

Tratamento endoscópico de cisto de colédoco em paciente idosa: relato de caso

Endoscopic treatment of choledochal cyst in older patient: case report

Géssica de Paula Vasconcelos¹, Italo Cordeiro Moreira¹, Diego Laurentino Lima²,
Raquel Nogueira Cordeiro³, Paula Fernanda Pessôa e Silva⁴

Vasconcelos GP, Moreira IC, Lima DL, Cordeiro RN, Pessôa e Silva PF. Tratamento endoscópico de cisto de colédoco em paciente idosa: relato de caso / *Endoscopic treatment of choledochal cyst in older patient: case report*. Rev Med (São Paulo). 2020 maio-jun.;99(3):323-5.

RESUMO: Paciente do sexo feminino, 63 anos, foi admitida na emergência com quadro de calafrios, febre e dor em hipocôndrio direito há sete dias da admissão. Colangiopressonância evidenciou lesão de 4,5 x 4,2cm em terço médio/distal de ducto hepatocolédoco com leve ectasia de vias biliares. Há cinco anos, paciente foi abordada cirurgicamente - colecistectomia videolaparoscópica - devido a colelitíase. No internamento atual, foi optado por tratamento endoscópico por CPRE (Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica), com realização de papilotomia para evitar novos episódios de colangite. Paciente evoluiu sem intercorrências há cerca de oito meses, assintomática, sem novos episódios de febre ou icterícia.

Descritores: Cisto de colédoco; Vias biliares; Tratamento endoscópico; Cirurgia minimamente invasiva; Relatos de casos.

ABSTRACT: A 63-year-old female patient was admitted to the emergency room with chills, fever and pain in the upper right quadrant for seven days before admission. MRCP (magnetic resonance cholangiopancreatography) showed a lesion of 4.5 x 4.2 cm in the middle/distal third of the main bile duct with mild ectasia of bile ducts. Five years ago, the patient was surgically treated - videolaparoscopic cholecystectomy - due to cholelithiasis. At the current hospitalization, patient underwent endoscopic treatment, with papillotomy performed to avoid new episodes of cholangitis. Patient had no further complications, asymptomatic, without new episodes of fever or jaundice.

Keywords: Choledochal cyst; Bile ducts; Endoscopic treatment; Minimally invasive surgery; Case reports.

INTRODUÇÃO

Cisto de Colédoco é uma doença rara com incidência estimada em 1:100.000 até 1:150.000 nascidos vivos nos países ocidentais, caracterizada por dilatação congênita da árvore biliar tanto intra quanto extra-hepática¹. Foi descrita pela primeira vez por Vater em 1723². Usualmente é detectada durante a primeira década

de vida; é mais comum no sexo feminino por razões ainda desconhecidas e ocorre mais comumente na Ásia².

Os ductos colédoco e pancreático formam um canal comum fora do duodeno que permite o refluxo de suco pancreático para o sistema biliar, ocasionando aumento da pressão intra-ductal e inflamação, que em conjunto, levariam à dilatação³.

É recomendado o tratamento precoce para evitar

1. Residentes de Cirurgia Geral, Hospital Getúlio Vargas, Recife, PE, Brasil. ORCID iD: Moreira IC - <https://orcid.org/0000-0003-1841-5397>; Moreira IC - <https://orcid.org/0000-0003-3173-3891>. Email: gessica_vasconcelos@hotmail.com, italo.cordeiro@hotmail.com.

2. Research fellow, Montefiore Medical Center, New York, US. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7383-1284>. Email: dilaurentino@gmail.com.

3. Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, PE, Brasil. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0238-8374>. Email: raquelnogueiracordeiro@gmail.com.

4. Cirurgia Geral da Emergência do Hospital Getúlio Vargas (HGV), Recife, PE, Brasil. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5189-8469>. Email: pessoa.paula@yahoo.com.

Endereço para correspondência: Diego Laurentino Lima. Desembargador João Paes Street, 421. Apt. 1101. Boa Viagem, Recife, PE. CEP: 51021-360. Email: dilaurentino@gmail.com.

riscos de complicações como coledocolitíase, colangite, pancreatite e colangiocarcinoma⁴.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 63 anos, hipertensa, foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica em 2012 devido a colelitíase. Durante exames pré-operatórios, foi visto em USG (ultrassonografia) de abdome sinais ecográficos sugestivos de esteatose hepática moderada e cisto anecóico peripancreático; em cintilografia de vias biliares observou-se retenção do radiofármaco na vesícula biliar com área de retenção anormal no trajeto do colédoco (Figura 1).

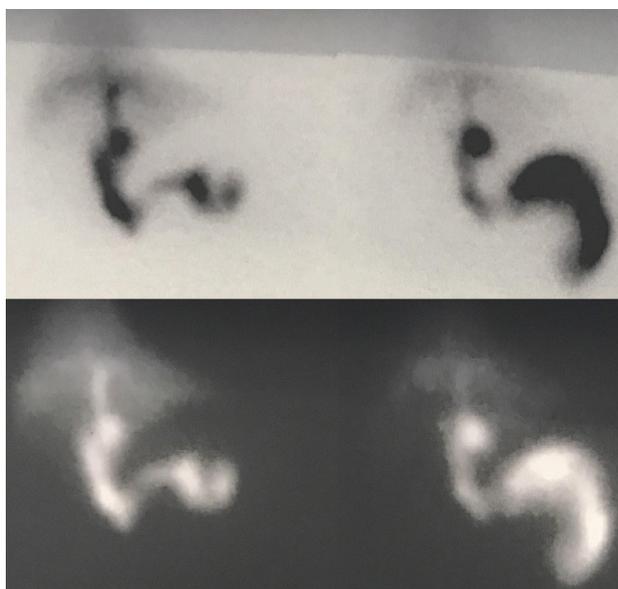


Figura 1. Formação nodular de acúmulo do radiofármaco (injeção venosa de DISIDA-99mTc) no trajeto do colédoco

Em Ressonância Nuclear Magnética (RNM) foram encontradas pequenas lesões noduliformes de limites mal definidos agrupadas comprometendo os segmentos pósterosuperior e pósteroinferior do lobo hepático direito, com hipersinal nas sequências ponderadas em T2 e sem

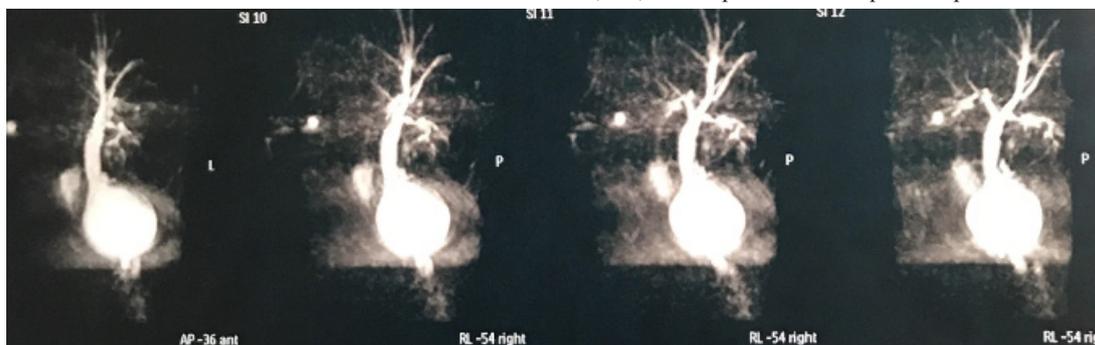


Figura 3. Colangiogramas de ressonância com lesão de 4,5 x 4,2cm em terço médio/distal de ducto hepatocolédoco com limites bem definidos em íntima relação com a porção cefálica do pâncreas causando leve ectasia de colédoco (1cm)

realce significativo após a injeção do meio de contraste intravenoso, de natureza indeterminada. Não há dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Nota-se formação cística em íntimo contato com o terço médio/distal do ducto de colédoco medindo cerca de 3,8 x 3,0 cm. Além de discreta proeminência das porções do ducto pancreático adjacente a papila duodenal, onde foi observado falha de enchimento (Figura 2). Entretanto, no intra-operatório, a lesão não foi identificada.

Cinco anos após o procedimento cirúrgico, a paciente foi admitida na emergência com quadro de calafrios, febre e dor em hipocôndrio direito há sete dias da admissão. Ademais, referia que teve três casos anteriores dos mesmos sintomas durante os últimos cinco anos. Equipe decidiu por iniciar antibioticoterapia e investigação com exames de imagens: Colangiogramas evidenciou formação cística de 4,5 x 4,2cm em terço médio/distal de ducto hepatocolédoco com limites bem definidos em íntima relação com a porção cefálica do pâncreas causando leve ectasia de colédoco que atinge cerca de 1cm, sem outros achados (Figura 3).

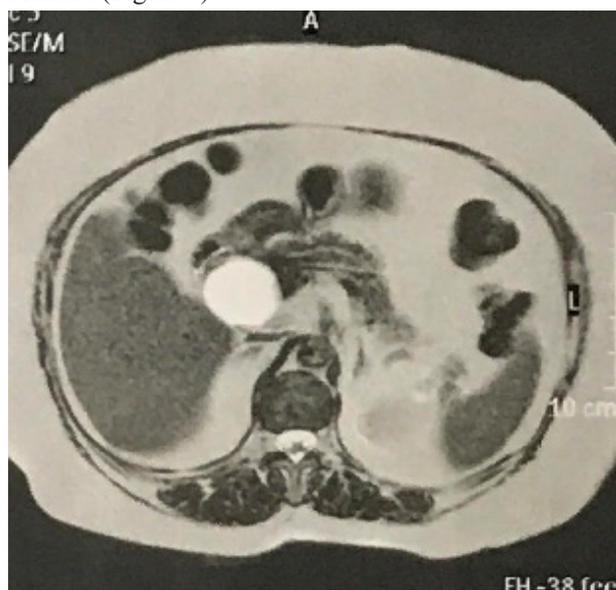


Figura 2. RNM com formação cística em íntimo contato com o terço médio/distal do ducto de colédoco medindo cerca de 3,8x3,0cm. Hipersinal nas sequências ponderadas em T2

Durante internamento foi optado por tratamento endoscópico por Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), com realização de papilotomia para evitar novos episódios de colangite.

Paciente evoluiu sem intercorrências após procedimento, com melhora clínica e dos exames laboratoriais. Segue em acompanhamento ambulatorial há cerca de 8 meses, assintomática, sem novos episódios de febre ou icterícia.

DISCUSSÃO

A tríade clássica dos sintomas relacionados ao cisto de colédoco é composta por dor abdominal, icterícia e massa palpável, sendo dor abdominal a mais comum apresentação. Quanto maior a duração da doença, maiores as chances de ter complicações⁴.

O diagnóstico de cisto de colédoco é tipicamente realizado usando Ultrassonografia (USG). Ultimamente, várias modalidades de exames de imagens são frequentemente utilizadas incluindo TC, RNM, e/ou CPRE para confirmar a extensão do ducto envolvido na presença de doença extra-hepática. Na ausência de dilatação biliar intra-hepática, o USG sozinho pode ser suficiente⁵. A CPRE

é o exame de escolha, pois fornece estudo detalhado da anatomia do trato biliar e junção pancreatobiliar sendo, contudo, método invasivo e não isento de riscos. A vantagem da colangiorrressonância é que se trata de método não-invasivo, porém não fornece imagens tão boas quanto a endoscópica³.

Em 1959 Alonso-Lej propuseram classificação que englobava apenas cistos biliares extra-hepáticos. Essa classificação foi modificada por Todani em 1976 incorporou as dilatações intra-hepáticas³.

De acordo com a classificação, nosso caso mostra um cisto de colédoco tipo III. De acordo com a classificação de Todani, cisto de colédoco tipo III é descrita como dilatação do canal biliar dentro da parede do duodeno, também chamada de coledococoele sendo responsável por menos de 10% dos casos^{2,3}.

Devido a idade da paciente e suas comorbidades, equipe optou por realização de CPRE e papilotomia. O presente relato tem a sua importância na literatura por mostrar diagnóstico realizado pela clínica e pelos exames de imagens da paciente e o tratamento foi individualizado e bem-sucedido de um cisto de colédoco por CPRE em paciente idosa para evitar novos episódios de colangite e com menor morbidade quando comparado a um procedimento cirúrgico.

Participação dos autores: Informamos para devido fins que o artigo foi confeccionado em conjunto pelo grupo de autores. *Vasconcelos GP, Lima DL, Cordeiro RN* – Coleta de dados; *Lima DL, Cordeiro RN* - Orientação organizacional e sobre a essência, argumentação e relevância do trabalho; *Moreira IC, Pessoa e Silva PF* - Análise, pesquisa dos artigos, leitura e exclusão de pesquisas não pertinentes ao envolvimento do tema escolhido; *Lima DL, Vasconcelos GP, Cordeiro RN* - Leitura e escrita do conteúdo; *Moreira IC, Pessoa e Silva PF, Lima DL, Cordeiro RN, Vasconcelos GP* - Revisão do texto quanto a integridade e veracidade quanto as fontes utilizadas. Dessa forma, o grupo de autores certifica participação conjunta na confecção do artigo, esperando contribuir no tema em questão.

REFERÊNCIAS

1. Lee JS, Yoon YC. Laparoscopic treatment of choledochal cyst using barbed sutures. *J Laparoendosc Adv Surg Techn.* 2017; 27(1):58-62. doi: 10.1089/lap.2016.0022.
2. Kwon DH, Johnson LB, Ozdemirli M. Primary epidermoid cyst of biliary duct presenting as choledochal cyst. *Int J Surg Pathol.* 2017;25(7):619-22. doi: 10.1177/1066896917710717.
3. Gandolfi JF, Carvalho-Neto FR, Gandolfi H, Paula AC, Guirardo RPA, Marino GC. Choledochal cyst: case report and literature review. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2007;20(2):130-3. doi: 10.1590/S0102-67202007000200014.
4. Senthilnathan P, Patel ND, Nair AS, Nalankilli VP, Vijay A, Palanivelu C. Laparoscopic management of choledochal cyst-technical modifications and outcome analysis. *World J Surg.* 2015;39:2550-6. doi: 10.1007/s00268-015-3111-8.
5. Soares KC, Goldstein SD, Ghaseb MA, Kamel I, Hackam DJ, Pawlik TM. Pediatric choledochal cysts: diagnosis and current management. *Pediatr Surg Int.* 2017;33:637-50. doi: 10.1007/s00383-017-4083-6.

Recebido: 13/10/2018
Aceito: 04/03/2020