

ESFINCTEROTOMIA ENDOSCÓPICA NA COLEDOCOLITÍASE: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA DE 530 INTERVENÇÕES

A. GINESTAL-CRUZ, N. GRIMA, A. PINTO CORREIA, V. DUARTE, J. PINTO CORREIA

Serviço de Medicina 2, Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa e Centro de Gastrenterologia (INIC) da Universidade de Lisboa. Lisboa.

RESUMO

Analisou-se a experiência de 530 casos consecutivos de coledocolitíase tratados por esfínterectomia endoscópica (ETE) entre Janeiro de 1980 e Janeiro de 1988 (74% do total de doentes submetidos a ETE nesse período). 73% dos doentes tinham mais de 60 anos e 47% mais de 70. Na sua maioria (52%) eram colecistectomizados (1/3 com drenagem por tubo em T) e os restantes mantinham vesícula in-situ (litiásica em 82%). Os objectivos terapêuticos (drenagem biliar e remoção total dos cálculos) foram atingidos em 95% dos doentes (506/530), com baixa morbidade (9%) e mortalidade (1%) imediatas. A mortalidade até ao 30.º dia (3%) inclui 6 casos de colangite obstrutiva com evolução séptica, que não foi alterada pela ETE de emergência. O seguimento dos doentes revelou uma incidência de 3% de reestenoses com reintervenção. Dos doentes com vesícula litiásica, um terço foram submetidos a colecistectomia posterior (electiva e no 1.º mês pós-ETE, na larga maioria dos casos). A nossa experiência confirma, em termos absolutos e comparativos com as séries europeias, a eficácia e segurança da ETE como técnica terapêutica de rotina no nosso meio. Conclui-se que a ETE deve ser o tratamento de 1.ª escolha na coledocolitíase pós-colecistectomia e com vesícula alitiásica, assim como uma alternativa largamente aplicável nos casos com vesícula litiásica. A decisão de colecistectomia pós-ETE é aconselhável nos doentes sem contra-indicação para cirurgia e, nos restantes, deve ser baseada em critérios individualizados, de acordo com a evolução clínica e o grupo de risco cirúrgico.

SUMMARY

Endoscopic sphincterotomy for common bile duct stones: Experience in 530 cases

We report the experience of 530 consecutive cases of choledocolithiasis treated through Endoscopic Sphincterotomy (ES) between January 1980 and January 1988 (74% of total patients submitted to ES in the same period). 73% had more than 60 years and 47% more than 70 years. A slight majority (52%) had previous cholecystectomy (1/3 still with T-tube drainage) and the remaining had gallbladders in-situ (lithiasic in 82%). Therapeutic goals (achieved drainage and complete stone removal) have been achieved in 95% of patients with a low immediate morbidity (9%) and mortality (1%). Delayed mortality, until 30th day (3%) includes 6 cases of obstructive cholangitis with sepsis, unaltered by emergent ES. Follow-up showed a 3% incidence of reintervention from restenosed ES. Patients with lithiasic gallbladder had a 33% cholecystectomy rate, mostly elective during first month post-ES. Our experience confirms ES as an efficient and safe routine treatment for choledocolithiasis. It should be the first choice in patients with previous cholecystectomy or alithiasic gallbladder and a largely applicable tool in those with associated gallbladder stones. Decision about post-ES cholecystectomy in these patients must be weighed on clinical grounds and according to surgical risk groups.

INTRODUÇÃO

A canulação endoscópica da papila de Vater, iniciada há cerca de 20 anos, foi o primeiro de uma série de avanços técnicos que tornaram o sistema biliopancreático acessível (virtualmente na sua totalidade) à visualização diagnóstica (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica — CPRE) e à intervenção terapêutica (Esfínterectomia Endoscópica — ETE).

São já hoje evidentes as implicações profundas desse progresso tecnológico no conhecimento médico (da anatomia à fisiopatologia) e nas atitudes clínicas (da abordagem diagnóstica à decisão terapêutica) face às doenças das vias biliares e do pâncreas^{1,2}.

De entre as entidades clínicas em que se verificou maior impacto da abordagem endoscópica, sobressai a coledocolitíase. Ela é não só o problema clínico dominante da história

natural da litíase biliar mas igualmente a causa principal dos insucessos, morbidade e mortalidade do seu tratamento cirúrgico³⁻⁵.

A obstrução biliar litiásica, com tradução clínica multiforme (da colestase bioquímica à colangite aguda obstrutiva) exige soluções terapêuticas rápidas e, tanto quanto possível, seguras e definitivas.

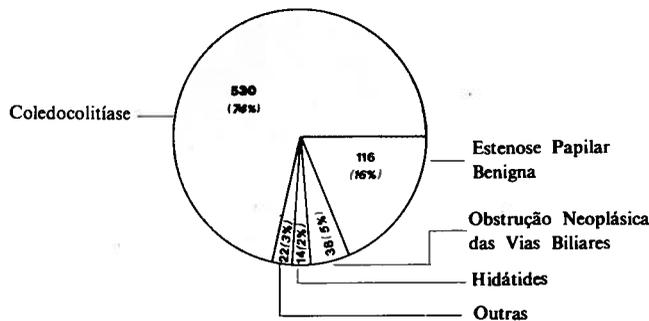
Neste contexto, a Esfínterectomia Endoscópica (ETE) viria a impôr-se, a partir de meados da década de 70, como alternativa ou complemento da cirurgia biliar por litíase⁶.

No nosso Serviço, a par duma experiência diagnóstica de mais de 4.000 exames desde 1974⁷, iniciámos em 1980 também a execução de intervenções terapêuticas biliares. É a partir da nossa experiência de 720 intervenções até Janeiro de 1988, que iremos analisar os resultados terapêuticos obtidos nos 530 casos com demonstração colangiográfica de coledocolitíase.

DOENTES E MÉTODOS

Entre Janeiro de 1980 e Janeiro 1988, foi tentada ETE em 530 doentes* com coledocolitíase**, correspondendo a 74% do total de 720 doentes submetidos no mesmo período a intervenção endoscópica (Quadro 1).

QUADRO 1 — Indicações para ETE, por grupos de etiologia da obstrução biliar (n = 720)



Dos 530 doentes, 332 eram do sexo feminino e 198 do sexo masculino, com idade média de 67 anos (limites 18-92 anos). 73% dos doentes tinham idade superior a 60 anos, e 47% superior a 70 anos (Quadro 2). Cerca de metade dos doentes apresentavam patologia associada justificativa de contra-indicação cirúrgica relativa ou absoluta, em especial do foro cardíaco, respiratório e renal e com franco predomínio nos grupos etários acima dos 70 anos.

273 doentes (52%) tinham sido previamente submetidos a colecistectomia, com anastomose biliodigestiva em 16 casos. Dos doentes colecistectomizados, 95 (35%) mantinham drenagem por tubo em T e nos restantes 178, sem tubo em T, a colecistectomia precedeu de 1 mês a 36 anos a indicação para ETE. Finalmente, 257 doentes (48% do total) tinham a vesícula in-situ, litiásica em 211 doentes e sem evidência de cálculos em 46 (Quadro 3).

As indicações clínicas para ETE foram electivas em 483 doentes (coledocolitíase residual com tubo em T, colestase e colangite, pancreatite aguda ou síndrome dolorosa recorrentes) e de urgência ou emergência em 47 (colangite aguda obstrutiva e/ou pancreatite aguda litiásica em evolução) (Quadro 4).

A experiência adquirida, a complexidade crescente dos doentes que nos foram referenciados e o acesso recente à litotricia mecânica e extracorporeal por ondas de choque⁸ conduziram a um claro alargamento das indicações para ETE, nomeadamente, nos casos de emergência biliopancreática e de desproporção litocolédocica distal.

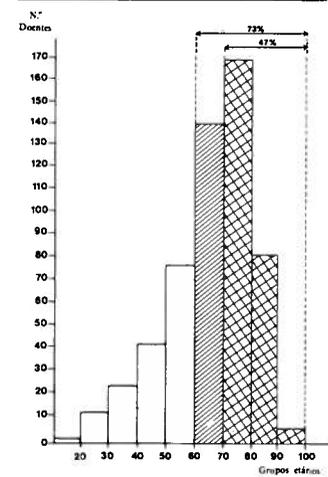
A papila para — ou intra — diverticular (95 casos, na nossa série) ou a cirurgia gástrica prévia tipo Billroth II (7 casos) não foram consideradas contra-indicações para ETE, pesando embora nas decisões terapêuticas^{9,10}.

A técnica e pré-medicação da CPRE já foram descritas com a experiência inicial⁷ sendo a ETE executada, na larga maioria dos casos e como rotina nos últimos 5 anos, no mesmo tempo da CPRE diagnóstica de coledocolitíase. Para isso, o consentimento informado do doente e do médico

* A cada doente corresponde uma ETE. As re-ETE são referidas no seguimento.

** Excluíram-se os casos com coledocolitíase associada a neoplasia obstrutiva das vias biliares.

QUADRO 2 — Distribuição etária nos doentes submetidos a ETE por coledocolitíase (n = 530)

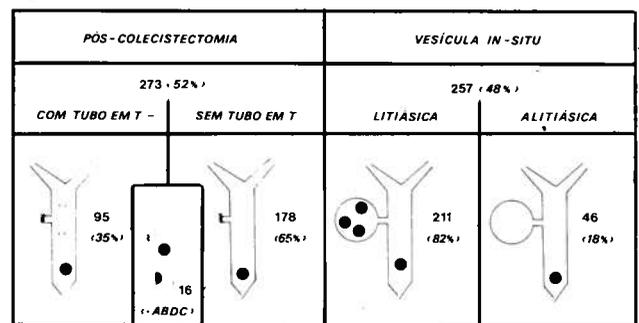


assistente assim como o controlo dos parâmetros de coagulação foram obtidos na marcação do exame diagnóstico.

Todas as ETE foram realizadas no Serviço de Radiologia do nosso Hospital, em mesa basculante e com intensificador de imagem. O material endoscópico utilizado foi o da Olympus e Fujinon, nomeadamente, os duodenoscópios JF-B3, JF-IT, TJF-10 e DU-XL, os esfínterótomos de tracção (tipo Erlangen) e a unidade de electrocirurgia UES.

Seguimos a técnica de incisão transpapilar no quadrante superior esquerdo, após canulação biliar profunda e com extensão calibrada pelo diâmetro do colédoco distal. Foi geralmente tentada a remoção imediata dos cálculos com o cesto tipo Dormia ou cânula de balão. A atitude de expectativa de saída espontânea do cálculos pós-ETE só foi adoptada quando as condições anatómicas e de visibilidade locais inviabilizaram a remoção imediata. Nestes casos, e em espe-

QUADRO 3 — Indicações para ETE na coledocolitíase, por grupos com ou sem cirurgia biliar prévia (n = 530)



(+ ABDC — anastomose biliodigestiva cirúrgica)

QUADRO 4 — Indicações para ETE por síndromes clínicas relacionadas com a coledocolitíase (n = 530)

Electivas	483
• Colestase	198
• Colangite aguda recorrente	131
• Pancreatite aguda recorrente	28
• Quadro doloroso "biliar"	30
• Coledocolitíase residual c/T	96
Urgentes	47
• Colangite aguda obstrutiva	40
• Pancreatite aguda litiásica	7

cial nas situações de emergência biliar, foi introduzida cânula naso-biliar pós-ETE, para controlo colangiográfico, prevenção do encravamento de litíase residual e eventual infusão intra-ductal de monoctanoína¹¹.

A vigilância pós-ETE foi sempre assegurada em regime de internamento nos serviços de origem e, nos doentes ambulatoriais ou de alto risco, na nossa Unidade de Cuidados Intensivos de Gastrenterologia (UCIGE), em geral durante 48 horas. Foi prescrita antibioterapia de rotina nas 48 h. pós-ETE, mantida, como profilaxia de colecistite aguda, nos casos com vesícula in-situ litíásica até à colecistectomia electiva ou durante 1 mês nos casos não operados.

Definido o objectivo terapêutico de remoção total da coledocolitíase, procedeu-se sempre (nos casos em que não foi conseguida a remoção total imediata) ao controlo colangiográfico (por CRE, cânula nasobiliar ou tubo em T) da obtenção de Via Biliar Principal (VBP) livre, em geral 1 semana após a ETE. O plano de seguimento de rotina a médio e longo prazo, adoptado na nossa consulta ou proposto ao médico assistente, incluiu o controlo clínico e laboratorial aos 6 e 12 meses pós-ETE e posteriormente anual, com eventual controlo colangiográfico por CRE quando a recidiva ou persistência de queixas e/ou alterações laboratoriais o justificaram.

RESULTADOS

Nos 530 casos da presente série, o diagnóstico de coledocolitíase, prévio à ETE (por colangiografia endoscópica, percutânea ou pelo tubo em T), revelou cálculo único (diâmetros máximos: 33×47 mm) em 248 casos, 2 a 10 cálculos em 233 casos e mais de 10 cálculos — *empedramento* da VBP — em 16 casos. Nos restantes 33 casos havia microlitíase e/ou lamas biliares.

Resultados Imediatos

A ETE foi conseguida em 524 dos 530 casos (99%).

Nos 6 insucessos, verificou-se impossibilidade de canulação biliar profunda e inviabilidade ou ineficácia das técnicas de recurso. Estas técnicas foram raramente necessárias na nossa série: pré-corte em 23 casos (4%) e coledocotomia suprapapilar em 8 (1,5%).

Obteve-se eliminação completa dos cálculos da VBP em 97% (506/524) das intervenções conseguidas. Assim, o objectivo terapêutico de resolução completa da coledocolitíase foi atingido em 95% (506/530) do total das tentativas de ETE. A maioria dos insucessos (19/24), posteriormente submetidos a cirurgia, verificou-se nos doentes com vesícula in-situ litíásica (Quadro 5).

A remoção activa dos cálculos com cesto de Dormia foi completa e imediata em 332 casos (63% das ETE conseguidas) (Figuras 1-3), com saída espontânea ou remoção poste-

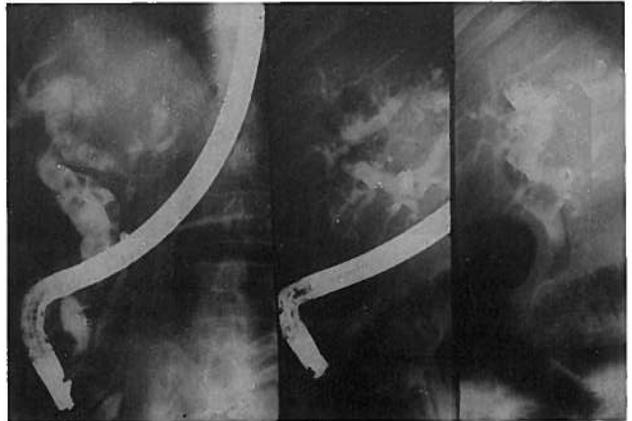
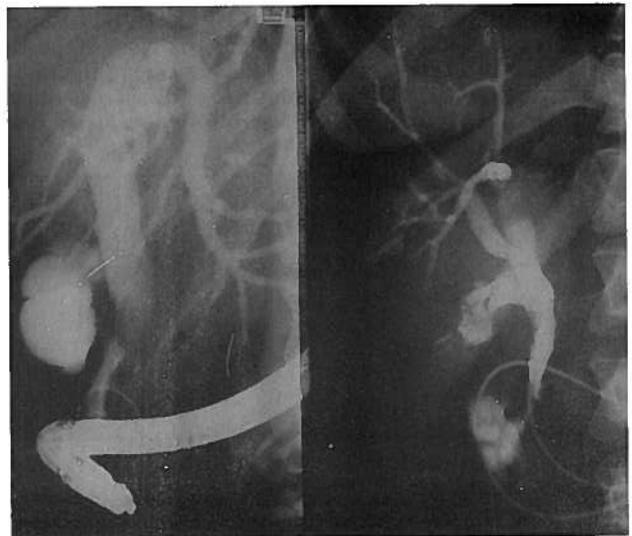


Fig. 1 — Doente de 77 anos, ♀, com colangite recorrente de longa evolução. Recusou sempre cirurgia, apesar de demonstração de coledocolitíase por colangiografia i.v., 4 anos antes. Remoção total pós-ETE de litíase múltipla da VBP e cístico, com vesícula excluída (litíásica, na ecografia). Sem complicações vesiculares aos 2 anos após a ETE.



(A) (B)
Fig. 2 — Doente de 43 anos, ♀, com diagnóstico histológico prévio de hepatite crónica activa + cirrose, sob corticoterapia: ETE de urgência por colangite aguda obstrutiva e remoção de cálculo amputado encravado (A). A colangiografia nasobiliar posterior confirma drenagem livre da VBP e vesícula alitiásica (B).

QUADRO 5 — ETE na coledocolitíase: Resultados imediatos (n=530)

Coledocolitíase	N.º	ETE Conseguida (%*)	VBP Livre de Cálculos (%*)
Pós-colecistectomia	273	271 (99%)	268 (98%)
sem tubo em T	178	177	174 (98%)
com tubo em T	95	94	94 (99%)
vesícula in-situ	257	253 (98%)	238 (93%)
alitiásica	46	46	46 (100%)
litíásica	211	207	192 (91%)
Total	530	524 (99%)	506 (95%)

(*)do total de tentativas de ETE

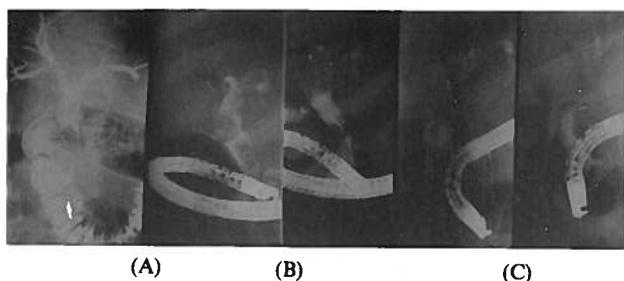


Fig. 3 — Doente de 45 anos, ♂, com colangite recorrente pós-colecistectomia e coledocoduodenostomia (há 3 anos). O RX gastroduodenal demonstra anastomose funcionante e litíase múltipla do hepatocolédoco, confirmada na CRE (A). A ETE permitiu a remoção transpapilar completa dos cálculos com cesto Dormia (B). Durante a exploração da VBP, observa-se a passagem do cesto através da coledocoduodenostomia (C).

riores dos cálculos residuais nos restantes casos (Figura 4), entre 2 e 5 dias pós-ETE. Em 2 doentes a remoção de cálculos volumosos (20×30 e 16×35 mm) foi conseguida, após encravamento do cesto com cálculo, pela introdução de 2.º duodenoscópio e extensão da ETE inicial, permitindo o desencravamento e remoção do cálculo para o exterior (Figura 5).

A remoção activa dos cálculos com cesto de Dormia foi completa e imediata em 332 casos (63% das ETE conseguidas) (Figuras 1-3), com saída espontânea ou remoção posteriores dos cálculos residuais nos restantes casos (Figura 4), entre 2 e 5 dias pós-ETE. Em 2 doentes a remoção de cálculos volumosos (20×30 e 16×35 mm) foi conseguida, após

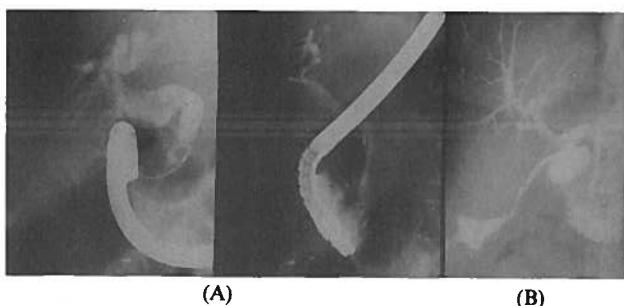


Fig. 4 — Doente de 86 anos, ♀, com colangite pós-colecistostomia e colocação de Pezzer (16 meses antes, por colecistite aguda litíásica). A CRE demonstra litíase múltipla da vesícula e VBP, com remoção total dos cálculos pós-ETE (A). A colangiografia de controlo pela Pezzer, posteriormente retirada, confirma a ausência de cálculos e drenagem rápida (B).

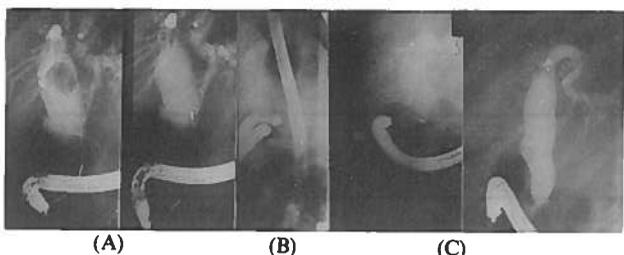


Fig. 5 — Doente de 64 anos, ♂, com colestase recorrente pós-colecistectomia (há 10 anos). A tentativa de remoção pós-ETE do cálculo único (20×30 mm) leva a encravamento do cálculo e cesto (A). A introdução dum 2.º endoscópio, em manobra de recurso, permitiu o alargamento da ETE (B) e a remoção imediata do cálculo (C).

encravamento do cesto com cálculo, pela introdução de 2.º duodenoscópio e extensão da ETE inicial, permitindo o desencravamento e remoção do cálculo para o exterior (Figura 5).

Em 2 doentes com colangite aguda a ETE foi programada, a pedido do cirurgião, como tempo pré-operatório de drenagem biliar, sem tentativa de remoção de cálculos volumosos da VBP. Estes vieram a ser removidos durante colecistectomia electiva posterior.

Em 4 doentes procedeu-se a infusão de 5-10 dias de monoctanoína (Capmul[®]) pela cânula nasobiliar, para tentativa de dissolução de cálculos residuais, bem sucedida em 3 casos (eliminação espontânea em 2—Figura 6—e fragmentação posterior com cesto noutra). Quando passámos a dispor de material para litotricia mecânica¹², utilizámo-lo em 6 casos (com cálculos ≥ 17 mm no menor diâmetro) com bons resultados em 4 (litotricia parcial seguida de remoção total ou eliminação espontânea) (Figura 7).

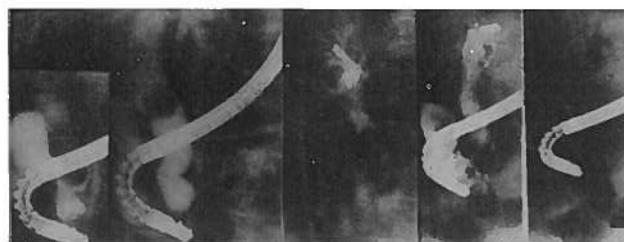


Fig. 6 — Doente de 73 anos, ♀, colecistectomizada 2 anos antes e submetida a ETE de urgência por colangite aguda obstrutiva: Desencravamento (A) de cálculo ampular volumoso (22×25 mm), com drenagem de bÍlis purulenta pós-ETE; infusão de monoctanoína por cânula nasobiliar (B), com redução do volume e eliminação espontânea do cálculo, confirmada na CRE de controlo (C).

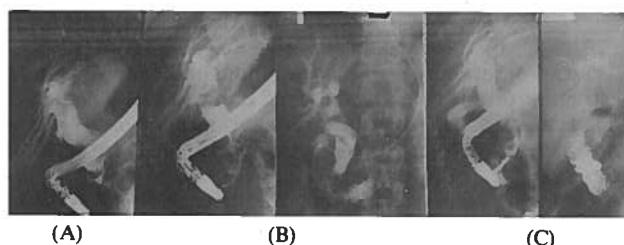


Fig. 7 — Doente de 75 anos, ♀, com síndrome dolorosa pós-colecistectomia (15 anos antes) e demonstração ecográfica e colangiográfica (A) de coledocolitíase múltipla. Após ETE com remoção parcial dos cálculos e colocação de cânula nasobiliar (B), conseguiu-se remoção total, com litotricia mecânica do cálculo mais volumoso ($\varnothing 23$ mm), num 2.º tempo (C).

Desde o início da nossa experiência com a litotricia extracorporal por ondas de choque⁸, em Junho de 1987, utilizámo-la em 10 casos da presente série, com fragmentação e remoção total de cálculos volumosos da VBP em 6 (Figura 8).

Morbilidade e Mortalidade

Verificaram-se complicações imediatas ou tardias (até 1 mês pós-ETE) em 50 doentes, o que corresponde a uma morbidade de 9% (Quadro 6). A complicação mais frequente foi a hemorragia digestiva alta—36 casos, clinicamente grave (transfusões ≥ 2 UU sangue total) em 16 casos, com recurso a cirurgia de urgência em 6 casos e óbito em 4. Seguem-se, a pancreatite aguda—5 casos todos com evolu-

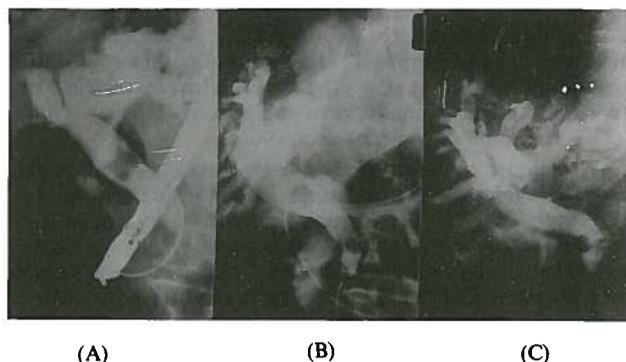


Fig. 8 — Doente de 87 anos, ♀, com colangite recorrente e litíase da vesícula (excluída na CRE) e VBP—2 cálculos, o maior com 16×18 mm (A). ETE limitada a 10 mm, por hemorragia local. Colocada cânula nasobiliar (B), fez litotricia extracorporal (2000 ondas de choque) com fragmentação total (C) e fácil remoção, 48 horas depois, dos fragmentos residuais com cesto Dormia. Não foi colecistectomizada (grupo etário).

ção benigna e a colangite aguda obstrutiva por cálculo residual—3 casos, com um óbito.

No total, foi necessária cirurgia de urgência em 9 doentes (2%): 6 por hemorragia digestiva, 2 por colecistite aguda (em doentes com litíase vesicular associada) e o restante por encravamento papilar de cálculo com cesto.

Registaram-se 6 mortes (mortalidade global da ETE: 1%), sendo cinco pelas razões atrás referidas e a restante por paragem cárdio-respiratória no final da ETE.

A mortalidade até ao 30.º dia pós-ETE, independentemente da causa da morte, foi mais elevada (3%), incluindo 6 casos em que o quadro de colangite aguda obstrutiva que levou à intervenção de emergência teve evolução séptica fatal, apesar de ETE eficaz e sem qualquer complicação directa ou indirectamente atribuível à intervenção endoscópica.

Seguimento Imediato e a Prazo

Foram obtidos dados de seguimento às 48 h. pós-ETE, na totalidade dos doentes, incluindo aqueles em que não foi conseguida a ETE ou a remoção total dos cálculos. O seguimento a prazo de 1 mês a 8 anos, foi obtido em 80% dos doentes, sendo igual ou superior a 2 anos em cerca de 1/3 do total. No plano de seguimento a prazo, foi dada atenção particular a eventual reintervenção endoscópica ou cirúrgica no

QUADRO 6—Morbilidade, Cirurgia de Urgência e Mortalidade pós-ETE na coledocolitíase (n=530)

Complicações	N.º	Cirurgia de Urgência	Mortalidade
Hemorragia Digestiva Alta	36	6	4
Pancreatite Aguda	5	—	—
Colangite Aguda Obstrutiva	3	—	1
(Cálculo Residual)			
Encravamento Cálculo/Cesto	1	1	—
Perfuração Retroperitoneal	1	—	—
Paragem Cardio-Respiratória	2	—	1
Colecistite Aguda	2	2	—
Total	50 (9%)	9 (2%)	6 (1%)

QUADRO 7—ETE na Coledocolitíase: Comparação dos êxitos técnicos da nossa experiência com os de outras séries europeias

	N.º	ETE Conseguida (%)*	VBP Livre de Cálculos (%)*
• Cotton, Safrany Koch, Cremer (1980)	836	92-97%	86-94%
• Liguory (1985)	409	98%	94,5%
• Grã-Bretanha, (Multicêntrica, 1984)	604	94%	80%
• Ginestal-Cruz, N. Grima et al (1988) ...	530	99%	95%

(*%) do total de doentes das séries, i.e., de todas as tentativas de ETE.

grupo pós-colecistectomia e à incidência de colecistectomia urgente ou electiva no grupo com vesícula litíase.

Assim, em 7 de 230 (3%) doentes pós-colecistectomia foi necessária reintervenção endoscópica por reestenose e/ou litíase (2 ao 6.º mês, 3 ao 1.º ano e 2 ao 5.º ano pós-ETE) e em 2 outros doentes, referenciados à cirurgia, foi feita anastomose biliodigestiva posterior.

No grupo com vesícula litíase, 1/3 dos doentes (70/210) com dados de seguimento, foram submetidos a colecistectomia pós-ETE, sendo a larga maioria electivas (em geral, no 1.º mês) e somente 4 (6%) urgentes, por colecistite aguda (2 no 1.º, 1 no 2.º e 1 no 6.º mês pós-ETE).

Nos doentes com vesícula alitiásica, nenhum dos 36 em que foi obtido seguimento apresentou complicações vesiculares ou foi colecistectomizado.

DISCUSSÃO

O tratamento endoscópico da coledocolitíase, é hoje reconhecido como alternativa universal da abordagem cirúrgica. Numerosas séries publicadas, de experiência unicêntrica¹³⁻¹⁶ ou multicêntrica¹⁷⁻¹⁹ com destaque para os grupos europeus, consagraram, através duma notável uniformidade de resultados e conclusões, a ETE como uma técnica terapêutica de rotina.

Na nossa série de 530 casos com indicação para ETE por coledocolitíase, os objectivos terapêuticos (esfincterotomia conseguida e remoção completa dos cálculos da VBP) foram integralmente atingidos em 95% das intervenções (ETE conseguida em 99% das tentativas e remoção completa de cálculos em 97% das ETE conseguidas). Estas taxas de sucesso são sobreponíveis aos resultados dos centros com maior experiência mundial (Quadro 7).

As técnicas de recurso, como o pré-corte e a coledocotomia supra-papilar, foram por nós utilizados somente a título excepcional, ao contrário doutras séries¹⁴.

A nossa atitude sistemática de remoção activa imediata pós-ETE dos cálculos da VBP, implicou vantagens objectivas quer na redução de exames de controlo pós-ETE e de custos por doente quer na simplificação das rotinas de seguimento. Trata-se de um aspecto relevante da nossa experiência, já que esta atitude, embora seguida por outros autores¹³ é, na maioria dos centros com experiência publicada, preterida pela expectativa de eliminação espontânea.

A incidência de complicações imediatas na nossa série (9%) e a de complicações cirúrgicas (2%) não diferem de outras séries publicadas (Quadro 8).

QUADRO 8 — ETE na Coledocolitíase: Comparação da morbidade e mortalidade da nossa experiência com as de outras séries europeias

	N.º Complicações	Cirurgia	Mortalidade imediata	Mortalidade ≤ 1 mês
• Cotton, Safrany, Koch, Cremer (1980) 836	8%	2.4%	1%	—
Liguory (1985) .. 409	9%	1.5%	1%	4%
• Grã-Bretanha (Multicêntrica, 1984) 604	11%	2%	1%	—
• Ginestal-Cruz, N. Grima et al (1988)	9%	2%	1%	3%

A mortalidade verificada, quer imediata (1%) quer até 1 mês pós-ETE (3%) não difere também das séries publicadas. Importa lembrar que do total de 12 doentes falecidos até ao 30.º dia pós-ETE, a morte resultou em 6 casos de evolução irreversível de sepsis colangítica, apesar da desobstrução biliar, e só nos restantes 6 casos foi atribuível a complicações da intervenção endoscópica. Face a estes dados da mortalidade, ressaltam a confirmação do baixo risco da ETE e a necessidade de decisão mais precoce de intervenção nas emergências biliares.

Vamos agora analisar os nossos resultados separadamente nos 3 grandes grupos de indicações da ETE:

- Pós-colecistectomia, sem tubo em T;
- Pós-colecistectomia, com tubo em T;
- Com vesícula in-situ.

A. Pós-colecistectomia, sem tubo em T

Este constitui o grupo de doentes com coledocolitíase em que a indicação preferencial para ETE é objecto de consenso quase unânime. Por isso o abordamos em 1.º lugar.

Na nossa série, 178 doentes (65% dos colecistectomizados e 1/3 do total de coledocolitíases submetidas e ETE) estão incluídos neste grupo. Se compararmos eficácia, morbidade e mortalidade pós-ETE com as pós-operatórias referidas na literatura, verificamos que a comparação é favorável à ETE, em especial se considerarmos os grupos etários mais elevados, que predominam na experiência publicada de ETE e em que a mortalidade cirúrgica atinge 5 a 12%^{3-5, 20-22}.

A preferência do doente (e do médico) no momento do consentimento informado, assim como a redução de custos e tempos de internamento, contribuem para tornar a ETE uma irrecusável 1.ª escolha terapêutica nestes doentes. À cirurgia cabe papel supletivo para os casos de inviabilidade, insucesso ou complicações (obrigando a cirurgia de urgência) da abordagem endoscópica.

Alternativas propostas de remoção endoscópica incruenta de cálculos da VBP, após dilatação pneumática ou farmacológica do esfíncter de Oddi²³, são importantes mas exigem alargamento da escassa experiência publicada para comprovação da sua viabilidade e utilidade práticas.

B. Pós-colecistectomia com tubo em T

Nestes casos, em que a colangiografia pós-operatória pelo dreno biliar demonstra litíase residual (em regra de pequena ou média dimensão) existem alternativas de 1.ª linha relativamente à ETE. A tentativa de dissolução através do tubo em T, com monoctanoína¹¹ e a técnica de Burhenne/Mazzariello²⁴, com remoção por cesto através do tracto do tubo em T, embora morosas e exigindo experiência e material ade-

quados, devem ser preferidas sempre que o calibre da VBP não justifique anastomose biliodigestiva. A sua não utilização corrente pelos grupos cirúrgicos no nosso meio, justifica que, na nossa série, este grupo de indicações esteja sem dúvida sobredimensionado, com 95 doentes, correspondendo a 35% do total de colecistectomizados.

De qualquer modo, a eficácia e segurança da ETE nestes casos são evidentes na nossa série. De notar que nem sempre o objectivo da ETE neste grupo se limitou à resolução electiva duma deficiência técnica intra-operatória, com drenagem biliar assegurada pelo tubo em T. De facto, em 3 casos deste grupo, a ETE foi o passo urgente inicial indispensável à resolução de problemas clínicos graves surgidos no pós-operatório de cirurgia biliar primária (Figura 9).

C. Com vesícula in-situ

Neste grupo de doentes, a indicação para ETE é mais matizada e situa-se numa zona de fronteira entre os territórios endoscópico e cirúrgico. Objecto privilegiado de polémicas entre especialistas^{6, 25-28}, exige uma atitude maleável de diálogo médico-cirúrgico e de opções individualizadas com base em critérios clínicos.

Na nossa série, 48% dos doentes com coledocolitíase tinham vesícula in-situ.

No entanto, em 18% dos doentes deste grupo não havia evidência colangiográfica e/ou ecográfica de litíase vesicular associada à coledocolitíase. Estes casos não obrigam a cirurgia vesicular posterior²⁷, pelo que podem considerar-se equiparáveis aos colecistectomizados, com indicação de 1.ª linha para tratamento endoscópico.

Nos 146 casos (37% do total) com litíase da VBP e da vesícula a indicação para ETE foi posta em 3 grupos de situações:

- Contraindicação (ou recusa) cirúrgica.
- Emergência biliar (colangite obstrutiva e/ou pancreatite aguda litíásica), independentemente do risco cirúrgico prévio.
- Sem contraindicação cirúrgica.

Nos grupos 1 e 2 as elevadas taxas de êxito e o baixo risco terapêutico parecem justificar, em geral, a decisão tomada de

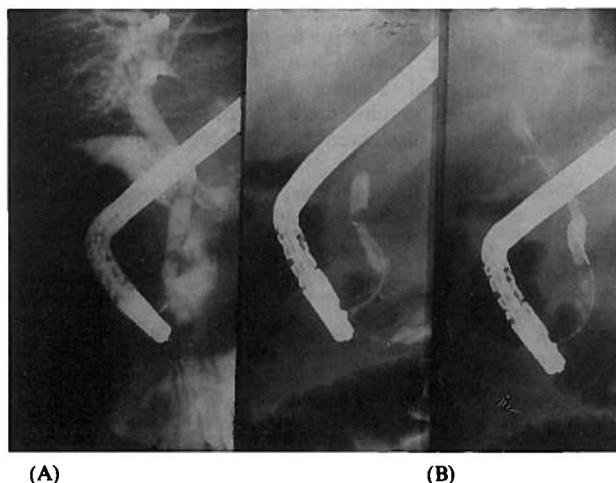


Fig. 9 — Doente de 65 anos, ♂, com quadro febril pós-colecistectomia, deiscência de sutura de coledocotomia e cálculo residual (colangiografia pelo tubo de Kehr). Acesso endoscópico à VBP só conseguido por punção supra-papilar com faca de Mori (A), seguida de ETE e remoção do cálculo e longo fio de sutura com cesto (B). Resolução do quadro febril pós-ETE, permitindo cirurgia electiva posterior.

tratamento endoscópico da coledocolitíase. A ETE traz aqui um contributo decisivo para melhorar o prognóstico destes doentes face aos grupos de risco cirúrgico (proibitivo, alto ou médio) em que se colocavam à partida.

Relativamente aos doentes sem contraindicação cirúrgica (grupo 3) em que foi decidida a execução da ETE imediatamente após o diagnóstico colangiográfico de coledocolitíase, a lógica da sequência diagnóstico-terapêutica endoscópica e a consequente simplificação da cirurgia posterior, parecem justificar este tipo de abordagem em centros experientes e em doentes com indicação para anastomose biliodigestiva. Neste grupo, no entanto, a avaliação riscos/benefícios da cirurgia biliar global primária versus ETE seguida de colecistectomia electiva não permite em geral favorecer claramente uma das duas opções terapêuticas. Dois ensaios randomizados de ETE versus cirurgia^{29,30}, um dos quais realizado no nosso Serviço, não demonstraram, nestes casos, vantagens significativas duma abordagem relativamente à outra.

• A 1.ª decisão — ETE ou cirurgia — para a resolução da coledocolitíase, obriga a abordagem endoscópica nos doentes com risco cirúrgico proibitivo ou agravado (grupos 1 e 2) e coloca a ETE em pé de igualdade com a cirurgia nos restantes (grupo 3). Esta orientação geral estará naturalmente condicionada pela acessibilidade e experiência endoscópica e pela dinâmica médico-cirúrgica em cada instituição. A tomada de decisões na nossa série esteve sempre condicionada por estes factores, cuja especificidade institucional não aconselha extrapolações.

• A 2.ª decisão, que se coloca nos doentes sem contraindicação cirúrgica e submetidos a ETE eficaz — i.e. com resolução completa da coledocolitíase — é de colecistectomia electiva pós-ETE obrigatória (i.e. qualquer que seja a evolução clínica) ou facultativa (i.e. condicionada à evolução clínica). Trata-se, aqui, de uma decisão a individualizar por critérios clínicos e com consentimento informado do doente.

Como norma de orientação prática, a decisão de colecistectomia electiva deve ser precoce (até 1 mês pós-ETE e sob antibioterapia mantida), nos doentes sem contraindicação cirúrgica e deve ser condicionada pela evolução clínica posterior à ETE e pelo grupo de risco cirúrgico, nos restantes casos.

AGRADECIMENTOS

Os AA. agradecem a colaboração dos Colegas que lhes referenciaram os seus doentes, dos Internos escalados na Unidade Biliar, da Dra. Teresa Tavares que participou no seguimento dos doentes, e do pessoal técnico e de enfermagem do Serviço de Radiologia (Director: J. Gama Afonso), onde foram realizadas as intervenções endoscópicas.

BIBLIOGRAFIA

- COTTON P.B.: Non-Surgical Treatment of Biliary Disorders: Endoscopic Approach. *Bockus Gastroenterology*, Ed J E Berk, WB Saunders Company, Philadelphia 1985; 6: 3732-41.
- GINESTAL-CRUZ A., GARGATÉ A., CAMILO M.E., et al: Bile Ducts: Imaging and Intervention. *Radiology*, Ed ME Silvestre et al, Elsevier Sc Publ BV, Amsterdão 1987; 435-40.
- McSHERRY C.K., GLENN F.: The Incidence and Causes of Death Following Surgery for Nonmalignant Biliary Tract Disease. *Ann Surg* 1980; 191: 271-5.
- PITT H.A., CAMERON J.L., POSTIER R.G., GADACZ T.R.: Factors Affecting Mortality in Biliary Tract Surgery. *Am J Surg* 1981; 141: 66-72.
- DIXON J.M., ARMSTRONG C.P., DUFFY S.W., DAVIES G.C. (Progress Report): Factors Affecting Morbidity and Mortality after Surgery for Obstructive Jaundice: a Review of 373 Patients. *Gut* 1983; 24: 845-52.
- COTTON P.B.: Endoscopic Management of Bile Duct Stones (Apples and Oranges). *Gut* 1984; 25: 587-97.
- GINESTAL-CRUZ A., GARGATÉ A., GRIMA N., PINTO CORREIA J.: A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica no Diagnóstico do Colestase. *Acta Med Port* 1981; 3: 55-65.
- GINESTAL-CRUZ A., GRIMA N., DUARTE V., TÁVORA I., PINTO CORREIA J.: Extracorporeal Shock-Wave Lithotripsy for Large Common Bile Duct Stones: An Extension of the Endoscopic Approach. *Journal of Lithotripsy and Stone Disease* 1989; 1: 272-81.
- URAKAMI Y., KISHI S., SEIFERT E.: Endoscopic Papillotomy (EPT) in Patients with Juxtapapillary Diverticula. *Gastroint Endoscopy* 1979; 25: 10-2.
- FORBES Q., COTTON P.B.: ERCP and Sphincterotomy after Billroth II Gastrectomy. *Gut* 1984; 25: 971-4.
- PALMER K.R., HOFMANN A.F.: Intraductal Mono-Octanoin for the Direct Dissolution of Bile Duct Stones: Experience in 343 Patients. *Gut* 1986; 27: 196-202.
- SCHNEIDER M.U., MATEK W., BAUER R., DOMSCHKE W.: Mechanical Lithotripsy of Bile Duct Stones in 209 Patients — Effect of Technical Advances. *Endoscopy* 1988; 20: 248-53.
- VALLON A.G., COTTON P.B.: Duodenoscopic Sphincterotomy. *JEWEL DP, LEE E, eds, Topics in Gastroenterology 9, Blackwell Sc Publ* 1981; 175-90.
- LIGUORY C., FOISSY P., MEDURI B., BUFFET C., INK O., ÉTIENNE J.P.: Résultats de la Sphinctérotomie Endoscopique pour Lithiase de la Voie Biliaire Principale. *Gastroenterol Clin Biol* 1985; 9: 51-5.
- ESCOURROU J., CORDOVA J.A., LAZORTHE F., FRESXINOS J., RIBET A.: Early and Late Complications after Endoscopic Sphincterotomy for Biliary Lithiasis with and without the Gallbladder "in-situ". *Gut* 1984; 25: 598-602.
- LEESE T., NEOPTOLEMOS J.P., CARR-LOCKE D.L.: Successes, Failures, Early Complications and their Management following Endoscopic Sphincterotomy: Results in 394 Consecutive Patients from a Single Center. *Br J Surg* 1985; 72: 215-9.
- COTTON P.B., VALLON A.G.: British Experience with Duodenoscopic Sphincterotomy for Removal of Bile Duct Stones.
- MONTORI A., VICECONTE G., VICECONTE G.W., BOGLIOLO G.: ERCP and EPT: Italian Experience. *Endoscopy* 1979; 2: 142-5.
- NAKAJIMA A.I., KIZU, KAWAI K.: Five Years Experience of Endoscopic Sphincterotomy in Japan: A Collective Study from 25 Centers. *Endoscopy* 1979; 2: 138-41.
- BEAUGERIE L., LIGUORY C., FRITSCH J. et al: Lithiase de la Voie Biliaire Principale du Sujet Agé Traitée par Voie Endoscopique (277 Malades). *Gastroenterol Clin Biol* 1988; 12: 320-5.
- MÉE A.S., VALLON A.G., CROKER J.R., COTTON P.B.: Non-operative Removal of Bile Duct Stones by Duodenoscopic Sphincterotomy in the Elderly. *Br Med J* 1981; 283: 521-3.
- PÉLISSIER E., BACHOUR A., GIRARD J.F., HIRSCH J.P.: Résultats du Traitement Chirurgicale de la Lithiase de la Voie Biliaire Principale chez le Sujet Agé. *Gastroenterol Clin Biol* 1987; 11: 232-6.
- STARITZ M., PORALLA T., DORMEYER H.H., BUSCHENFELDE K.H.M.: Endoscopic Removal of Common Bile Duct Stones through the Intact Papilla after Medical Sphincter Dilatation. *Gastroenterology* 1985; 88: 1807-11.
- CLASSEN M., OSSENBERG F.W.: Progress Report: Non-Surgical Removal of Common Bile Duct Stones. *Gut* 1977; 18: 760-9.
- SCHAPIRO M., PITT H.A.: Is Endoscopic Sphincterotomy a Safe and Effective Method for the Management of Stones in the Distal Common Bile Duct? Affirmative and Negative. *Controversies in Gastroenterology*. Ed G Gitnick, Churchill Livingstone 1984; pp. 87-116.
- MARTIN D.F., TWEEDLE D.E.F.: Endoscopic Management of Common Duct Stones without Cholecystectomy. *Br J Surg* 1987; 74: 209-11.
- TANAKA M., IKEDA S., YOSHIMOTO H., MATSOMOTO S.: The Long-Term Fate of the Gallbladder after Endoscopic Sphincterotomy: Complete Follow-up Study of 122 Patients. *Amer J Surg* 1987; 154: 505-9.
- DAVIDSON B.R., NEOPTOLEMOS J.P., CARR-LOCKE D.L.: Endoscopic Sphincterotomy for Common Bile Duct Calculi in Patients with Gallbladder in Situ Considered Unfit for Surgery. *Gut* 1988; 29: 114-20.

29. NEOPTOLEMOS J.P., CARR-LOCKE D.L., FOSSARD D.P.: Prospective Randomized Study of Preoperative Endoscopic Sphincterotomy versus Surgery alone for Common Bile Duct Stones. *B M J* 1986; 294: 470-4.
30. GINESTAL-CRUZ A., FIDALGO P., ALMEIDA A.M., GRIMA N., PINTO CORREIA J.: Ensaio Prospectivo e Randomizado de Esfincterotomia Endoscópica versus Cirurgia Anastomótica no Tratamento da Coledocolitíase. Resultados

Imediatos e a Prazo de um Ano. *Rev Gastroenterol* 1989; 23: 123-34.

Pedido de Separatas:
A. Ginestal-Cruz
Serviço de Medicina 2
Hospital Universitário de Santa Maria
1699 Lisboa Codex