



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 44 • Março 2018

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Coleperitoneu por rutura de quisto biliar – a propósito de um caso clínico

Ruptured biliary cyst with biliary peritonitis – a case report

C. Ferreira¹, A. Melo¹, S. Silva¹, J. Lage², F. Próspero², B. Pinto², A. Ribeiro², A. Oliveira³

¹ Interno Complementar de Cirurgia Geral do CHTMAD, ² Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral do CHTMAD, ³ Diretor de Serviço de Cirurgia Geral do CHTMAD

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD)

RESUMO

Introdução: Os quistos do trato biliar representam cerca de 1 a 3% da patologia hepática benigna e a sua rutura como complicação é extremamente rara. A propósito do tema, os autores apresentam um caso onde a ocorrência de coleperitoneu foi o evento diagnóstico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 72 anos de idade, admitida ao serviço de cirurgia por pancreatite aguda litiásica, com 2 critérios de Ranson. À evolução favorável inicial, seguiu-se agravamento do estado clínico, obstrução biliar, instalação de disfunção multiorgânica e necessidade de admissão em Cuidados Intensivos. Desenvolvimento de ventre agudo que motivou laparotomia urgente onde se constatou coleperitoneu. Realizada descompressão da via biliar principal e colangiografia per-operatória, sem identificação de causa aparente para a fuga biliar. Decidida confecção de laparostomia. Na revisão da laparostomia às 48 horas, efetuou-se nova colangiografia tendo-se identificado quisto biliar roto com fuga de contraste ao nível do segmento hepático IVb. **Conclusão:** Este caso relata a etiologia bizarra da rutura espontânea de um quisto biliar tendo como forma de apresentação coleperitoneu, enxertado num quadro de pancreatite aguda litiásica.

Palavras Chave: quisto biliar, coleperitoneu, colangiografia, rutura espontânea, pancreatite aguda.

ABSTRACT

Introduction: Biliary cysts account for approximately 1-3% of all benign biliary diseases and their spontaneous rupture is extremely rare. The authors present a case where the initial event was biliary peritonitis. **Case report:** 72-year-old woman, admitted to the surgery ward with acute pancreatitis, with 2 Ranson criteria. Following the initial favourable evolution, there was a worsening in her clinical status, biliary obstruction, multiple organ dysfunction and admission to the Intensive Care Unit. She developed an acute abdomen, which led to an urgent laparotomy, with the diagnosis of a biliary peritonitis. A biliary tract decompression and a per-operative cholangiography were performed, with no identification of the origin of the leak. It was necessary to perform a laparostomy. At a 48h-revising laparostomy, another cholangiography was performed, showing a ruptured biliary cyst, with contrast leak in the IVb hepatic segment. **Conclusion:** This case reports the peculiar etiology of a ruptured biliary cyst, with the presentation of a biliary peritonitis in a patient admitted with acute pancreatitis.

Keywords: biliary cysts, biliary peritonitis, cholangiography, spontaneous rupture, acute pancreatitis.



INTRODUÇÃO

Os quistos do trato biliar resultam geralmente de uma malformação congênita ou de uma variante anatômica e podem ser únicos ou múltiplos. A maioria são pequenos e assintomáticos, apenas diagnosticados como achados incidentais em exames de imagem de rotina^{2,4}. Podem tornar-se sintomáticos devido a aumento do seu tamanho ou à ocorrência de uma complicação, como por exemplo hemorragia, infecção ou ruptura, sendo esta última bastante rara, com poucos casos descritos na literatura^{1,5}.

O coleperitoneu é uma complicação intra-abdominal grave e uma urgência cirúrgica¹. A maioria dos casos de peritonite biliar ocorre por perfuração de úlcera duodenal, sendo a ruptura da árvore biliar intra-hepática uma das causas menos comuns.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino com 72 anos de idade, que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal com cerca de 48 horas de evolução, tipo moedeira, localizada na região epigástrica. A dor tinha uma irradiação em barra e associava-se a náuseas e vômitos (3 episódios de vômito alimentar no dia anterior à vinda ao SU). A doente referia agravamento progressivo da dor e referência a arrepios de frio.

Tratava-se de uma doente com antecedentes médicos de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca não estratificada, obesidade, doença osteoarticular degenerativa, litíase vesicular, e antecedentes cirúrgicos de apendicectomia, duas cesarianas e hemitiroidectomia. Medicada habitualmente com atenolol, losartan + hidroclorotiazida, omeprazol, glucosamina e ácido alendrónico.

No exame objetivo à admissão apresentava-se normotensa, com frequência cardíaca ligeiramente aumentada (90bpm), apirética, com abdómen mole e depressível, doloroso à palpação da região epigástrica e hipocôndrio esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal e com ruídos hidro-aéreos presentes, com timbre e frequência normais.

Analicamente com aumento da amilase e lipase (1675/ 3469 U/L), hiperbilirrubinemia direta (4.0/ 2.8 mg/dl), leucocitose de $16.00 \times 10^3/uL$, neutrofilia, elevação da proteína C reativa (6.5 mg/dl), aumento das transaminases e das enzimas de colestase. Realizou também uma ecografia abdominal, que revelou “litíase vesicular milimétrica múltipla, sem critérios de colecistite aguda, sem dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas; sem outras alterações relevantes, nomeadamente líquido livre ou coleções intraperitoneais”. Gasimetricamente não apresentava alterações de relevo.

A doente manteve-se com boa evolução clínica e analítica durante os primeiros dias de internamento, havendo agravamento clínico ao 4º dia, com instalação de instabilidade hemodinâmica, oligoanúria, encefalopatia e insuficiência respiratória aguda, com necessidade de admissão na unidade de cuidados intensivos (UCI) do CHTMAD. Assumido quadro séptico severo, com elevação dos marcadores inflamatórios e febre, iniciando-se tratamento médico. Já na UCI realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica, com constatação de “cálculo com 1cm a obstruir a ampola de Vater e líquido incipiente nos planos inferiores da goteira parietocólica e no fundo de saco de Douglas” (Fig. 1).



FIG. 1



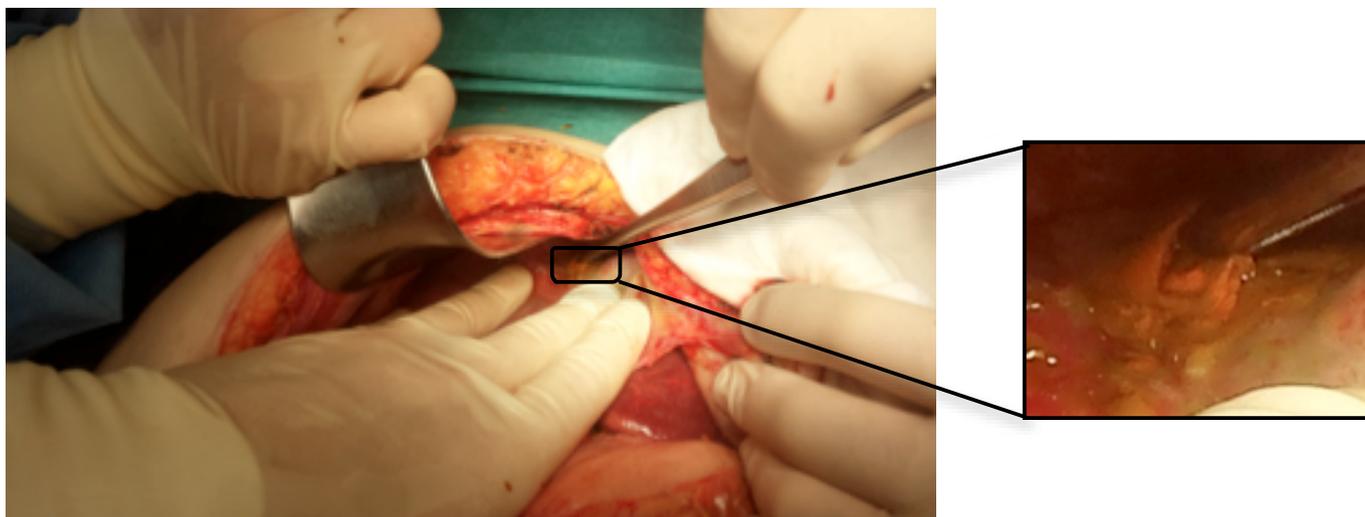


FIG. 2

Instalação de quadro de ventre agudo, com necessidade de intervenção urgente para descompressão da via biliar. Não havia na instituição disponibilidade em tempo útil para a realização de abordagens percutâneas ou de CPRE.

A doente foi então submetida a laparotomia exploradora, com constatação de coleperitoneu, colecistite aguda e cálculo encravado no colédoco distal. Foi realizada colecistectomia, colangiografia intra-operatória, não se identificando o local de fuga biliar, e drenagem biliar por dreno de Kehr. Decidida confecção de laparostomia.

Às 48 horas de pós-operatório foi efetuada revisão da laparostomia e nova colangiografia intra-operatória (Fig. 2) que agora revelou um quisto biliar no segmento IV, comunicando com a árvore biliar e com rutura livre para a cavidade peritoneal (Fig. 3). Efetuou-se epiplonoplastia da cavidade do quisto biliar, limpeza peritoneal, manutenção da drenagem biliar externa e encerramento da cavidade abdominal.

A doente teve um internamento prolongado na unidade de cuidados intensivos, com intercorrências infecciosas (pneumonia, infecção de cateter...), mas com melhoria gradual de disfunções. Realizou nova colangiografia pelo dreno de Kehr ao 9º dia de pós-operatório, visualizando-se normal distribuição do

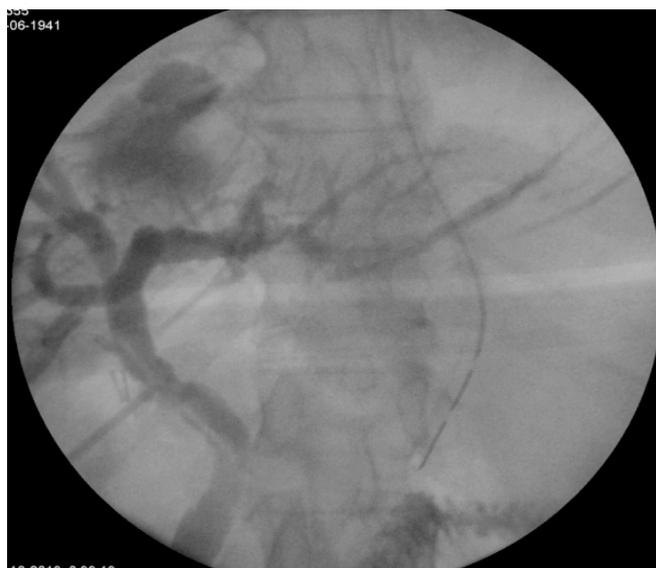


FIG. 3

contraste pela árvore biliar extra e intra-hepática, sem fugas, mas revelando ainda manutenção de imagem de subtração no colédoco distal, compatível com o cálculo conhecido, pelo que foi submetida a CPRE ao 11º dia de pós-operatório, para extração do mesmo.

Transferida para a enfermaria do serviço de cirurgia ao 22º dia de pós-operatório, onde apresentou recuperação progressiva. Manteve a drenagem biliar externa durante 30 dias.



Teve alta ao 65º dia de internamento, orientada para uma unidade de cuidados continuados.

Atualmente, a doente encontra-se no domicílio, tendo terminado o programa de reabilitação. Mantém seguimento em Consulta Externa de Cirurgia, assintomática e sem alterações analíticas.

A maioria dos quistos hepáticos simples são assintomáticos, podendo tornar-se sintomáticos devido à sua dimensão, localização ou à ocorrência de alguma complicação^{2,4}.

Os sintomas mais frequentes associam-se ao aumento de dimensão do quisto, com compressão de estruturas adjacentes. Pode surgir dor ou desconforto epigástrico e/ou no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e enfartamento pós-prandial.

As complicações associadas ao seu crescimento e localização hepática central incluem icterícia obstrutiva, hipertensão portal e trombose da veia cava inferior.

Embora raras, podem ocorrer complicações, tais como infeção, torção, hemorragia intra-quística ou rutura espontânea para a cavidade peritoneal.

A rutura espontânea de um quisto biliar ocorre em cerca de 1 a 12% de doentes, e apresenta-se normalmente com dor abdominal, sinais de irritação peritoneal e sépsis. A rutura de um quisto da via biliar intra-hepática com consequente coleperitoneu é rara, com poucos casos descritos na literatura¹. As principais causas são a coledocolitíase (como ocorre neste caso), a estenose da papila de Vater e a doença de Caroli⁵.

Num caso de ventre agudo, o diagnóstico pode ser difícil, sendo realizado muitas vezes apenas no intra-operatório. A ecografia e a TC abdominais podem ser úteis¹.

Não está indicado qualquer tipo de tratamento para os quistos simples assintomáticos, que podem até regredir espontaneamente. Deve ser efetuada uma vigilância clínica e imagiológica dos doentes com quistos hepáticos, pelo seu potencial de transformação maligna^{1,4}.

Nos quistos sintomáticos ou com complicações associadas deve ser ponderado tratamento individualizado e de acordo com a sua etiologia. O tratamento pode passar por aspiração por punção percutânea, com ou sem

injeção de um agente esclerosante, drenagem interna com confecção de uma cisto-enterostomia, fenestração por via aberta ou laparoscópica, ressecção hepática, ou transplantação hepática^{1,2,4}.

Nas complicações infecciosas o objetivo do tratamento passa pelo controlo do foco de forma a prevenir a sépsis severa e a mortalidade associada. Nestes casos mais graves, com instabilidade do doente, e caso estejam disponíveis, devem ser ponderados tratamentos menos invasivos, por CPRE, esfínterectomia e colocação de stent para drenagem, ou punções biliares percutâneas, como medidas temporárias.

CONCLUSÃO

Os autores concluem, que é de maior importância o diagnóstico precoce destas situações, de forma a evitar complicações major e a melhorar o prognóstico destes doentes.

A rutura espontânea dos quistos biliares hepáticos é uma complicação rara, no entanto deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial de um abdómen agudo, em doentes com fatores de risco (quistos biliares, litíase vesicular e das vias biliares).

Neste caso, a rutura com consequente coleperitoneu teve como causa presumível a hiperpressão na árvore biliar, secundária à obstrução do colédoco distal por cálculo.

A abordagem, no caso de doentes sépticos e instáveis, deve ser rápida e o menos invasiva possível. Nos casos não emergentes, em doentes estáveis, o tratamento preferencial é cirúrgico, sendo importante uma boa exposição, excisão completa da parede do quisto e epiplonoplastia, de forma a reduzir a probabilidade de recidiva. A fenestração laparoscópica permite uma cirurgia segura, com riscos baixos e um pós-operatório melhor para o doente⁴. De qualquer forma, a cirurgia aberta mantém-se uma opção aceitável, na presença de quistos de grandes dimensões, de localização inacessível por laparoscopia ou para equipas sem experiência nessa abordagem¹. O tratamento conservador inicial, pode levar a recorrência do quisto^{1,4}.



A abordagem precoce e os cuidados intensivos no pós-operatório são essenciais para prevenir ou controlar a sépsis severa e assim diminuir a taxa de mortalidade.

Os autores sublinham a importância de uma exploração cuidadosa das vias biliares nestes casos, mas fora da fase aguda.

REFERÊNCIAS

1. Miliadis et al.: Spontaneous rupture of a large nonparasitic liver cyst: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2010 4:2.
2. Jablonska B. et al.: Biliary cysts: Etiology, diagnosis and management. *World J Gastroenterol* 2012 September 21; 18(35): 4801-4810.
3. Reid-Lombardo et al.: Hepatic Cysts and Liver Abscess. *Surg Clin N Am* 90 (2010) 679-697.
4. Maulik D. et al.: A rare case of spontaneous acalculus common bile duct perforation presenting as acute abdomen. *Case Study Case Rep.* 2014; 4(3): 99-103.
5. Torres O. et al.: Tratamento videolaparoscópico do cisto hepático. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2009; 36(6): 493-497.

Correspondência:

CÁTIA FERREIRA

e-mail: catiaferreira7@gmail.com

Data de recepção do artigo:

15/01/2016

Data de aceitação do artigo:

05/02/2018



