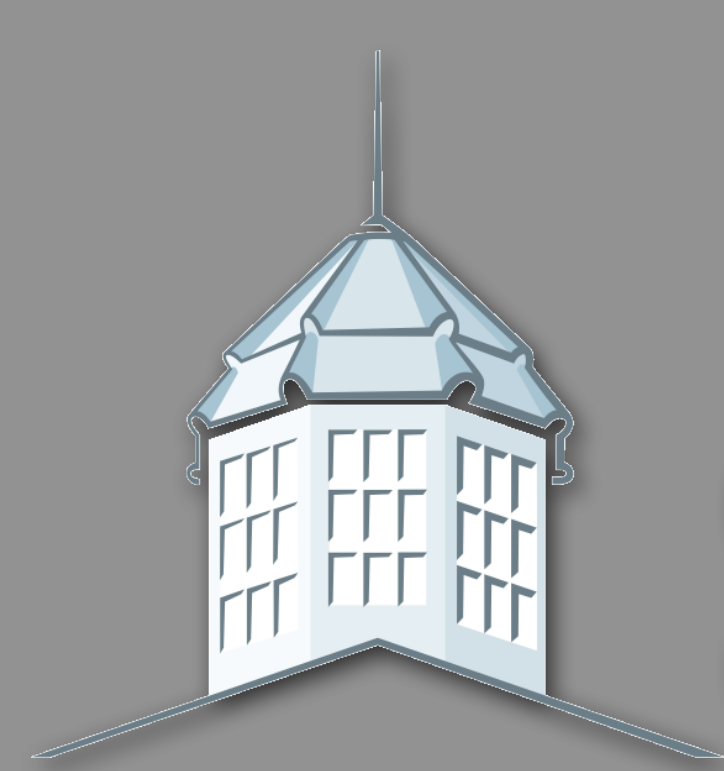




Autores: Gustavo N. G. Cruz¹, Luiza Bassani A²., Guilherme G. Santos³, Mariano A. Menezes⁴.

1. Cirurgião Geral; 2. Residente de Cirurgia Geral; 3. Cirurgião Geral; 4. Cirurgião Do Aparelho Digestivo, Chefe da Residência de Cirurgia Geral.

Serviço de Cirurgia Geral da Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina / Paraná .

Introdução

Cistos de colédoco são dilatações congêntas dos ductos biliares, intra ou extra-hepáticos. São raros, com incidência estimada em 1:100.000 nascidos vivos, comumente diagnosticados na infância^{1,2}.

A tríade clássica é composta por dor abdominal, icterícia e massa palpável. A grande complicação é a malignização (até 30%). O tratamento consiste em exérese do cisto e reestruturação da comunicação biliodigestiva³.

Apresentamos caso de CC tipo IC em adulto, abordado cirurgicamente através de derivação BD de jejuno em Y de Roux com a cápsula do cisto, que apresentou desfecho favorável⁴.

Relato de caso

Paciente masculino, 56 anos, queixava-se de dor abdominal epigástrica, vômitos, icterícia. O laboratório inicial apresentava aumento de enzimas canaliculares, transaminases e bilirrubinas diretas > 13. Marcadores tumorais negativos.

Foi solicitado Ultrassonografia abdominal, que demonstrou um cisto anecóico pericolédoco e pericístico medindo 3,5 x 2,1 cm, provocando dilatação das vias biliares a montante. Investigado com Tomografia de abdome, evidenciou-se formação arredondada bem delimitada, de paredes finas, homogênea, localizada ao nível da bifurcação do ducto hepático comum. Optou-se por submeter o paciente a Colangiopancreatografia retrograda endoscópica (CPRE), (Imagem 1), objetivando alívio da icterícia colestática. Drenada a via biliar, houve melhora laboratorial parcial. Procedeu-se então com Colangiorressonância abdominal, que evidenciou formação cística relacionada ao ducto hepático direito medindo 2,5 cm de diâmetro (Imagem 2).

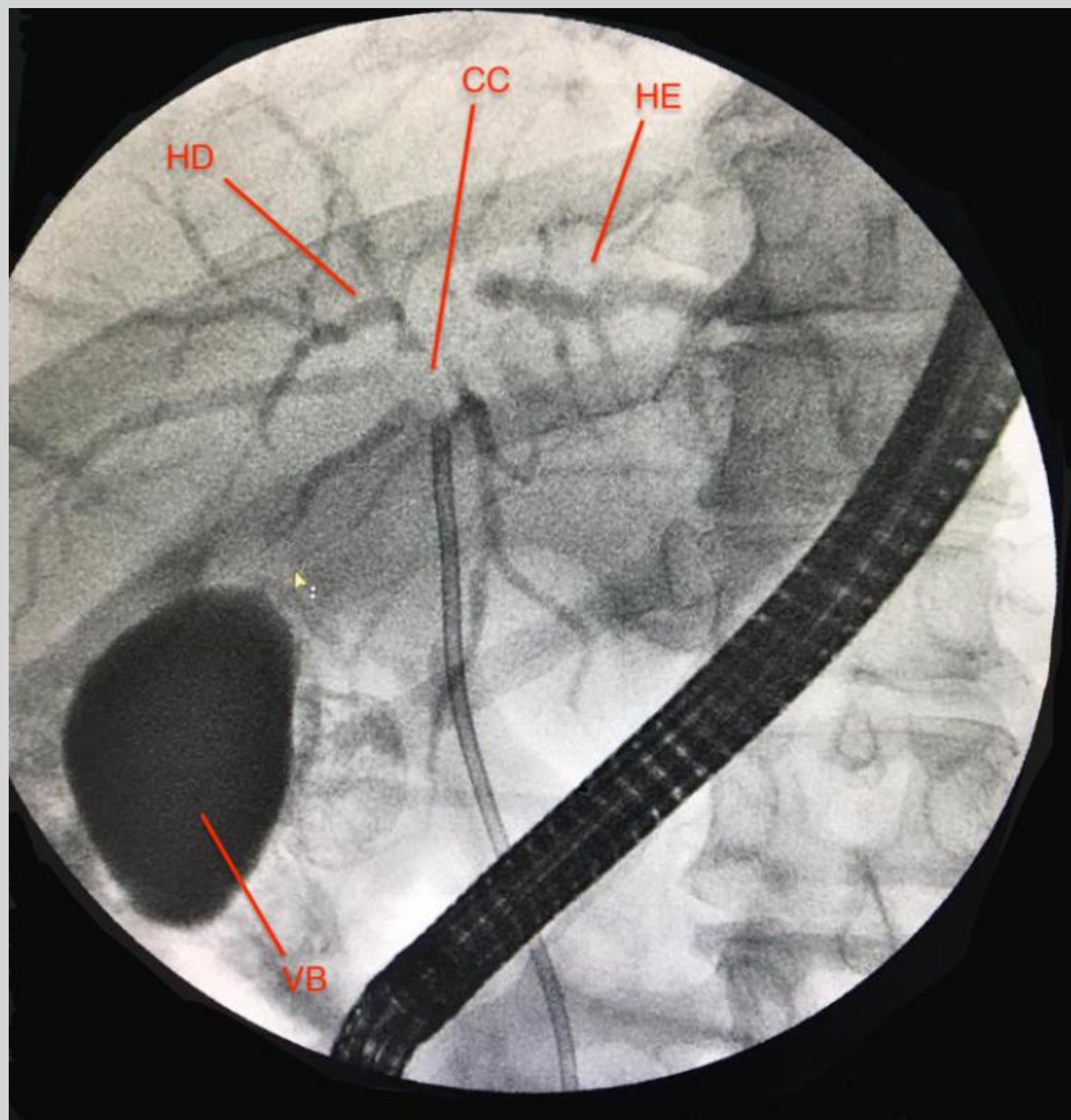


Imagem 1 - CPRE. VB: Vesícula biliar; CC: Cisto Colédoco; HD: Ducto Hepático Direito; HE: Ducto Hepático Esquerdo.

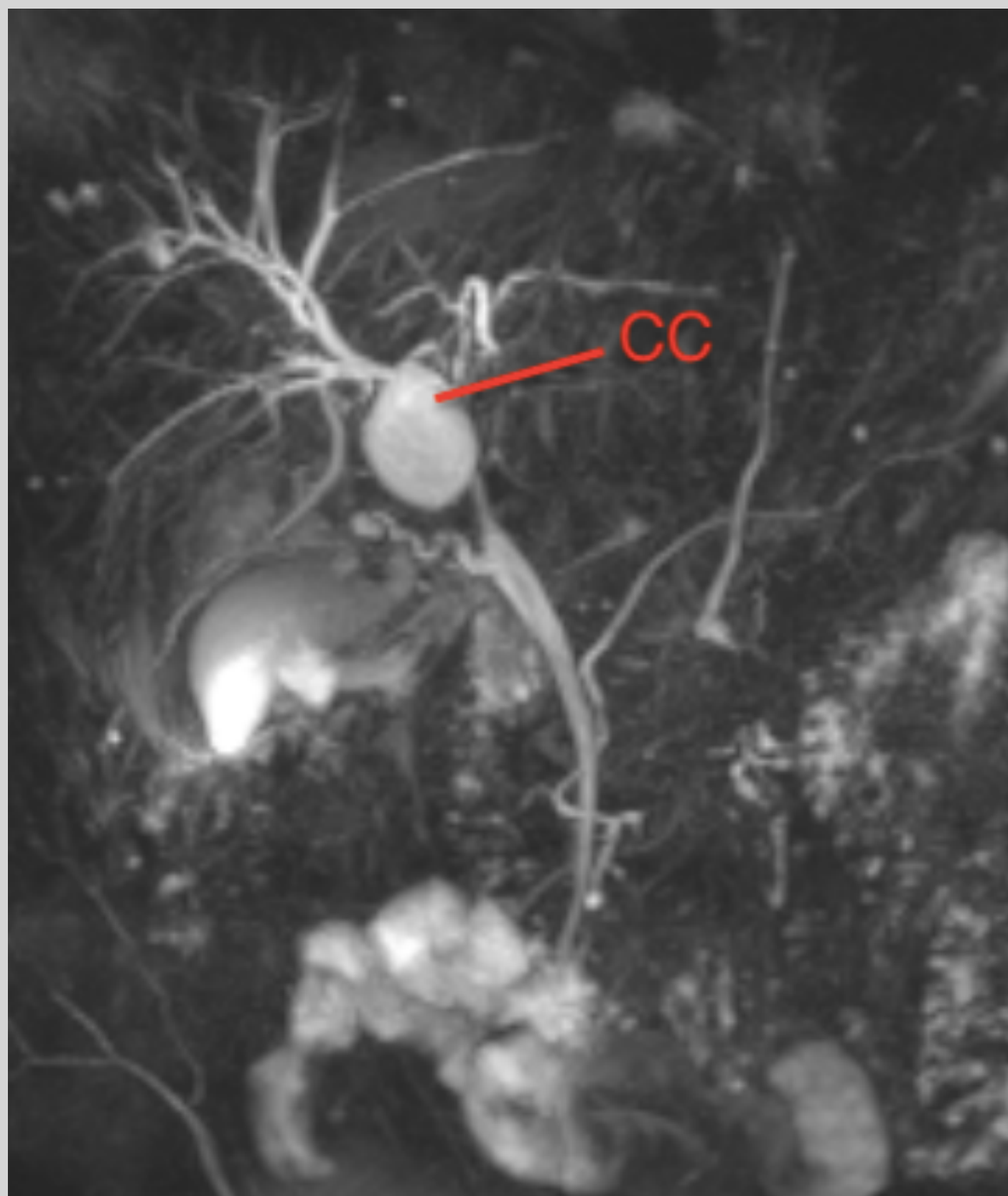


Imagem 2: Ressonância Magnética. CC: Cisto de Colédoco.

No intra-operatório, localizou-se CC tipo IC em colédoco proximal comprometendo a junção dos hepáticos. Optou-se por colecistectomia, septoplastia, seguida de ressecção parcial do cisto e anastomose do jejuno com a cápsula do cisto em Y-Roux. O pós operatório evoluiu sem intercorrências, com alta hospitalar no 7º dia. O exame histopatológico confirmou tratar-se de CC, sem malignidade e sem células produtoras de mucina. No seguimento após 1 ano, o paciente mantém assintomático com exames laboratoriais normais.



Imagem 3: Ilustração esquemática do procedimento evidenciando a anastomose da cápsula do cisto com o jejuno em Y de Roux.

Discussão

Em 1969, Babbitt sugeriu que os CC se originariam da união anômala do ducto pancreaticobiliar, secundária a migração do coledocopancreático para parede duodenal. São raros os relatos em homens e adultos, o que torna esse caso extremamente incomum¹.

A clínica clássica é mais comum em crianças, porém rara. Adultos manifestam mais dor abdominal, sintomas pancreáticos, cálculos biliares e colecistite. A colangiorressonância é considerada padrão ouro de diagnóstico e seguimento⁵.

A abordagem cirúrgica do caso depende da classificação do cisto de colédoco, que foi proposta por Todani em 1977. Cistos do tipo I e do tipo IV devem ser abordados com excisão total do ducto cístico extra-hepático abaixo do nível de comunicação com o ducto pancreático, colecistectomia e restauração da continuidade bilioentérica com hepaticoduodenostomia e hepaticojejunostomia em Y de Roux, sendo o segundo tipo preferido e eleito por ter menor refluxo biliar e estar menos associado a câncer gástrico. Os cistos dos tipos II e III, são associados a baixa malignização sendo portanto, aceitável que se realize apenas a diverticulectomia, quando possível⁴.

No intra-operatório, foi mantida parte da cápsula do cisto para a anastomose com jejuno em Y de Roux, em vista de que se tratava de via biliar estreita com ductos hepáticos direito e esquerdo muito finos. Assim sendo, a chance da anastomose envolvendo jejuno e via biliar intra-hepática evoluir para estenose era alta. Considerando a idade avançada do paciente, os marcadores tumorais negativos e o baixo risco de carcinogênese após liberar estase biliar, pesados benefícios e riscos, concluiu-se ter sido opção mais viável. O risco de malignidade biliar subsequente em pacientes submetidos à excisão de cisto do colédoco chega a aproximadamente 1,6% após 15 anos e 3,9% após 20 anos, portanto, o paciente em questão deverá manter acompanhamento ambulatorial para acompanhamento da cápsula residual envolvida na anastomose biliodigestiva. Irá submeter-se ao seu primeiro exame de imagem de controle, porem ate a data do recente estudo, mantem-se assintomático e com exames laboratoriais normais^{6,7,8,9}.

Conclusão

A ressecção parcial do cisto do colédoco do tipo IC com anastomose cisto-jejunal em Y de Roux pode ser uma alternativa frente a uma via biliar não favorável e em pacientes com idade avançada, porém o monitoramento pós operatório deve ser realizado pelo risco de malignização da área não ressecada.

Referências Bibliográficas:

1. Babbitt DP. Congenital choledochal cysts: new etiological concept based on anomalous relationships of the common bile duct and pancreatic bulb. *Ann Radiol (Paris)*. 1969;12:231-40.
2. Lipsett P. Biliary atresia and cysts, in Pitt H (eds): *The Biliary Tract* (part of Clinical Gastroenterology). London, UK, Balliere Kindall, 1997, 11 (4), pp 626-641
3. Banerjee Jesudason SR, Ranjan Jesudason M, Paul Mukha R, Vyas FL, Govil S. Muthusami JC. Management of adult choledochal cysts a 15-year experience. *HPB (Oxford)*. 2006; 8(4):299-305
4. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, et al: Congenital bile duct cysts, classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 134:263-269, 1977
5. Fornly DN, Ferrante SMR, Silveira VG, Siviero I, Chagas VLA, Meio IB. Cisto de colédoco na infância: revisão de 30 casos. *Rev Col Bras Cir*. 2014;41(5): 331-5

6. Chijiwa K, Koga A. Surgical management and long-term follow-up of patients with choledochal cysts. *Am J Surg* 1993;165:238e242.
7. Shimotakahara A, Yamataka A, Yanai T, et al. Roux-en-Y hepaticojejunostomy or hepaticoduodenostomy for biliary reconstruction during the surgical treatment of choledochal cyst: which is better? *Pediatr Surg Int* 2005;21:5e7.
8. Kimura K, Tsugawa C, Ogawa K, et al. Choledochal Cyst: Etiological Considerations and Surgical Management in 22 Cases. *Arch Surg*. 1978;113(2):159-163. doi:10.1001/archsurg.1978.01370140049010
9. Taku Ohashi, Toshifumi Wakai, Masayuki Kubota, Yasunobu Matsuda, Yuhki Arai, Toshiyuki Ohyama, Kengo Nakaya, Naoki Okuyama, Jun Sakata, Yoshio Shirai and Yoichi Ajioka: Risk of subsequent biliary malignancy in patients undergoing cyst excision for congenital choledochal cysts. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. (2013) 243-247.