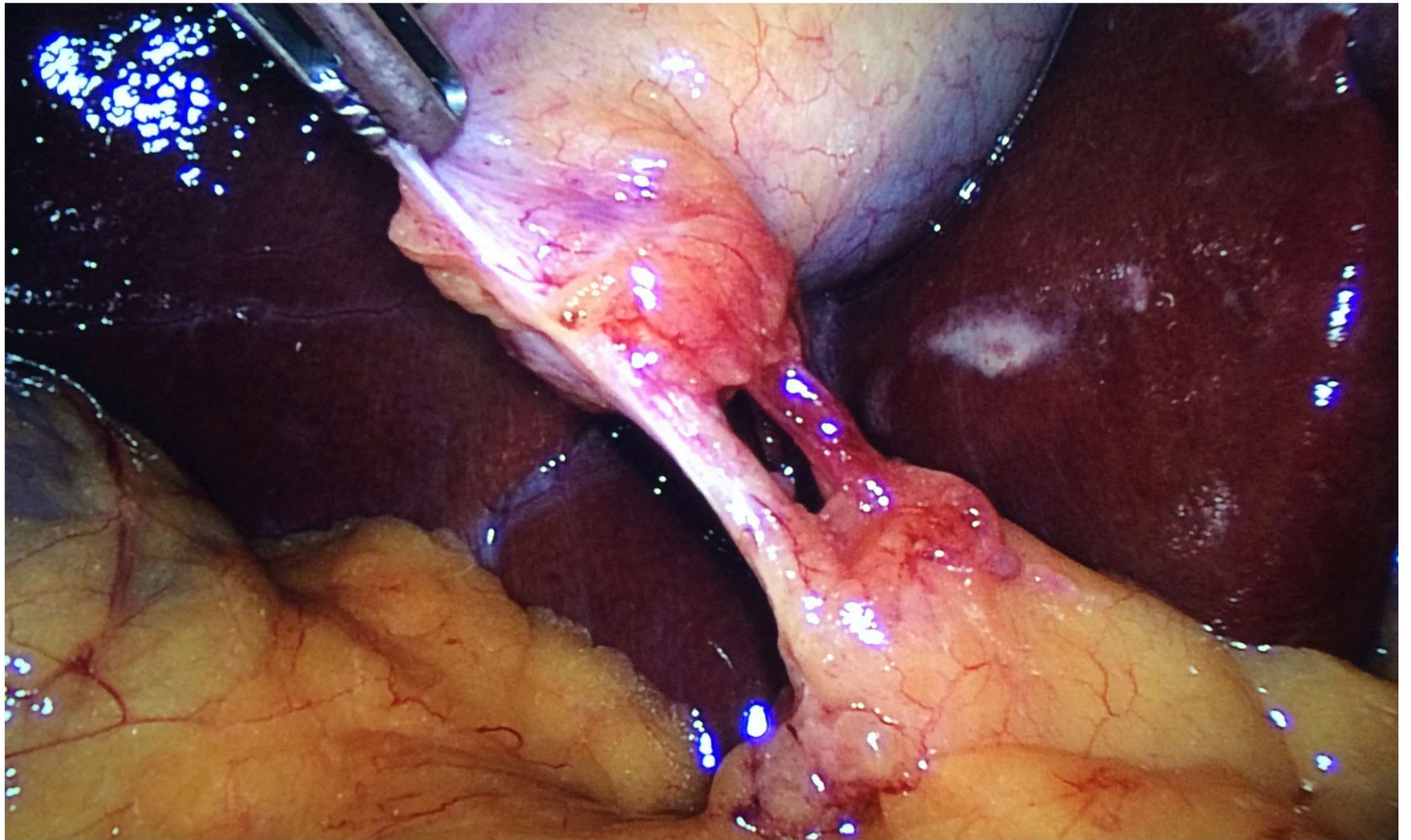


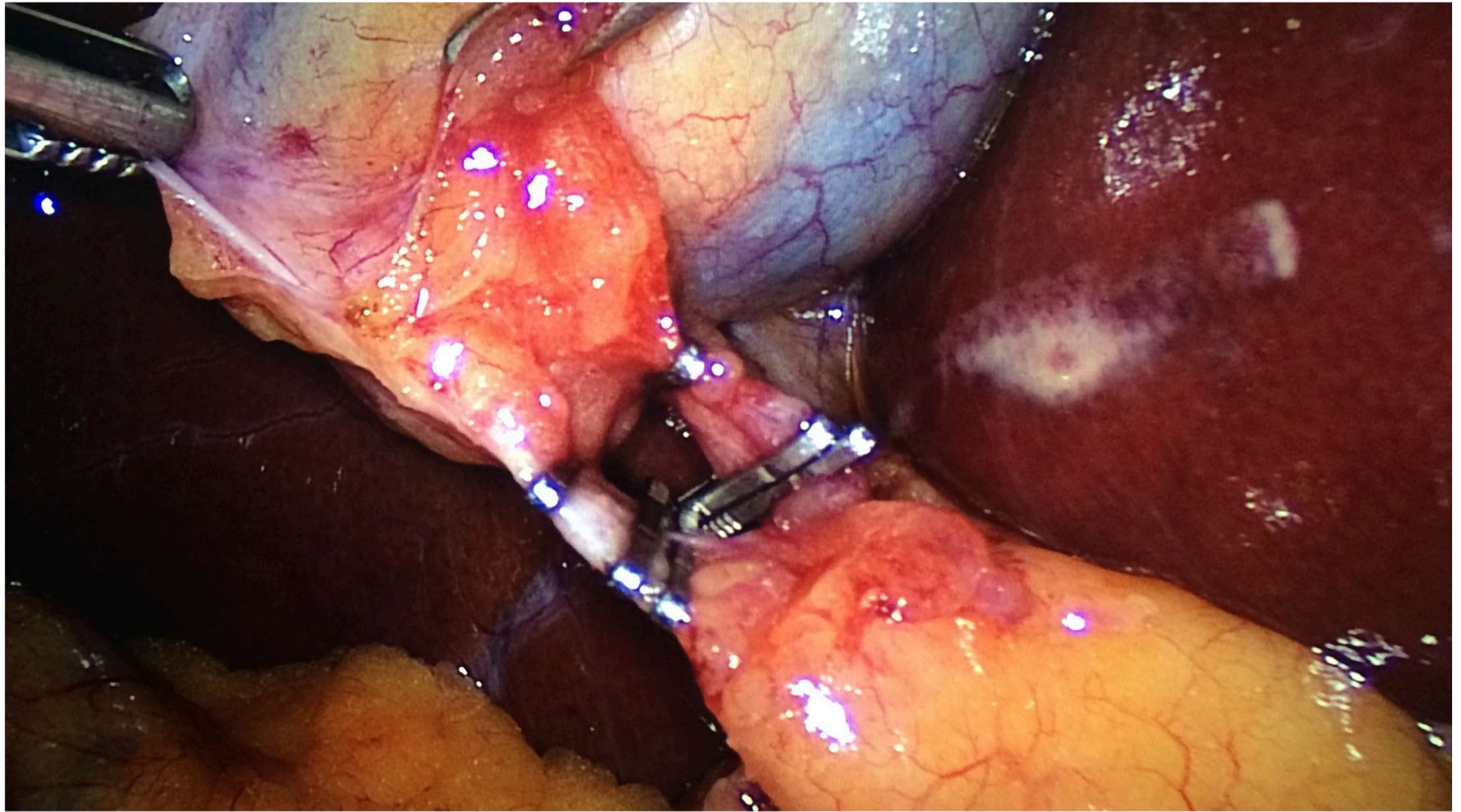












Causas diretas e como evitar

□ Geral

Somente cirurgião treinado

Colecistite aguda

Homens

Idosos

Crises de dor

História prévia de colecistite aguda

□ Causas diretas específicas

Uso do cautério

Identificação do ducto cístico

Causas diretas e como evitar

❑ Problemas técnicos

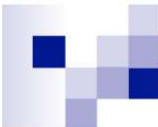
Incapacidade de ocluir o ducto cístico

Plano de dissecação muito profunda

Lesões térmicas

Lesão em tenda

Problemas de identificação



Visão crítica de segurança

❑ Equipe Cirúrgica

Cirurgião recebeu treinamento adequado

Equipamento apropriado

Técnica segura

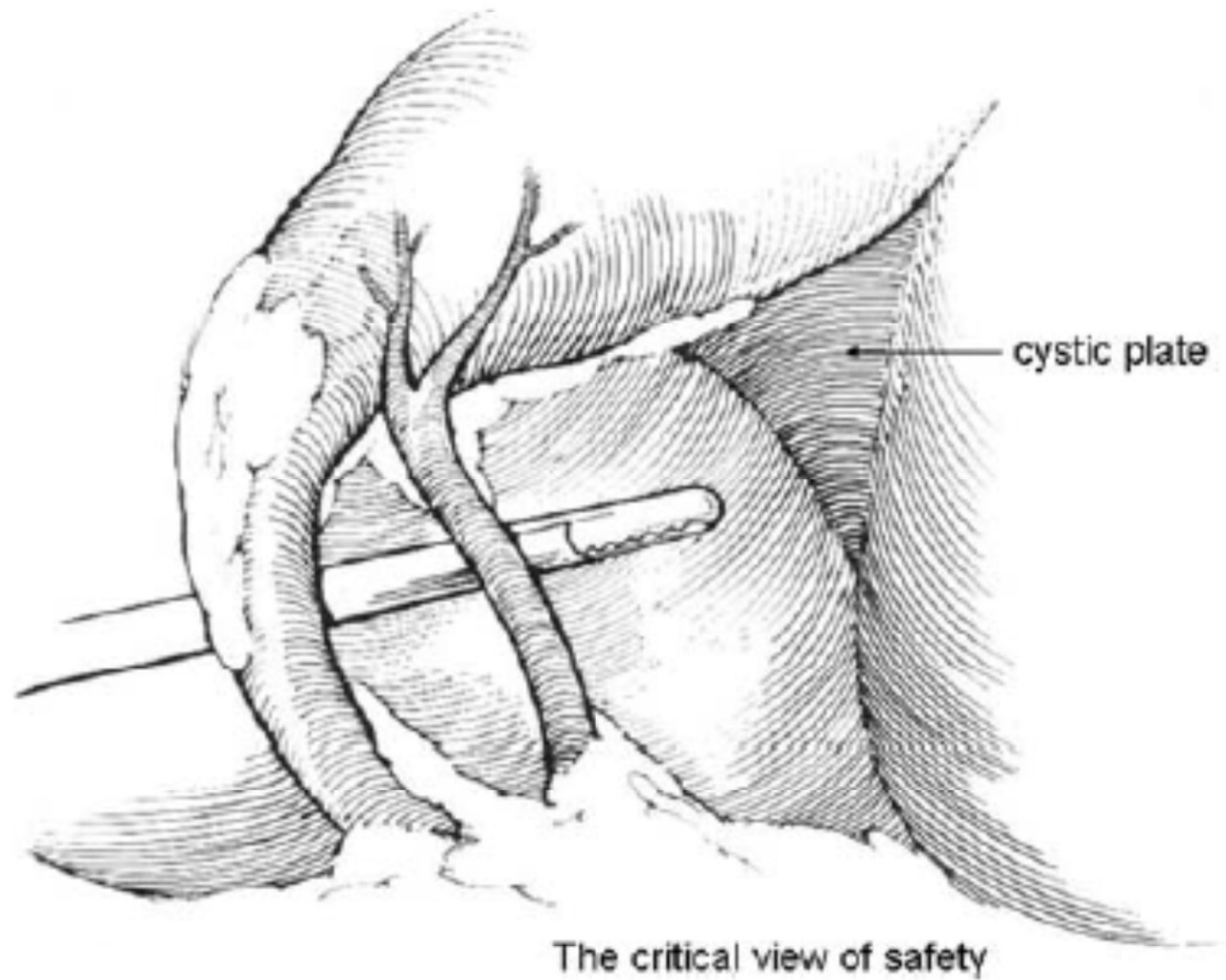
Familiarizado com as anomalias da via biliar

Aceita sugestões

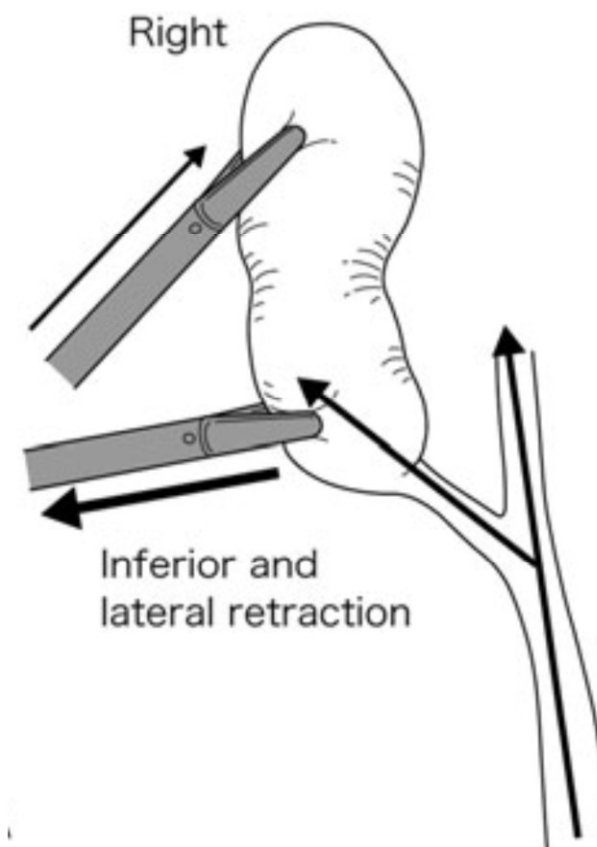
Interpreta bem colangiografia intra-operatória

Realiza o procedimento com frequência

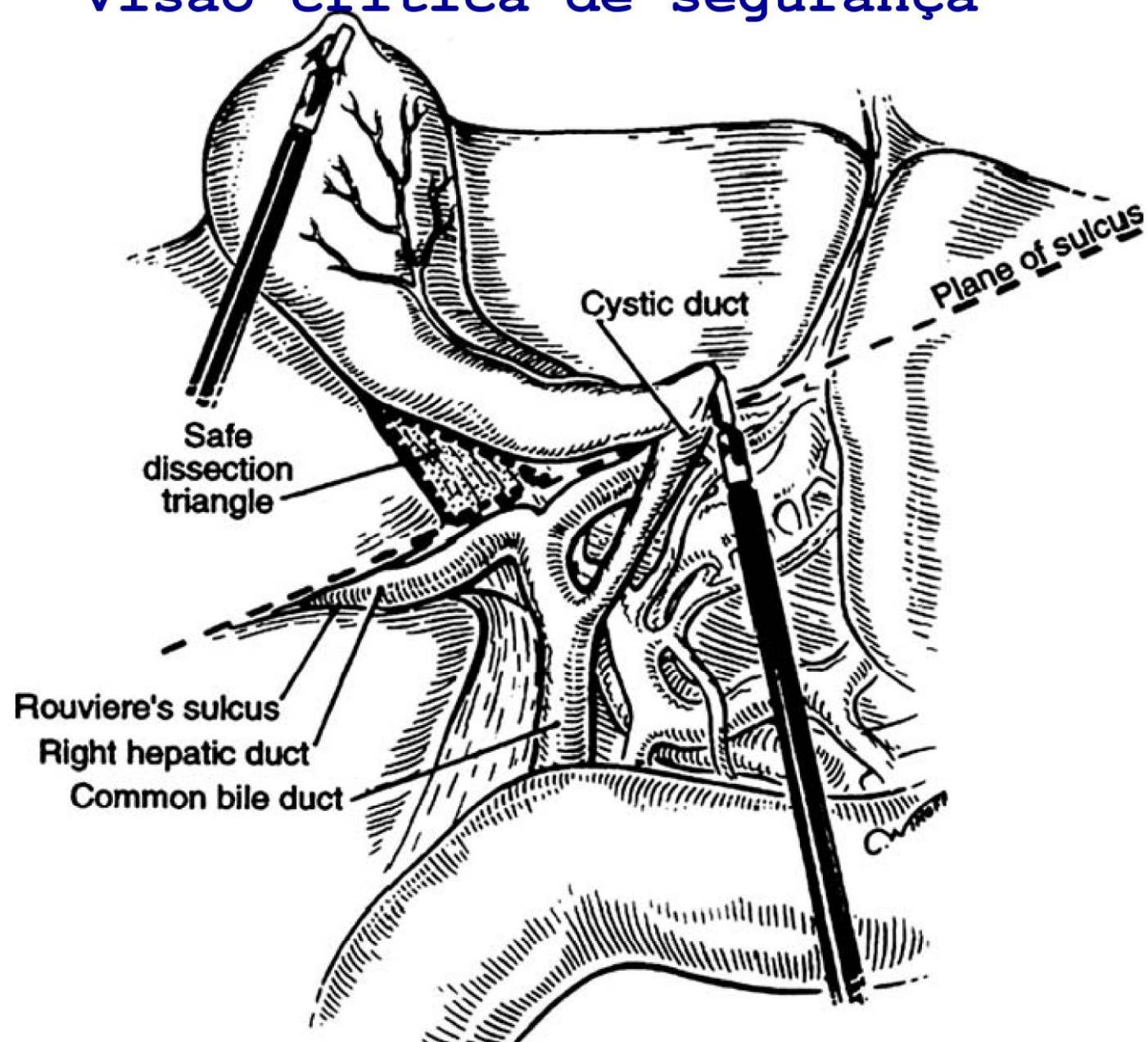
Visão crítica de segurança



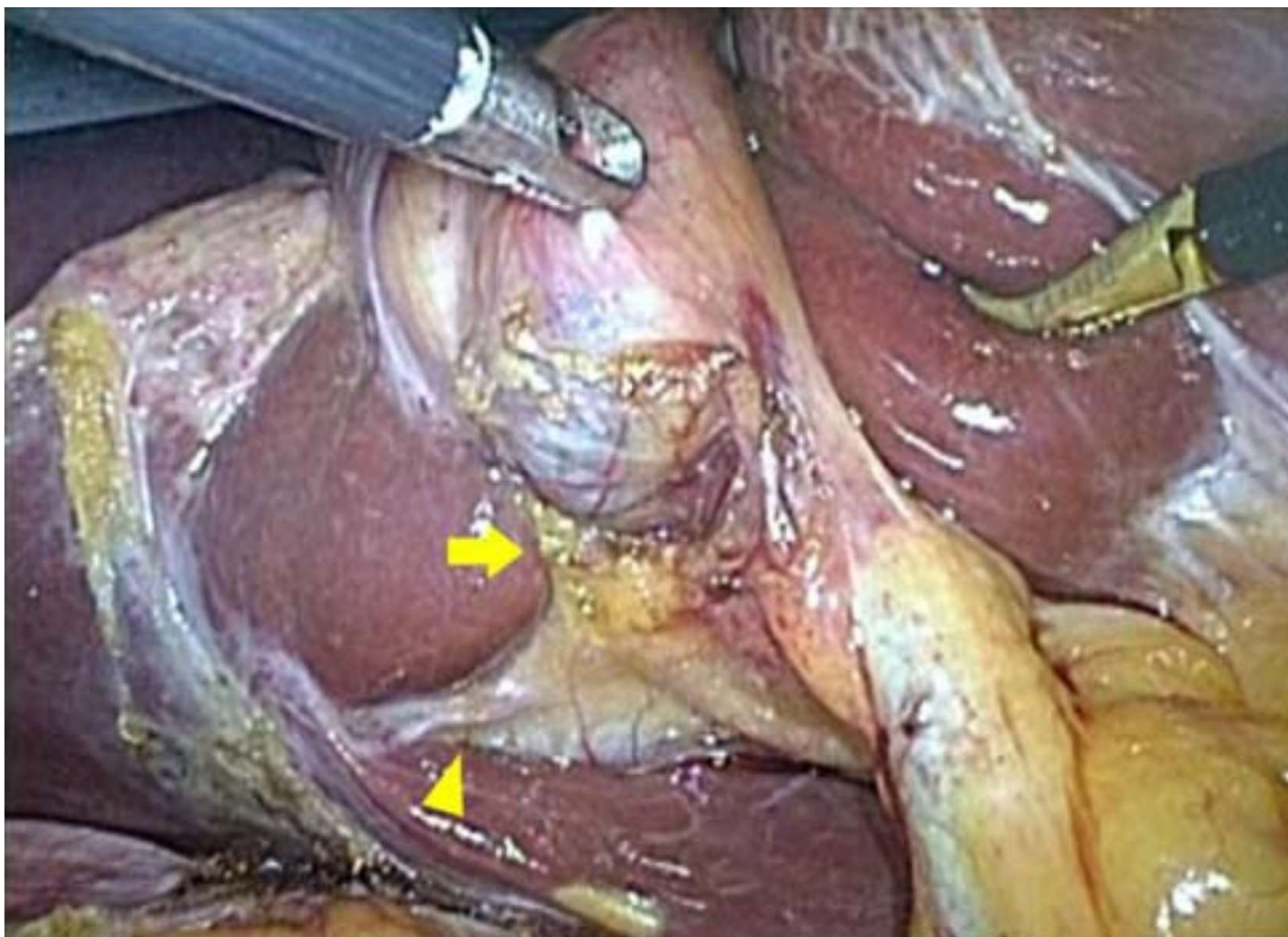
Visão crítica de segurança



Visão crítica de segurança



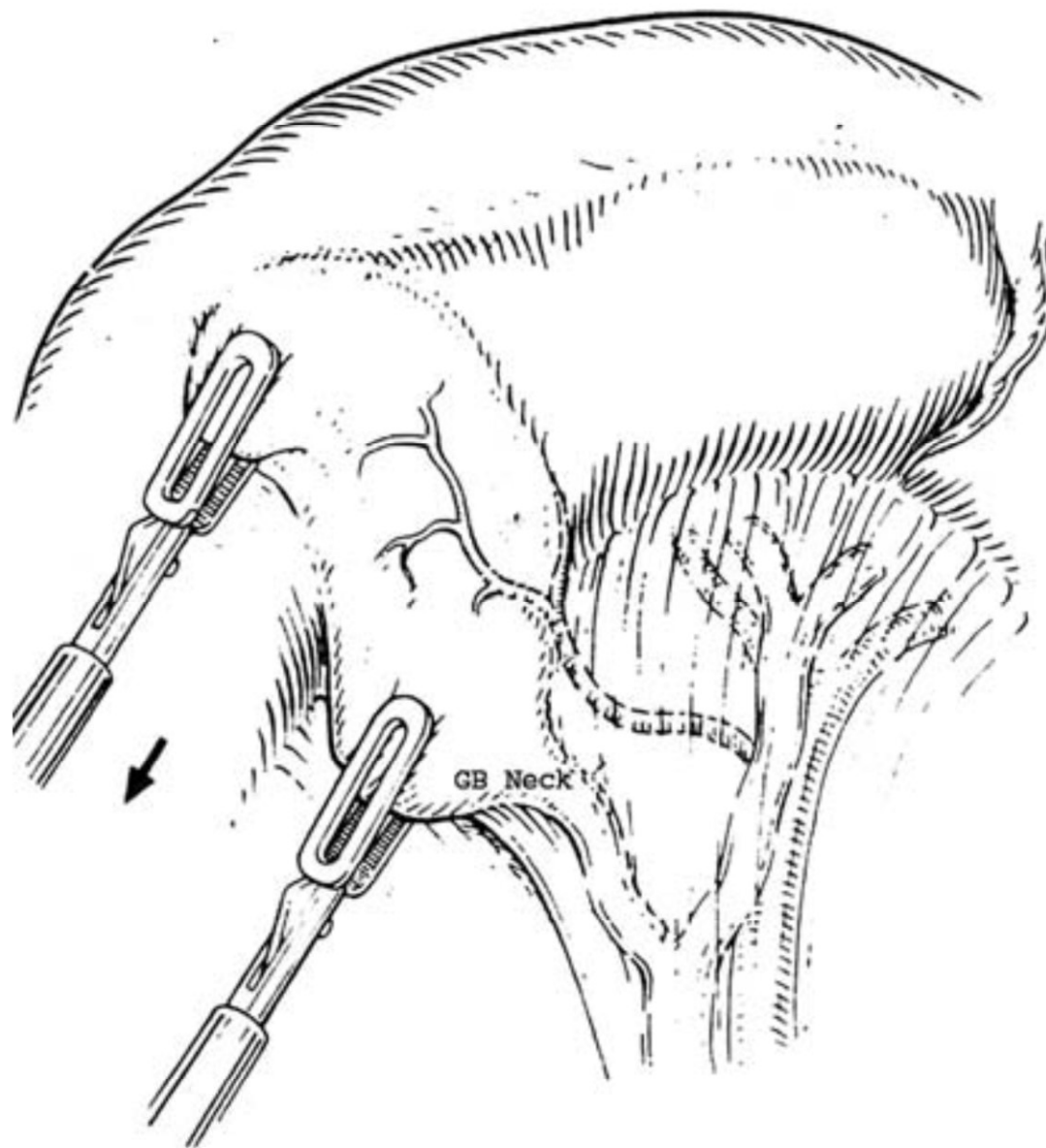
Visão crítica de segurança

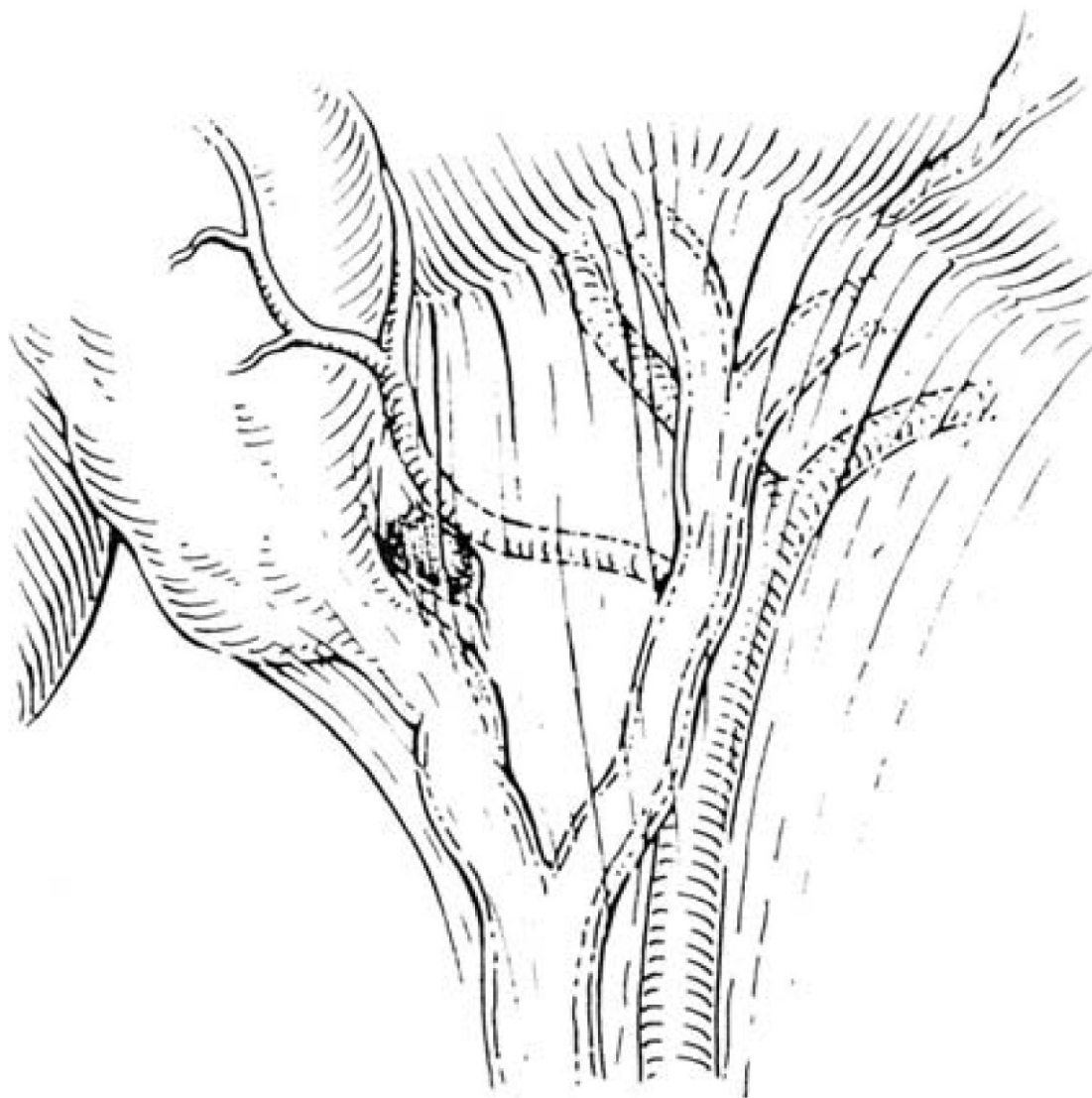


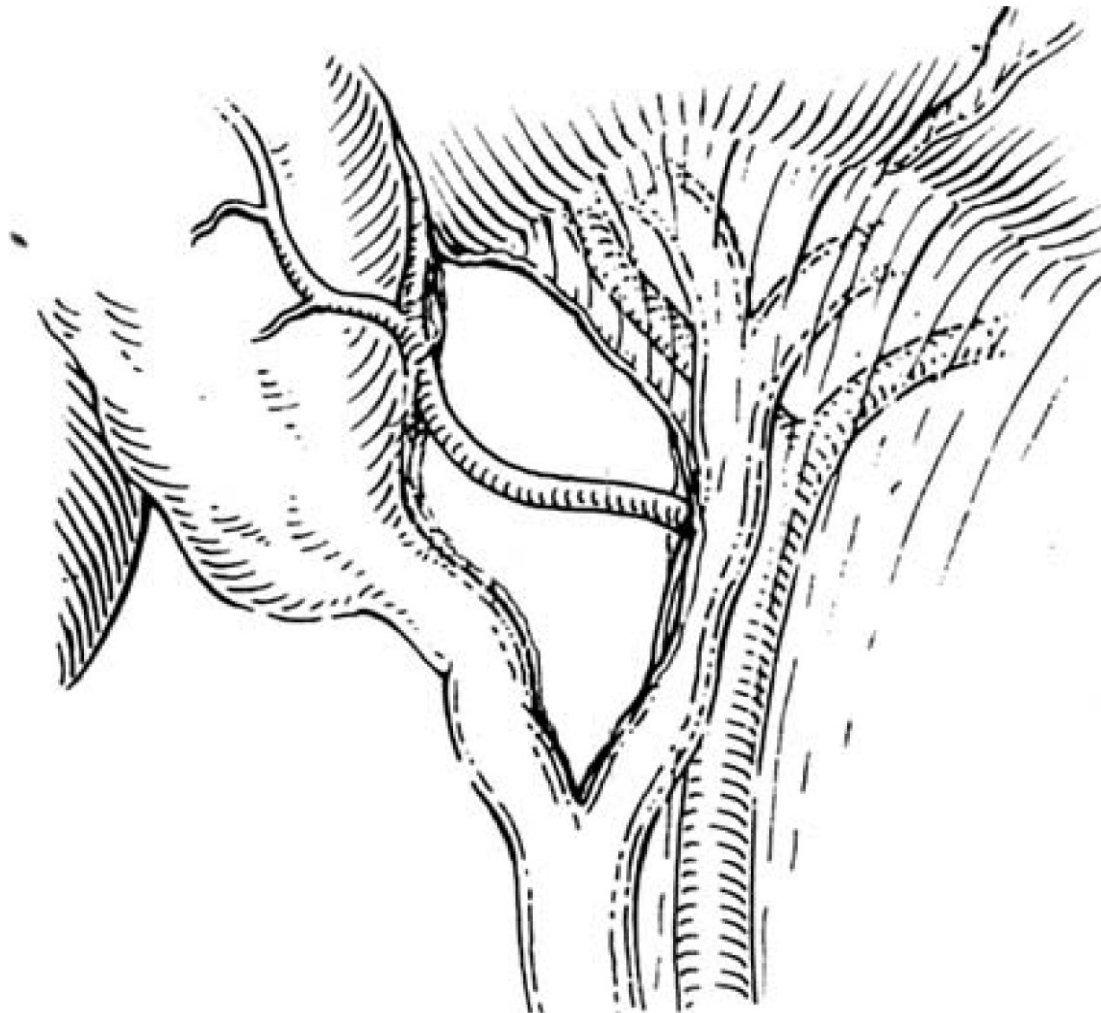


Faz devagar para terminar rápido.

Dr. Eduardo Carone Filho







Visão crítica de segurança

☐ Pode não ser o ducto cístico

Clip padrão não completa o ducto cístico

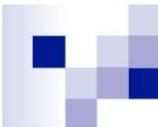
Presença de outra estrutura ductal

Estrutura vascular e extra-linfática na dissecção

Ducto segue posterior no sentido do duodeno

Artéria maior passando atrás do ducto

Falta opacificação proximal na colangiografia



Como operar?

Aspectos técnicos: - Checklist

Strasberg SM, et al. HPB 2011;13:1-14.

Connor SJ, et al. HPB 2013

Table 1 Steps recommended to reduce risk for bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy (LC)

Step	Reference(s)
Use a 30-degree scope	12
Use an experienced assistant	11
Ensure the lateral retraction of the fundus of the gallbladder	12,13,15
Ensure dissection is lateral to the cystic node	12,15
Stay on the border of the gallbladder within the window between the cystic artery and the cystic duct	13,15
Dissect the cholecysto–cystic duct junction toward the common bile duct	12,13,15
Avoid the use of diathermy	13
Release the anterior and posterior peritoneum	11,15
Use Rouvière's sulcus and the base of segment IV as fixed landmarks to aid orientation	11,16,33
Avoid dissection on the left side of the hepatoduodenal ligament	13,22
Ensure the routine use of intraoperative cholangiography	1,12,19
Perform subtotal cholecystectomy rather than fundus-first cholecystectomy in the event of a hostile hepatobiliary triangle	17,18
Develop a culture of safety when performing LC	20–22

Risco de conversão

Table 3

Comparison of preoperative clinical & laboratory factors in patients undergoing successful versus failed early laparoscopic cholecystectomy.

	Early laparoscopic cholecystectomy		p-Value
	Successful	Failed	
Mean age (years)	33.5	35.7	0.292
Sex			
Male	1	3	0.022
Female	39	7	
Mean preoperative duration of symptoms (days) ^a	2.7	2.8	0.971
Mean WBC count ($\times 1000/\text{ml}$) ^a	13.55	14.03	0.422
Mean serum alkaline phosphatase (kA/ml) ^a	8.8	10	0.113
Mean serum amylase (IU/ml) ^a	96.97	118.5	0.086
Mean serum CRP (mg/dl) ^a	2.38	5.04	0.002

Bold values signify statistically significant values.

^a At the time of admission.

Laparoscopic Cholecystectomy Checklist

to accompany the WHO Surgical Safety Checklist

PRE-INCISION

After WHO Surgical Safety Checklist

Surgeon to:

- ☐ Review liver function tests
- ☐ Review radiological imaging
- ☐ Confirm whether gallbladder is likely to be contracted

PRE-DISSECTION

Surgeon to confirm with **assistant**:

- ☐ Fundus retracted to 10 o'clock
- ☐ Hartmann's pouch lifted up and across to origin of segment IV pedicle
- ☐ Line between Rouviere's sulcus and base of segment IV identified
- ☐ Safe level of dissection identified
- ☐ Posterior leaf of peritoneum covering hepatobiliary triangle can be released

PRIOR TO CLIPPING CYSTIC DUCT

Surgeon to:

- ☐ Confirm critical view with **assistant:**

Surgeon to consider:

- ☐ Performing intraoperative cholangiogram (IOC) and confirm with **assistant:**
 1. Flow into duodenum
 2. Proximal hepatic duct visualized
 3. Three hepatic ducts are seen proximally, including right posterior sectoral
 4. No filling defects within common bile duct
 5. Presence of spiral valves within cystic duct

Colecistectomia segura

1. Utilize ótica de 30°
2. Assistente experiente

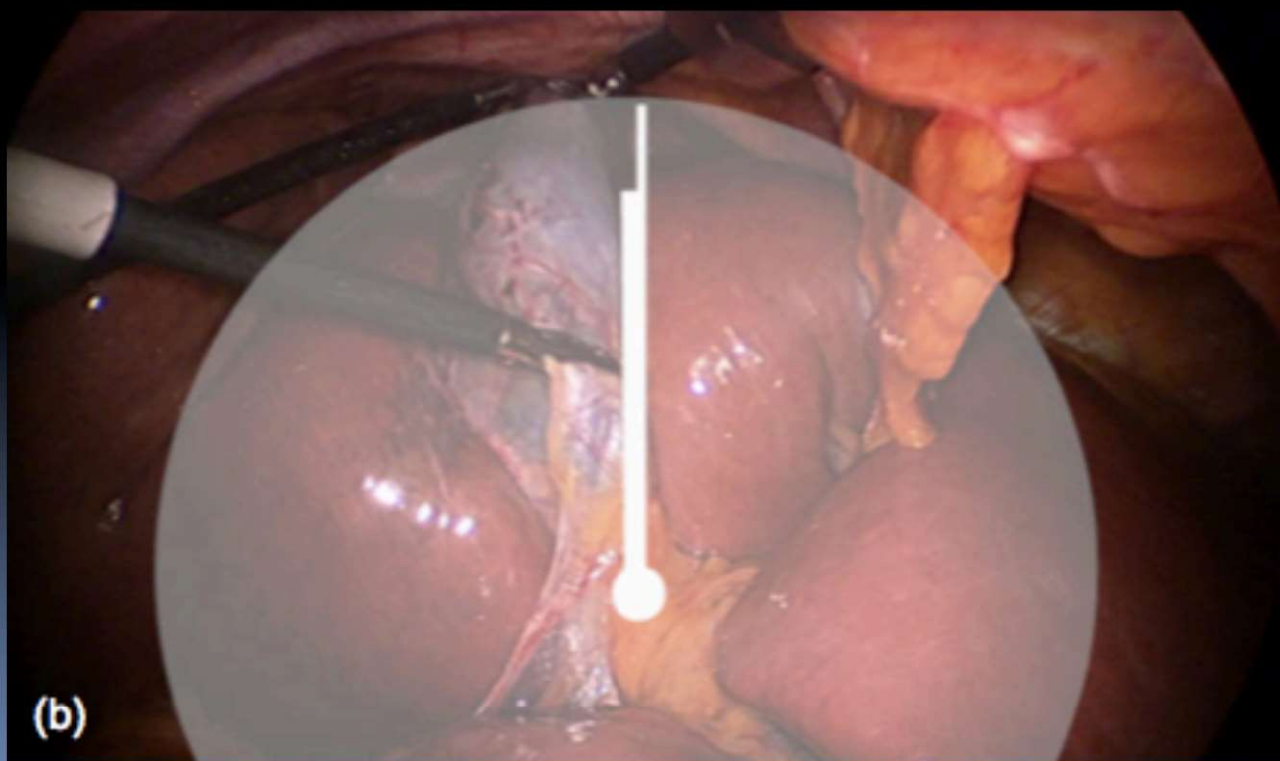
Colecistectomia segura

3. Promova retração lateral do fundo da vesícula (posição de 10 horas).

4. Dissecção lateral ao linfonodo cístico.

5. Liberar o folheto posterior do peritônio que cobre o triângulo hepatobiliar.

6. Dissecção na borda da vesícula na janela entre a artéria cística e o ducto cístico.



Colecistectomia segura

3. Promova retração lateral do fundo da vesícula (posição de 10 horas).

4. Dissecção lateral ao linfonodo cístico.

5. Liberar o folheto posterior do peritônio que cobre o triângulo hepatobiliar.

6. Dissecção na borda da vesícula na janela entre a artéria cística e o ducto cístico.

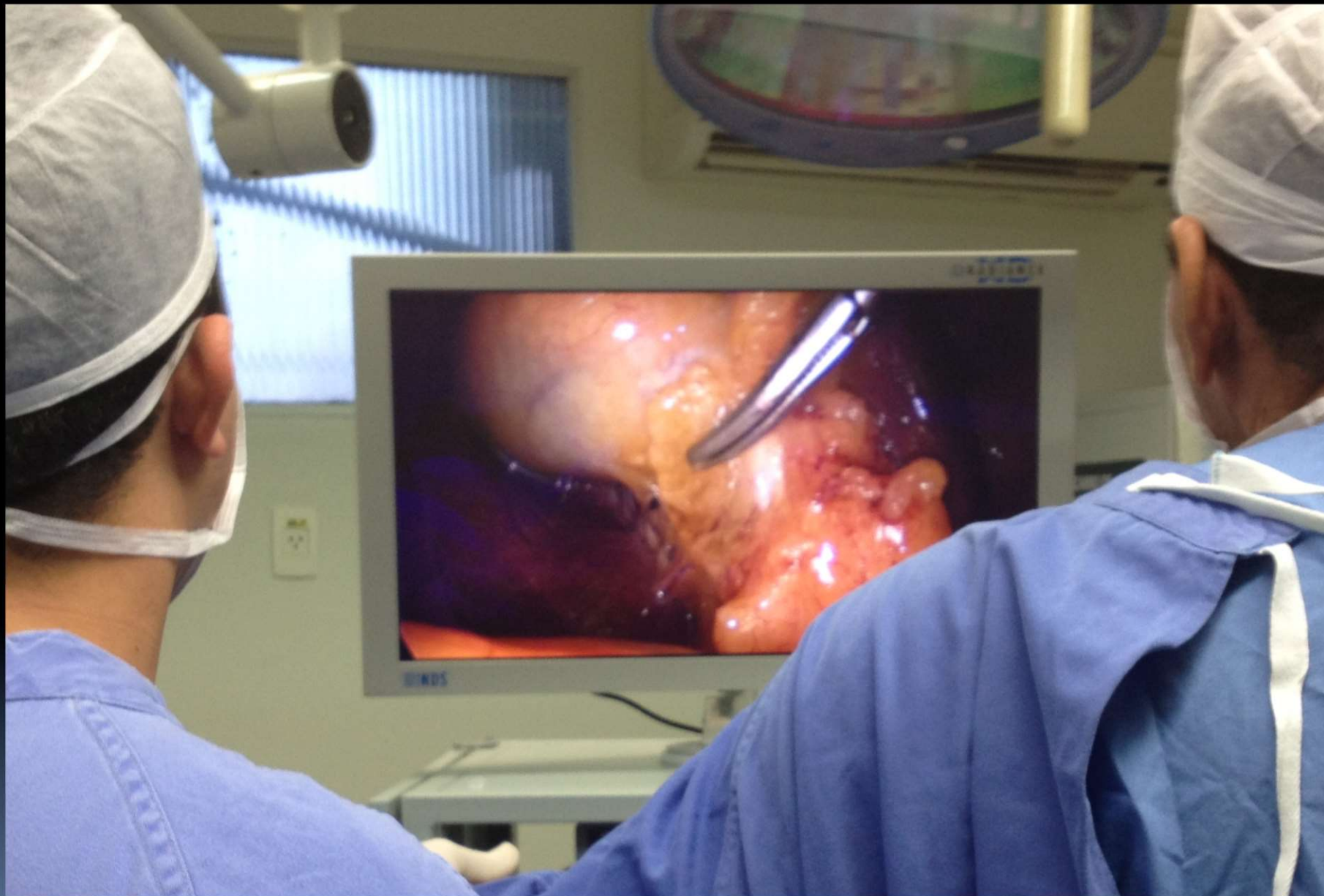
Colecistectomia segura

3. Promova retração lateral do fundo da vesícula (posição de 10 horas).

4. Dissecção lateral ao linfonodo cístico.

5. Liberar o folheto posterior do peritônio que cobre o triângulo hepatobiliar.

6. Dissecção na borda da vesícula na janela entre a artéria cística e o ducto cístico.



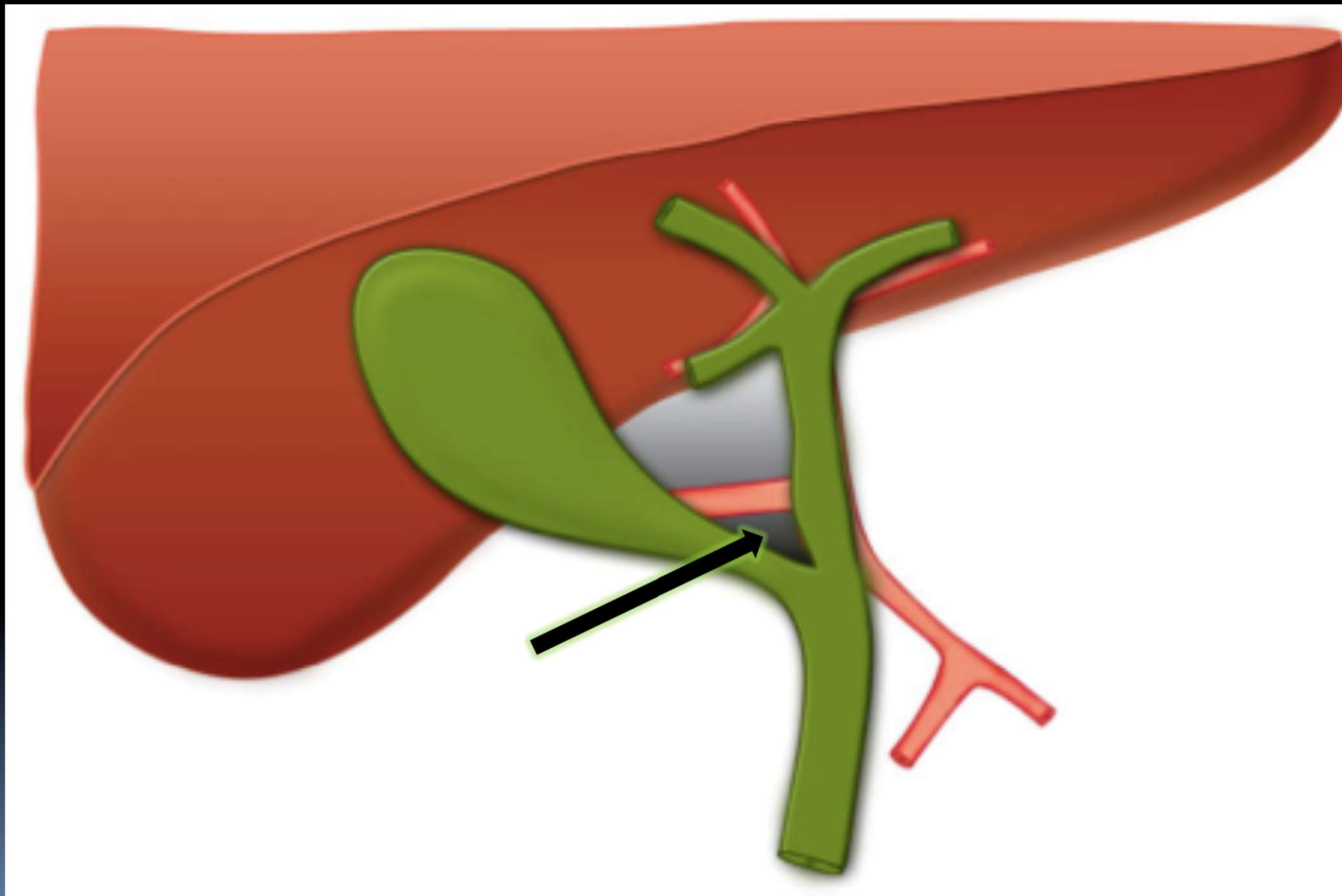
Colecistectomia segura

3. Promova retração lateral do fundo da vesícula (posição de 10 horas).

4. Dissecção lateral ao linfonodo cístico.

5. Liberar o folheto posterior do peritônio que cobre o triângulo hepatobiliar.

6. Dissecção na borda da vesícula na janela entre a artéria cística e o ducto cístico.



Colecistectomia segura

7. Dissecção colecisto-ducto cístico em direção à via biliar.
8. Evitar uso de bisturi elétrico
9. Liberar o peritôneo anterior e posterior.
10. Identificar a linha entre o sulco de Rouviere e a base do segmento IV.



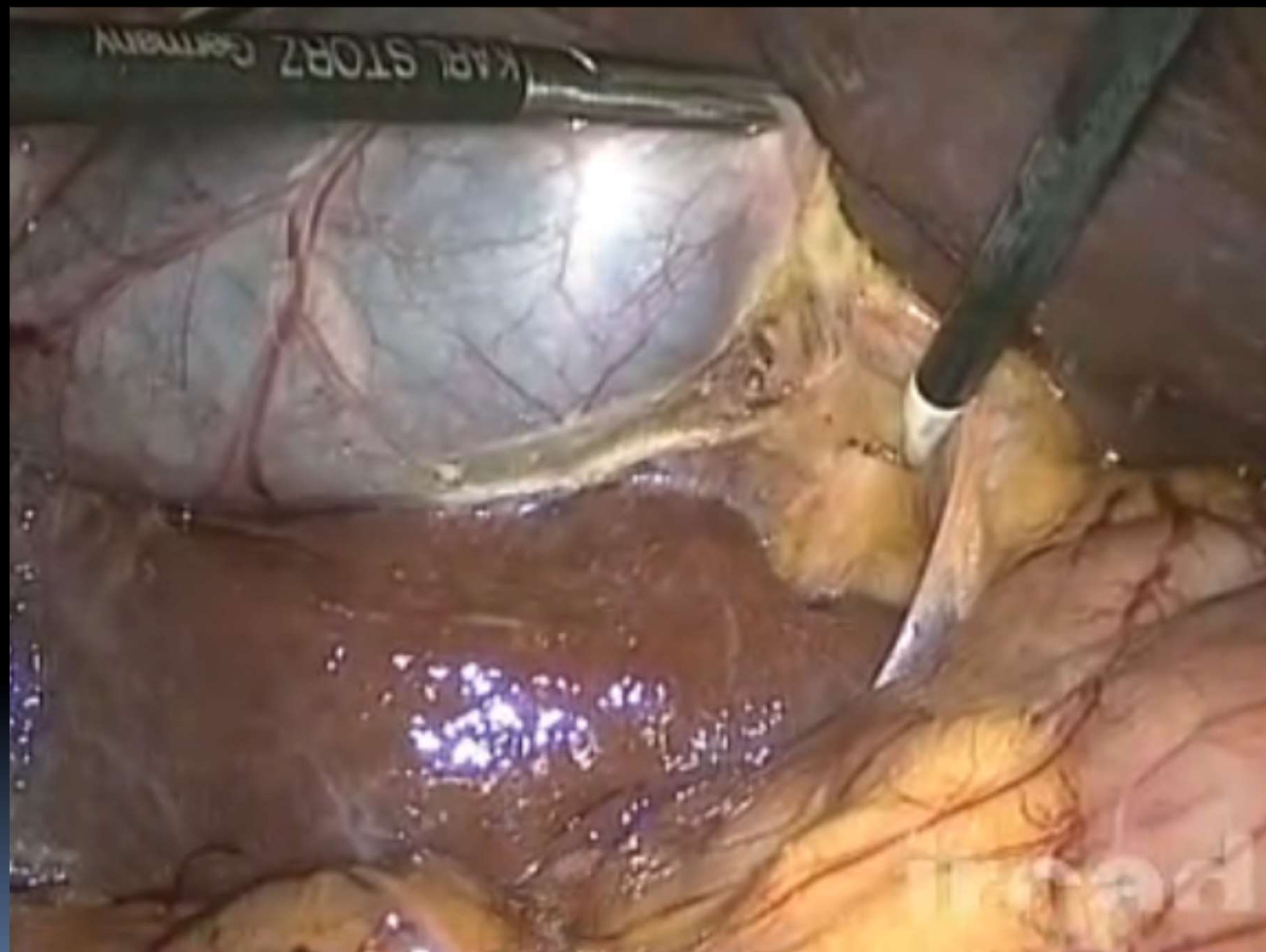


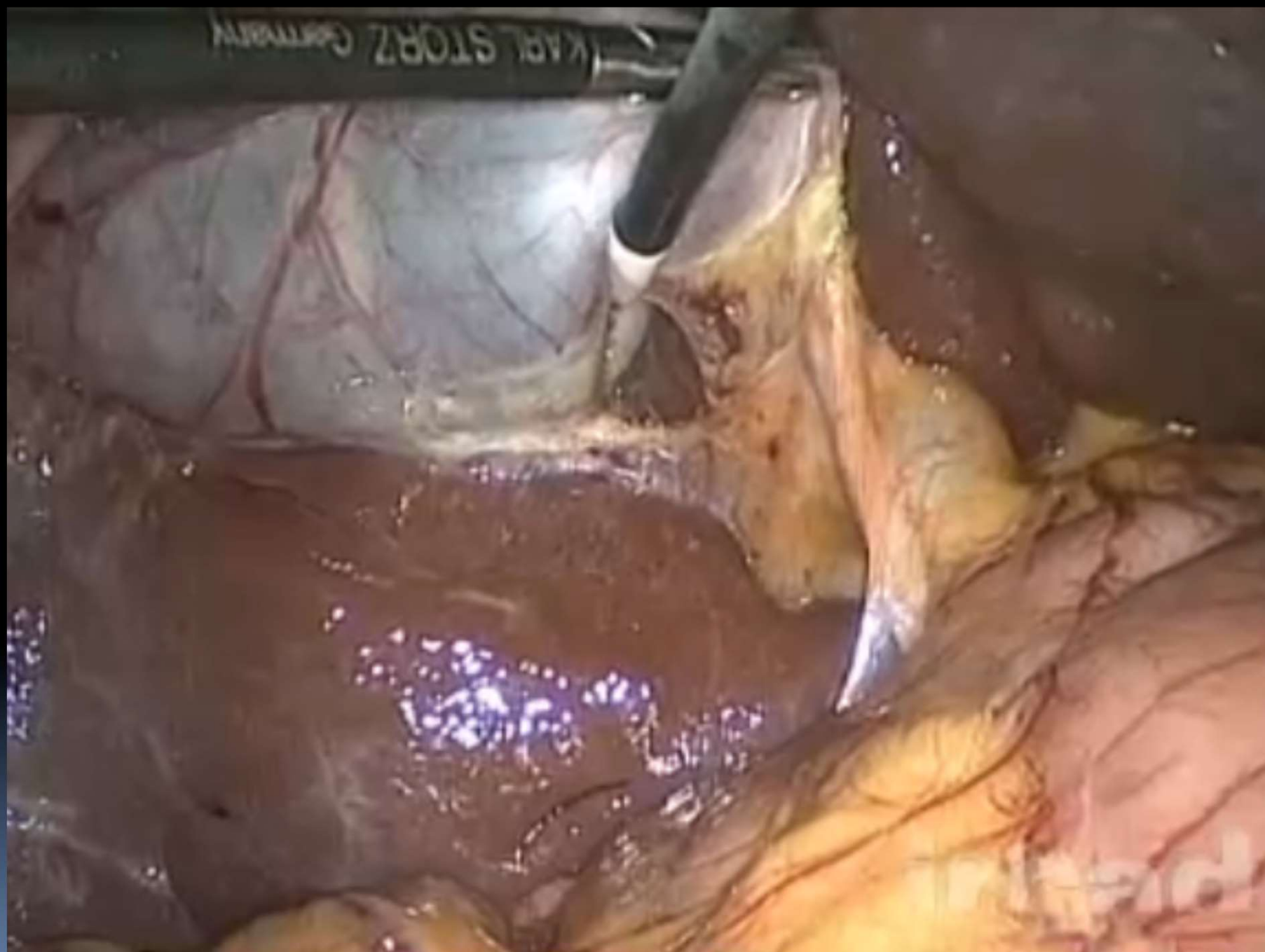
Colecistectomia segura

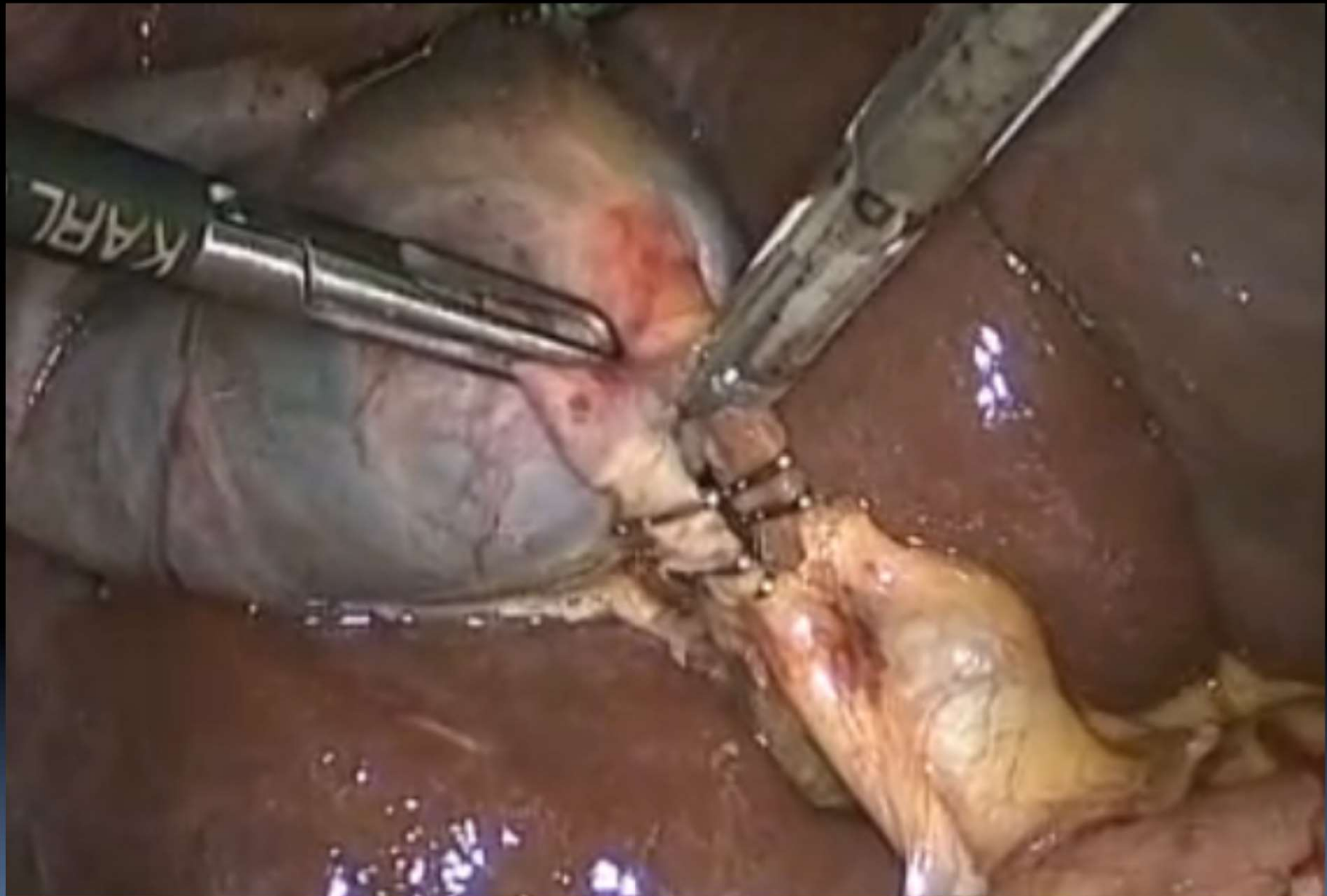
7. Dissecção colecisto-ducto cístico em direção à via biliar.
8. Evitar uso de bisturi elétrico
9. Liberar o peritôneo anterior e posterior.
10. Identificar a linha entre o sulco de Rouviere e a base do segmento IV.

Colecistectomia segura

7. Dissecção colecisto-ducto cístico em direção à via biliar.
8. Evitar uso de bisturi elétrico
9. Liberar o peritôneo anterior e posterior.
10. Identificar a linha entre o sulco de Rouviere e a base do segmento IV.



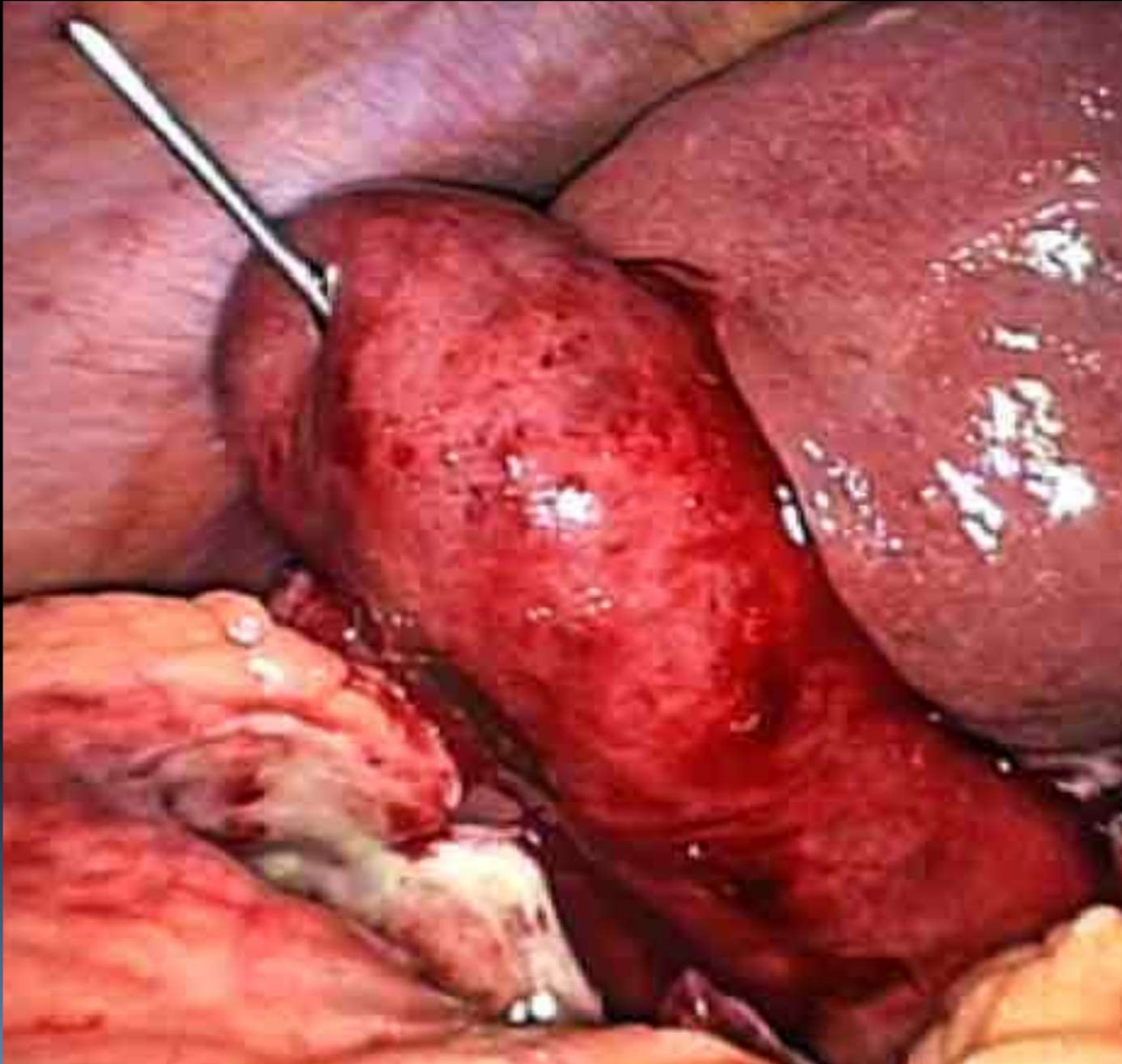




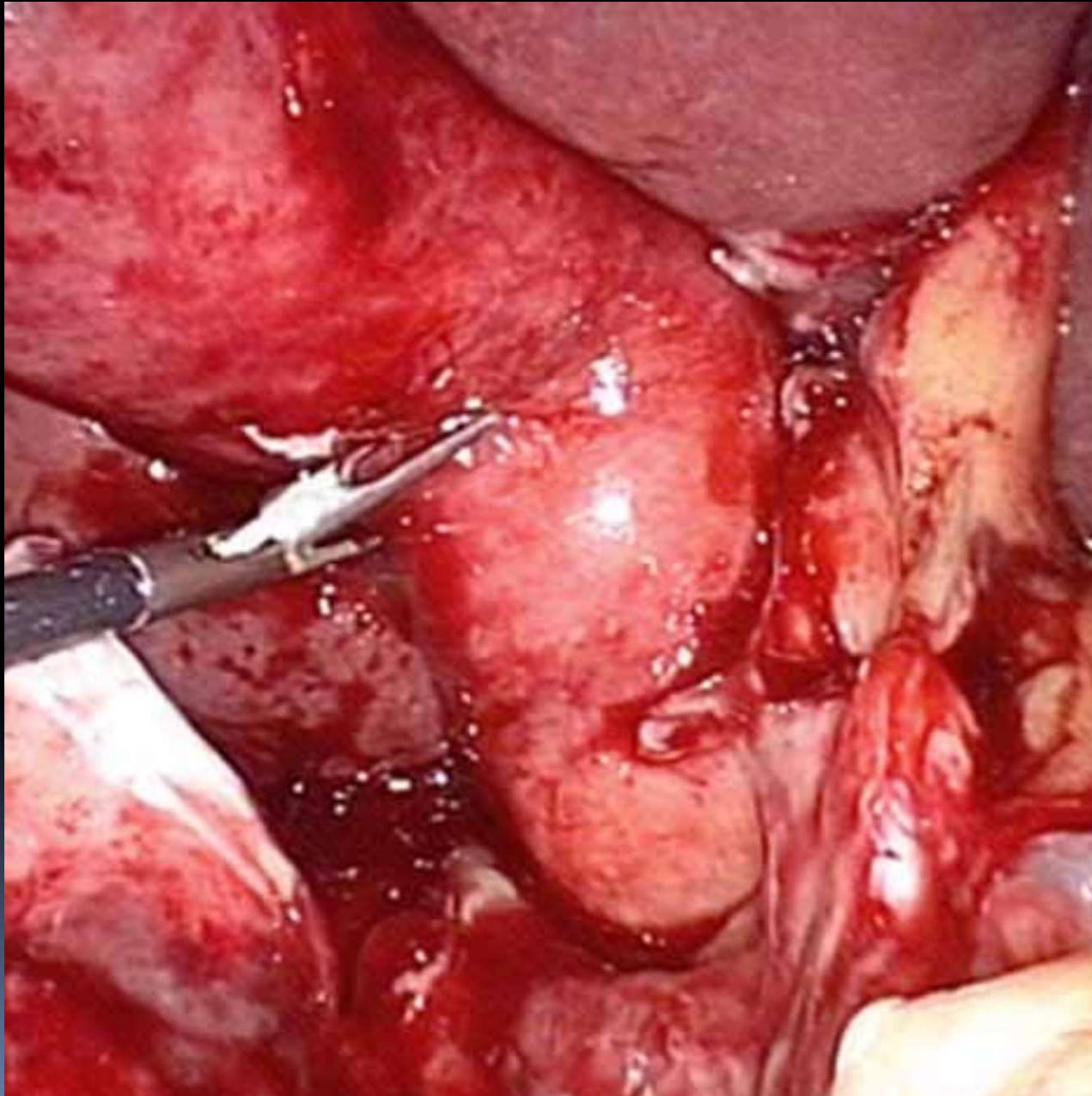
Colecistectomia segura

7. Dissecção colecisto-ducto cístico em direção à via biliar.
8. Evitar uso de bisturi elétrico
9. Liberar o peritôneo anterior e posterior.
10. Identificar a linha entre o sulco de Rouviere e a base do segmento IV.

Esvaziar a vesícula



Cálculo impactado na bolsa de Hartmann

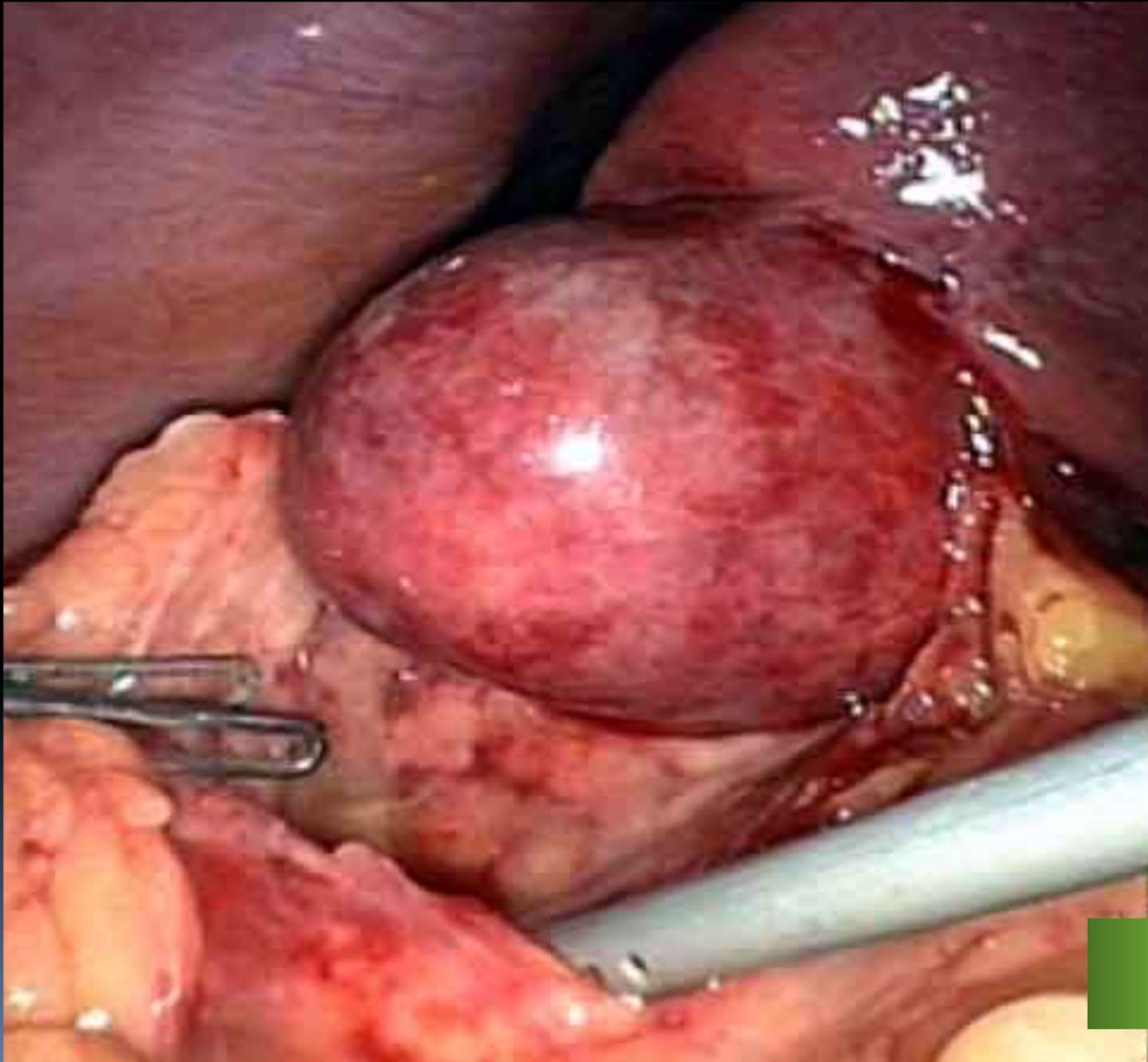


Colecistectomia segura

11. Evite dissecação do lado esquerdo do ligamento hepatoduodenal.

12. Avaliar necessidade de colangiografia.

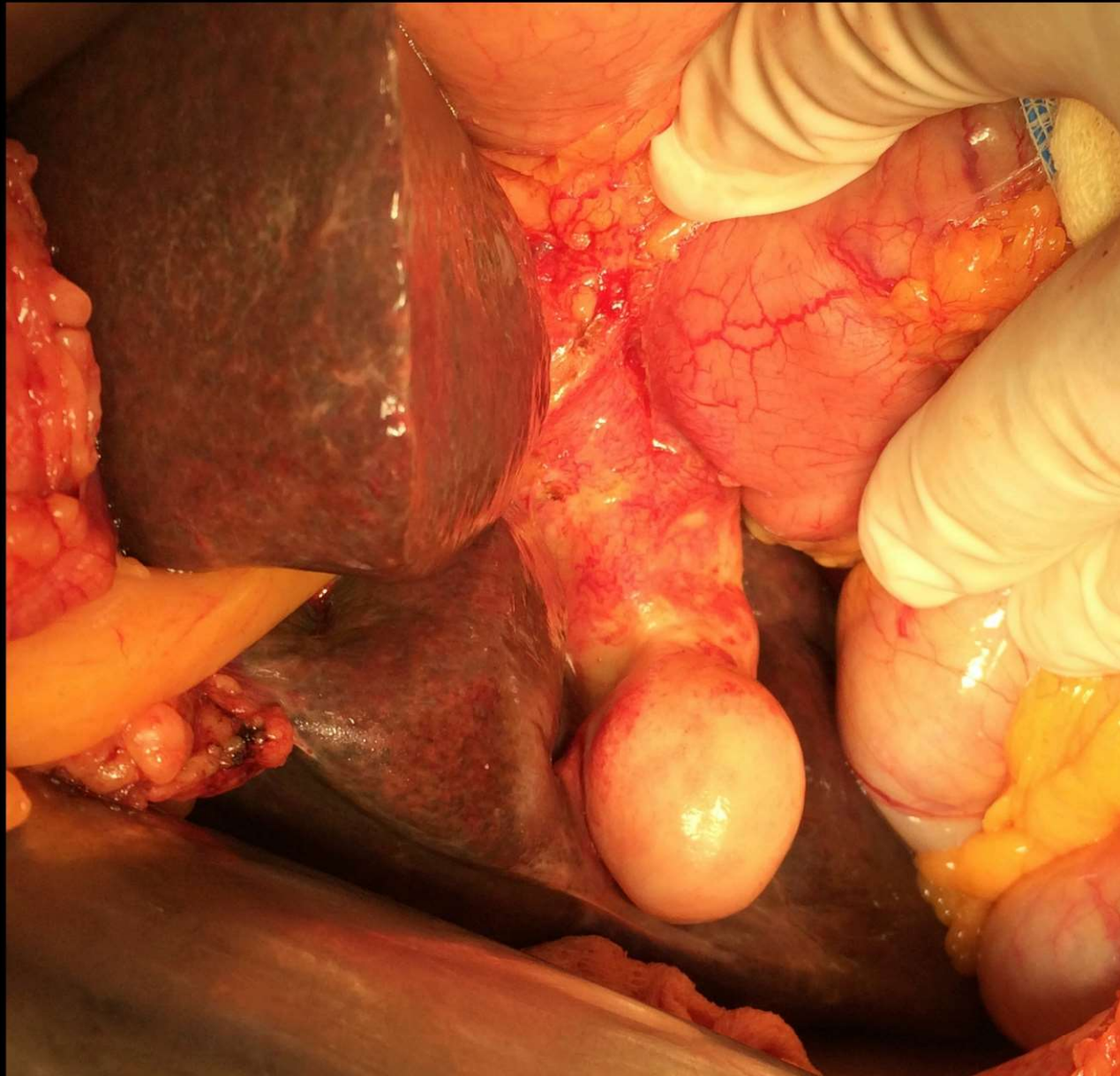
Colecistectomia fundo-cística



Não

A colecistectomia na colecistite aguda sempre será um desafio. A operação por videolaparoscopia deve ser a indicada e sempre obedecer os padrões de segurança até o momento bem estabelecidos.

Neoplasia da vesícula biliar



COLELITÍASE E CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR

CHOLELITHIASIS AND GALLBLADDER CARCINOMA

Orlando Jorge Martins Torres, TCBC – MA¹

Lia Raquel de Alcântara Caldas²

Rodrigo Palácio de Azevedo²

Ricardo Lima Palácio²

Maria Luisa dos Santos Rodrigues³

José Anselmo Cordeiro Lopes⁴

RESUMO: Objetivo: O presente estudo tem por objetivo analisar os achados histológicos da vesícula biliar de pacientes submetidos à colecistectomia eletiva no Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís-MA. **Método:** Foram avaliados 2.008 pacientes, 359 do sexo masculino (17,9%) e 1.649 do sexo feminino (82,1%), com média de idade de 46,3 anos, operados no período de janeiro de 1990 a dezembro de 1998. A vesícula biliar, imediatamente após a colecistectomia era aberta e examinada macroscopicamente pelo cirurgião e em seguida

Tabela 1

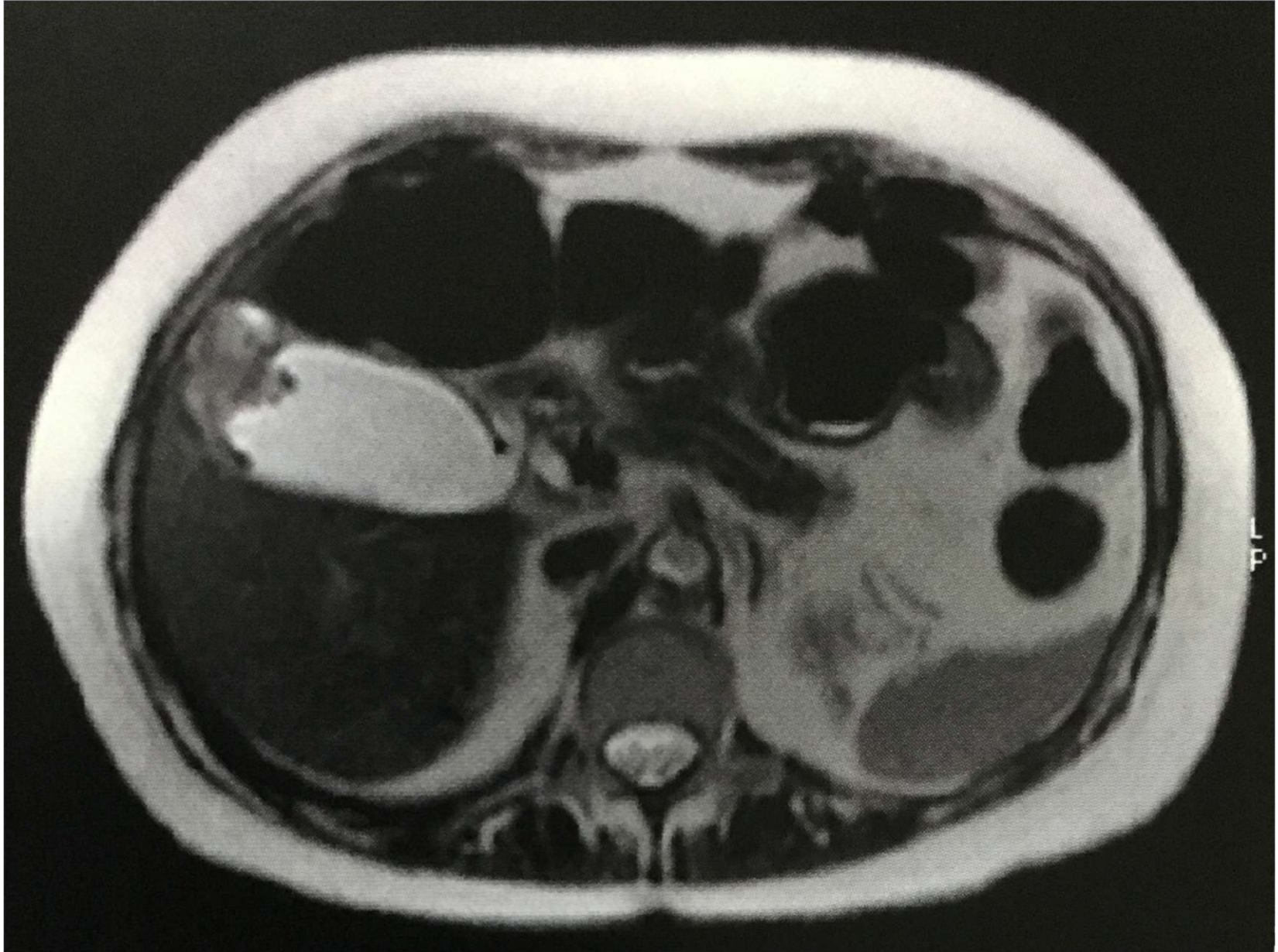
Resultado do estudo anatomopatológico da vesícula biliar.

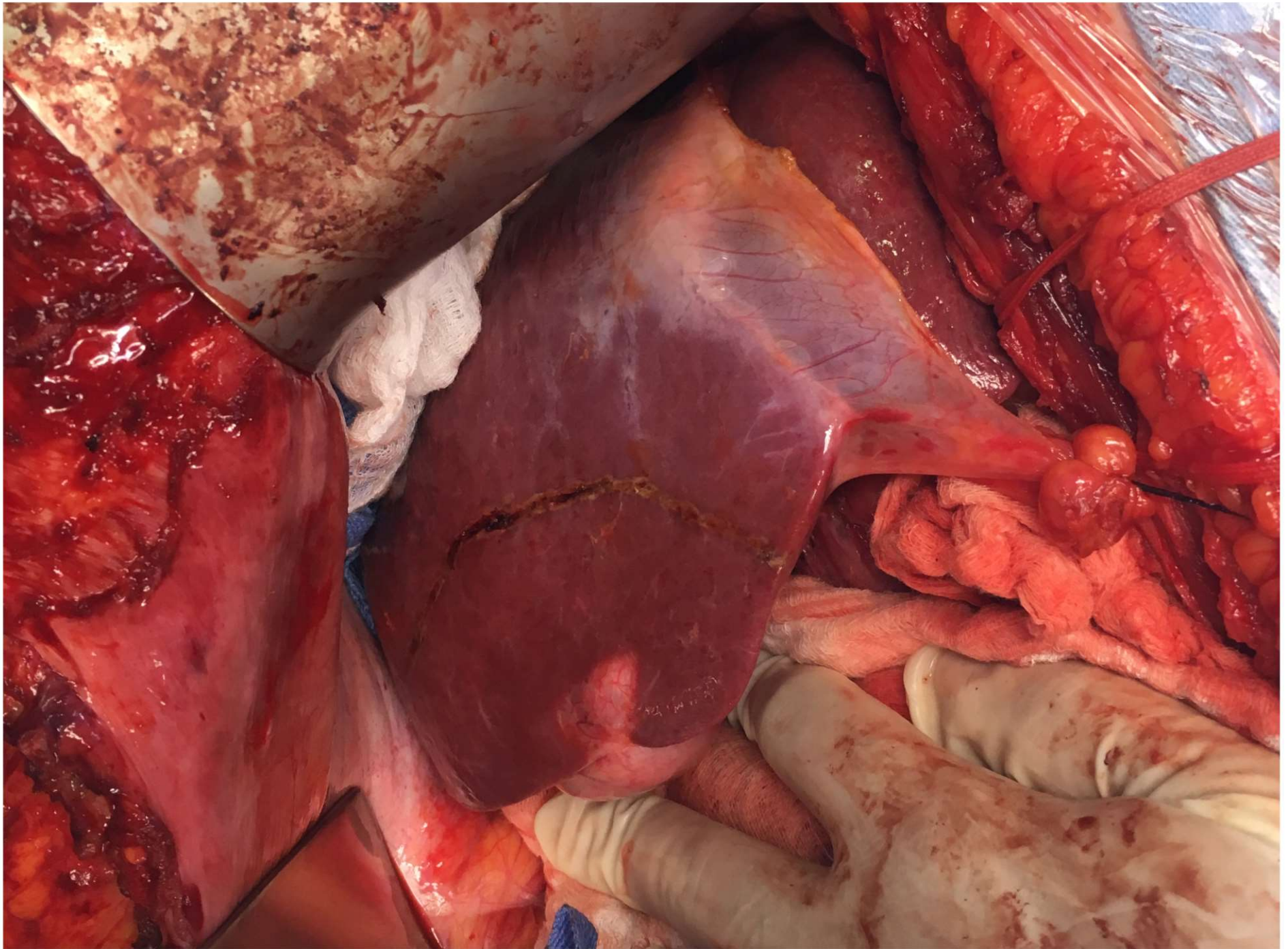
	Nº	%
Colecistite aguda	32	1,6
Colecistite crônica	1.928	96,0
Câncer	46	2,3
Adenoma	2	0,1

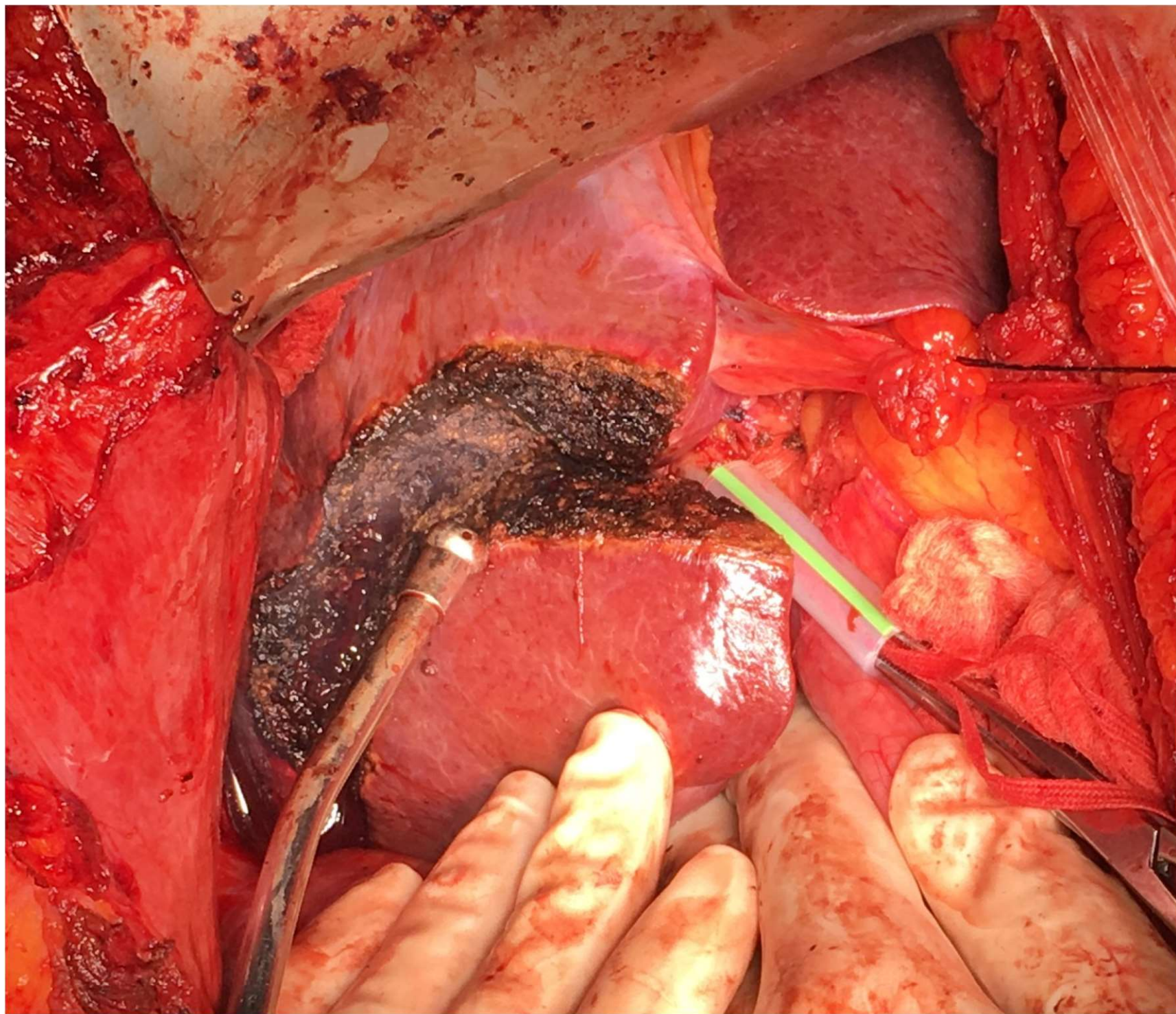
Cenários:

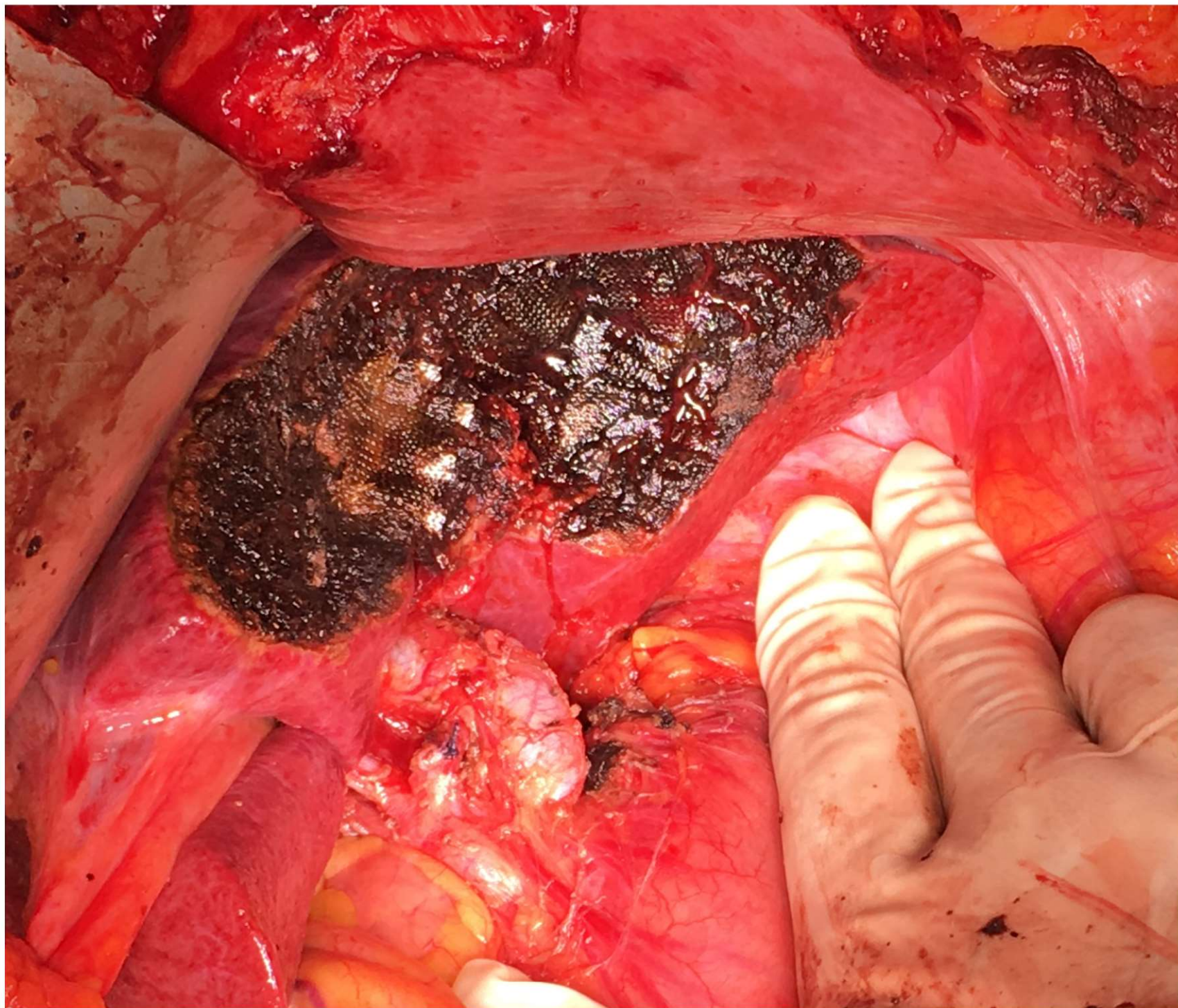
- ☐ Doença detectada no pré-operatório
 - Suspeita
 - Extensa
- ☐ Achado durante a colecistectomia
 - Doença limitada
 - Doença extensa
- ☐ Diagnóstico na biópsia da colecistectomia

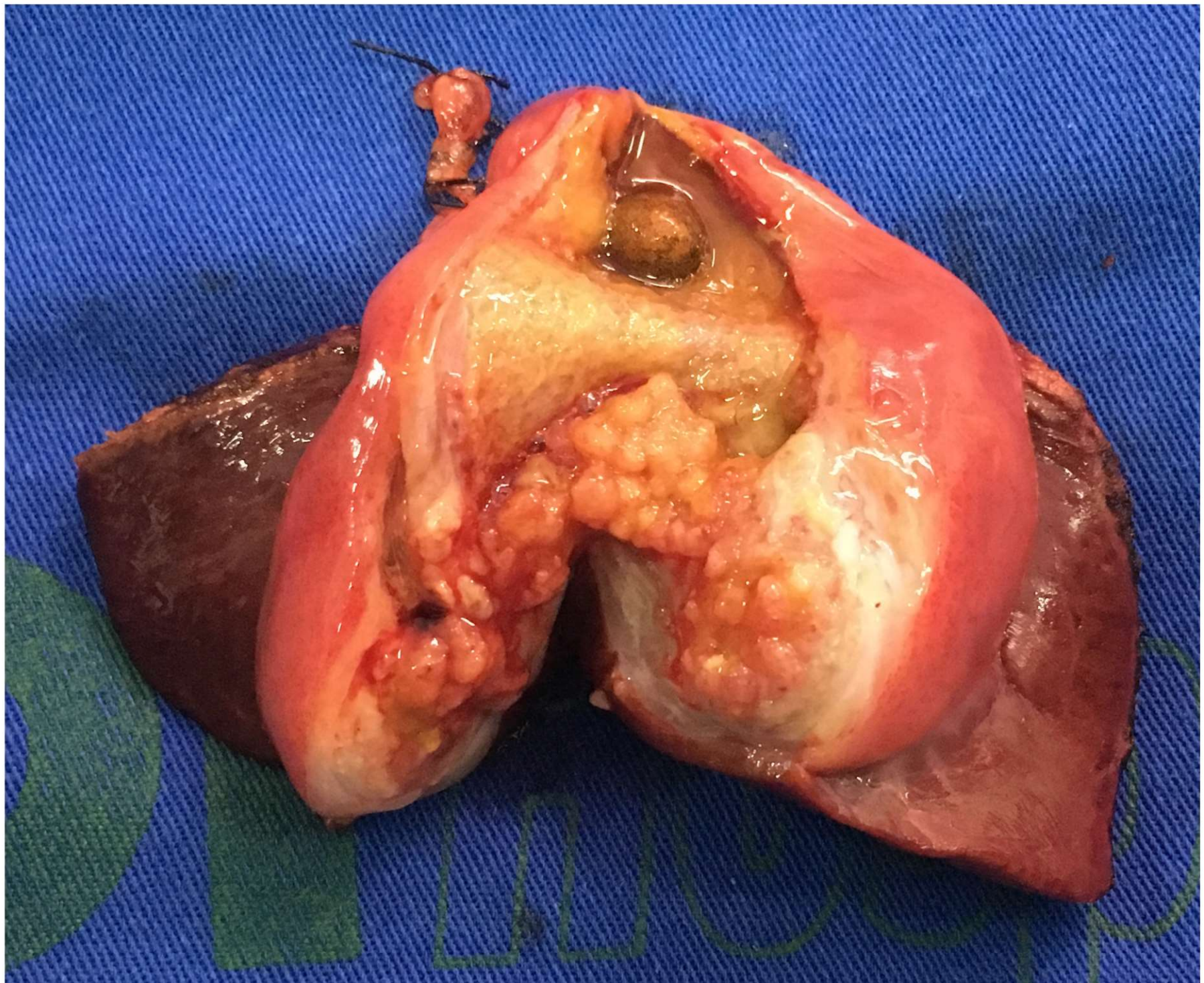
Diagnóstico no pré-operatório



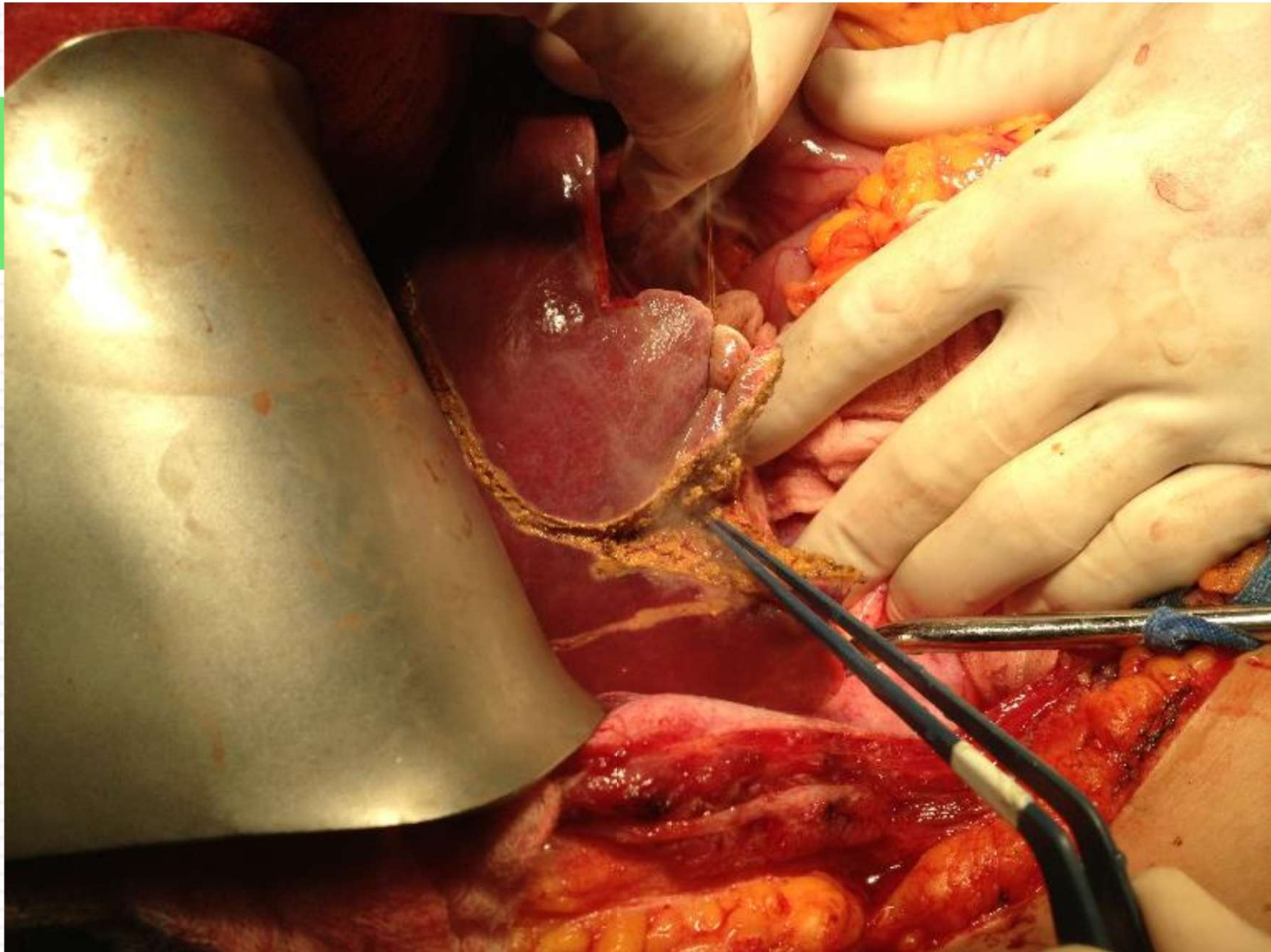


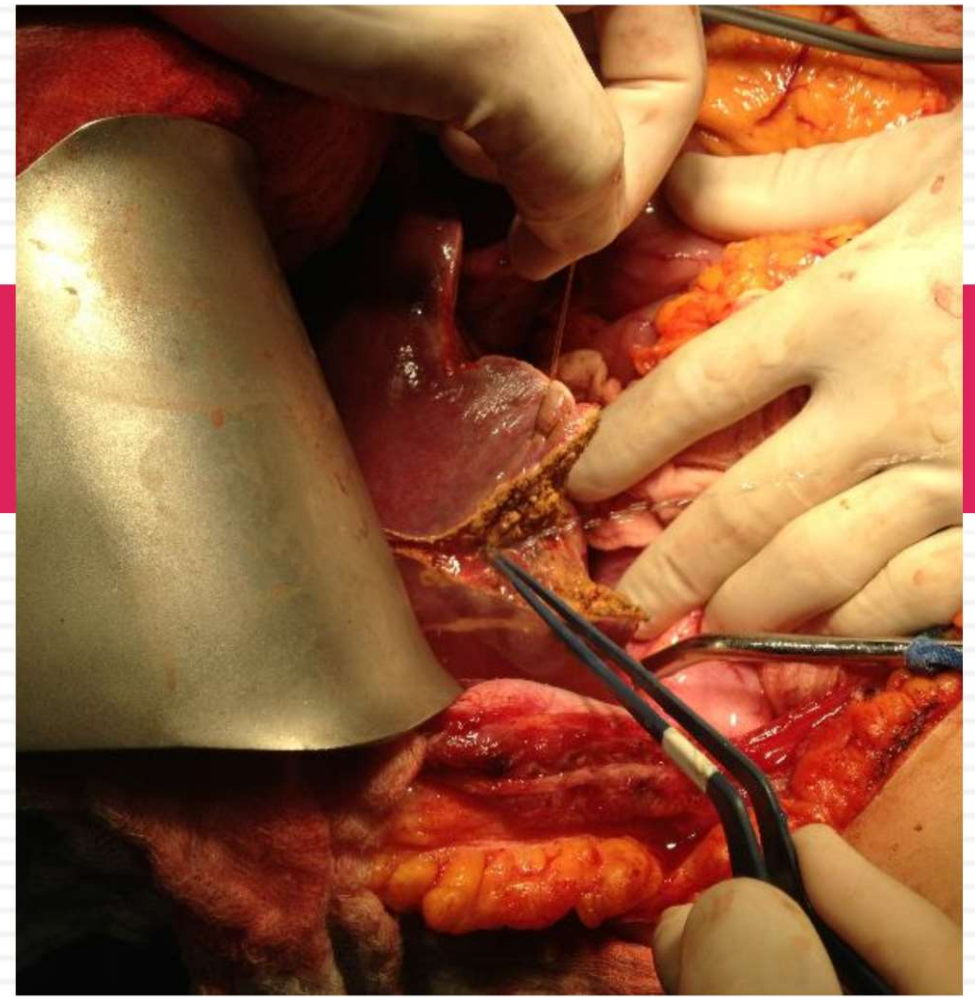
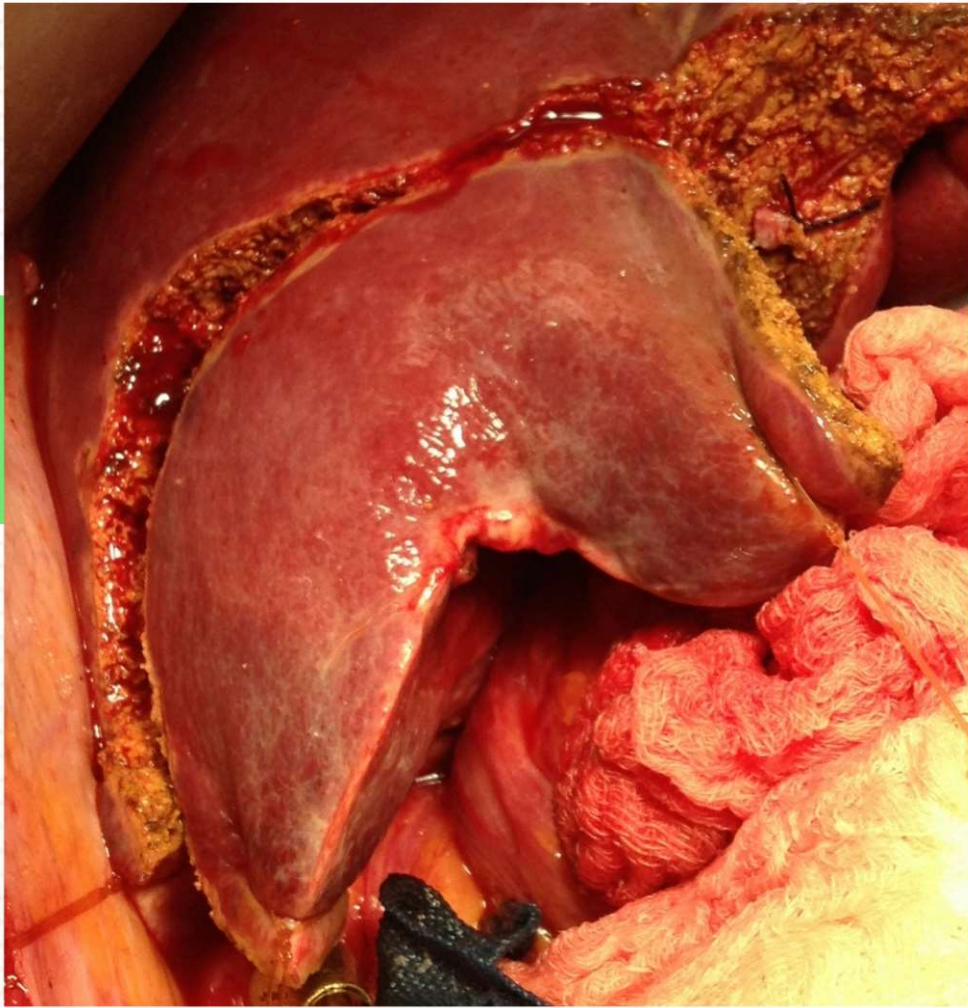


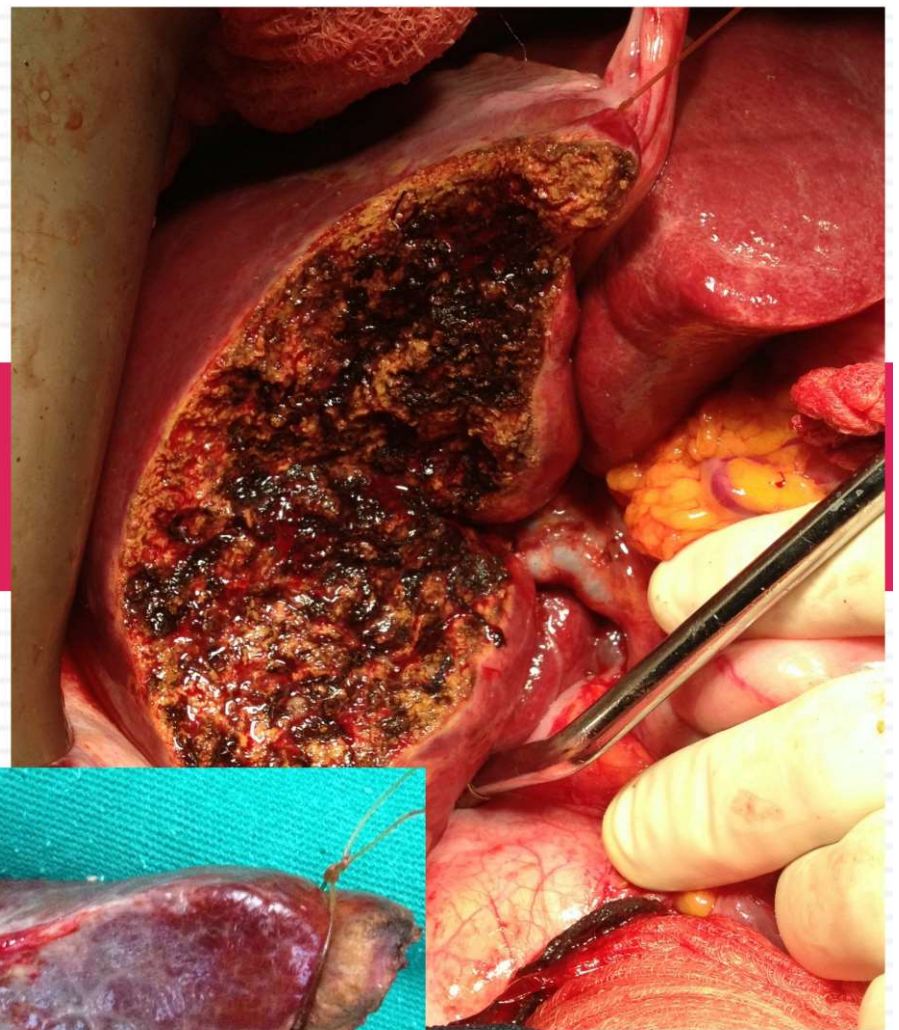
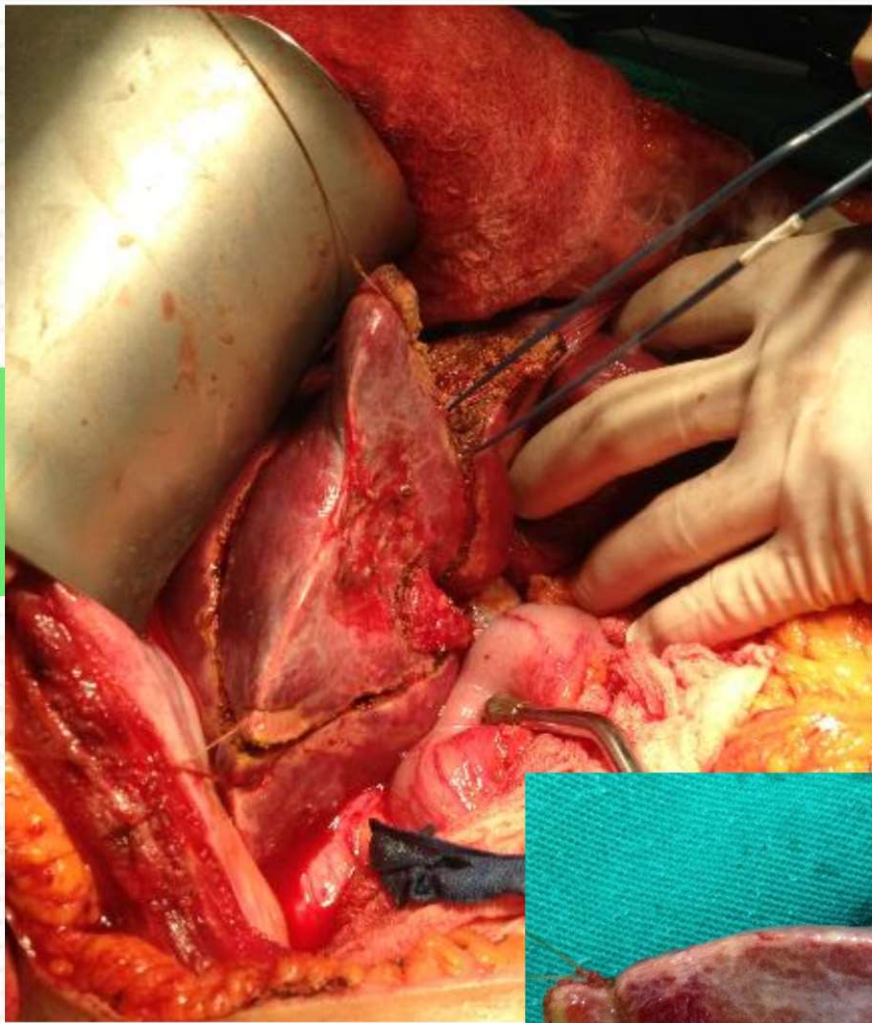




Carcinoma incidental







Carcinoma incidental

Incidência de doença residual

- ❑ 37,5% em T1
- ❑ 56,7% em T2
- ❑ 77,3% em T3

Re-ressecção associada com melhora da sobrevida
41% versus 15% (cinco anos)

Fatores de risco

FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO CÂNCER DA VESÍCULA BILIAR¹⁻⁵

- Litíase biliar
- Lesões polipoides da vesícula biliar
- Anomalias na junção do ducto biliopancreático
- Cistos de colédoco
- Infecções bacterianas
- Vesícula biliar em porcelana
- Adenomiomatose
- Colangite esclerosante primária
- Outras: polipose colônica, doença inflamatória intestinal, exposição química, obesidade, tabagismo, colecistite xantogranulomatosa, multiparidade e estado pós-menopausa.

Câncer da vesícula biliar: Suspeita clínica

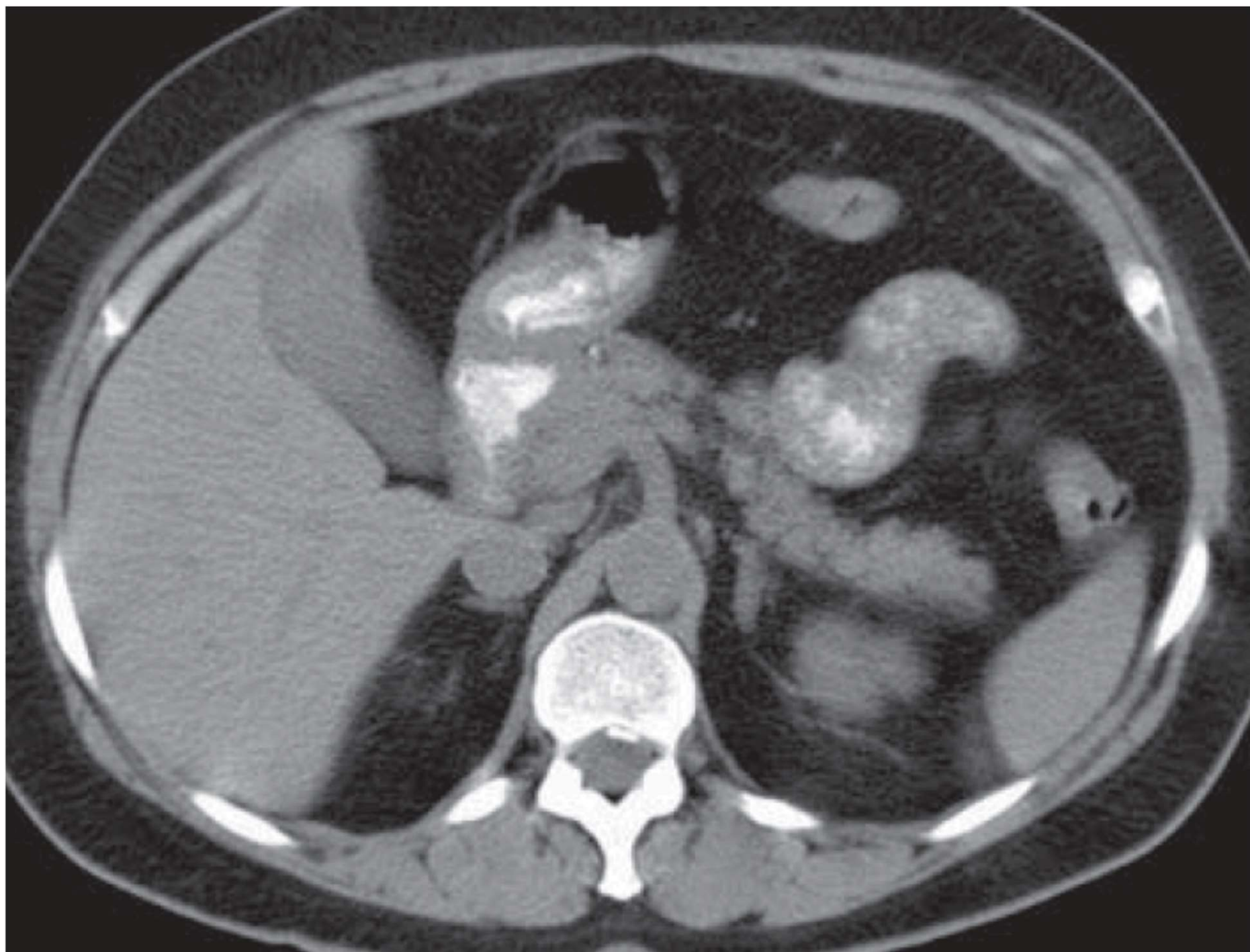
- ❖ Colecistite aguda
- ❖ Massa intraluminal imóvel com decúbito
- ❖ Associação com cálculos
- ❖ Cálculos fixos no fundo da vesícula

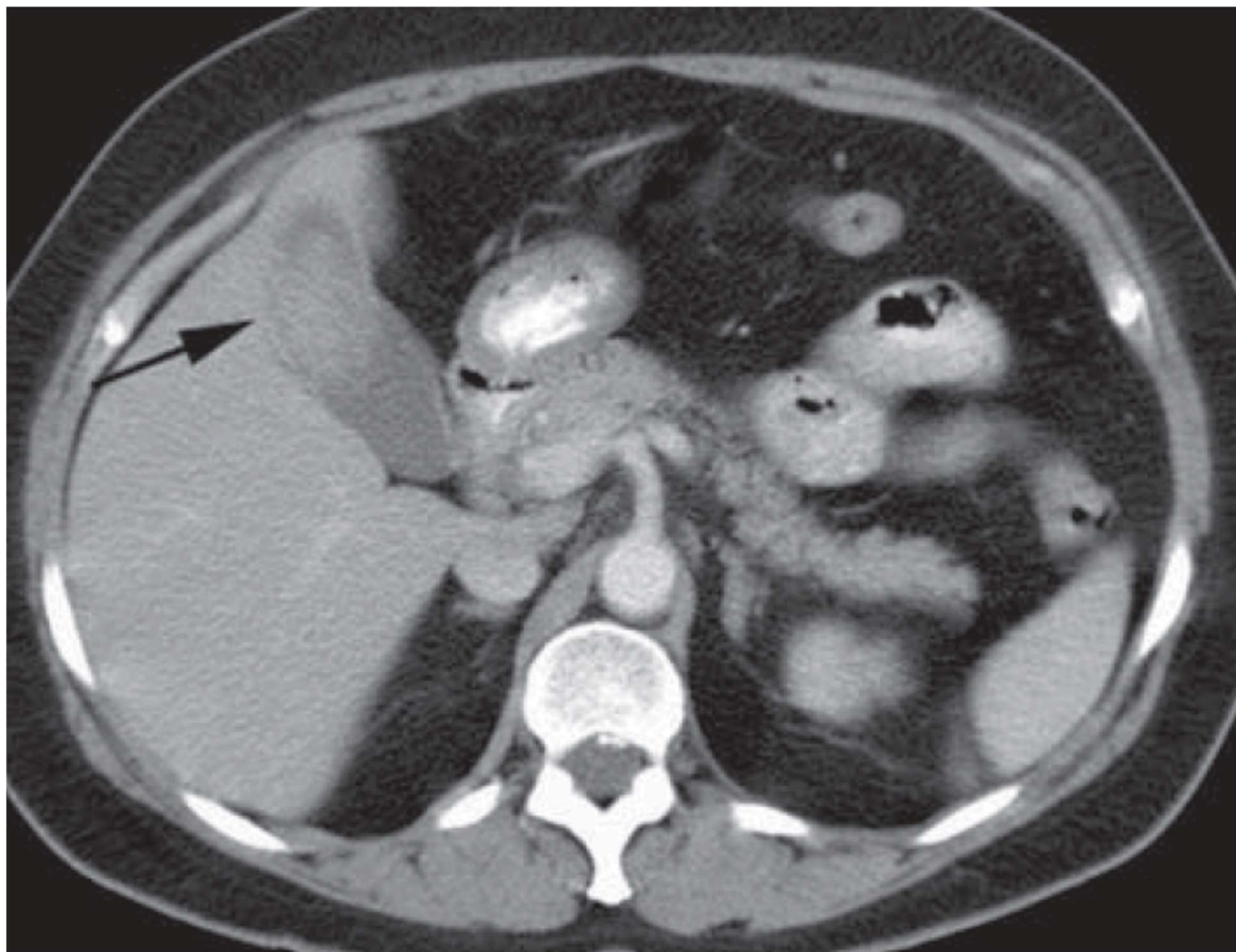
Ultrassonografia

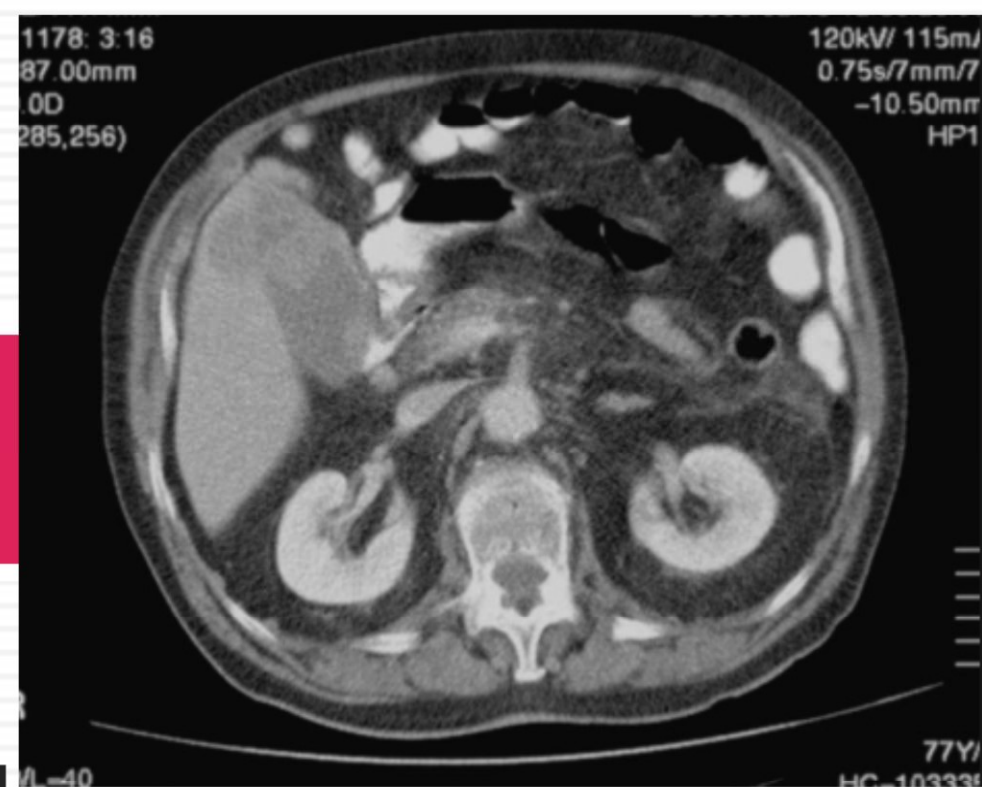
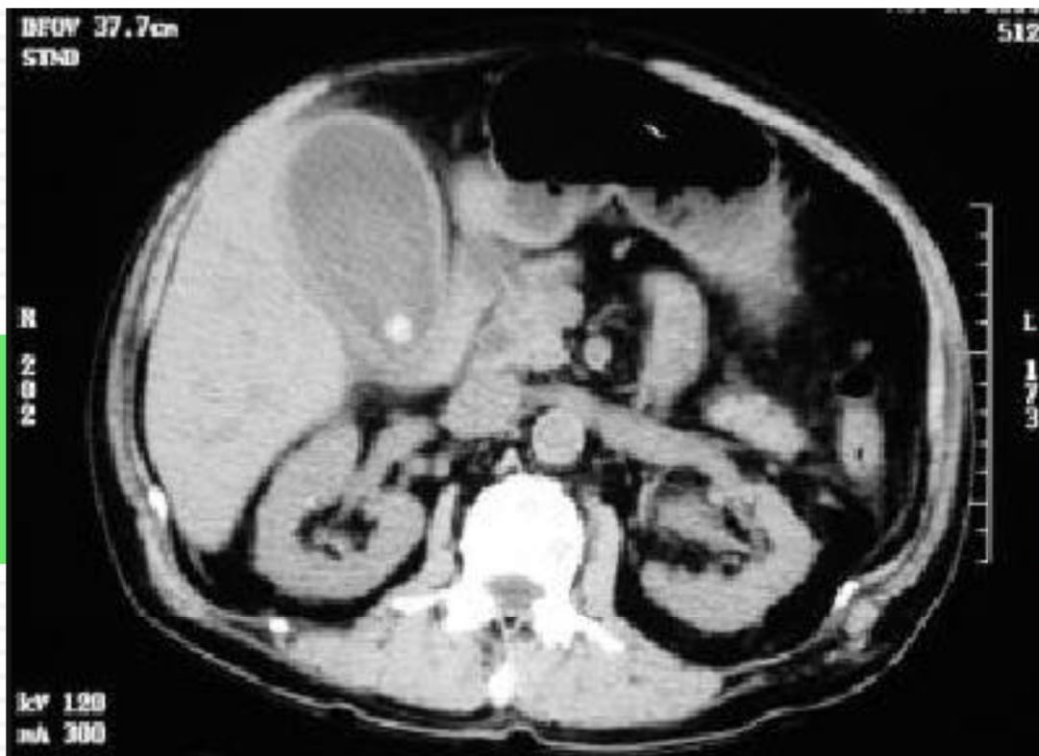


- ❑ Espessamento nodular ou irregular da parede da vesícula de forma excêntrica ou circunferencial
- ❑ A margem ecogênica distinta entre a parede da vesícula e a superfície

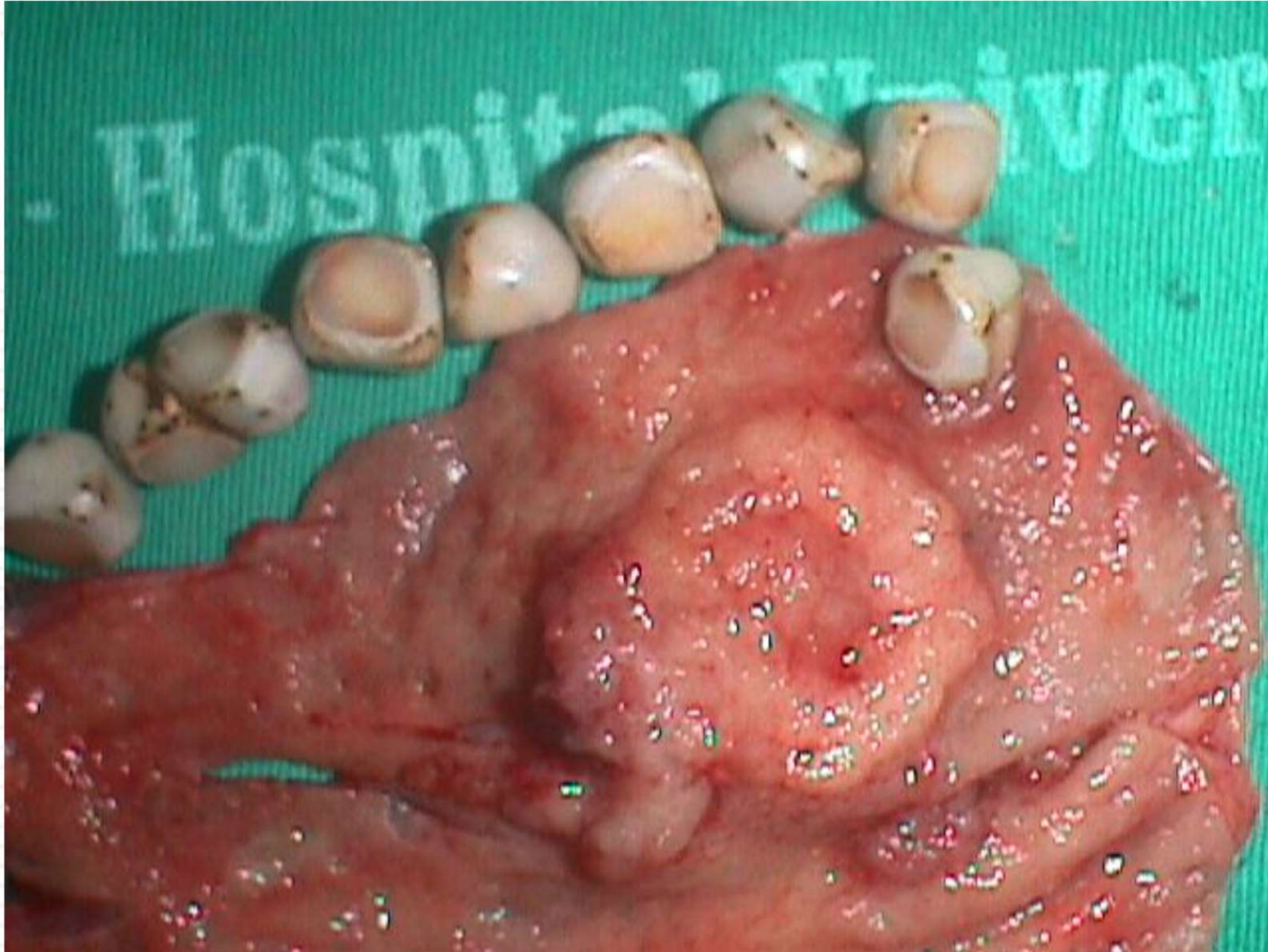








Colelitíase



Fatores de risco

FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO CÂNCER DA VESÍCULA BILIAR¹⁻⁵

- Litíase biliar
- Lesões polipoides da vesícula biliar
- Anomalias na junção do ducto biliopancreático
- Cistos de colédoco
- Infecções bacterianas
- Vesícula biliar em porcelana
- Adenomiomatose
- Colangite esclerosante primária
- Outras: polipose colônica, doença inflamatória intestinal, exposição química, obesidade, tabagismo, colecistite xantogranulomatosa, multiparidade e estado pós-menopausa.

FATORES DE RISCO EM LESÕES POLIPOIDES DA VESÍCULA BILIAR^{18,22}

- Tamanho da lesão maior ou igual a 10mm
- Lesão única (ou menos que três lesões)
- Idade do paciente igual ou superior a 50 anos
- Lesão polipoide séssil
- Lesão polipoide na superfície hepática da vesícula biliar
- Associação com cálculos da vesícula biliar

Conduta nas lesões polipoides da vesícula biliar

Management of polypoid lesions of the gallbladder

ORLANDO JORGE MARTINS TORRES¹, RACHEL JORGE DINO COSSETTI², JANAINA OLIVEIRA BENTIVI²,
MARIA HELENA ALMEIDA COSTA², ALINE MARIA SANTOS FARIAS², GLÁUCIA MESQUITA CORDEIRO³

Disciplina de Clínica Cirúrgica III da Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA)

RESUMO

Com o aumento do uso da ultrassonografia na prática diária, mais lesões polipoides da vesícula

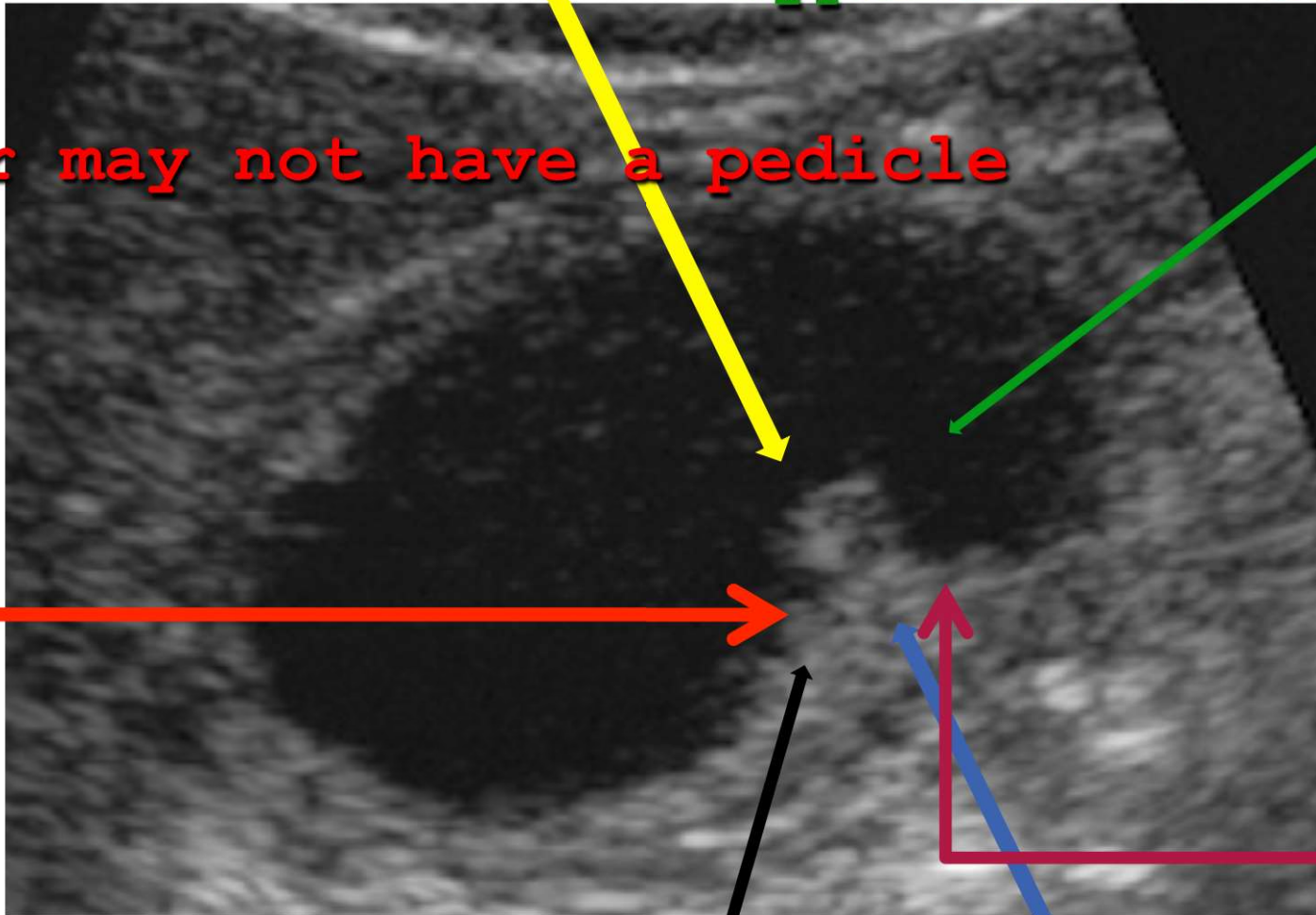
SUMMARY

With the increasing use of percutaneous ultrasonography in modern practice, more polypoid

The lesion projects into the lumen

Hyperechoic to bile

May or may not have a pedicle



Shows no acoustic shadow

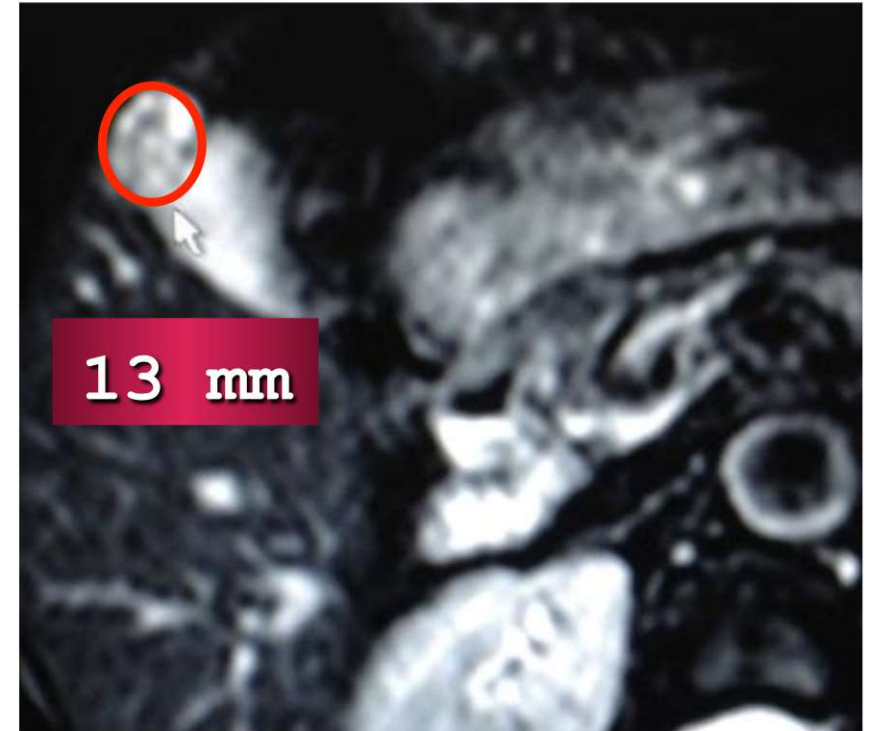
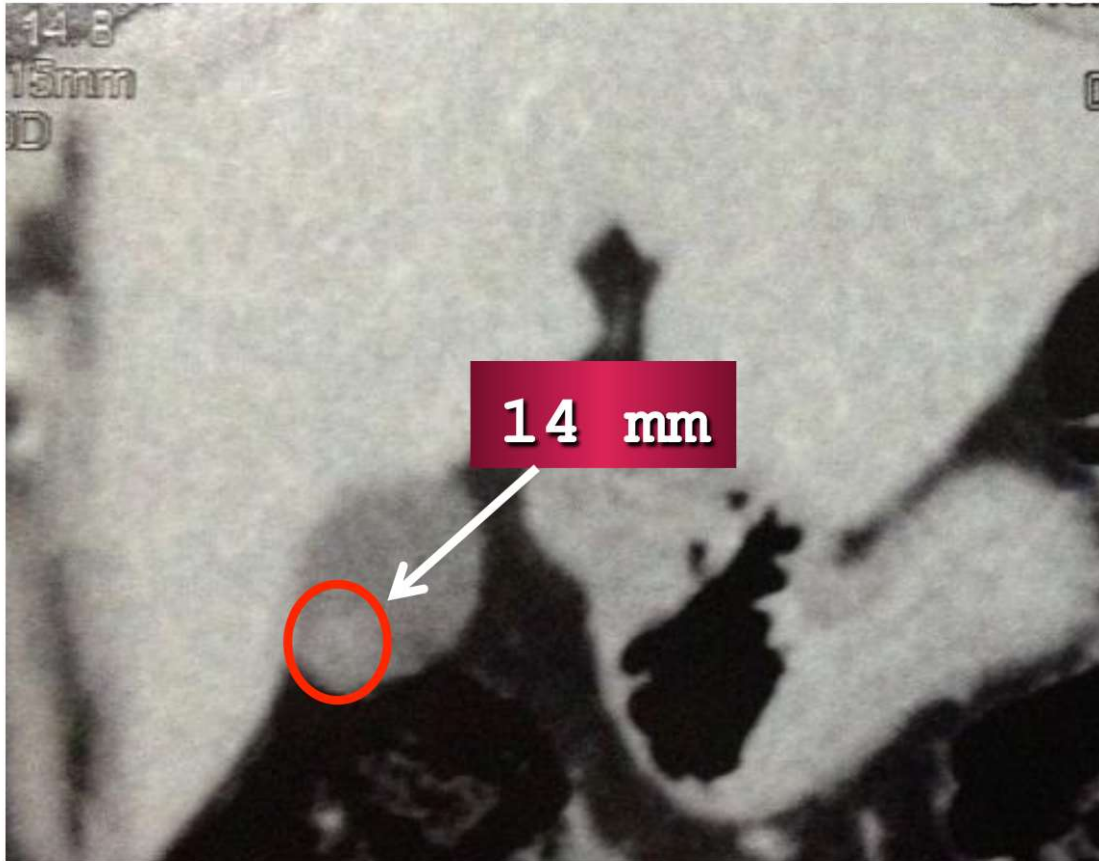
Echogenicity of the gallbladder wall

Fixed to GB wall (lacks displacement)

Cirurgia

- ☐ Tamanho da lesão polipóide ($> 10\text{mm}$)
- ☐ Presença de pedículo vascular

Lesão Polipóide



Cirurgia

- 6 mm ou menos
- 7-10 mm
- >10 mm



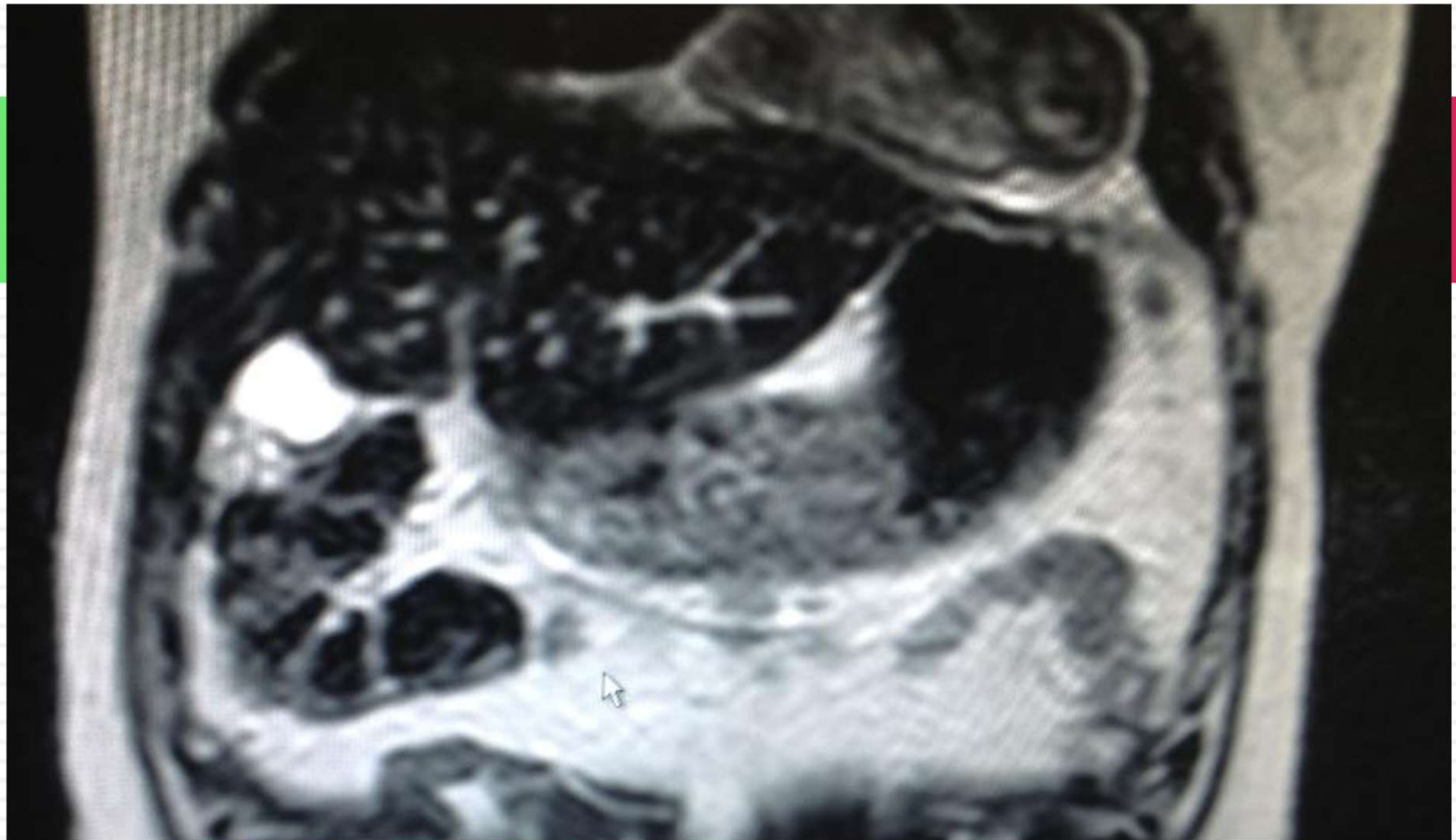
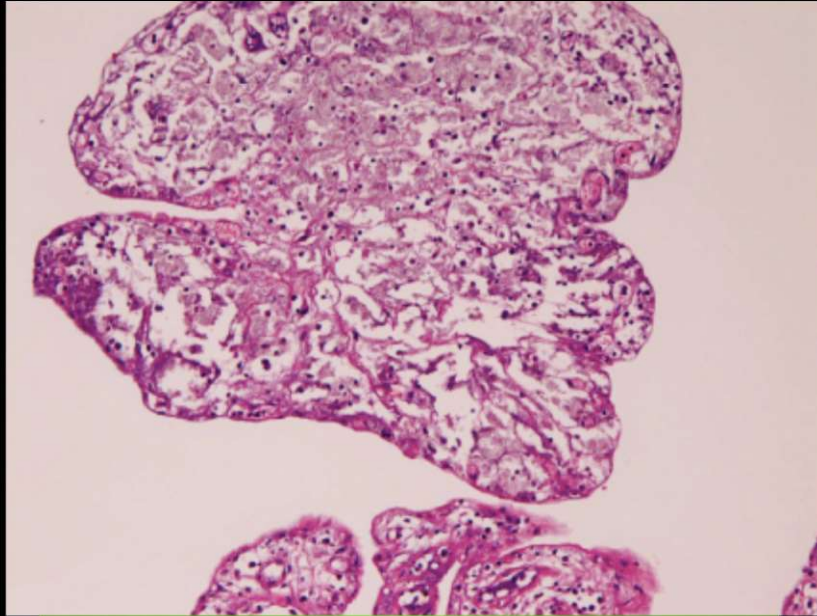


Table 5. Frequency of malignant polyp according to size groups

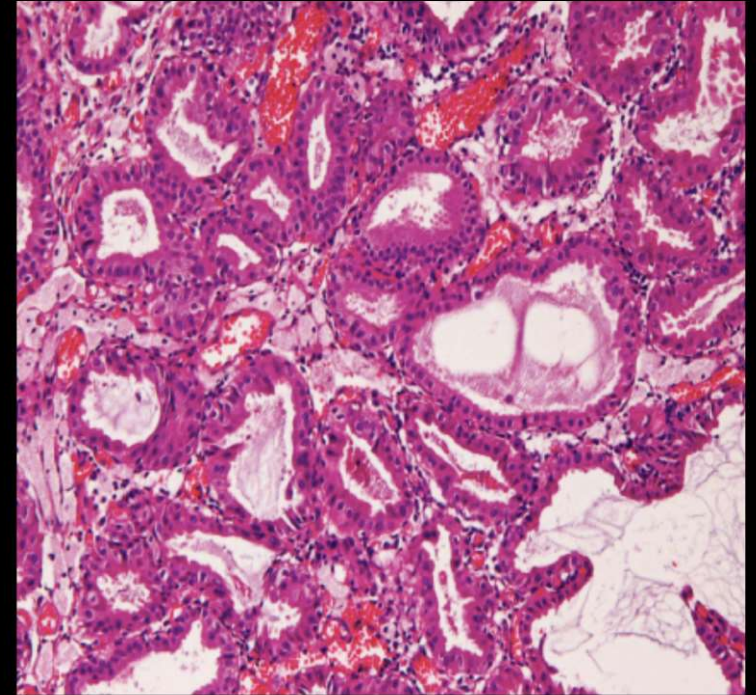
Size (mm)	Malignant polyp	Total PLG	%
<10	2	156	1.3
10-19	9	94	9.6
≥20	24	41	58.5

* $P < 0.001$.

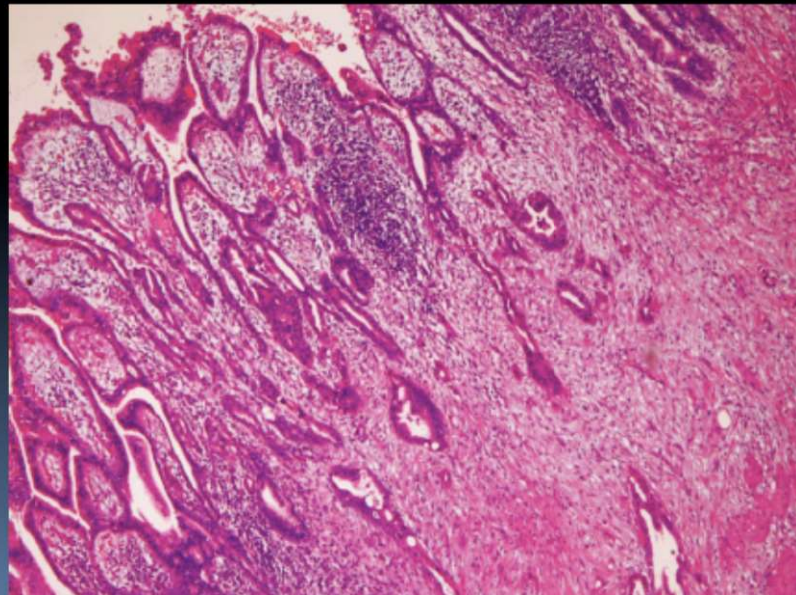
PLG, polypoid lesions of the gallbladder.



Cholesterol polyp



Adenoma tubular
intestinal



GB adenocarcinoma



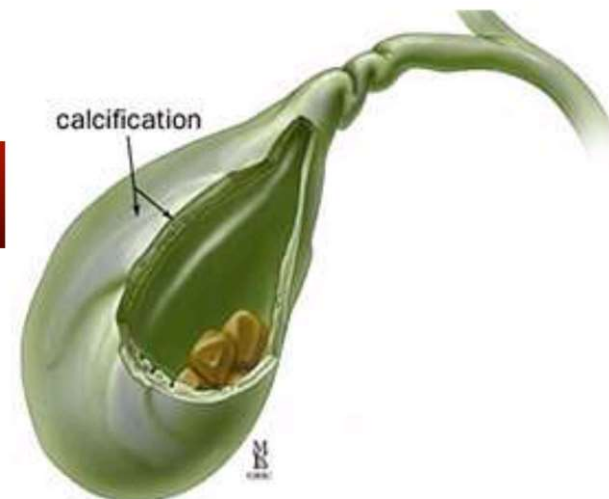
Fatores de risco

FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO CÂNCER DA VESÍCULA BILIAR¹⁻⁵

- Litíase biliar
- Lesões polipoides da vesícula biliar
- Anomalias na junção do ducto biliopancreático
- Cistos de colédoco
- Infecções bacterianas
- Vesícula biliar em porcelana
- Adenomiomatose
- Colangite esclerosante primária
- Outras: polipose colônica, doença inflamatória intestinal, exposição química, obesidade, tabagismo, colecistite xantogranulomatosa, multiparidade e estado pós-menopausa.



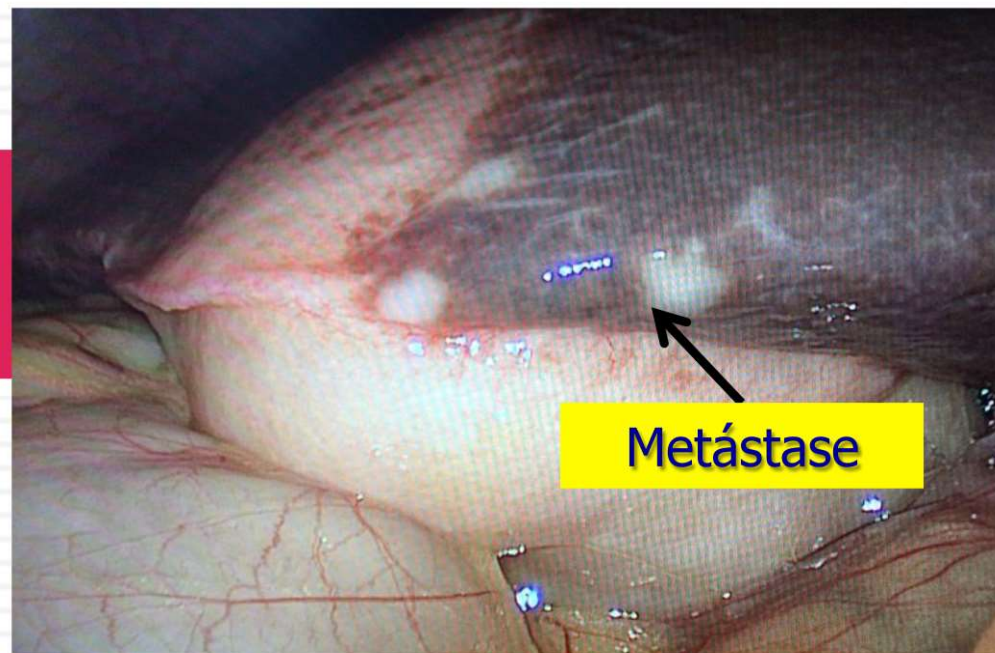
Vesícula em porcelana

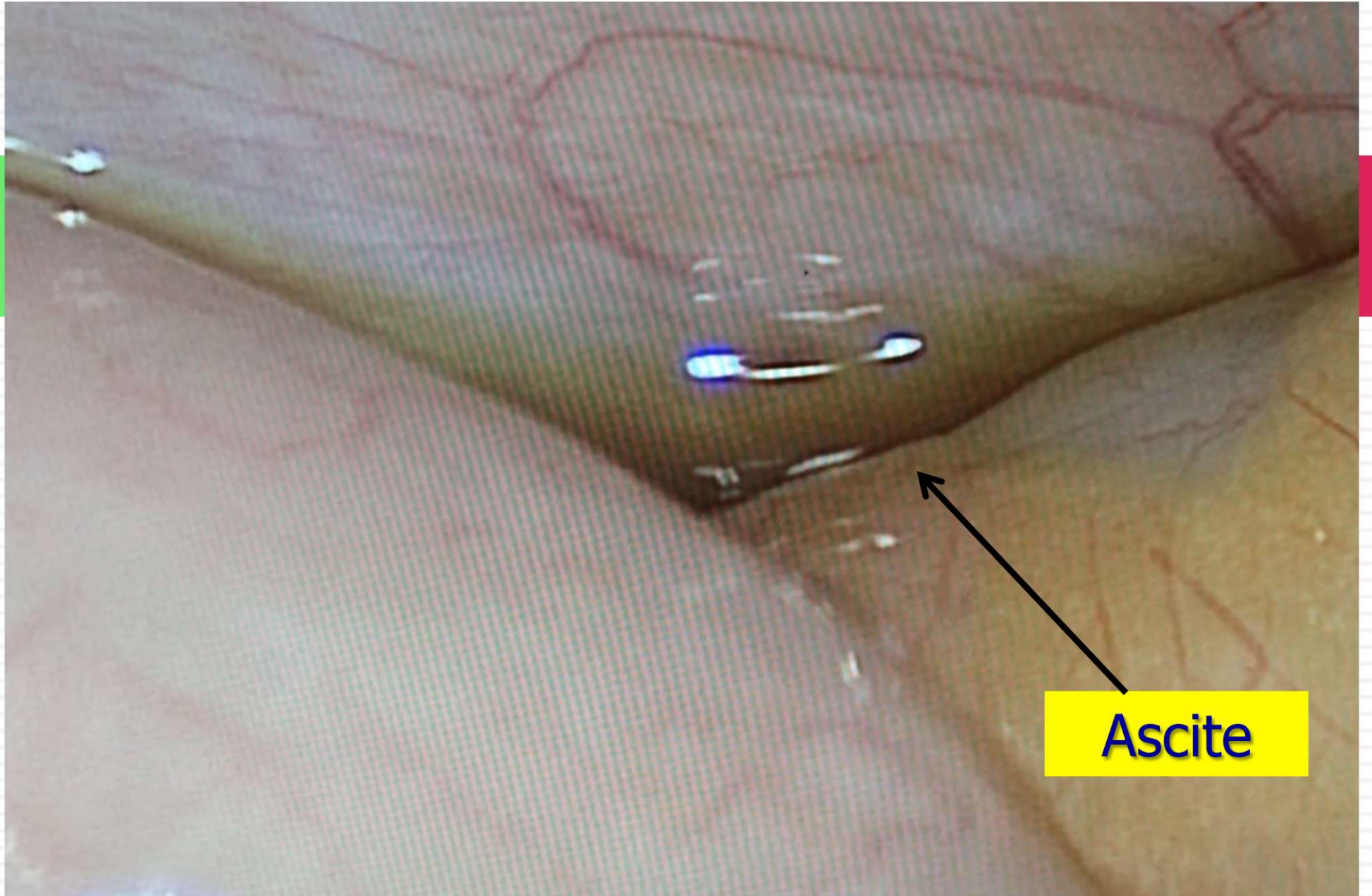


Neoplasia da vesícula biliar

Outros

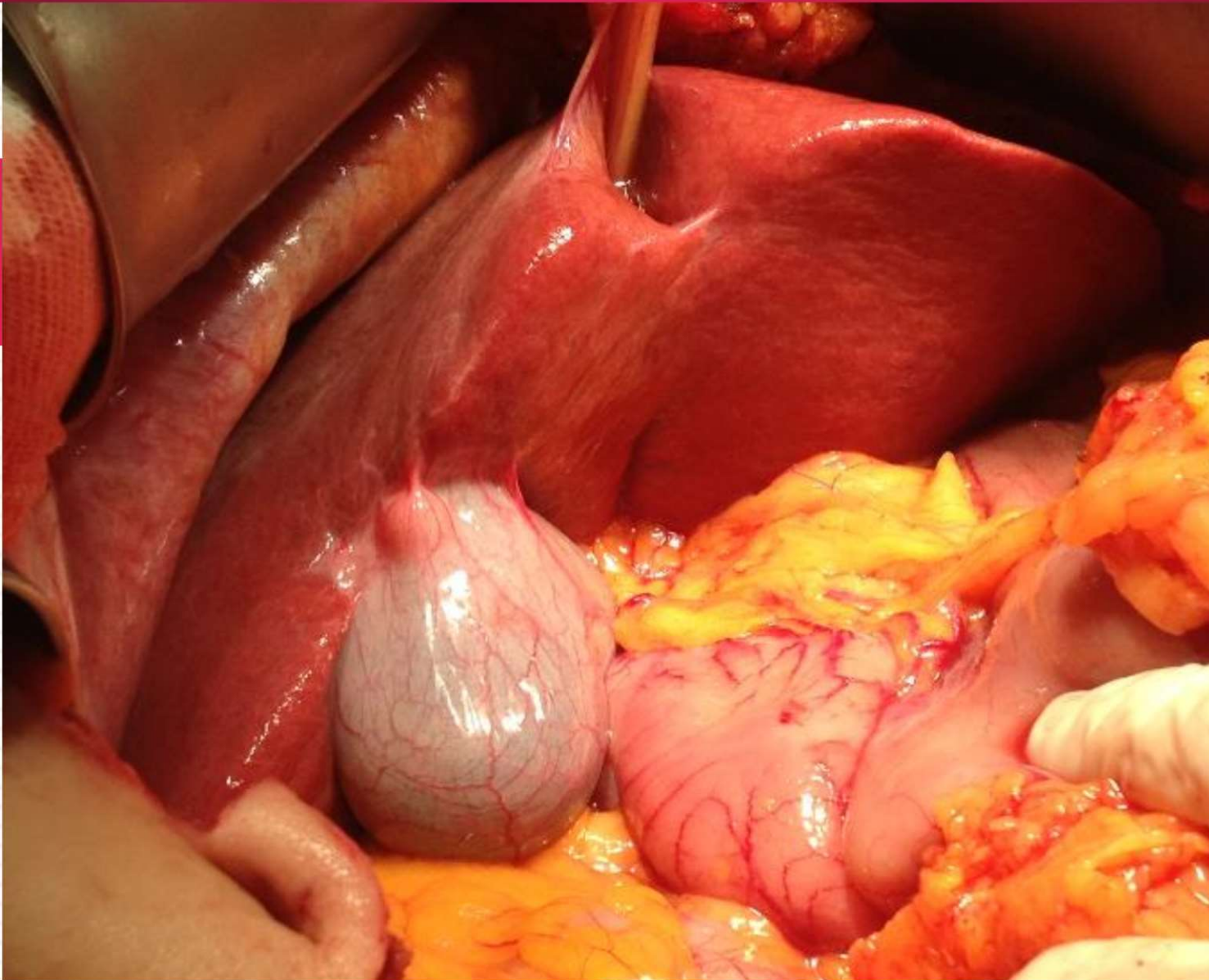
- ☐ Cisto de colédoco
- ☐ Junção anômala do ducto pancreatobiliar
- ☐ Colangite esclerosante primária



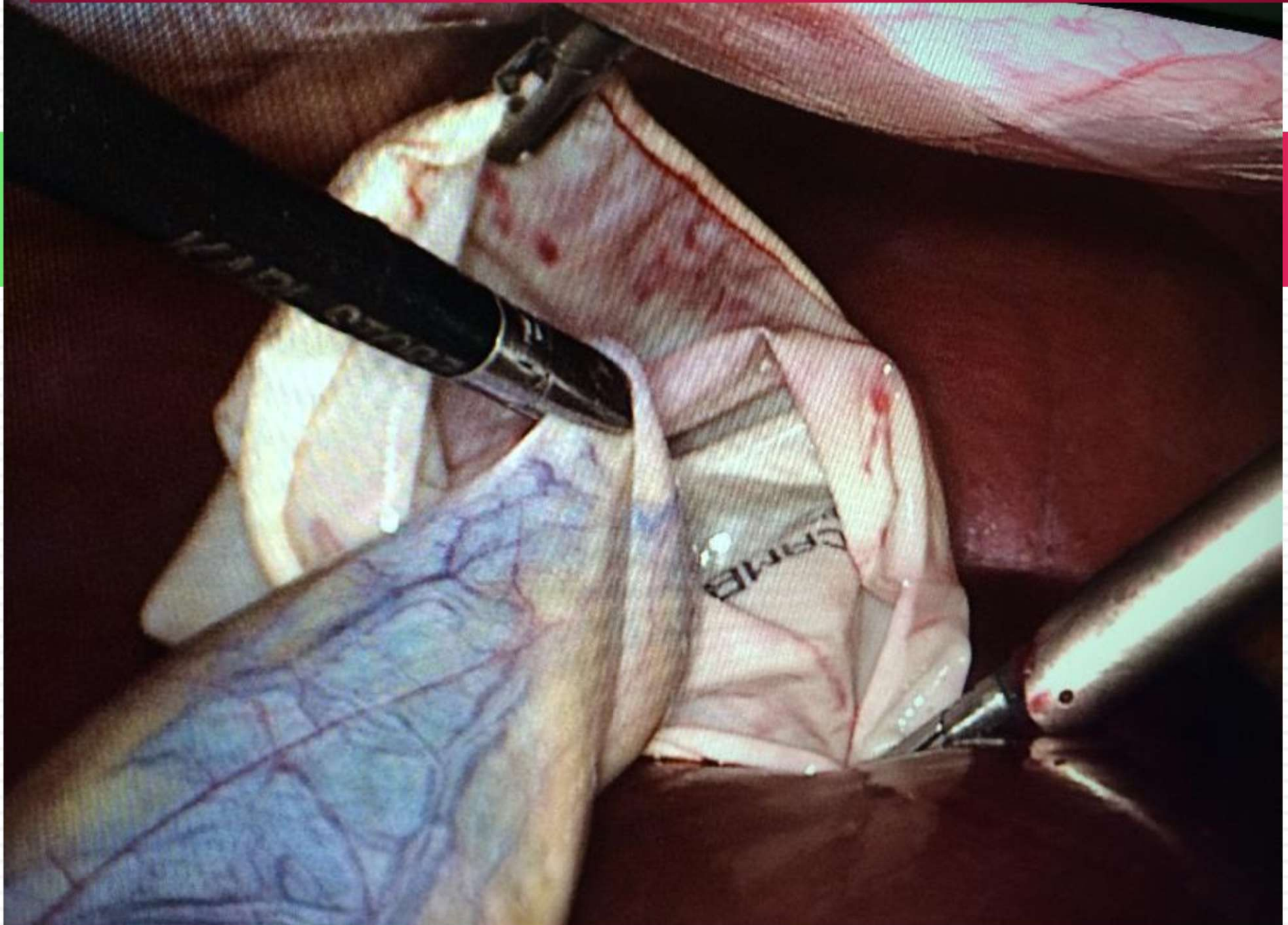


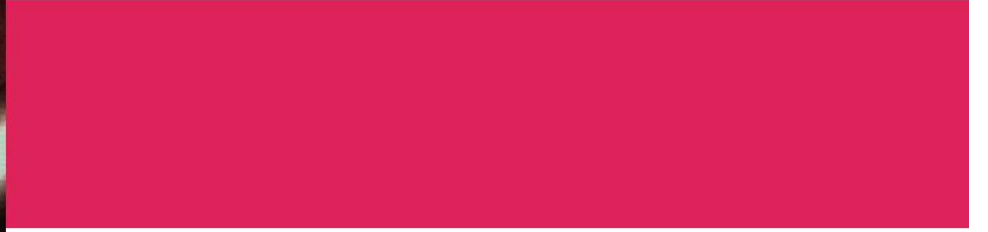
Ascite

Não pode extravasar bile

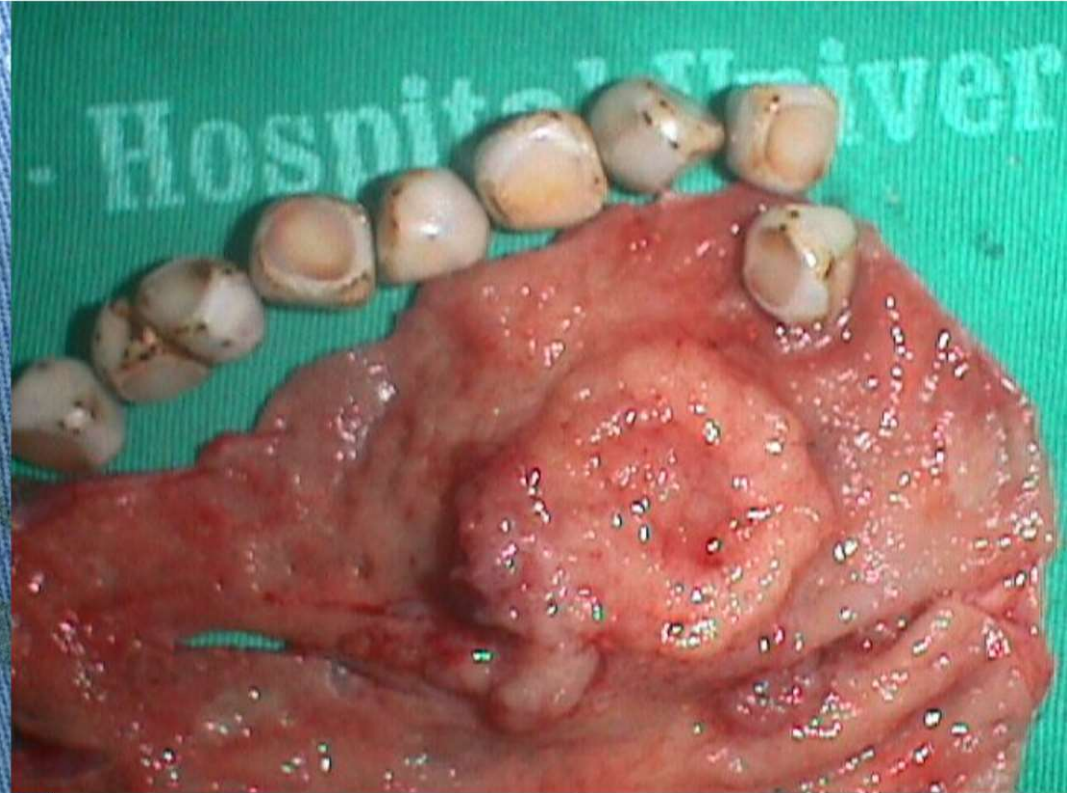


Retirar a vesícula com proteção





Antes de concluir



Exame sistemático da vesícula biliar

Roa JC, et al. Virchows Arch 2013; 463:651–661.

- 
- ☐ A cirurgia de vesícula não é isenta de complicações;
 - ☐ Respeito ao procedimento é fundamental;
 - ☐ O cirurgião não deve ser responsável por um procedimento maior.



© Julyane Galvão
São Luís



Obrigado!