



## CISTOS DE COLÉDOCO SEGUNDO TODANI: RELATO DE CASO

Ana Paula Gonçalves Faria<sup>1</sup>; Amanda Tatiele Carneiro Alves<sup>1</sup>; Bruna Marra Aparecida Nunes Marra<sup>1</sup>; Laura de Castro Simão<sup>1</sup>; Ludymila Silva Dias<sup>1</sup>; Maria Luiza Batista Borges Amado<sup>1</sup>; Mariane de Melo Silveira<sup>1</sup>; Edson Antonacci Júnior<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) - MG.

<sup>2</sup> Cirurgião Geral e preceptor do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) - MG.

### INTRODUÇÃO

Cistos de Colédoco (CC) são condições raras, definidas como uma dilatação congênita da árvore biliar, intra e/ou extra-hepática, mais comumente afetando o ducto biliar comum. Sua incidência mundial é de aproximadamente 1: 150.000 em países ocidentais. Destes, mais de 70% são diagnosticados na primeira década de vida. Há prevalência no sexo feminino (4:1). Sua patogênese é multifatorial, sendo a hipótese mais aceita, a malformação da junção biliopancreática. Seu quadro clínico clássico é a dor abdominal associada a icterícia e massa palpável. Sabe-se que os CCs tem alta taxa de malignização, com maior incidência com a idade e os tipos I e IV apresentam significativamente maior predisposição à desenvolver o colangiocarcinoma.

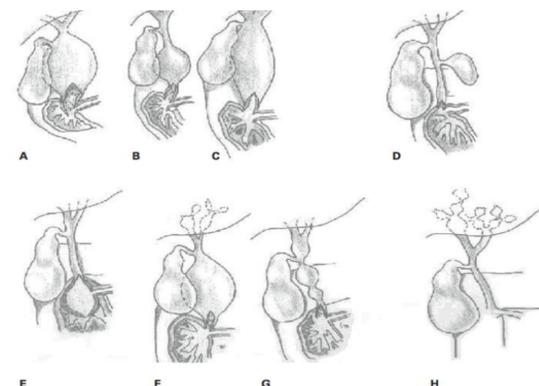
### RELATO DE CASO

B.M.S.R, sexo feminino, 21 anos, compareceu ao Hospital Regional Antônio Dias, em Patos de Minas - MG, queixando dor em hipocôndrio direito (HD) há nove dias, associada a náusea e vômito. Relatou piora da dor a ingesta de alimentos gordurosos. Negava outros sintomas, uso de medicações e comorbidades. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, anictérica, com presença de abdome flácido com plastrão, Murphy positivo, sem sinais de irritação peritoneal. Paciente foi internada para melhor avaliação do quadro já com prescrição de ceftriaxona e metronidazol. Nos dias seguintes, evoluiu com melhora de dor em HD e negava outros sintomas. Em US solicitado na admissão foi visualizado presença de cisto em ducto hepático comum. Ao exame laboratorial apresentava-se com GGT 225, FA 154, PCR 52, TGO 66, TGP 116, LIPASE 132. Foi solicitado uma colangiorressonância que evidenciou vesícula biliar de paredes espessadas, líquido adjacente, conteúdo homogêneo, com aparente precipitação em seu infundíbulo, discreta ectasia das vias biliares extra-hepáticas e dilatação cística de colédoco, sugerindo cisto com classificação Todani IA; ductos pancreáticos e topografia da papila duodenal sem alterações. Após 9 dias de internação, a paciente recebeu alta com encaminhamento para cirurgia eletiva.

### DISCUSSÃO

Em 1977, Todani classificou os CCs em 5 tipos (FIGURA 1). Os do tipo I limitados ao trato biliar extra-hepático. Esses são subdivididos em: IA que apresenta dilatação cística sacular de toda via biliar extra-hepática; IB caracterizam-se por dilatação focal e segmentar do colédoco distal; ; IC são dilatações fusiformes de toda via biliar extra-hepático. Os cistos do tipo II são divertículos saculares da via biliar extra-hepática. O tipo III é chamado de coledocele. Já os cistos do tipo IV possuem subdivisões em IVA e IVB, sendo o primeiro caracterizado por múltiplos cistos intra e extra-hepáticos e o segundo por múltiplos cistos, com localização apenas extra-hepática. O tipo V corresponde a cistos intra-hepáticos (doença de Caroli). O diagnóstico tem como escolha a colangiografia endoscópica, entretanto é um método invasivo. Por ser um método não-invasivo, a colangiorressonância é a mais utilizada. O tratamento é basicamente cirúrgico, tendo como exceção a Doença de Caroli não avançada. Quando não operados, os pacientes podem ter como complicações obstrução biliar completa, cirrose biliar secundária, hipotensão e colangite séptica por infecção grave. Os tipo I e II devem passar por ressecção cirúrgica, seguido de reconstrução do trânsito em Y de Roux. Já nos pacientes com cistos do tipo III é recomendado a papiloesfincterectomia endoscópica. Se houver casos de comprometimento da árvore biliar intra-hepática pode ser realizado desde hepatectomias segmentares até o transplante. Este relato de caso justifica-se pela importância de informar a todos sobre a seriedade do diagnóstico precoce da doença, a fim de evitar complicações.

A: Tipo IA B: Tipo IB C: Tipo IC D: Tipo II E: Tipo III F: Tipo IVA G: Tipo IVB H: Tipo V  
Figura 1. Classificação de Todani para cistos de colédoco.



Fonte: Altintoprak, 2016

- REFERÊNCIAS:** ALTINTOPRAK, F. et al. Choledochal cysts-Classification, physiopathology, and clinical course. *Integrative Cancer Science and Therapeutics*, v. 3, n.5, p. 588-592, 2016.
- LISBOA, M. et al. Reoperação para tratamento de cisto de colédoco no adulto. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 25, n.1, p. 133-136, 2015.
- GANDOLFI, J.F. et al. Cisto de colédoco: relato de caso e revisão da literatura. *ABCD Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, v. 20, n. 2, p. 130-133, 2007.
- PACHECO, E. G. et al. Doenças císticas das vias biliares. *Rev Soc Bras Clin Med*, v. 13, n. 3, p. 213-217, jul-set. 2015.