

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA AMBULATORIAL - ESTUDO DE 60 CASOS

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN AN AMBULATORY CARE SETTING - STUDY OF 60 CASES

Alexandre Cruz Henriques Sérgio Pezzolo* Marise Gomes***

Resumo

Os autores apresentam sua experiência com 60 pacientes operados de colecistectomia videolaparoscópica em regime ambulatorial, no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC. Cinquenta e um pacientes (85%) eram do sexo feminino e 9 (15%) do masculino, a idade variou de 21 a 60 anos, com média de 40,5 anos. Foram submetidos ao procedimento pacientes com diagnóstico de colecistite crônica calculosa, que obedeciam os seguintes critérios: inexistência de colecistite aguda, idade máxima de 60 anos, ausência de suspeita de coledocolitíase, avaliação clínica pré-operatória ASA I ou II, aprovação do paciente quanto ao método e período de internação empregados e presença de acompanhante. O posicionamento da equipe e a técnica utilizada foi aquela preconizada pela escola americana. O tempo cirúrgico variou de 40 minutos a 2 horas e meia, com média de 1 hora e 35 minutos. A colangiografia intra-operatória foi realizada em 44 pacientes (73%), demonstrando coledocolitíase em dois casos (3%), que necessitou conversão para cirurgia aberta. As complicações mais frequentes no período pós-operatório imediato foram náuseas e vômitos em cinco casos (8%), seguidas de dor abdominal intensa em dois casos (3%). Foram tratados com anti-eméticos e analgésicos e tiveram a alta hospitalar adiada para o dia seguinte à cirurgia. Cinquenta e um pacientes (85%) tiveram condições de alta no mesmo dia da cirurgia. O período de permanência hospitalar foi entre 9 e 12 horas. O retorno ambulatorial era programado para o sétimo e trigésimo dia pós-operatório, não havendo necessidade de reinternação em nenhum caso.

Unitermos

Colecistectomia videolaparoscópica; Laparoscopia; Cirurgia ambulatorial.

Abstract

The authors present their experience with 60 patients undergoing videolaparoscopic cholecystectomy in an ambulatory care setting at University Hospital, ABC Medical School. Fifty-one patients (85%) were female and nine (15%) male, age ranged from 21 and 60 years, mean age 40,5 years. Patients with diagnosis of calculous chronic cholecystitis were selected under the following criteria: no acute cholecystitis, maximum age 60 years, no suspect of choledocolithiasis, preoperative clinical evaluation ASA I or II, patient consent for the procedure and hospitalization period and presence of a companion. The team position and operative technique were the same of the american school. Surgical time ranged from 40 minutes to 2 hours and 30 minutes, mean time 1 hour and 35 minutes. Intraoperative cholangiography was carried out in 44 patients (73%), showing choledocolithiasis in two cases (3%), requiring a shift to open surgery. The most frequent complications in the early postoperative period were nausea and vomit in 5 cases (9%), followed by intense abdominal pain in 2 cases (3%). These patients were treated with antiemetic drugs and analgesics and were discharged one day after the surgery. Fifty-one patients (85%) were discharged after an average hospitalization period of 12 hours. Follow-up visits were scheduled for postoperative day 7 and 30 and none of patients required readmission.

Key Words

Laparoscopic cholecystectomy; Laparoscopy; Ambulatory surgery.

Introdução

A colelitíase é uma das doenças mais frequentes do aparelho digestivo, acometendo 20% da população adulta,

Trabalho realizado no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC.

- Serviço do Prof. Dr. Manlio Basilio Speranzini -

*Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da FMABC.

**Cirurgião Colaborador do Departamento de Cirurgia da FMABC.

Endereço para correspondência: Dr. Alexandre Cruz Henriques

Rua Mediterrâneo, nº 928, cep: 09750-420 - Jardim do Mar - SBC

Colecistectomia Videolaparoscópica Ambulatorial - Estudo de 60 casos

e a colecistectomia é uma das cirurgias mais frequentemente realizadas (2,5). Desde 1882 quando Langenbuch realizou a primeira colecistectomia, os cirurgiões tentam diminuir a morbidade e o tempo de internação (2,3,5,6,9,10,15,118); o uso da sonda nasogástrica e a drenagem da cavidade abdominal deixaram de ser conduta rotineira (5,6,7,9,10); a colecistectomia por minilaparotomia, divulgada por Goco em 1982 (5) e a colecistectomia videolaparoscópica, por Mouret em 1987, diminuíram o trauma cirúrgico e permitiram a alta hospitalar no dia da cirurgia (2,5,6,7,9,10,14).

O objetivo deste estudo é apresentar a experiência de 60 colecistectomias videolaparoscópicas ambulatoriais (CVA) operadas consecutivamente no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC.

Pacientes e Método

No período de março de 1998 a março de 2000, 60 pacientes foram submetidos a CVA no Hospital de Ensino da FMABC. Cinquenta e um pacientes (85%) eram do sexo feminino e 9 (15%) do masculino. A idade variou de 21 a 60 anos, com média de 40,5 anos. Todos os pacientes eram portadores de colecistite crônica calculosa, e obedeciam os seguintes critérios de inclusão: inexistência de colecistite aguda, idade máxima de 60 anos, ausência de suspeita de coledocolitíase, avaliação clínica pré-operatória ASA I ou II, aprovação do paciente quanto ao método e período de internação e presença de um acompanhante (Tabela 1). Os pacientes eram esclarecidos da possibilidade da cirurgia ser realizada em regime ambulatorial, o procedimento era explicado e obtendo-se o consentimento a operação era programada.

A internação ocorria às 6:30 horas do dia da cirurgia. Midazolam na dose de 0,1 a 0,2 mg/Kg era administrado por via intramuscular como medicação pré-anestésica. Sob anestesia geral, o paciente era submetido a uma colecistectomia videolaparoscópica com quatro punções, segundo técnica padronizada pela escola americana (1, 7, 10). Antibioticoprofilaxia não foi realizada em nenhum caso. A colangiografia intra-operatória foi realizada rotineiramente, exceto nos casos em que o ducto cístico era curto, na impossibilidade de cateterizá-lo ou por tratar-se de cálculo único.

Dieta líquida era liberada quando o doente estivesse bem acordado. Medicação anti-emética e analgésica era iniciada ao final do ato operatório, por via endovenosa: 4 a 8 mg de ondansetron, 40 mg de tenoxicam e 100 mg de cloridrato do tramadol. No período pós-operatório, era administrado 2 mg de dipirona endovenosa e 10 mg de metoclopramida endovenosa quando necessário. A partir do quinquagésimo caso o protocolo de medicação foi modificado, sendo administrado ao final do ato operatório, por via endovenosa: 8 mg de ondansetron, 40 mg de tenoxicam e 2 mg de dipirona. No período pós-operatório, 2 mg de dipirona endovenosa de 6 em 6 horas e 10 mg de metoclopramida de 8 em 8 horas.

A alta era dada obedecendo-se os seguintes critérios: recuperação do nível de consciência, orientação no tempo e espaço, parâmetros hemodinâmicos normais e estáveis, ingestão de dieta líquida sem apresentar náusea e ou

vômito, ausência ou pouca dor, diurese espontânea e ausência de hipotensão ortostática (Tabela 2). Recebia orientação para retornar ao hospital no caso de dor, febre, vômito ou por qualquer motivo que julgasse necessário. Retorno no ambulatório era marcado para o sétimo dia e trigésimo dia pós-operatório.

Resultados

O tempo operatório variou de 40 min a 2 horas e meia, com média de 1 hora e 35 min. A colangiografia intra-operatória foi realizada em 44 pacientes (73%). Em 16 pacientes (27%) não foi realizada; por cálculo único (9 casos), ducto cístico curto (3 casos) ou de difícil cateterização (4 casos). A colangiografia diagnosticou dois casos de coledocolitíase (3%) que exigiram conversão e realização de colecistectomia, coledocolitotomia e drenagem à Kher; não apresentaram complicações pós-operatórias e tiveram alta no 5º e 7º dia após a cirurgia.

Nove pacientes (15%) não receberam alta no dia da cirurgia. Cinco (9%) tiveram náuseas e vômitos, dois (3%) apresentaram dor abdominal intensa e 2 (3%) necessitaram de conversão para a realização de coledocolitotomia. Os nove pacientes evoluíram bem com medicação sintomática e tiveram alta hospitalar em 24 horas.

Cinquenta e um pacientes (85%) apresentaram pouca ou nenhuma dor e atendiam os demais critérios de alta no mesmo dia da cirurgia; o período de permanência hospitalar foi entre 9 e 12 horas. Nenhum paciente necessitou ser reinternado.

No retorno ambulatorial, os pacientes não apresentaram nenhuma queixa inerente ao procedimento e tiveram alta no trigésimo dia pós-operatório. Em todos os casos o exame anátomo-patológico da peça cirúrgica mostrou colecistite crônica calculosa.

Discussão

Atualmente a colecistectomia videolaparoscópica é considerada o tratamento de escolha para a colelitíase (2,3,5,6,7,10,13,14,17,18); tem sido relatada a sua superioridade em relação à cirurgia convencional, por diminuir a agressão cirúrgica, tempo de permanência hospitalar e permitir retorno precoce às atividades sociais e de trabalho (2,4,5,7,12,13,14). Os bons resultados do novo procedimento e a necessidade de reduzir os custos hospitalares encorajaram estudos sobre a possibilidade desta cirurgia ser feita em regime ambulatorial (5,7,10,11,12,14,18). Os custos hospitalares são reduzidos em média 20% nas colecistectomias ambulatoriais (1). Nem todos os pacientes portadores de colecistite crônica calculosa são candidatos a cirurgia videolaparoscópica ambulatorial; a seleção deve ser cuidadosa, obedecendo critérios de inclusão pré estabelecidos (Tabela 1) que proporcionam maior probabilidade de alta precoce (1,5,6,12,14). A escolha adequada dos pacientes a serem submetidos ao procedimento em regime ambulatorial e o bom treinamento da equipe podem reduzir o tempo cirúrgico (5,7,12,13,14,18). O cirurgião deve esclarecer o paciente à respeito da técnica operatória e via de acesso, enfatizando que a alta hospitalar no mesmo dia não implicará no aumento da taxa de complicação (2,7,10).

Os maiores obstáculos para a alta precoce eram

representados pela demora na recuperação do nível de consciência e pelo efeito emético causado pelas drogas anestésicas (5,6,11,14); foram transpostos com o surgimento de drogas anestésicas que proporcionam a recuperação completa do nível de consciência em aproximadamente 3 horas (2,5,10,11) e com a administração de anti-eméticos potentes no período intra-operatório (2,5,7,11); concomitantemente, a administração de analgésicos e antiinflamatórios não hormonais, garante pouca ou nenhuma dor no período pós operatório imediato (5,7,11,14). No nosso estudo constatamos que no período pós operatório imediato, 85% dos pacientes exibiram rápida recuperação do nível de consciência, pouca ou nenhuma dor e ausência de náuseas e vômitos. Julgamos importante iniciar a administração das drogas anti-eméticas e analgésicas ainda durante o ato operatório.

Notamos que as complicações mais frequentes, no pós-operatório imediato, da colecistectomia videolaparoscópica ambulatorial são as mesmas da cirurgia em regime de internação, a saber: dor abdominal,

náuseas e vômitos; observação que está de acordo com a literatura (16).

Crítérios para alta devem ser definidos (Tabela 2); o paciente só deve ser liberado quando apresentar um quadro clínico seguro, atendendo todos os pré-requisitos (5,6,12,14,17,18). A maior parte dos estudos sobre cirurgia videolaparoscópica em regime ambulatorial mostra que protocolos de inclusão e alta devem ser estabelecidos (2,3,5,7,11,13,14,15,18).

A técnica operatória realizada nas CVA é a mesma que a utilizada nas cirurgias videolaparoscópicas em regime de internação hospitalar, não devendo ser alterada em função da intenção de alta precoce. A literatura sugere que tempos obrigatórios, como a realização da colangiografia intra operatória, não devem ser excluídos para diminuir o tempo cirúrgico (5,6,10,12,14).

Concluimos que a colecistectomia videolaparoscópica ambulatorial é um procedimento seguro, sem aumento da incidência de complicações, desde que critérios de inclusão e alta sejam estabelecidos (2,3,5,6,12,14,15,18).

Tabela 1

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. Inexistência de colecistite aguda
2. Idade máxima de 60 anos
3. Ausência de suspeita de coledocolitíase
4. Avaliação clínica pré-operatória ASA I ou II
5. Consentimento do paciente
6. Presença de um acompanhante

Tabela 2

CRITÉRIOS PARA ALTA

1. Recuperação do nível de consciência e correta orientação do tempo/espço
2. Parâmetros hemodinâmicos normais e estáveis
3. Ingestão de líquido sem apresentar náuseas e/ou vômitos
4. Ausência ou pouca dor
5. Diurese espontânea
6. Ausência de hipotensão ortostática

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Critchlow J T, Paugh L M – Is 24-hour observation necessary after elective laparoscopic cholecystectomy?. *South Med J* 1999; 92:1089-1092.
2. Fiorillo M A, Davidson P G, Fiorillo M, et al – 149 ambulatory laparoscopic cholecystectomies. *Surg Endosc* 1998; 10:52-56.
3. Goco I R, Chambers L G – Dollar and cents: mini-cholecystectomy and early discharge. *South Med J* 1998; 81: 162-163.
4. Hollington P, Toogood G J, Padbury R T – A prospective randomized trial of day-stay only versus overnight-stay laparoscopic cholecystectomy. *Aust NZ J Surg* 1999; 69:841-843.
5. Haicken B N – Laser laparoscopic cholecystectomy in the ambulatory setting. *J Post Anesth Nurs* 1991; 6:33-39.
6. Llorente J – Laparoscopic cholecystectomy in the ambulatory surgery setting. *J Laparoendosc Surg* 1992; 2: 23-26.
7. Michaloliakou C, Chung F, Sharma S – Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Anesth Analg* 1996; 82:44- 51.
8. Minatti WR, Statti M A, Samuel J A et al – Colecistectomia laparoscópica ambulatoria: experiência inicial. *Rev Argent Cir* 1998; 75: 121-124.
9. Mjaland O, Buanes T, Raeder J et al – Laparoscopic

- cholecystectomy an ambulatory surgery. Safety requirements, benefit potential and patient satisfaction. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1995; 18: 240-243.
10. Moss C – Discharge within 24 hours of elective cholecystectomy. *Arch Surg* 1996; 121:159-161.
11. Oliva AL – Anestesia para pacientes de curta permanência hospitalar. *Rev Bras Anest* 1993; 33:183-197.
12. Prasad A, Foley RJ – Day case laparoscopic cholecystectomy: a safe and cost effective procedure. *Eur J Surg* 1996; 162:43-46.
13. Perissat J – Laparoscopic cholecystectomy: The european experience. *Am J Surg* 1993; 165:444-448.
14. Ramos A C, Sallet J A, Lombardi M M et al – Colecistectomia laparoscópica em regime ambulatorial. *Rev Col Bras Cir* 1998; 25: 5-8.
15. Taylor E, Gaw F, Kennedy C – Outpatient laparoscopic cholecystectomy feasibility. *J Laparoendosc Surg* 1996; 6: 73-77.
16. Victorzon M, Lundin M, Haglund C et al – Short and long term outcome after laparoscopic cholecystectomy. *Ann Chir Gynaecol* 1999; 88: 259-263.
17. Voitk A J – Outpatient cholecystectomy. *J Laparoendosc Surg* 1998; 6:79-81
18. Voyles C R, Berch B R – Selection criteria for laparoscopic cholecystectomy in an ambulatory care setting. *Surg Endosc* 1997; 11: 1145-1146.