

Exploração cirúrgica das vias biliares

por

Ruiz Felipe Magalhães Dieira

Lido numa das sessões da Sociedade de Cirurgia por ocasião dos estudos sobre Vias Biliares

A exploração cirúrgica das vias biliares se faz após a abertura do ventre.

O seu interesse é de real importância e para conhecer esta afirmativa basta que se medite alguns instantes. Tal convicção faz com que seja grande o cuidado em praticá-la e não menor a atenção nos dados fornecidos.

Mais facilmente se convence da verdade, quando sabe-se que é pela exploração cirúrgica que se esta mais perto da lesão.

Quem poderá identificar a natureza de uma obstrução?

Quem poderá com acerto orientar a cirúrgica sem examinar pormenorizadamente a árvore biliar?

Para examinar bem é necessário empregar todos os métodos, porque eles se completam e fortalecem a conclusão. Há necessidade em conhecer todos, porque muitas vezes os obstáculos impossibilitam o uso de um ou de outros e ter-se-á que empregar aquele que mais adequado fôr no momento. Suas descrições serão feitas sem comparação dos valores, os quais poderão ser evidenciados facilmente.

Para uma boa exploração o paciente ficará emdecubitus dorsal com um coxim na altura da D 12 e LI para exagerar a lordose, tendo também a cabeça em posição alta.

A incisão requer cuidados, pois conforme o segmento da árvore biliar que se deseja examinar, esta ou aquela incisão fornecerá maior campo, serão poucas as que satisfazem quando o interesse está em examinar duma maneira geral e ainda mais levando em conta o sacrifício dos elementos nobres da parede.

As incisões de Mayo-Robson, de Kher, para-costal, de Pribram citada por Mirizzi, são as que melhor mostram. Será a de Kher que servirá para a descrição deste assunto. Começa esta na altura do apêndice xifóide desce pela linha mediana até a metade, onde sofre uma mudança de direção, seccionando o músculo transversos direito sem lhe atingir o bordo, seguindo paralelo a este até o plano da cicatriz umbelical. Seccionado o peritônio afasta-se os lábios da incisão por meios de afastadores.

VESÍCULA BILIAR

Inspeção e Palpação:

O colom transverso aparece encostado ao bordo inferior do figado e entre eles a vesícula como uma cupula espérica azulada.

Não havendo aderências afastam-se essas visceras com campos operatórios para expôr a região ao exame. Si houver aderências desfaz-se-ás na medida do possível, com o dedo simplesmente ou ajudado por uma gaze secionando com tesoura as mais resistentes, tendo sempre o cuidado de parar a hemorragia e não cortar os tratus fistulosos que são curtos, duros e densos. Nos casos que houver um ligamento unindo o colom transverso á vesícula, não permitindo afastar aquele órgão, seciona-se entre duas ligaduras e afasta-se o colom para baixo protegendo com campos.

Na maioria dos casos podemos examinar bem a vesícula que se encontra colada á face inferior do figado tendo sua extremidade delgada dirigida para baixo, para traz, para dentro. Piriforme de 8 á 10 cent. de comprimento por uns 3 á 4 cent. de largura, côr azulada, superficie lisa e regular.

Existem algumas alterações que se percebe ao primeiro golpe de vista, pois são grosseiras tais como rompimento da parêde, tumor de vesícula, outras no entanto necessitam mais atenção, porque afetam detalhes mais subteis. A côr escura aparece nas vesiculites, onde surgem algumas manchas negras por lugares, por outros pontos brancos, descolorados e contornados de néoformações fibrinosas, tendo algumas um furo que são chamadas as perfuradas. As manchas brancas dão um aspéto malhado nas vesículas de estase sem calculos, as paquivesiculite mudam para um tom amarelado. Alteração da forma vai desde a vesícula volumosa semelhante a um balão com uma forte tensão, do líquido em seu interior, nos piocolecistos, até as de volume de uma nós, enrugadas e franzidas. A inflamação da serosa, que a envolve torna a superficie despolida e congestionada, e os calculos deformam-na dando aspéto bosselado.

Pela palpação da vesícula nota-se flacidez da parêde e esvaziamento pronto pela expressão, porém nos estados patológicos sentir-se-á endurecimentos localizados que serão inerustações calcareas e depositos de colessterina. Parêde com perda da flacidez normal, espessada e endurecida se encontra nas paquivesiculites; em outras ocasiões é o contrario, reduzida a uma lâmina delgada contendo líquido sob forte tensão, nos chamados piocolecistos; nesses casos seria melhor que não se usa-se a expressão cística. Encontra-se também vesículas de aperência normal, que são obstruidas, não se esvaziando pela expressão onde se palpa um ou mais calculos.

CÍSTICO

Inspeção e Palpação: O cístico que continua para baixo a extremidade afilada da vesícula se apresenta como um cordão de côr escura, recoberto pelo pequeno epiplom. Vê-se-o melhor, quando colocada uma

pinça de anel sôbre a vesícula ou mais exatamente no bacinete, faz-se uma tração; então o cístico que aí atrás se encontra, aparece bem sôbre a dobra de revestimento do epíplom gastro-hepático. De calibre irregular, apresenta partes estreitadas e outras dilatadas; de trajeto mais ou menos flexoso, e grossura de um pálito de 3 a 4 milímetros de diametro.

No estado o patológico é alterado: a direção por aderência que repuxa; o calibre por calculo que incravado faz as vezes de válvula, deixando entrar a biles e evitando a saída, que pela cronicidade pôde aumentar de várias vezes o diametro primitivo.

Quando se deseja palpar o cístico, é mistér introduzir o indicador no hiatus de Winslow e procurar para cima e bem a direita, ou então descer pelo colo da vesícula.

O calibre e a homogeneidade das sensações tateis informam a respeito de sua integridade.

COLEDOCO E HEPÁTICO

Inspeção e Palpação: Resultando da união do cístico e do hepático, o coledoco muitas vezes se encontra coberto pelo duodeno, que é necessário afastar para descobri-lo. Quando a porção supra duodenal do coledoco é bem amostra, aparece como um tubo cilndrico regular de cor amarelo esverdeado, grossura de um lapis pouco menos, (4 a 5 milímetros de diametro) sôbre o bordo livre do epíplão gastro-hepático que forma o tétó do hiatus de Winslow.

Nas afecções obstrutivas o coledoco chega a atingir a grossura de um dedo indicador e nas crônicas antigas o volume de uma alça intestinal. Quando nos casos que há forte tenção da biles dentro do canal ao se abrir o epíplom gastro-hepático com o fim de inspecionar melhor, imediatamente o coledoco faz hernia pela brecha.

As pericoledocites trazem retração da luz do canal com estreitamento que nos lugares onde se encontram alteram a regularidade do calibre e mudam a cor para uma tonalidade esbranquiçada.

Na inspeção do hepático use-se a manobra de Kehr, que consiste em voltar as costas para a cabeça do paciente e baixar a cabeça como quem vai olhar a face inferior do figado, enquanto que a mão esquerda com a face palmar voltada para a face inferior daquele órgão resvala em direção de pediculo, palpa e mostra o campo á inspecção.

A porção retro-duodeno-pancreático do coledoco será inspecionada e palpala após o rebatimento do duodeno e da cabeça do pancreas, para isso necessita ser seccionado o ligamento lateral do duodeno, rente á primeira e segunda porção, com dedo coifado por uma gaze, procurando o plano de clivagem, até descolar numa certa extensão. O auxiliar segurando pelo duodeno levanta e afasta esses órgãos para o lado E. ficando o coledoco bem exposto, á inspecção e palpação. Mas o deslocamento nem sempre se consegue fazer e nas ocasiões que há uma peritonite adesiva essa manobra torna-se quasi impossível.

A palpação do hepático faz-se pela manobra de Kehr que também serve para o hilo hepático; para o coledoco introduz-se o dedo indicador no hiatus de Winslow e o polegar por cima pinça este canal, procura-se

perceber a regularidade do calibre, o estado elástico e o grau de tensão da parêde. Quando há um endurecimento duvidoso, faz-se como manda Terrier, uma punção com uma agulha, que dará a certeza.

O coledoco se aprecia até seu encontro com o duodeno; daí por diante será sentido empurrando com o indicador introduzido no hiatus de Winslow, o peritoneo que forma o ligamento lateral do duodeno e pinçando com o polegar por cima. Costuma-se também palpar o coledoco retroduodenal, pregueando a parêde anterior deste árgão entre os dedos citados, algumas vezes chega-se a sentir a ampola de Vater. A porção retropancreática quando não for rebatida e descolada a cabeça do pancreas, será percebida através a espessura glandular, onde sòmente serão sentidas as alterações profundas ou calculos de volume bem apre-ciável.

CATERISMO

O instrumental que deve ser empregado é aquele que usa o oftalmologista ou quem opera vasos.

Draga e estiletos de Dejardin, de diversos calibres feitos de cobre destemperado pelo calor e flexíves.

Sondas de Nalaton do n.º 4 a 10 da filete Charrière.

Seringa de Pravaz ou de Ricord com agulha fina e de bisel curto.

Agulhas redondas para sutura. Fio fino OO.

Para se fazer o cateterismo das vias biliares, utiliza-se sempre o colédoco na sua porção supra-duodenal. E' aí o lugar de eleição para se cateterizar.

Quasi nunca se usa o côto e|stico após a colecistectomia, porque seu calibre é exíguo ou porque sua implantação dificulta a introdução do cateter.

O cateterismo através uma abertura da vesícula é deixado de lado, pela impossibilidade que há de atravessar o colo do cístico, devido curvaturas dobras de mucosa e válvulas.

Frequentemente se usa o cateterismo por via retrógrada.

Consiste êste em introduzir o catetér da ampola de Vater para o colédoco, sôbre o que trataremos oportunamente.

O lugar de eleição para se fazer o cateterismo, como dissemos, é a face anterior do colédoco na sua porção supra-duodenal.

Um auxiliar puxa por uma pinça colocada na vesícula com o fim de fazer desenhar o cístico que vai ter o colédoco, entretanto, não serão poucas as vezes que há dúvidas a respeito de que o canal que está diante dos olhos seja o colédoco ou a veia porta, certifica-se puncionando com uma agulha, montada em seringa, o líquido extraído quasi sempre dá a certeza. Porém, há ocasiões em que ainda não se sabe si é sangue ou bilis, nêste caso basta pingar uma gôta sôbre uma compressa, se for bilis ficará azulada ou esverdeada.

Na certeza de que o canal tido á vista é o colédoco, coloca-se dois fios finos, por meio de agulha redonda e muito fina, um ao lado do outro, sôbre a face citada e depois da implantação do cístico.

A tração será feita por meio dêsses dois fios e após proteger o campo com gaze, para evitar que a bilis caia no peritôneo.

Coloca-se o indicador esquerdo no hiatus de Winslow, para reparar e proteger a secção. Entre os dois fios faz-se uma incisão numa extensão de um centímetro, que ficará na distância que medeia entre o cístico e o duodeno. Enxuga-se a menor gôta de bilis e a hemostasia na parêde do canal é feita com sôro quente.

Pela abertura do colédoco introduz-se o cateter para o lado do hepático, sempre com doçura, procurando sentir o menor obstáculo e dando a fôrma necessária para progressão nas curvaturas, com cuidado de não introduzi-lo muito longe. O menor obstáculo palpa-se do lado de fóra, pinçando o canal entre os dedos citados. Examinando o hepático, retira-se a sonda e dirige-se no colédoco para a ampola de Vater. Conseguindo-se transpôr esta ampola, sentir-se-á um resalto e uma queda numa cavidade ampla que é o duodeno. Não conseguindo, há conveniência em saber a qualidade do impecílio, se um cálculo, um tumor, um espasmo ou um estreitamento. Muda-se o calibre do cateter. Ainda não sendo possível, com uma sonda de Nelaton, introduzida no colédoco, passa-se um fio ou uma pinça circundando o canal e apertando-o sobre a sonda. Com uma seringa de Pravaz introduz-se água oxigenada.

Passando no duodeno o gaz que se desprende enche êste órgão. Si não passar, voltará, para fóra, pela sonda. Pode-se usar, também, sôro fisiológico. Nada resolvido somos obrigados a fazer a duodenostomia para examinar a carúncula. Esta é uma intervenção suprema que só se usa em último caso, porque, além de desfazer as relações anatômicas do colom do epiplão é uma manobra de realização que facilmente contamina o peritônio.

Uma das condições que obriga a fazer a duodenostomia é a peritonite plástica, impossibilitando o descolamento retro-duodeno-pancreático.

Consiste a duodenostomia em abrir o duodeno na face anterior da segunda porção. Coloca-se dois fios ou duas pinças no meio desta face fazendo-se a incisão entre elas, de 3 a 5 centímetros. A menor gôta de líquido deve ser enxugada. Repara-se os lábios da incisão pôr quatro pinças.

Em cada bôca dos segmentos, aferente e eferente, introduz-se um tampão de gaze preso a fios que se repara do lado de fóra da cavidade abdominal por pinças e vai-se a procura da papila entre as dobras da mucosa.

Quando não se encontra servirá de guia a extremidade da sonda, a gôta de bilis que escapa, o cálculo que aparece ou um tumor.

A papila tem uma côr mais vermelha que o resto da mucosa; costuma-se encontra-la na metade da porção descendente da face pósterio-interna.

Sonda-se por aí a ampoula e o canal colédoco, procurando identificar a natureza do abstáculo, si um estreitamento, um cálculo, etc., fazendo-se, assim, o cateterismo retrógado.

COLANGIOGRAMA

Os estudos de Pablo Mirizzi abrem-nos um campo, de orientação novo no estudo deste capítulo, rico em dados informativos.

Um dos quesitos importantes é a anestesia; divide seus doentes se-

gundo esta em três grupos: nos obesos emprega a raquianestesia, naqueles em que a infiltração sub serosa não pôde se fazer usa a esplanquénica segundo processo de Braun e, nos que pôde infiltrar a sub serosa faz a esplanquénica segundo Drüner.

O processo de Braun consiste em injetar 40 cc. de novocaina a $\frac{1}{2}$ por % em média com algumas gôtas de adrenalina, no plexo celíaco. Depois de aberto o ventre a injeção é feita pelo auxiliar e o cirurgião é que coloca a agulha no lugar, para isso introduz a mão D. tendo as polpas digitais do indicador e medio voltadas para cima, para a face inferior do fígado, aí reconhece a esquerda da vesícula biliar, o lobo quadrado, continuando a progredir em direção obliqua para a profundidade reconhece uma segunda iminência o lobo de Spiegel; volta aí nessa altura as polpas dos dedos para baixo e procura nos lados o ângulo aórtico renal. O dedo medio palpa o bordo externo da aorta e o indicador palpa a origem da arteria renal. Chegado a este ponto com a mão esquerda, introduz a agulha que segue o dorso da mão direita, o espaço inter digital dos dedos citados, até o encontro do plano resistente formado pela columna vertebral, onde é feita a injeção do anestésico.

O processo de Drüner consiste em infiltrar os mesmos tecidos que contornam os órgãos, usa para isto uma solução de novocaina a 25 por cento sem adrenalina para vêr melhor os vasos que sangram e fazer a hemostasia.

Na raquianestesia feita nos obesos emprega a percaína na dose de 0,0007 a 0,008 conforme o pêso do paciente, na altura DXII ou LI sem extração do liquor, meia hora antes, porém administra uma injeção de efedrina e durante a operação cuida a pressão arterial máxima que não caía abaixo de 10 sem fazer novamente a efedrina.

A finalidade em empregar essas anestесias é de no momento de tirar a radiografia, o paciente parar de respirar sem o que não sairá boa a chapa. Tratando-se de pacientes pusilamines e histéricos, hipertiroideanos etc., emprega anestesia geral, colocando um dreno no colédoco e fazendo a colangiografia posteriormente.

A colongiografia durante a operação, faz injetando a substância opaca na vesícula ou no cístico; quando usa aquela, retira por punção a mesma quantidade de bilis que injeta de contraste.

Assim retira 10 cc e injeta 10 cc de lipiodol que é a substância que usa. Quando emprega o cístico, tem o cuidado de isolá-lo bem dos tecidos que o rodeiam, para que a substância refluindo, não os infiltre e dê um colangiograma nebuloso.

Respeita o vestíbulo e as válvulas de Heister e injeta 3 á 4 cc, muito lentamente a razão de 1 cc por minuto, com agulha sem ponta e bem fina. A chapa sob dorso. Com este modo de fazer seus colangiogramas, diz evitar a contração do hepático e colédoco, pois não irrita pela punção e nem excita dilatando por meio da injeção.

Antes porém de bater a chapa retira todo o campo e toda a gaze que tenha sido manchada pela a substância de contraste. O filme será revelado com toda urgência e examinado antes de fechar o ventre, momento que resolverá drenar ou fechar sem drenar.