



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 19 • Dezembro 2011

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

QUISTO DO COLÉDOCO

A propósito de um caso clínico

Choledochal Cyst – case report

*Sara Cordeiro Fernandes Brás¹, Hugo H. Dias Queimado²,
Sónia Maria M. Tomás², Artur Ramon R. de la Féria³, João H. Cruz de Ascensão Santos⁴*

Serviço de Cirurgia Geral – Director: Dr. Paulo Mira
HPP – Hospital de Cascais

¹ Interna do Internato Complementar de Cirurgia Geral – Serviço de Cirurgia Geral, Hospital de Cascais

² Assistente – Serviço de Cirurgia Geral, Hospital de Cascais

³ Assistente Graduado – Serviço de Cirurgia Geral, Hospital de Cascais

⁴ Assistente Graduado Sénior – Serviço de Cirurgia Geral, Hospital de Cascais

Comentário: Este caso foi apresentado em formato de Poster
no XXIX Congresso Nacional de Cirurgia, realizado no Estoril de 1 a 4 de Março de 2009.

RESUMO:

Os quistos do colédoco correspondem a variações anatómicas da árvore biliar intra ou extra hepática. Trata-se de uma patologia pouco frequente com uma prevalência de 1/100.000 a 1/2.000.000 com um ratio entre sexo feminino e sexo masculino de 4:1.

Apresentamos o caso clínico de um doente de 22 anos, sexo masculino, referenciado à consulta de Cirurgia por dor abdominal a nível do hipocôndrio direito, portador de endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciava gastropatia antral e prociência duodenal por provável compressão extrínseca. Realizou tomografia computadorizada (TC) abdominal que revelou quisto do colédoco, com microlitíase no seu interior, que moldava a face interna da 2ª porção duodenal. Realizou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) que evidenciou quisto do conflúente bilio-duodenal e litíase múltipla intra-quística. Realizou ainda colangio-ressonância magnética (CPRM) cujo resultado confirmou o diagnóstico.

Foi submetido a colecistectomia com excisão do quisto e esfínteroplastia, sem intercorrências intra ou pós-operatórias.

Palavras-chave: Quisto do Colédoco; Quistectomia; Vias biliares.

ABSTRACT

Choledochal cysts are anatomical variations of the intra or extrahepatic biliary tree.

Reported frequency rates range from 1 case per 100.000 to 1 case per 2 million with a female-to-male ratio in the range of 4:1.

We report a case of a 22-year-old male, with right upper quadrant pain, carrying a gastroduodenoscopy compatible with antral gastropathy and duodenal prociência by external compression. The computed tomography (CT) scan showed a choledochal cyst with microlithiasis inside, compressing the second portion of the duodenum. The patient performed an endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) and a cholangio-MR (MRCP), that confirmed the diagnosis.

Surgery included cholecystectomy and complete excision of the cyst with sphincteroplasty.

No intra or postoperative complications were observed.

Key-words: Choledochal Cyst; Cyst excision; Bile ducts.



CASO CLÍNICO

Doente de 22 anos, sexo masculino, que recorre ao Médico Assistente por queixas de dispepsia e dor no hipocôndrio dto, tipo cólica e sem irradiação, com vários meses de evolução.

Realizou estudo analítico, EDA e TC abdominal tendo sido referenciado à consulta de Cirurgia com os resultados:

Análises – “sem alterações (nomeadamente das transaminases, bilirrubina, fosfatase alcalina ou GGT)”;

EDA – “gastropatia antral; prociência do duodeno de provável compressão extrínseca”;

TC abdominal – “imagem alongada com 4 cm de maior eixo transversal, compatível com divertículo do colédoco com microlitíase no interior que empurra e molda a 2ª porção duodenal; sugestão de comunicação com a via biliar principal (VBP)”.

Foram requisitados os seguintes exames complementares de diagnóstico:

CPRE – “volumoso quisto do conflúente bilio-duodenal com litíase múltipla intra-quística”;

Colangio-RM – “Quisto congénito do colédoco adjacente à papila duodenal”.

Foi decidida a intervenção cirúrgica tendo-se realizado uma laparotomia mediana supra-umbilical seguida de colecistectomia, duodenotomia, referenciação da ampola, quistectomia (confirmando-se conteúdo litiásico) e esfínteroplastia.

O exame anatomo-patológico da peça operatória revelou: Quisto congénito do colédoco tipo III (classificação de Alonso-Lej modificada por Todani).

O período pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo alta ao 10º dia de internamento, mantendo-se em seguimento na consulta externa de Cirurgia e apresentando-se assintomático após 2 anos.

REVISÃO TEÓRICA

Os quistos do colédoco são anomalias congénitas das vias biliares intra e/ou extra-hepáticas.

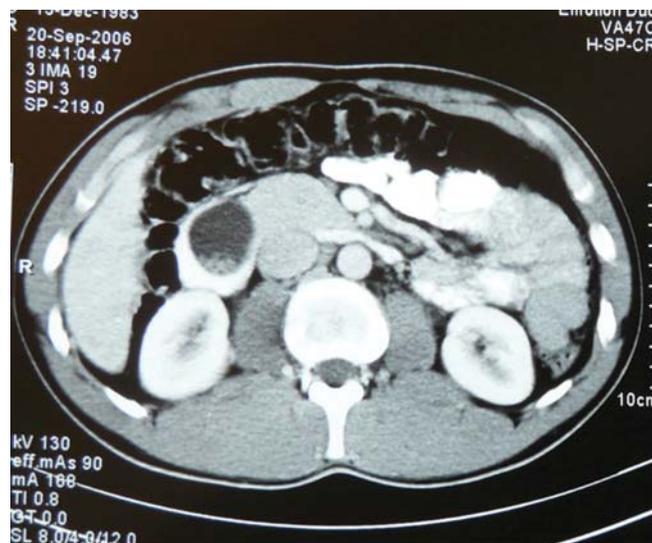


Figura 1 – Imagem de tomografia computadorizada abdominal – imagem alongada com 4 cm de maior eixo transversal, compatível com divertículo do colédoco com microlitíase no interior que empurra e molda a 2ª porção duodenal; sugestão de comunicação com a VBP



Figura 2 – Imagem de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica – volumoso quisto do conflúente bilio-duodenal com litíase múltipla intra-quística



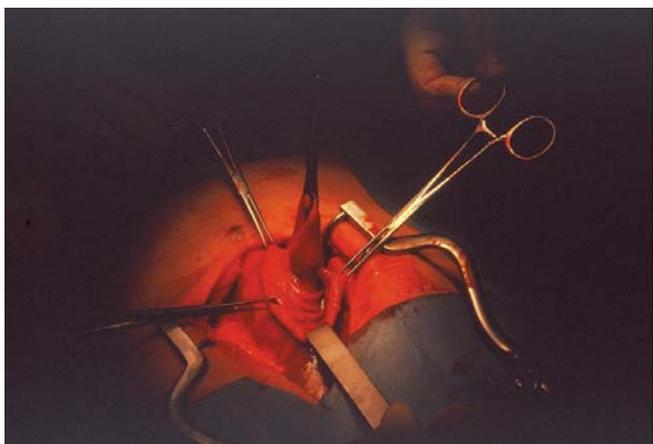


Figura 3 – Imagem intra-operatória do quisto.

A sua patogênese é multifactorial, mas uma grande parte dos doentes apresenta uma anomalia na junção da via biliar principal com o ducto pancreático, provocando o refluxo da secreção pancreática na via biliar principal, danificando e enfraquecendo o epitélio biliar. Também estão descritos defeitos na epiteliação e recanalização das vias biliares em desenvolvimento, resultando numa fraqueza da parede ductal, e dando origem à formação do quisto.

Dividem-se em 5 tipos segundo a Classificação de Alonjo-Lej modificada por Todani:

- Tipo I – são os mais comuns e representam 80 a 90% de todos os quistos. Correspondem a dilatações saculares ou fusiformes da via biliar principal (VBP), envolvendo-a parcialmente ou na sua totalidade;
- Tipo IA – configuração sacular envolvendo todo ou praticamente todo o colédoco extra-hepático;
- Tipo IB – configuração sacular envolvendo de forma segmentar a VBP;
- Tipo IC – configuração fusiforme envolvendo grande parte da VBP;
- Tipo II – quistos que se apresentam como um divertículo isolado com origem na parede da VBP, por vezes através de um pedículo;
- Tipo III – quistos com origem na porção intra-duodenal da VBP também denominados decoledocelos;
- Tipo IVA – múltiplas dilatações envolvendo as vias biliares intra e extra-hepáticas;

- Tipo IVB – múltiplas dilatações envolvendo as vias biliares extra-hepáticas;
- Tipo V (Doença de Caroli) – múltiplas dilatações limitadas às vias biliares intra-hepáticas.

Os quistos do colédoco são um patologia rara, com uma incidência nos países ocidentais desde 1:100.000 a 1:2.000.000, sendo no entanto, mais comuns na população asiática. Aproximadamente 33 a 50% dos casos têm origem no Japão.

São mais prevalentes no sexo feminino, atingindo o ratio entre sexo feminino e sexo masculino de 4:1.

Diagnosticam-se mais frequentemente na Infância, sendo que cerca de 67% dos doentes apresentam sinais ou sintomas antes dos 10 anos de idade.

As complicações incluem abscesso hepático, cirrose, hipertensão portal, pancreatite recorrente oucoledocolitíase, sendo a mais grave o colangiocarcinoma, com uma incidência de 9 a 28%.

A malignização do quisto do colédoco (mais comum nos tipos I, IV e V), está relacionado com a idade, provavelmente causada pelo tempo de exposição do epitélio biliar à inflamação crónica nos casos de anomalia da junção bilio-pancreática. Pode ter origem na porção distal do colédoco, na parede do quisto ou nas vias biliares intra-hepáticas.

O sintoma mais comum é a dor abdominal (epigástrica e no hipocôndrio direito) mas a tríade caracterizada por dor no hipocôndrio dto, icterícia e massa abdominal está presente em cerca de 15 % dos doentes.

Os exames complementares de diagnóstico incluem estudo analítico, com avaliação da função hepatocelular e doseamento da amilase e lipase.

A ecografia corresponde ao exame imagiológico de eleição para diagnóstico, mas a TC e RM podem definir a anatomia da lesão e a sua relação com as estruturas adjacentes, descrevendo a presença de envolvimento ductal intra-hepático.

A CPRM tem uma especificidade de 100% e quando existe dificuldade na caracterização da lesão, pode ser necessário recorrer a exames invasivos como a colangiografia transhepática percutânea (CPT) ou a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).



Histologicamente há evidência de inflamação crónica na parede do quisto, que é fina, fibrótica, sem camada epitelial ou delimitada por epitélio colunar simples.

O tratamento de escolha é a excisão completa do quisto com anastomose bilio-digestiva.

A intervenção cirúrgica varia conforme a Classificação:

– Tipo I – excisão completa da porção extra-hepática envolvida e hepatico-jejunoestomia em Y de Roux;

– Tipo II – excisão quística e o defeito na VBP encerrado com Tubo em T;

– Tipo III (coledococelo) – Quistos com 3 cm ou menores podem ser tratados com esfínterectomia endoscópica. Dado que os quistos maiores condicionam algum grau de compressão duodenal, devem ser excisados na totalidade numa abordagem transduodenal. Nos casos em que existe envolvimento do canal pancreático, este deve ser reimplantado no duodeno;

– Tipo IV – excisão completa da porção extra-hepática envolvida e hepatico-jejunoestomia em Y de Roux;

– Tipo V (D. Caroli) – quando o atingimento está limitado a um lobo hepático pode realizar-se lobectomia. Quando vários lobos estão envolvidos, associando-se insuficiência hepática, cirrose biliar ou hipertensão portal, os doentes são candidatos a transplantação hepática.

As complicações directamente relacionadas com a cirurgia incluem hemorragia, infecção, oclusão intestinal e fenómenos trombóticos. No pós-operatório os doentes correm o risco de desenvolver pancreatite e colangite, e mais tardiamente, litíase biliar intra-hepática e colangiocarcinoma. Nos casos em que existe uma inflamação ductal crónica e subclínica, pode haver o aparecimento de abscessos hepáticos, cirrose, hipertensão portal, pancreatite recorrente e coledocolitíase.

Estes doentes necessitam de um longo seguimento pelo risco de aparecimento de colangiocarcinoma (mesmo após excisão completa do quisto). Após excisão do quisto do colédoco, o prognóstico é muito favorável.

BIBLIOGRAFIA

1. Current Surgical Therapy – 9th Edition 2008, J.L. Cameron;
2. Surgical management and long-term follow-up of patients with choledochal cysts, K. Chijiwa, A. Koga. Am J Surg 165: 238-242, 1993.
3. “Choledochal Cysts”, Michael AJ Sawyer, MD, *et al*, Nov. 2009.
4. “Choledochal Cyst, Surgical Treatment”, Gail E Besner, MD, *et al*, Set. 2008.

Contacto

SARA BRÁS
Rua Manuel Francisco nº 82 4ºD, 2645-558 Alcabideche
Tlm: 964495069
sarabras9@gmail.com

