

MANEJO OPERATÓRIO DE LITÍASE INTRA-HEPÁTICA EM PACIENTE PORTADOR DE SITUS INVERSUS TOTALIS: UM RELATO DE CASO

SURGICAL APPROACH OF INTRAHEPATIC LITHIASIS IN A PATIENT WITH SITUS INVERSUS TOTALIS: A CASE REPORT

Gerson Suguiyama Nakajima;* Adriano Pessoa Picanço Júnior;** Rubem Alves da Silva Neto;** Priscila Cavalcanti Ballut;*** Rebeca Aparecida dos Santos di Tommaso;*** Mônica Maya Tsuji Nishikido***

Resumo

A litíase intra-hepática primária é caracterizada pela presença de cálculos formados em ductos intra-hepáticos e é mais prevalente no Leste Asiático. Sua fisiopatologia ainda não está bem definida, porém parece ter relação com estase biliar, infecção e desnutrição proteico-calórica. Este relato descreve o caso de um paciente de 66 anos, portador de Situs Inversus Totalis, apresentando sinais e sintomas colestáticos, sendo evidenciado colelitíase, coledocolitíase e litíase intra-hepática em colangiorressonância magnética. A conduta realizada foi colecistectomia com coledocotomia e extração de cálculos intra-hepáticos e do colédoco, além de anastomose biliodigestiva coledoco-duodeno látero-lateral. A evolução foi satisfatória, com melhora dos sintomas álgicos e da icterícia.

Palavras-chave: Situs Inversus; Cálculos nas Vias Biliares; Colelitíase; Coledocolitíase.

Abstract

The primary intrahepatic lithiasis characterizes itself by stones presence in intrahepatic bile ducts, being most prevalent in East Asian. Its pathophysiology is not well defined, but appears to be related to bile stasis, infection and malnutrition. This case report describes a 66 years old patient, with situs inversus totalis, presenting cholestatic pattern, diagnosed with cholelithiasis, choledocholithiasis and intrahepatic gallstones in magnetic resonance cholangiography. The conduct was performed by cholecystectomy with choledochotomy and extraction of intrahepatic and bile duct stones, followed by common bile duct-duodenal latero-lateral biliodigestive anastomosis. The result was satisfactory, with healing of the pain symptoms and jaundice.

Keywords: *Situs Inversus*; Gallstones; Cholelithiasis; Choledocholithiasis.

Introdução

A litíase intra-hepática é considerada primária quando é formada em ductos intra-hepáticos e secundária quando é formada na vesícula biliar e migram para os ductos biliares. A prevalência da litíase intra-hepática primária no Ocidente é de 0,6 a 1,3%, já em países asiáticos são mais

prevalentes: 12% na Malásia, 18% na Coreia, 38% na China e 47% em Taiwan.¹ A sua fisiopatologia ainda não está muito bem definida, mas parece haver relação com infecção, estase biliar e desnutrição proteico-calórica.²

O situs inversus é uma condição rara autossômica e recessiva na qual os órgãos estão em situação

* Professor do Departamento de Clínica Cirúrgica FMUFAM.

** Médico residente de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HUGV.

*** Médica residente de Cirurgia Geral do HUGV.

oposta ao que seria normal no corpo humano. Quando há o envolvimento dessa transposição, tanto dos órgãos abdominais como a dextrocardia, é dito com Situs Inversus Totalis. Nesses pacientes, a clínica da colelitíase é confusa por conta da presença de dor localizada no hipocôndrio esquerdo, fazendo que haja uma dificuldade no seu diagnóstico inicialmente. Para realizar procedimentos cirúrgicos em pacientes com situs inversus, requer maior habilidade do cirurgião, além de um planejamento pré-operatório como posicionamento da equipe cirúrgica, dos instrumentos e dos portais da videolaparoscopia.³

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente portador de Situs Inversus Totalis com colelitíase, coledocolitíase e litíase intra-hepática, tratado cirurgicamente e que evoluiu de forma satisfatória.

Relato de Caso

Paciente de 66 anos, sexo masculino, natural de Nhamundá/AM e procedente de Manaus/AM. Iniciou, em agosto de 2013, um quadro de dor em hipocôndrio esquerdo que irradiava para dorso e região epigástrica, relacionado à ingesta hiperlipídica e associado a quadro de colúria, icterícia e acolia. Relatou queixa dispéptica e

perda ponderal de 10 kg nos últimos dois meses. Negou demais queixas álgicas ou relacionadas ao trânsito intestinal.

Nos antecedentes pessoais, negou comorbidades e relatou apenas uma cirurgia prévia de facectomia bilateralmente. Na história familiar, negou qualquer sintomatologia semelhante. Desconhece outras doenças na família.

Admitido no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas/Ufam, transferido do HPS 28 de Agosto, com quadro de icterícia intensa e colúria, além de dor abdominal em hipocôndrio esquerdo. Os exames laboratoriais mostravam um aumento da bilirrubinemia à custa de bilirrubina direta de 14,7 mg/dl, e aumento das enzimas canaliculares (Gama GT: 820 U/L e Fosfatase Alcalina: 1496 U/L).

Ultrassonografia abdominal demonstrou fígado e vesícula biliar localizados no hipocôndrio esquerdo e baço ao lado direito. A vesícula biliar era repleta por cálculos. TCs de tórax e abdome confirmaram os achados de Situs Inversus Totalis. Por conta da alteração anatômica, foi solicitado RNM de vias biliares que evidenciou coledocolitíase e litíase intra-hepática com dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas.

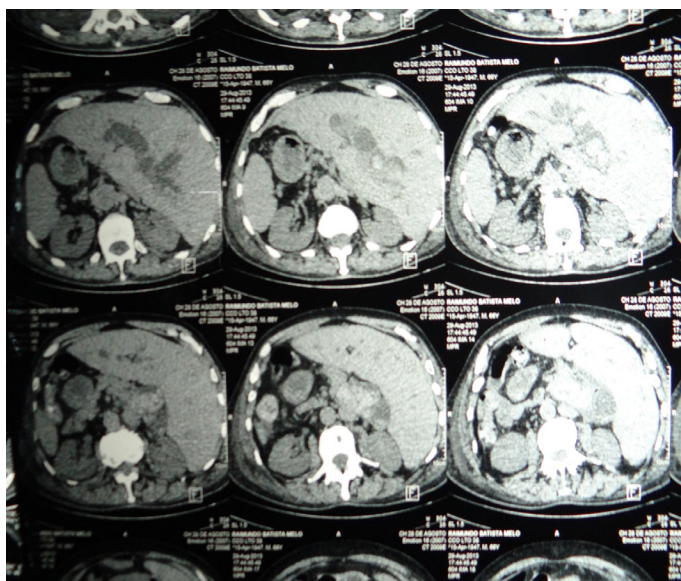


Figura 1: Tomografia Computadorizada evidenciando o situs inversus e a dilatação de vias biliares intra-hepática.

Com o diagnóstico de colelitíase associado à coledocolitíase e litíase intra-hepática, a programação para o paciente era colecistectomia com exploração de vias biliares e anastomose biliodigestiva videolaparoscópica. Primeiro, foi realizada uma pequena incisão supraumbilical e inserindo trocater de 10 mm com confecção de pneumoperitônio e seguiu-se ao inventário da cavidade abdominal, no qual foi verificado

presença de ascite em pequena quantidade e lesões hepáticas macronodulares. Suspeitou-se, então, de um possível colangiocarcinoma com metástase hepática por conta da idade do paciente e perda de peso recente, e optou-se por converter a cirurgia para melhor inventário da cavidade abdominal.

Realizou-se então incisão subcostal esquerda e os achados intraoperatórios revelaram a

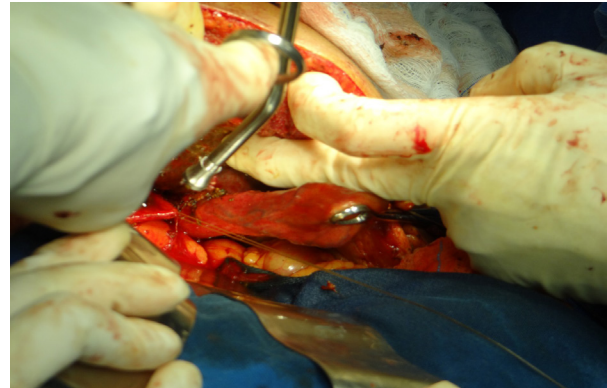
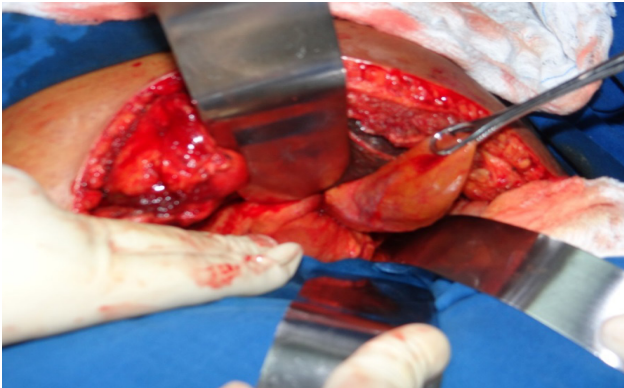


Figura 2: Fotos do intraoperatório demonstrando a anatomia inversa do paciente e a anastomose realizada.

presença de microabscessos hepáticos e o paciente não apresentava lesão indicativa de implante secundário. A vesícula biliar estava túrgida contendo múltiplos cálculos de tamanhos variados; ducto colédoco de 2 cm com cálculos à palpação, procedeu-se então à coledocotomia com extração de múltiplos cálculos pretos da via biliar principal. Optou-se por usar o coledocoscópio até ductos hepáticos direito e esquerdo com retirada de cálculos pretos deles com auxílio de um cateter de Fogarty, seguida de lavagem da via biliar principal com soro fisiológico a 0,9% aquecido, usando sonda de aspiração número 12, manobra

de Kocher e anastomose biliodigestiva colédoco-duodeno látero-lateral com sutura contínua simples da parede posterior do colédoco com parede posterior do duodeno e sutura contínua com pontos Schmieden da parede anterior do colédoco com parede anterior do duodeno usando fio de ácido poliglicólico 4-0. Um dreno de Watterman foi deixado durante 72 horas para observar anastomose.

Pós-operatório seguiu sem intercorrências e o paciente teve alta hospitalar no sétimo dia pós-operatório.



Figura 3: Cálculos intra-hepáticos, do colédoco e da vesícula biliar esquematizados conforme sua localização.

Discussão

Situs Inversus Totalis é um raro defeito genético transmitido por genes autossômicos recessivos, sem predileção por sexo, que pode apresentar dificuldades no manejo de doenças abdominais. A incidência varia de 1:4000 a 1:20000.⁴ Embora não haja evidências que sugerem que colelitíase seja mais ou menos comum em pacientes com Situs Inversus Totalis, a apresentação com dor no quadrante superior esquerdo pode atrasar o diagnóstico.⁵

A primeira colecistectomia videolaparoscópica em um paciente com Situs Inversus Totalis foi descrita por Campos e Siepes, em 1991,⁶ e desde então 39 casos foram reportados na literatura, demonstrando que o procedimento laparoscópico não está contraindicado nesses pacientes. Quatro desses pacientes eram também portadores de coledocolitíase e foram submetidos à extração dos cálculos por Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) sem intercorrências.^{7,8}

Colecistectomia videolaparoscópica, exploração da via biliar por videolaparoscopia e apendicectomia incidental foram realizados com sucesso, com nenhum paciente apresentando complicação pós-operatória.⁹ Muitas vezes, porém, pela presença de ascite, dificuldade em manter pneumoperitônio ou dúvida diagnóstica, a melhor opção é converter a cirurgia para laparotomia, dando, assim, mais segurança para o cirurgião e melhor visualização dos órgãos intra-abdominais. Colecistectomia convencional no Situs Inversus Totalis foi realizada como emergência em pacientes em colecistite aguda, na qual o acesso à laparoscopia era limitado.¹⁰

Neste relato, apesar da cirurgia ter sido iniciada por videolaparoscopia, optou-se por converter, pelas razões acima citadas, proporcionando assim decidir a melhor conduta terapêutica para o paciente. Durante a revisão de literatura, não foi encontrado nenhum caso de colecistectomia convencional com exploração de via biliar e anastomose biliodigestiva. A orientação anatômica distorcida torna o procedimento mais desafiador, resultando em um maior tempo operatório. O tempo total de cirurgia foi de 150 minutos.

Cirurgia videolaparoscópica no Situs Inversus Totalis pode ser realizada com segurança e deve ser o procedimento de escolha; porém, se houver dificuldades técnicas, deve-se prevalecer a técnica convencional, diminuindo os riscos de iatrogenia e dando maior segurança tanto para o paciente quanto para o cirurgião.

Referências

1. Chawla, Y, Duseja, A. Intrahepatic stones: is it a lifestyle disease? *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2008; 7(1): 998-9.
2. Caly, WR, Carpi G, Sica, ACAR, Catapani, WR. Cálculos e intra-hepática: desafio diagnóstico como causa de colestase - Relato de caso. *GED*. 2009; 28(2): 68-70.
3. Arya SV, Das A, Singh S, Kalwaniya DS, Sharma A, Thukral BB. Technical difficulties and its remedies in laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: A rare case report. *Int J Surg Case Rep*. 2013; 4(8): 727-30.
4. Demetriades H, Botsios D, Dervenis C et. al. Laparoscopic cholecystectomy in two patients with symptomatic cholelithiasis and situs inversus totalis. *Dig Surg*. 1999; 16(6): 519-21.
5. Kumar S, Fusai G. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis with left sided gall bladder. *Ann R Coll Surg Engl*. 2007; 89(2): 16-8.
6. Campos L, Siepes E. Laparoscopic cholecystectomy in a 39-year-old female with situs inversus. *J Laparoendosc Surg*. 1991; 1(2): 123-5.
7. Dubois F, Icard P, Berthelot G, Levard H. Celioscopic cholecystectomy: preliminary report of 36 cases. *Ann Surg*. 1990; 211(1): 60-2.
8. Pitiakoudis M, Tsaroucha AK, Katotomichelakis M, Polychronidis A, Simopoulos C. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus using ultrasonically activated coagulating scissors. Report of a case and review of the literature. *Acta Chir Belg*. 2005; 105(1): 114-7.

9. Iusco DR, Sacco S, Ismail I, Bonomi S, Virzi S. Three-trocar laparoscopic cholecystectomy in patient with situs viscerum inversus totalis. Case report and review of the literature. *G Chir.* 2012; 33(1-2): 10-3.

10. Naikoo G, Wani I, Mir I, Jan F, Ahmad M. Emergency cholecystectomy in situs inversus totalis: report of a case. *Internet Journal of Medical Update.* 2008; 3(1): 50-2.