



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr. Francisco Lacerda de Figueiredo

PROCESSO Nº.: 50062384020218130433

SECRETARIA: 2ª Vara Empresarial e de Fazenda Pública

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: R. J. S.

IDADE: 36 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento/exame complementar papilotomia endoscópica, drenagem endoscópica biliar e nova prótese biliar.

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 K 86

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Pancreatite crônica

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 69.569

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2021.0002277

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicito informações sobre a cirurgia CPRE COM PAPILOTOMIA + DILATAÇÃO DE VIA BILIAR + PRÓTESE BILIAR para paciente com complicações sofridas em cirurgia na vesícula biliar

III - CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO:

Conforme a documentação médica datada de 14/04/2021, trata-se de RJS, 36 anos, com o histórico de colecistectomia prévia e lesão estenosante do colédoco. Colocação de prótese endoscópica na via biliar há 6 meses. Evoluiu com colangite e necessidade de internação nova abordagem endoscópica com indicação de papilotomia endoscópica, drenagem endoscópica biliar e nova prótese biliar.

A colecistectomia videolaparoscópica (CVL) é uma das cirúrgicas mais realizadas no mundo, sendo uma procedimento menos traumático,



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

mais estético, com períodos mais curtos de internação que a via aberta. Apresenta como **principal complicação as lesões de via biliar extra-hepática** quando comparado ao procedimento aberto, cuja **morbidade é elevada e a mortalidade não é desprezível**. Sua ocorrência é relacionada ao tempo cirúrgico prolongado, pouca experiência do cirurgião e **condições locais desfavoráveis**, como variações anatômicas e existência de colecistite aguda, aderências. Geralmente leva a várias **complicações como coleperitônio, com sepse abdominal; fístula biliar; icterícia obstrutiva, colangite, cirrose biliar**.

O diagnóstico pode ser feito com base em sua apresentação clínica, sendo evidenciada por colangiopancreatografia (CPRE), colangiorressonância (CPRM) ou **colangiografia percutânea**. O achado de dilatação de vias biliares intra-hepáticas em vigência de icterícia obstrutiva pós CVLA na ultra-sonografia e a tomografia computadorizada, é sinal fortemente sugestivo de lesão, entretanto não permite a confirmação diagnóstica. A CPRE permite **visualizar o duto biliar e o duto pancreático** em toda sua extensão, **determinando o local exato da lesão da via biliar e propicia não só o planejamento do tratamento como o tratamento**.

As lesões de via biliar são classificadas de acordo com o tempo de ocorrência em tardia e precoce e local/ponto da lesão. Existem várias classificações. A lesão precoce é realizada durante o mesmo cirúrgico em que se deu a lesão. A classificação de Bismuth baseia-se na altura da lesão (o ponto onde se acha mucosa biliar saudável) em relação à confluência dos hepáticos. É a classificação mais usada para estenoses tardias, as quais seriam decorrentes, em sua maioria, de lesões térmicas ou de ligaduras muito próximas à via biliar, com reação inflamatória e subsequente estenose. Não engloba lesões aguda. A partir do tipo da lesão ela pode ser classificada



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

A abordagem das lesões da via biliar após CVL pode ser dividida em precoce e tardia. A precoce é realizada durante o mesmo cirúrgico em que se deu a lesão sendo as chamadas fístulas precoces. As tardias são decorrentes do processo inflamatório local, geralmente estenoses decorrentes, em sua maioria, de lesões térmicas ou de ligaduras muito próximas à via biliar, com reação inflamatória e subsequente estenose. As lesões tardias, geralmente, são classificadas segundo a classificação de Bismuth que baseia-se na altura da lesão (o ponto onde se acha mucosa biliar saudável) em relação à confluência dos hepáticos. Nas precoces o reparo primário (no mesmo tempo cirúrgico), ainda que, obviamente, com maior morbidade e custo do que quando não há lesão, são muito menos onerosos tanto para o paciente quanto para a instituição, que os casos em que o reparo é tardio. Lacerações parciais da via biliar em qualquer segmento devem ser tratadas sobre dreno de Kehr. Secções totais ou ressecções com perda de até de 10 mm de via biliar podem ser tratadas com anastomose término-término sobre Kehr ou com hepático-jejunostomia, dependendo da preferência e experiência do cirurgião e as com perda maiores de 10 mm devem ser reparadas com hepático-jejunostomia alta. Lesões identificadas em reoperações de urgência (pós-operatório recente) devem ter sua condição infecciosa sanada e a via biliar drenada, reservando-se o tratamento definitivo para depois. O desenvolvimento de estenoses ou fístulas não raro requer várias internações por colangite, o que obriga o paciente a ser submetido a procedimentos invasivos (frequentemente mais de um procedimento) como CPER, dilatações percutâneas, cirurgia para anastomoses biliodigestivas, e ainda assim pode evoluir para cirrose biliar secundária com todas as suas complicações, podendo chegar até



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

mesmo ao transplante hepático. Assim as fístulas bem orientadas decorrentes de vazamento do coto do ducto cístico ou de ductos aberrantes têm boa resposta com a papilotomia endoscópica. As estenoses tardias, produzidas por lesão térmica ou isquêmica, devem ser investigadas quanto à altura em relação à confluência dos hepáticos (classificação de Bismuth), o que definirá a conduta cirúrgica. As lesões Bismuth I, II e III, devem ser tratadas por hepático-jejunostomia alta. Já para as do tipo IV e V ficam reservadas as anastomoses intra-hepáticas em, freqüentemente, mais de uma cirurgia. Dependendo da altura da lesão ou existência de acometimentos regionais por estenoses setoriais, ressecções hepáticas podem ser tentadas com a desvatagem de acrescentar maior morbidade para o paciente.

A CPRE é um método diagnóstico não invasivo, capaz de visualizar a morfologia dos ductos biliares e pancreáticos, além da morfologia do fígado e pancreáticos. Adequada nos casos de colangite aguda, com evidências contínuas de obstrução biliar e pancreatite, e em pacientes que são candidatos cirúrgicos com mau prognóstico. É recomendada como um método seguro e valioso para detectar lesão do ducto biliar e sugerir tratamento, permitindo, em mais da metade desses pacientes, a realização do tratamento. Permite o tratamento das obstruções da via biliar quer pela presença de cálculos ou de estenoses com ou sem colangite. Segundo a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED), apresenta a vantagem de permitir, numa mesma sessão, detectar e tratar anomalias da árvore biliar ou do canal pancreático principal. Permite extrair cálculos, executar dilatações do canal com balão ou colocar uma prótese (stents) drenando a via biliar bloqueada e/ou obstruída por tecido cicatricial, cálculos ou ambos. Tem se tornado mais largamente utilizado no caso correção de fistula entre órgãos. Sua



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

indicação associada à implantação de stent, no tratamento estenose da via biliar pós CVL, apresenta bons resultados. Entretanto apesar da CPRE ser útil, para numero considerável, 27% dos pacientes, com lesão térmica ou incisional inadvertida, permanece a necessidade de terapia de dilatação periódica e troca do stent. Assim mesmo em pacientes com aparente sucesso de curto ou intermediário prazo, recomenda-se cautela para continuar a vigilância clínica em serviços especializados, para teste de função hepática periódica porque a estenose recorrente pode ocasionalmente ser sutil e se apresentar não como icterícia ou colangite, mas como cirrose biliar secundária com seu acompanhante consequências. Assim seu uso tem sido recomendado por alguns, com cautela de seguimento contínuo na terapia da lesão da via biliar, principalmente como tentativa de converter uma intervenção cirúrgica urgente em uma intervenção eletiva e controlada. É uma técnica endoscópica na qual um endoscópio de visualização lateral é guiado para o duodeno, permitindo a passagem de instrumentos para os ductos biliares e pancreáticos, que são opacificados pela injeção de um meio de contraste, permitindo assim, não só a visualização radiológica mas uma variedade de intervenções terapêuticas. Considerada procedimento relativamente complexo, com longa curva de aprendizado para desenvolver proficiência, que requer equipamento especializado. Seus benefícios no manejo minimamente invasivo de distúrbios biliares e pancreáticos são desafiados por um maior potencial para complicações sérias (em torno de 5%) do que qualquer outra técnica endoscópica padrão. A pancreatite é a complicação mais comum relacionada à CPRE e outras incluem sangramento, infecção e perfuração, podendo para fins diagnóstico, pode ser substituído pela CPRM de vias biliares.

No Sistema Único de Saúde (SUS) a abordagem da estenose da



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

via biliar está prevista no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (Tabela SIGTAB), nos procedimentos de média complexidade, cadastrada sob o código: 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrógrada endoscópica - CPRE, procedimento indicado para avaliação diagnóstica e tratamento das doenças que acometem os ductos de drenagem do fígado e do pâncreas (as vias biliares intra e extra-hepáticas e o canal pancreático principal ou ducto de wirsung, respectivamente). O procedimento menciona o tratamento sem especificá-lo. O SUS também disponibiliza procedimentos cirúrgicos para o tratamento da obstruções e estenoses das vias biliares disponíveis no subgrupo das cirurgias do aparelho digestivo. É importante ressaltar que, o procedimento, CPRE com implante de prótese pode ser ofertado por qualquer município, conforme sua capacidade instalada e sua necessidade, a partir da pactuação intergestores, sendo papel do Município ofertar ou pactuar o acesso ao exame complementar quando indicado/solicitado. Tal questão foge à finalidade do NATJUS – TJMG.

Conclusão: Trata-se de 36 anos, com o histórico de colecistectomia prévia e lesão estenosante do colédoco. Colocação de prótese endoscópica na via biliar há 6 meses. Evoluiu com colangite e necessidade de internação nova abordagem endoscópica com indicação de papilotomia endoscópica, drenagem endoscópica biliar e nova prótese biliar.

A **lesão da via biliar** é secundária de procedimento cirúrgico, em geral da vesícula biliar e **apresenta elevada morbidade. Seu diagnóstico é feito com base** na sua apresentação clínica e no **uso da CPRE.**

CPRE apresenta um importante papel na correção das lesões da via biliar pós procedimentos cirúrgicos. Permite drenar um ducto que foi bloqueado por tecido cicatricial, cálculos ou ambos, permitindo o



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

tratamento da colangite e da estenose. A CPRE é apropriada em pacientes com colangite aguda, com evidências contínuas de obstrução biliar e pancreatite, e em pacientes que são candidatos cirúrgicos com mau prognóstico. Segundo a SOBED, apresenta a vantagem de permitir, numa mesma sessão, detectar e tratar anomalias da árvore biliar ou do canal pancreático principal. Permite extrair cálculos, executar dilatações do canal com balão ou colocar stents para reduzir obstruções. Está indicada associada à implantação de stent, no tratamento da estenose biliar com bons resultados. Entretanto em 27% dos pacientes, permanece a necessidade de terapia de dilatação periódica e troca do stent. Assim mesmo em pacientes com aparente sucesso de curto ou intermediário prazo, recomenda-se cautela para continuar a vigilância clínica em serviços especializados, para teste de função hepática periódica porque a estenose recorrente e ocasionar cirrose biliar. Assim seu uso tem sido recomendado por alguns, com necessidade de seguimento contínuo, na terapia da lesão da via biliar, como tentativa de converter uma intervenção cirúrgica urgente em uma intervenção eletiva e controlada. Se o manejo endoscópico falhar está indicado a drenagem externa da via biliar e a correção cirúrgica.

No SUS a abordagem da estenose biliar está prevista na Tabela SIGTAB, procedimentos de média complexidade -> código: 02.09.01.001-0 - CPRE, procedimento indicado para avaliação diagnóstica e tratamento das doenças que acometem os ductos de drenagem do fígado e do pâncreas (as vias biliares intra e extra-hepáticas e o canal pancreático principal ou ducto de wirsung, respectivamente). O SUS também disponibiliza procedimentos cirúrgicos para o tratamento da estenose das vias biliares disponíveis no subgrupo das cirurgias do aparelho digestivo. É importante ressaltar que, o procedimento, CPRE com implante de prótese pode ser ofertado por qualquer município, conforme sua capacidade instalada e sua necessidade, a partir da



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

pactuação intergestores, sendo **papel do Município ofertar ou pactuar o acesso ao exame complementar quando indicado/solicitado. Tal questão foge à finalidade do NATJUS – TJMG.**

IV - REFERÊNCIAS:

1. Ministérios da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no 112, de 04 de Fevereiro. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Insuficiência Pancreática Exócrina. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/10/MINUTA-de-Portaria-SAS-PCDT-Insuf-Panc-Ex--crina-01-02-2016.pdf3>.
2. Jain V, Yeasted N, Pooran N. Necessity of a repeat cholangiogram during biliary stent removal after postcholecystectomy bile leak. **Can J Gastroenterol**. 2012 Oct;26(10):701-4. Disponível em:
3. Milcent M, Santos EG, Bravo Neto GP. Lesão iatrogênica da via biliar principal em colecistectomia videolaparoscópica. **Rev Col Bras Cir**. 2005;32(6):32-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v32n6/v32n6a09.pdf>.
4. Csendes A, Navarrete C, Burdiles Wit L t, Huibregtse K, Heyde NVV, Tygat GNJ. Treatment of common bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: endoscopic and surgical management. **World J Surg**. 2001;25(10):1346-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1375464/pdf/gut00560-0118.pdf>.
5. Baron TH, Feitoza AB, Nagorney DM. Successful endoscopic treatment of a complete transection of the bile duct complicating laparoscopic cholecystectomy. **Gastrointest Endosc**. 2003;57(6):765-9. Disponível em: [https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(03\)00325-0/fulltext](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(03)00325-0/fulltext).
6. Davids PH, Ringers J, Rauws EA, Huibregtse K, Heyde MN, Tytgat GNJ. Bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy: the value of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. **Gut**. 1993;34(9):1250-4. Disponível



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

em: <https://gut.bmj.com/content/gutjnl/34/9/1250.full.pdf>.

7. Sharma H, Bird G. Endoscopic management of postcholecystectomy biliary leaks. **Frontline Gastroenterol** 2011;2:230–3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5517231/pdf/flgastro-2011-100031.pdf>.

8. Kozarek R.A. Endoscopic techniques in management of biliary tract injuries. **Surg Clin North Am.** 1994; **74**: 883-93. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8047947/>

9. Dolay K, Soyulu A, Aygun E. The role of ERCP in the management of bile leakage: endoscopic sphincterotomy versus biliary stenting. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2010;20(5),455-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20518695/>.

10. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (**SIGTAP**). Atualizada em 04/2021. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0406050074/04/2021>.

V - DATA:

10/05/2020 NATJUS - TJMG