

Reoperação para tratamento de cisto de colédoco no adulto

Reoperation for the treatment of choledochal cyst in adults

Manoel Lisboa¹, José Salizi¹, Fernando Queiroz², Isadora Maia Nobre³, Isabela Lemos de Almeida Castro³, Maria Alice Soares Silveira Cardoso³, Luana Magalhaes Bernardo³, Neander Neves Alves Ezidório³, Vivian Resende⁴

DOI: 10.5935/2238-3182.20150023

RESUMO

Cisto do colédoco refere-se à dilatação congênita da via biliar principal, associada ou não à de ductos intra-hepáticos segmentares. Relata-se o caso de uma paciente do sexo feminino, 40 anos, com diagnóstico de cisto do colédoco, que aos 17 anos havia sido submetida a tratamento cirúrgico. Evoluiu com colangite de repetição e icterícia obstrutiva. Os exames por imagem revelaram dilatação das vias biliares intra-hepáticas, principalmente à esquerda, hepatolitíase e grande lesão cística no pedículo hepático. Durante a laparotomia evidenciou-se que o tratamento prévio havia sido colecistectomia e drenagem do cisto por meio de cistojejunostomia em Y de Roux, o qual estava obstruído. O tratamento consistiu em ressecção do cisto do colédoco, hepatectomia dos segmentos 2 e 3 e confecção de hepaticojunostomia em Y de Roux. A paciente encontra-se no quarto ano de acompanhamento ambulatorial, sem intercorrências. Em função da sua associação com o câncer, recomenda-se que o tratamento do cisto de colédoco seja a ressecção e não apenas a drenagem.

Palavras-chave: Cisto do colédoco; Cisto do colédoco/cirurgia; Reoperação; Colangiocarcinoma.

ABSTRACT

Choledochal cyst refers to congenital dilatation of the main biliary route associated or not with the segmental intrahepatic ducts. We report the case of a female patient, 40 years old, with the diagnosis of choledochal cyst, who at 17 years of age had undergone surgical treatment. She evolved with cholangitis of repetition and obstructive jaundice. The imaging exams showed dilation of the biliary intra-hepatic routes, mainly on the left, hepatolithiasis, and a large cystic lesion in the liver pedicle. The laparotomy evidenced that the previous treatment had been a cholecystectomy and cyst draining through Roux cystojejunostomy in Y, which was blocked. The treatment consisted of resection of the choledochal cyst, hepatectomy of the 2 and 3 segments, and Roux hepaticojunostomy in Y. The patient is in the fourth year of outpatient follow-up with no complications. On the basis of its association with cancer, resection and not just draining is the recommended treatment of choledochal cyst.

Key words: Choledochal Cyst; Choledochal Cyst/surgery; Reoperation; Cholangiocarcinoma.

INTRODUÇÃO

Cisto de colédoco (CC) é uma dilatação congênita da árvore biliar, que pode estar associada à malformação da junção biliopancreática.¹⁻³ É considerado fator de risco para doença maligna do trato biliar. Colangiocarcinoma já foi descrito em pacientes

¹ Médico. Cirurgião Visitante de Angola, do Grupo de Fígado, Vias Biliares, Pâncreas e Baço do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas-HC da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médico Cirurgião. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Acadêmico(a) do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Médica Cirurgiã. Pós-Doutora. Professora Associada do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG, Grupo de Fígado, Vias Biliares, Pâncreas e Baço do Instituto Alfa de Gastroenterologia do HC-UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 30/11/2012

Aprovado em: 24/03/2014

Instituição:

Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Vivian Resende

E-mail: vivianresen@gmail.com

com menos de 20 anos de idade, portadores de cisto de colédoco.³⁻⁵ Há relato de carcinoma que se desenvolveu em ducto intra-hepático⁶⁻⁸ e no coto remanescente, após ressecção do cisto de colédoco.^{8,9}

O diagnóstico do CC, em geral, é feito no paciente pediátrico e, atualmente, devido à acurácia dos métodos propedêuticos por imagem, é possível de ser feito intraútero. O diagnóstico pode também ser feito já na idade adulta, quando os sintomas são tardios.¹⁰

Em função da associação com o câncer da via biliar,³⁻⁹ para a maioria dos casos do tipo I pela classificação de Todani,¹¹ a ressecção total do ducto biliar extra-hepático e hepaticojunostomia em Y de Roux é a forma de tratamento preconizada. O diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico proporcionam bom prognóstico.^{12,13}

O objetivo deste relato é descrever o caso de uma paciente que teve como tratamento inicial a derivação do cisto de colédoco por meio de anastomose cistojejunal.

RELATO DO CASO

Para o relato do seguinte caso foi obtido consentimento da paciente. Trata-se de uma paciente com 40 anos, melanodérmica, hígida, com queixa de dor abdominal recorrente. Relatava ter tido episódios de colangite. Havia sido submetida à colecistectomia convencional há 22 anos e tratamento de cisto de colédoco no mesmo ato. A ressonância nuclear magnética do abdome mostrou grande lesão cística junto ao hilo hepático, dilatação de vias biliares intra-hepáticas, predominantemente à esquerda, com múltiplos defeitos de enchimento, sugestivos de cálculos (Figura 1). A paciente foi submetida à laparotomia durante a qual se evidenciou cisto de via biliar extra-hepática, anastomose cistojejunal em Y de Roux e hérnia interna com dilatação da alça proximal do Y de Roux (Figura 2). A colangiografia peroperatória demonstrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas à esquerda, com múltiplos defeitos de enchimento. Realizou-se lise de aderências, ressecção do cisto biliar e da alça dilatada do Y de Roux, hepatectomia dos segmentos 2 e 3 (Figura 3) e hepaticojunostomia em Y de Roux. A paciente evoluiu sem complicações e recebeu alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. Encontra-se no quarto ano do acompanhamento ambulatorial e, durante esse período, não apresentou intercorrências.

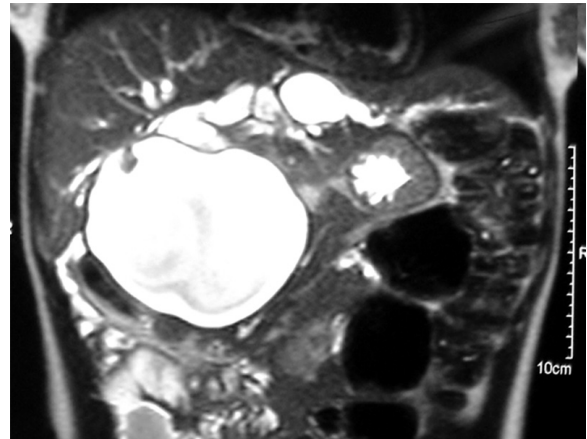


Figura 1 - Ressonância magnética do abdome mostrando dilatação de vias biliares intra-hepáticas, hepatolitíase, lesão cística junto ao hilo hepático, dilatação de vias biliares intra-hepáticas, predominantemente à esquerda, com múltiplos defeitos de enchimento, sugestivos de cálculos.

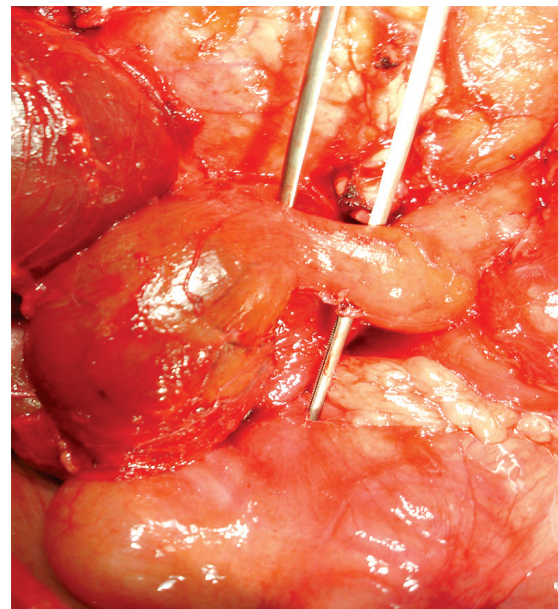


Figura 2 - Anastomose cistojejunal em Y de Roux. A pinça mostra o local da obstrução e dilatação da alça proximal do Y de Roux.

DISCUSSÃO

A incidência de cisto congênito de colédoco é muito variável. A estimativa de incidência na população ocidental é de 1/200.000 e 1/13.000 nascidos vivos, enquanto no Oriente o Japão apresenta o maior número de casos relatados. O predomínio é no sexo feminino, na proporção de 4:1 (aproximadamente 80% dos casos). A doença é típica de crianças jovens, com menos de 20% dos diagnósticos em adultos.^{10,12}

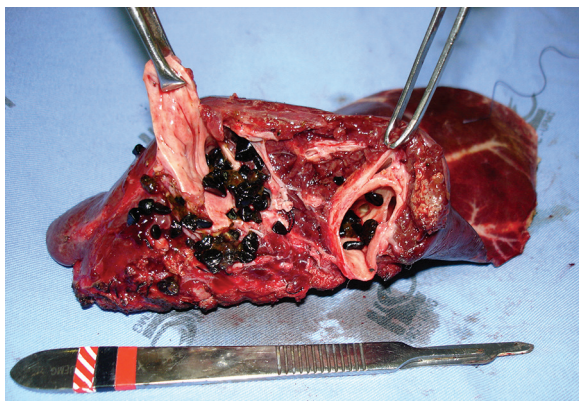


Figura 3 - Segmentos hepáticos II e III ressecados, evidenciando dilatação e litíase em vias biliares intra-hepáticas.

A patogênese do cisto do colédoco é, provavelmente, multifatorial.¹⁴⁻¹⁷ Pode estar relacionada à malformação da junção biliopancreática.^{14,15} Em estudos de necrópsia em indivíduos normais, verificou-se que em 80% dos casos a união do colédoco e do ducto pancreático principal resulta na formação da ampola hepatopancreática no interior da parede duodenal, sujeita ao controle de um mecanismo esfinteriano.¹⁴ Na criança normal, o comprimento máximo do canal comum é de até 4 mm e no adulto de 10 mm. A ação do esfíncter impede o refluxo de suco pancreático para a via biliar. Da mesma forma, esse mecanismo esfinteriano previne a passagem de bile para o ducto pancreático.¹⁴

Do ponto de vista embriológico, a malformação da junção biliopancreática ocorre devido à origem muito proximal do divertículo do pâncreas ventral que, após rotação posterior, determina um canal biliopancreático de maior comprimento.¹⁴ A junção biliopancreática anômala, ao contrário da situação normal, não se faz dentro do esfíncter de Oddi e, assim, a contração do esfíncter não é capaz de impedir o refluxo de enzimas pancreáticas para a via biliar, com ativação de proenzimas pancreáticas, lesão de epitélio e enfraquecimento das paredes dos ductos biliares. Como consequência ocorrem inflamação, hipertensão e a dilatação ductal.¹⁵ Apesar da alta incidência de junção biliopancreática anômala em pacientes com cisto de colédoco, essa alteração não está presente em todos os casos.

Têm sido consideradas a disfunção isolada do esfíncter de Oddi e alteração na inervação autônoma do colédoco terminal, provocando dilatação das vias biliares.^{16,17} Há também hipótese de que a infecção viral possa estar relacionada à etiologia dos cistos de colédoco, já que foi detectado RNA retroviral nos te-

cidos dos pacientes acometidos. Nesse caso, a infecção viral provocaria agangliose do colédoco distal por mecanismo imunológico.¹⁷

Padrão hereditário ou predisposição genética para formação de cisto de colédoco ainda não estão bem definidos, apesar de ter sido demonstrado que vários membros da mesma família podem ser acometidos.^{16,17} Defeitos na epiteliação e na recanalização dos ductos biliares durante o desenvolvimento embrionário e fraqueza congênita das suas paredes também têm sido implicados.^{16,17}

Na classificação de Todani¹¹ os cistos de colédoco do tipo I são divididos em três subtipos (IA, IB, IC). A subdivisão IA caracteriza-se pela dilatação do colédoco, acometendo parte ou toda a via biliar extra-hepática, com a via biliar intra-hepática normal. Os cistos do tipo IB são caracterizados por dilatação focal e segmentar do colédoco distal. Os cistos do tipo IC exibem dilatação fusiforme do colédoco com dilatação cilíndrica do ducto hepático comum, com a via biliar intra-hepática normal.

Os cistos do tipo II apresentam-se como divertículo sacular, sugerindo também duplicação da vesícula biliar.¹¹ Os cistos do tipo III são também denominados de coledococoele.¹¹ Nesse tipo, o colédoco termina formando um pequeno cisto intramural que faz protrusão para a luz duodenal, onde se encontra recoberto por mucosa.

Os cistos do tipo IV são subdivididos em IVA e IVB. São mais frequentes em adultos, estando associados à litíase intra-hepática, complicada com dilatação das vias biliares e abscessos hepáticos.¹¹ Os cistos do subtipo IVA correspondem a cistos múltiplos, acometendo as vias biliares extra-hepáticas e intra-hepáticas. Estes últimos são mais frequentes no lobo esquerdo do fígado, sendo este o tipo apresentado pela paciente do presente relato. Os cistos do subtipo IVB são também múltiplos, porém acometem apenas as vias biliares extra-hepáticas. Os cistos do tipo V correspondem à doença de Caroli.¹⁸

Em função da sua associação com o câncer³⁻⁹, a maioria dos autores tem proposto ressecção cirúrgica dos cistos do colédoco do tipo I e II, seguido de reconstrução do trânsito em Y de Roux.^{10-13,19} Tem-se observado ser esta a conduta que fornece os melhores resultados, com baixa morbidez e mortalidade.^{12,13} Nos pacientes com cisto do tipo III o tratamento recomendado é a papiloesfinterectomia endoscópica.¹⁹ Nos casos em que há comprometimento da árvore biliar intra-hepática os procedimentos variam desde hepa-

tectomias segmentares até o transplante hepático.²⁰ Quando não operados, os pacientes podem evoluir com obstrução biliar completa, cirrose biliar secundária, hipotensão e colangite séptica por infecção grave.¹⁹

Em conclusão, ressalta-se que, no passado, como no caso da paciente deste relato, os cistos de colédoco eram apenas drenados para uma alça intestinal, em vez de serem ressecados. Essa conduta deve ser evitada, pois estes podem evoluir com graves complicações, sendo a principal delas o desenvolvimento de colangiocarcinoma.

REFERÊNCIAS

- Iwai N, Fumino S, Tsuda T, Ono S, Kimura O, Deguchi E. Surgical Treatment for Anomalous Arrangement of the Pancreaticobiliary duct with nondilatation of the common bile duct. *J Pediatr Surg*. 2004; 39:1794-6.
- Guo W-I, Huang S, Wang J, Sheng M, Fang L. Imaging findings in 75 pediatric patients with pancreaticobiliary maljunction: a retrospective case study. *Pediatr Surg Int*. 2012; 28:983-8.
- Nakamura H, Katayose Y, Rikiyama T, Onogawa T, Yamamoto K, Yoshida H, et al. Advanced bile duct carcinoma in a 15-year-old patient with pancreaticobiliary maljunction and congenital biliary cystic disease. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2008; 15:554-9.
- Tanaka S, Kubota M, Yagi M, Okuyama N, Ohtaki M, Yamazaki S, et al. An 11-year-old male patient demonstrating cholangiocarcinoma associated with congenital biliary dilatation. *J Pediatr Surg*. 2006; 41:E15-9.
- Kuriyama Y, Kawamura K, Enomoto H. Biliary carcinoma associated with choledochal cyst in a 15-year old girl. *Jpn J Pediatr Surg*. 1997; 32:314-8.
- Kim SH, Kim HW, Kang DH, Kim MD, Lee JH, Lee JH, et al. A case of intrahepatic cholangiocarcinoma associated with type IV choledochal cyst. *Korean J Gastroenterol*. 2012; 60:123-7.
- Kumamoto T, Tanaka K, Takeda K, Nojiri K, Mori R, Taniguchi K, Matsuyama R, Ueda M, Sugita M, Ichikawa Y, Nagashima Y, Endo I. Intrahepatic cholangiocarcinoma arising 28 years after excision of a type IV-A congenital choledochal cyst: report of a case. *Surg Today*. Published online: 23 October 2012.
- Watanabe Y, Toki A, Todani T. Bile duct cancer developed after cyst excision for choledochal cyst. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 1999; 6:207-12.
- Ono S, Sakai K, Kimura O, Iwai N. Development of bile duct cancer in a 26-year-old man after resection of infantile choledochal cyst. *J Pediatr Surg*. 2008; 43:E17-9.
- Gong L, Qu Q, Xiang X, Wang J. Clinical analysis of 221 cases of adult choledochal cysts. *Am Surg*. 2012; 78:414-8.
- Todani T. Congenital choledochal dilatation: classification, clinical features, and long-term results. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 1997; 4:276-82.
- Congo K, Lopes MF, Oliveira PH, Matos H, Basso S, Reis A. Outcomes of choledochal cysts with or without intrahepatic involvement in children after extrahepatic cyst excision and Roux-en-Y hepaticojejunostomy. *Ann Hepatol*. 2012; 11:536-43.
- Ono S, Fumino S, Shimadera S, Iwai N. Long-term outcomes after hepaticojejunostomy for choledochal cyst: a 10- to 27-year follow-up. *J Pediatr Surg*. 2010; 45:376-8.
- Babbitt DP. Congenital choledochal cyst: new etiological concept based on anomalous relationships of common bile duct and pancreatic bulb. *Ann Radiol*. 1969; 12:231-41.
- Hernandez-Jover D, Pernas JC, Gonzalez-Ceballos S, Lupu I, Monill JM, Pérez C. Pancreatoduodenal junction: review of anatomy and pathologic conditions. *J Gastrointest Surg*. 2011; 15:1269-81.
- Makin E, Davenport M. Understanding choledochal malformation. *Arch Dis Child*. 2012; 97:69-72.
- Nakanuma Y, Harada K, Sato Y, Ikeda H. Recent progress in the etiopathogenesis of pediatric biliary disease, particularly Caroli's disease with congenital hepatic fibrosis and biliary atresia. *Histol Histopathol*. 2010; 25:223-35.
- Lefere M, Thijs M, De Hertogh G, Verslype C, Laleman W, Vanbekevoort D, et al. Caroli disease: review of eight cases with emphasis on magnetic resonance imaging features. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2011 Jul; 23:578-85.
- Saluja SS, Nayeem M, Sharma BC, Bora G, Mishra PK. Management of choledochal cysts and their complications. *Am Surg*. 2012; 78:284-90.
- Horia T, Oikea F, Oguraa Y, Ogawaa K, Hataa K, Yonekawaa Y, et al. Liver transplantation for congenital biliary dilatation: a single-center experience. *Dig Surg*. 2010; 27:492-501.