

# Lesão de via biliar na colecistectomia: devemos chamá-la de iatrogênica ou inadvertida? Uma reflexão sobre a terminologia adequada

## *Bile Duct Injury During Cholecystectomy: Should It Be Called Iatrogenic or Inadvertent? A Reflection on Appropriate Terminology*

EDUARDO NEUBARTH TRINDADE TCBC<sup>1,3</sup> ; MARCIA VAZ<sup>2,3</sup> ; MANOEL ROBERTO MACIEL TRINDADE<sup>1,3</sup> .

### INTRODUÇÃO

Entre as complicações da colecistectomia, poucas têm impacto tão duradouro quanto a lesão da via biliar. Embora sua incidência na literatura contemporânea seja estimada em aproximadamente 0,3% a 0,7%, seu significado ultrapassa a gravidade técnica imediata: envolve reoperações, reconstruções complexas, perda de qualidade de vida e, frequentemente, repercussões éticas e médico-legais<sup>1,2</sup>. Em cirurgia, contudo, tão importante quanto reconhecer e manejar adequadamente essa complicação é nomeá-la com precisão. Esta discussão pode ser compreendida a partir de quatro dimensões fundamentais: terminologia, consentimento informado, documentação operatória e curva de aprendizado.

A expressão “lesão iatrogênica da via biliar” consolidou-se na literatura. Do ponto de vista semântico e bioético, iatrogenia refere-se ao dano decorrente da intervenção médica independentemente de culpa, distinção frequentemente negligenciada fora do meio técnico. Fora do ambiente estritamente conceitual, porém, o termo passou a ser frequentemente interpretado como sinônimo de erro médico. Essa transição semântica não é neutra. Ao antecipar um juízo de culpa, pode influenciar a análise ética, a interpretação pericial e até a narrativa judicial construída em torno do evento cirúrgico.

Na colecistectomia, essa imprecisão torna-se particularmente relevante. Trata-se de um dos procedimentos mais realizados em cirurgia geral, mas está longe de ser trivial. Variações anatômicas, inflamação intensa, fibrose, sangramento e distorção dos planos podem comprometer a percepção intraoperatória, inclusive em mãos experientes<sup>3,4</sup>. A literatura cirúrgica demonstra que muitas lesões biliares decorrem de erro de identificação anatômica associado a limitações cognitivas e perceptivas do processo decisório intraoperatório, e não necessariamente de afastamento culposo do dever de cuidado<sup>4,5</sup>. Entre esses fenômenos, destaca-se a misidentification visual, situação em que uma estrutura anatômica é percebida e interpretada como outra, especialmente em cenários de inflamação, fibrose ou distorção dos planos. Também devem ser consideradas as heurísticas cognitivas, isto é, atalhos mentais utilizados pelo cirurgião para tomar decisões sob pressão, que embora frequentemente úteis, podem favorecer interpretações equivocadas em contextos anatômicos complexos<sup>4,5</sup>.

Por essa razão, as diretrizes contemporâneas de colecistectomia segura enfatizam estratégias sistêmicas de prevenção, como a obtenção da visão crítica de segurança — técnica que busca expor adequadamente as estruturas do triângulo hepatocístico antes da secção de qualquer ducto ou vaso —, o uso criterioso de métodos auxiliares e a adoção oportuna de estraté-

1 - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia - Porto Alegre - RS - Brasil. 2 - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Escola de Medicina, Disciplina de Medicina Legal - Porto Alegre - RS - Brasil. 3 - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (CREMERS), Conselheiros Titulares - Porto Alegre - RS - Brasil

gias de resgate (bail-out) quando a progressão da dissecação se torna insegura<sup>1,2</sup>. Essas estratégias de resgate incluem condutas alternativas destinadas a evitar maior dano, como conversão para cirurgia aberta, colecistectomia subtotal, abordagem fundo-cística ou interrupção do procedimento com drenagem e encaminhamento adequado. Essas recomendações refletem o reconhecimento de que a cirurgia biliar envolve desafios técnicos e cognitivos reais, e que eventos adversos podem ocorrer mesmo quando o procedimento é conduzido de acordo com as melhores práticas.

Esse ponto é fundamental. Nem todo evento adverso corresponde a erro médico. Convém distinguir ao menos três planos analíticos: a complicação inerente ao procedimento, o erro humano não culposo e o erro médico propriamente dito. Confundir essas categorias favorece uma cultura retrospectiva de culpabilização automática, frequentemente influenciada pelo viés da análise posterior dos fatos, incluindo a desconsideração da curva de aprendizado inerente à prática cirúrgica, variável crítica na interpretação dos eventos adversos. Na cirurgia biliar, a reconstrução retrospectiva do evento tende a tornar a anatomia aparentemente evidente, ignorando as limitações reais enfrentadas no campo operatório.

Adicionalmente, a interpretação de eventos adversos em cirurgia deve considerar o estágio da curva de aprendizado do cirurgião ou da equipe. A literatura demonstra que tempo operatório, taxas de complicação, conversão e internação tendem a melhorar progressivamente com a experiência, refletindo a natureza dinâmica da aquisição de habilidade cirúrgica<sup>6,7</sup>. Revisões sistemáticas evidenciam ampla variabilidade no número de procedimentos necessários para atingir proficiência, sem ponto de corte universal, o que reforça o caráter contínuo desse processo. Nesse contexto, a ocorrência de eventos adversos, especialmente em fases iniciais de adoção de técnicas ou durante treinamento supervisionado, não pode ser analisada isoladamente, devendo ser compreendida à luz da interação entre experiência, complexidade do caso e tomada de decisão intraoperatória.

Reconhecer essa complexidade não significa relativizar a responsabilidade profissional. Ao contrário, reforça a necessidade de avaliar a conduta do cirurgião de forma objetiva e contextualizada. O profissional con-

tinua obrigado a indicar corretamente o procedimento, informar adequadamente o paciente, executar a técnica conforme o estado da arte, reconhecer precocemente a complicação, elaborar relatório operatório detalhado e estruturado, capaz de contextualizar adequadamente as condições intraoperatórias e as decisões tomadas, e encaminhar oportunamente o caso quando necessário<sup>1,2,8</sup>. O consentimento informado, ao explicitar riscos inerentes ao procedimento, constitui elemento central na distinção entre complicação e erro médico.

Nesse contexto, a expressão “lesão inadvertida da via biliar” pode representar descrição mais adequada quando inexistem elementos objetivos de má prática, especialmente quando o evento ocorre dentro de parâmetros técnicos aceitáveis e na ausência de desvio objetivo do padrão de cuidado. O termo “inadvertida” descreve um evento indesejado, não intencional, ocorrido durante o ato operatório, sem pressupor, por si só, desvio ético ou técnico. Trata-se de formulação semanticamente mais neutra, que preserva espaço para análise posterior da conduta profissional.

Há ainda uma razão adicional para cautela terminológica: a segurança do paciente. Ambientes que associam automaticamente complicações à culpa tendem a inibir a discussão aberta de eventos adversos e dificultar o aprendizado institucional. A noção de just culture, ou cultura justa, alinhada aos princípios contemporâneos de segurança do paciente, propõe que eventos adversos sejam analisados de forma equilibrada, distinguindo falhas humanas não intencionais, comportamentos de risco e condutas temerárias, sem transformar toda complicação em culpa automática, mas também sem afastar a responsabilidade profissional quando houver desvio objetivo do padrão de cuidado<sup>5,9</sup>. Em cirurgia, a melhoria dos resultados depende menos da ampliação da culpabilização e mais da capacidade de reconhecer limites técnicos, discutir complicações e aprimorar continuamente os processos assistenciais.

A experiência com lesões biliares ilustra bem esse ponto. Frequentemente, o desfecho final está mais relacionado à condução do caso após o evento — diagnóstico precoce, comunicação clara e adequada com o paciente e seus familiares, documentação precisa e encaminhamento oportuno a centros especializados — do que à própria ocorrência inicial da lesão<sup>10,6</sup>.

Assim, a discussão terminológica não é mero exercício semântico. Em um periódico cirúrgico, ela tem implicações práticas. Nomear corretamente os eventos adversos contribui para análise mais justa da conduta profissional e para fortalecimento da cultura de segurança na prática operatória. Ao descrever, na ausência de culpa demonstrada, a lesão da via biliar como lesão inadvertida, o cirurgião não minimiza sua gravidade; apenas evita transformar a linguagem técnica em antecipação indevida de juízo de culpa.

Mais do que escolher entre duas palavras, trata-se de defender uma linguagem cirúrgica tecnicamente precisa, eticamente prudente e coerente com a

cultura contemporânea de segurança. Ao longo de sua história, a cirurgia sempre reconheceu que complicações podem ocorrer mesmo em procedimentos consagrados e executados com técnica adequada, razão pela qual sua análise exige rigor técnico e justiça na avaliação da conduta. Nesse contexto, a linguagem não é apenas descritiva, mas também instrumento de justiça técnica e de qualificação da análise dos eventos adversos em cirurgia. Nesse sentido, a precisão terminológica também se torna ferramenta de segurança cirúrgica, permitindo compreender melhor os eventos adversos, aprender com a experiência acumulada e aprimorar continuamente a prática operatória.

## REFERÊNCIAS

1. Brunt LM, Deziel DJ, Telem DA, Aggarwal R, Asbun HJ, Bonjer J, et al. Safe cholecystectomy multi-society practice guideline. *Surg Endosc*. 2020;34(7):2827-55.
2. de'Angelis N, Catena F, Memeo R, Coccolini F, Martínez-Pérez A, Romeo OM, et al. WSES guidelines for bile duct injury during cholecystectomy. *World J Emerg Surg*. 2021;16(1):30.
3. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg*. 1995;180(1):101-25.
4. Way LW, Stewart L, Gantert W, Liu K, Lee CM, Whang K, et al. Causes and prevention of laparoscopic bile duct injuries: analysis of 252 cases from a human factors perspective. *Ann Surg*. 2003;237(4):460-9.
5. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320:768-70.
6. Dagash H, Chowdhury M, Pierro A. When can I be proficient in laparoscopic surgery? A systematic review of the evidence. *J Pediatr Surg*. 2003;38(5):720-4.
7. Selva Raj DR, Kumar S, Nallathamby K, Raj K, Hristova M. A systematic review of the learning curves of novices and trainees to achieve proficiency in laparoscopic skills: virtual reality simulator versus box trainer. *Cureus*. 2024;16(11):e72923.
8. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília; 2019.
9. Boysen PG. Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety. *Ochsner J*. 2013;13(3):400-6.
10. Perera MTPR, Silva MA, Shah AJ, Hardstaff R, Bramhall SR, Issac J, et al. Risk factors for litigation following bile duct injury. *World J Surg*. 2010;34(11):2635-41.

## Disponibilidade e compartilhamento de dados

Os dados que suportam os achados deste estudo estão disponíveis com o autor correspondente mediante solicitação

Recebido em: 14/03/2026

Aceito para publicação em: 23/06/2026

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

## Editor

Daniel Cacione

## Editor Associado

Everton Cazzo

## Endereço para correspondência:

Eduardo Neubarth Trindade

E-mail: entrindade@hcpa.edu.br

