



LITÍASE BILIAR PÓS-DUODENOPANCREATECTOMIA



Paula, R.A.; Ferreira, E.A.B.; Módena, S.F.; Lorencetti, R.R.G.; Bush, R.O.

Trabalho Realizado na Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de Jundiaí
Serviço do Prof. Dr. Roberto Anania de Paula

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

VB, 71 anos, negra, feminino, doméstica, procedente de Jundiaí.

Paciente com diagnóstico de icterícia obstrutiva pós-hepática, submetida à Gastroduodeno-pancreatectomia há 42 meses por neoplasia de cabeça de pâncreas.

No pós-operatório apresentou estase gástrica que justificou permanência hospitalar por 15 dias, tratada com nutrição enteral, sem outras complicações.

Exame Anatomo-Patológico: Tumor Endócrino de Ilhotas Pancreáticas, restrito ao parênquima, com expressão focal para insulina em 10% das células neoplásicas ao estudo Imuno-Histoquímico.

Controle Tomográficos semestrais sem evidência de qualquer lesão neoplásica residual ou recidivante.

Há 4 meses iniciou episódios de febre intermitente acompanhados de sudorese e calafrios. Os episódios inicialmente esporádicos tornaram-se constantes há 30 dias. Sem icterícia, colúria ou prurido cutâneo durante toda a evolução febril. Sensação de fraqueza e emagrecimento de 4 Kg neste período.

Paciente hipertensa crônica controlada com Captopril, Atenolol e Hidroclorotiazida.

Sem qualquer antecedente de Diabetes ou Hipoglicemia ao longo de toda a evolução.

Exame Físico Geral: REG. Ictérica?, hidratada, corada, PA: 140/90 mmHg FC: 80/min, rítmico. T axilar 39,5°C.

Exame Físico Especial: segmento cefálico sem alterações. Pulmões livres. Ictus palpável. Abdome: plano, flácido, incisão paramediana direita supra e infraumbilical. Indolor a palpação superficial e profunda. Sem sopros. Membros: pulsos palpados bilateralmente e sem edemas.

EXAMES LABORATORIAIS

Hemograma:
hemoglobina 9.6g
4.07 milhões de hemácias
11200 leucócitos
neutrofilia sem desvio à esquerda.

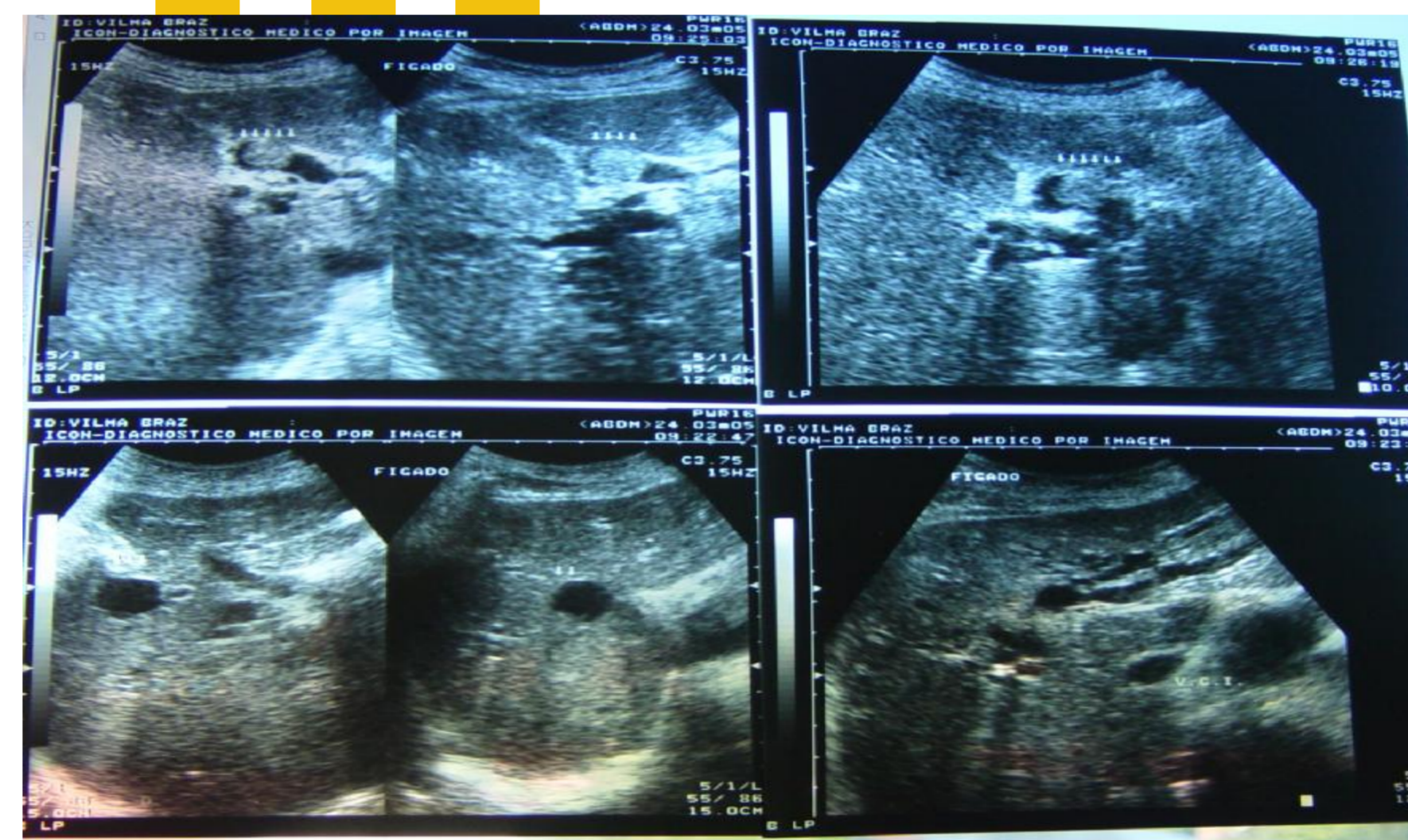
Glicemia 102 mg/dL
Uréia 34 mmol/L
Creatinina 1.2 umol/L
Sódio 140mEq/L
Potássio 4.5 mEq/L

Urina: normal

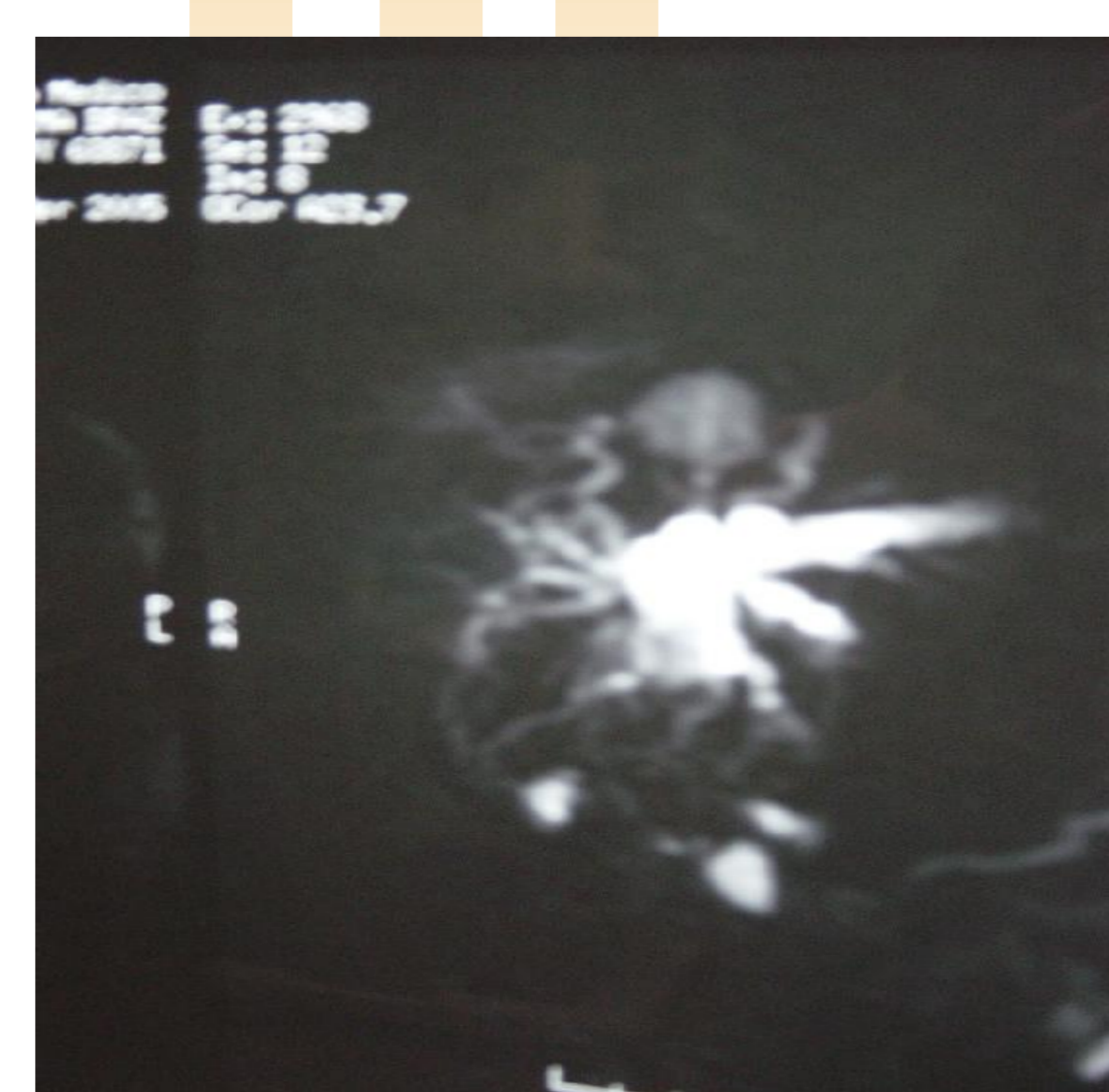
Bilirrubinas:
direta 1.0 umol/L
indireta 0.9 umol/L
total 1.9 umol/L

Transaminases:
TGO 128 U/L
TGP 132 U/L

Hemoculturas:
negativas, inclusive para fungos



Ultrassonografia abdominal
Ecogenicidade hepática finamente heterogênea, com cisto simples. Dilatação das vias biliares intra-hepáticas, observando-se imagem nodular, e ecogênica na projeção da bifurcação dos hepáticos, de natureza a esclarecer. Provável colecistectomia. Cisto renal à direita.



Colangiorressonância

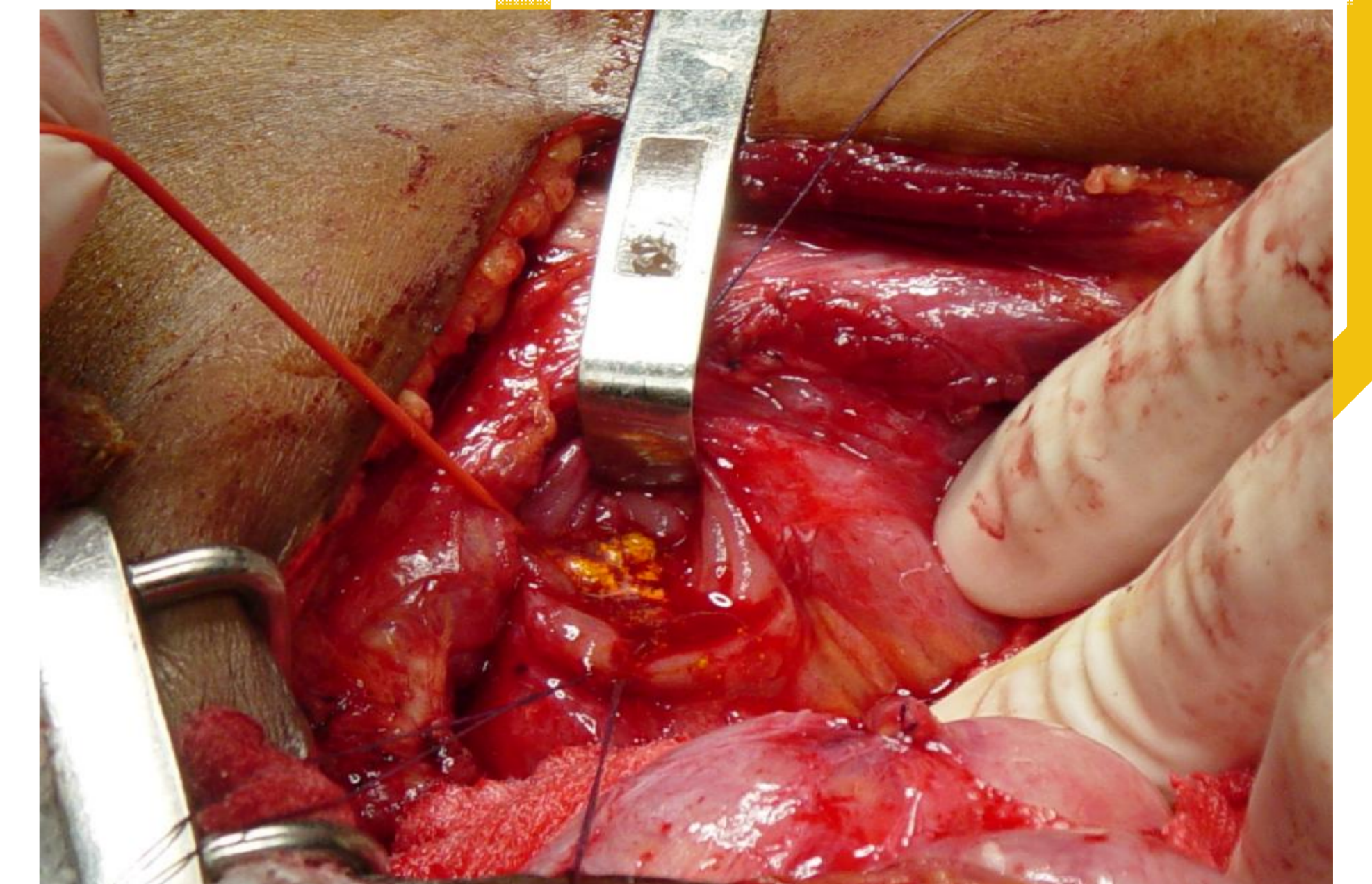
Dilatação das vias biliares intra-hepáticas até a junção hépato-jejunal com "massa sólida" de 2,5cm ocupando a via biliar distal. Foram aventadas hipóteses de "bola fúngica" ou mesmo implante tumoral.

ABORDAGEM CIRÚRGICA

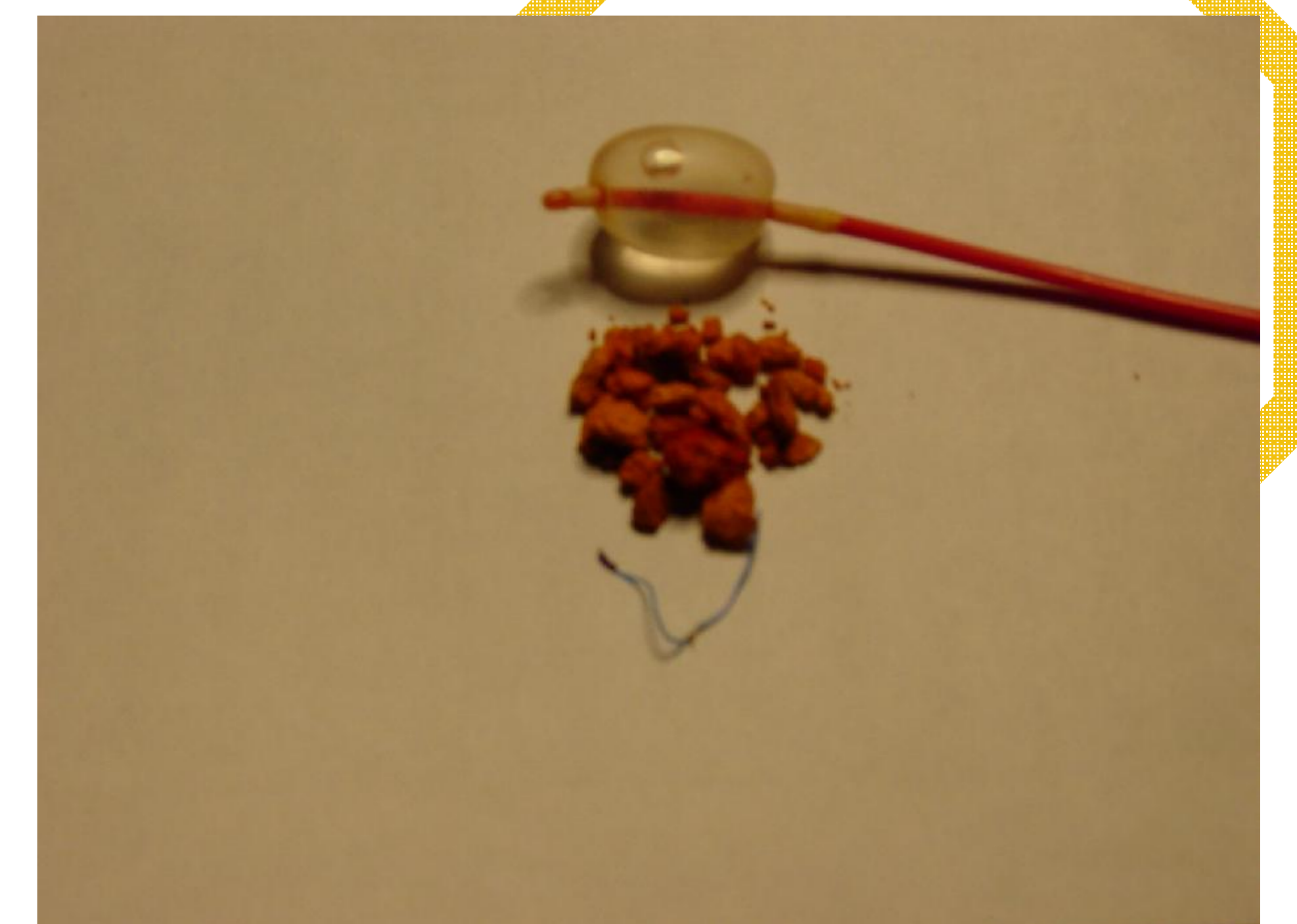
A abordagem cirúrgica consistiu no isolamento da alça jejunal da anastomose bílio-digestiva, enterotomia transversa ao nível da anastomose, identificando-se massa compacta compatível com cálculo biliar aderido à anastomose hepático jejunal.

Passado catéter de Fogarty na via biliar e através de tração identificou-se o cálculo biliar que, ao ser destruído, estava aderido a fio de polipropileno utilizado na anastomose.

A paciente evoluiu sem febre e sem qualquer manifestação infecciosa, recuperando-se prontamente.



Aspecto intra-operatório



Catéter de Fogarty e Cálculo

A Literatura mostra que em cirurgia biliar ou urinária deve-se evitar o uso de fios inabsorvíveis, pois os mesmos podem funcionar como matriz para o desenvolvimento de cálculos, como foi o caso. Ressalte-se a tática cirúrgica empregada com o uso do catéter de Fogarty que facilitou sobremaneira a abordagem cirúrgica.