

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DILATAÇÃO CÍSTICA DAS VIAS BILIARES EM ADULTOS

Surgical management of cystic dilatation bile ducts in adults

Olival Cirilo Lucena da **FONSECA-NETO**, Moacir Cavalcante de **ALBUQUERQUE-NETO**, Antonio Lopes de **MIRANDA**

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital da Restauração – SUS, Recife, PE, Brasil

RESUMO – Racional: – A dilatação cística da via biliar é uma patologia rara e de origem incerta. É diagnosticada mais frequentemente em crianças, porém sua incidência vem aumentando em adultos, representando 20% dos casos. **Objetivo:** Demonstrar a experiência dos autores no tratamento cirúrgico, e no manejo da evolução, dos pacientes com dilatação cística das vias biliares. **Método:** Foram avaliados, retrospectivamente, cinco adultos que tiveram o diagnóstico de cisto de colédoco e que foram submetidos a algum procedimento cirúrgico no Hospital da Restauração, PE, entre março de 2003 e junho de 2004. **Resultados:** Dor abdominal foi a queixa comum a todos os pacientes. Icterícia esteve presente em 80% dos casos. A ultrassonografia foi realizada em todos os casos como exame inicial. Tomografia computadorizada, ressonância magnética e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica também foram realizadas em alguns pacientes, porém o diagnóstico foi estabelecido no intra-operatório em todos os casos. O tratamento cirúrgico variou de acordo com a experiência do cirurgião e o quadro clínico do paciente. A ressecção do cisto com reconstrução da via biliar foi realizada em 60%, a cistoduodenostomia em 20% e a drenagem da via biliar em 20% dos casos. **Conclusão:** A dilatação cística da via biliar é doença rara, principalmente em nosso meio. Porém, sua incidência vem aumentando na população adulta, devendo estar sempre presente no diagnóstico diferencial das icterícias obstrutivas.

DESCRIPTORES - Icterícia. Cisto de colédoco. Procedimentos cirúrgicos do sistema biliar.

Correspondência:
 Olival Cirilo Lucena Fonseca Neto
 E-mail: olivalneto@globo.com

Fonte de financiamento: não há
 Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 14/10/2014
 Aceito para publicação: 06/01/2015

HEADINGS - Jaundice. Choledochal cyst. Biliary tract surgical procedures.

ABSTRACT – Background: The cystic dilatation of the biliary tract is a rare disease and uncertain origin. It is recognized more frequently in children; however, its incidence comes increasing in adults, representing 20% of the cases. **Aim:** To evaluate morbimortality rates, evolution and handling of patients with cystic dilatation bile ducts in adults. **Methods:** Were evaluated, retrospectively, five adults who had the diagnosis of choledochal cyst and that had been submitted to some surgical procedure. **Results** - Abdominal pain was the commonest complain to all patients. Jaundice was present in 80%. Ultrasound scanning was done in all the cases as initial examination. CT scan, magnetic resonance imaging and endoscopic retrograde cholangiopancreatography were also done in some patients; however, the diagnosis was established intra-operatively in all cases. The cyst resection with reconstruction of the biliary tract was done in 60%; the cystonejunoostomy in 20%; and in 20% biliary tract drainage. **Conclusions:** Biliary tract cystic dilatation is a rare disease. However, its incidence is increasing in the adult population, so, it must be thought as differential diagnosis when facing obstructive jaundice.

INTRODUÇÃO

O cisto de colédoco é dilatação da árvore biliar extra-hepática, dos ductos biliares intra-hepáticos ou de ambos¹⁰. A maioria é diagnosticada antes dos 10 anos de idade, sendo aproximadamente 25% no primeiro ano de vida, 80% na primeira década e 20% na idade adulta. São raros, tendo prevalência maior no sexo feminino de 4:1 e o seu diagnóstico está crescendo em pacientes adultos¹⁴. A incidência do cisto de colédoco no ocidente está entre 1:100.000 e 1:190.000 nascidos vivos, sendo esta doença muito mais frequente na Ásia⁶.

A primeira descrição do cisto de colédoco foi feita por Vater e Ezler em 1723. E a primeira descrição de ressecção do cisto por McWhorter em 1924. Em 1959 Alonzo-Lej et al. classificaram os cistos, tendo sido modificada por Todani et al. em 1977, baseada na localização do cisto em cinco tipos (Figura 1)^{13,15}. O tipo I é o clássico e mais comum representando em média 85-90% dos casos, que consiste em dilatação do ducto biliar comum que pode ser cística, focal ou fusiforme (subtipos A, B e C respectivamente). Nesta forma o ducto cístico geralmente entra no cisto do colédoco e os ductos hepáticos direito e esquerdo, assim como os ductos intra-hepáticos são de diâmetro normal. O tipo II é o mais raro de todos os cistos de colédoco representando menos de 5% dos casos. É descrito como um simples divertículo da árvore biliar extra-hepática. O tipo III ou coledococoele é dilatação cística da porção intraduodenal da árvore biliar extra-hepática. O tipo IV, subtipo A é o segundo mais comum tipo de cisto de colédoco definido por dilatações císticas intra e extra-hepáticas. O subtipo B representa múltiplas dilatações da árvore biliar extra-hepática^{18,4}. E por fim o tipo V, também conhecido como doença de Caroli, é dilatação cística do sistema biliar intra-hepático que pode estar associado à fibrose peri-portal e cirrose, podendo ser bilobar ou confinada a apenas um lobo³.

A patogênese do cisto de colédoco permanece incerta; porém, acredita-se que são lesões congênitas em sua origem, algumas sendo diagnosticadas por ultrassonografia anti-natal⁹.

O presente estudo tem como objetivo demonstrar o tratamento cirúrgico e o manejo da evolução dos pacientes com dilatação cística das vias biliares.

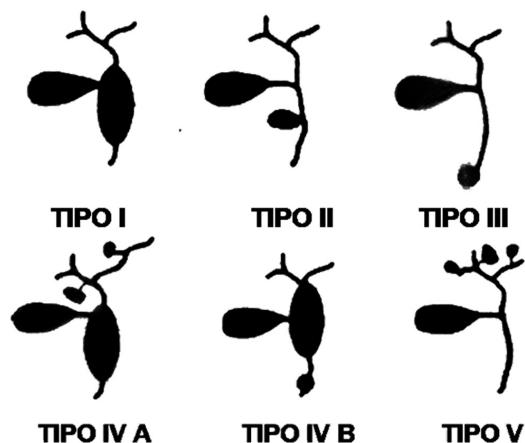


FIGURA 1 – Classificação dos cistos de colédoco (Todani - modificada)

MÉTODOS

Estudo retrospectivo no Serviço de Cirurgia Geral e Emergência do Hospital da Restauração, Recife, PE, Brasil. Foram incluídos os pacientes com o diagnóstico de dilatação cística de via biliar e que foram submetidos ao tratamento cirúrgico.

Características demográficas, como gênero, idade, sintomatologia, bioquímica sanguínea e exames de imagem foram avaliados.

Tipo de operação realizada, classificação da doença cística da via biliar, complicações pós-operatórias também fizeram parte do estudo.

RESULTADOS

Foram avaliados, retrospectivamente, cinco pacientes operados e que tiveram diagnóstico de cisto de colédoco. Dos cinco, quatro eram mulheres. A média de idade foi de 30,2 anos (22 a 48). Todos os pacientes foram admitidos através do setor de emergência. Dor abdominal foi queixa presente em todos os pacientes. Oitenta por cento tinham história de icterícia e 60% estavam ictericos no momento da admissão. Um paciente tinha quadro de colangite leve, outro de colangite supurativa com abscesso hepático, e outro aumento de volume abdominal. Três (60%) tinham operações abdominais prévias (colecistectomia + retirada de áscaris da via biliar; cicatriz paramediana direita – não sabia qual operação havia sido realizada; e colecistectomia + coledocolitotomia).

O diagnóstico de doença cística da via biliar foi estabelecido no intra-operatório em 100% dos casos, apesar dos exames de imagem utilizados na avaliação do paciente. Três pacientes foram submetidos à ressecção do cisto + derivação biliodigestiva (duas hepaticojejunostomias em Y-de-Roux e uma hepaticogastrojejunostomia em Y-de-Roux). Um paciente foi submetido à cistoduodenostomia e o outro a apenas medidas paliativas, como drenagem de abscesso hepático e da via biliar.

O paciente com abscesso hepático morreu no 40º dia do pós-operatório e um que foi submetido à hepaticojejunostomia foi reoperado devido à coleção sub-hepática. Os outros pacientes não tiveram complicações maiores. A análise histopatológica confirmou o diagnóstico de cisto de colédoco nos três pacientes nos quais os cistos foram ressecados, não havendo degeneração maligna (Tabela 1).

DISCUSSÃO

A doença cística da via biliar ou cisto de colédoco foi primeiramente descrito por Vater e Elzer em 1723. Porém, a primeira descrição clínica completa foi realizada por Douglas,

TABELA 1 – Dados demográficos dos pacientes, operação realizada e evolução

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Sexo	F	F	F	M	F
Idade	22	26	31	48	24
Quadro clínico	Colangite leve	Sintomas inespecíficos Icterícia recorrente	Aumento de volume abdominal	Icterícia obstrutiva	Abscesso hepático
Exames de imagem	USG: colédoco dilatado (2,1 cm) com cálculos no seu interior	USG: litíase intra-hepática? via biliar normal CPRE: colédoco dilatado (3,1 cm) com obstrução do ducto hepático direito; realizada papilotomia CRNM: Dilatação da via biliar intra e extrahepática com imagens sugestivas de cálculos da porção intra – pancreática até o segmento IV do fígado.	USG: formação cística com 5 l de volume ocupando toda cavidade abdominal; cisto mesentérico? CT: lesão expansiva cística, com septações após injeção de contraste; linfangioma?	USG: colédoco com 1,2 cm de diâmetro, sem cálculos; vesícula biliar não visualizada	USG: imagem heterogênea em lobo esquerdo do fígado, medindo 12x10 cm
Operação prévia	Não	Colecistectomia + retirada de áscaris da via biliar	Não	Cicatriz paramediana direta – não sabe a operação realizada	Colecistectomia + coledocolitotomia
Achados cirúrgicos	Dilatação cística e fusiforme da via biliar extra-hepática	Dilatação cística e fusiforme da via biliar extra-hepática, que apresentava bile de odor fétido e cálculos na via biliar intra e extrahepática	Dilatação cística e fusiforme da via biliar extrahepática	Dilatação cística e fusiforme da via biliar extra-hepática.	Abscesso de 20 cm no lobo esquerdo do fígado (1º tempo); dilatação cística e fusiforme da via biliar extrahepática
Operação realizada	Colecistectomia, coledocolitotomia, cistoduodenostomia	Ressecção do cisto de colédoco; hepaticogastrojejunostomia em Y-de-Roux	Colecistectomia; ressecção de cisto de colédoco; hepaticojejunostomia em Y-de-Roux	Colecistectomia; ressecção de cisto de colédoco; hepaticojejunostomia em Y-de-Roux	Drenagem cirúrgica do abscesso hepático (1º tempo); coledocostomia com dreno de Kehr (2º tempo); drenagem cirúrgica de abscesso hepático e coledocostomia a Kehr (3º tempo)
Complicações	Infecção de incisão	Infecção de incisão	Não	Coleção biliar sub-hepática, tratada com drenagem cirúrgica da coleção	Choque séptico; óbito no 40º dia de internação

USG=ultrassonografia; CPRE=colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; CRNM=colangiorrsonância; CT=tomografia computadorizada

1823⁸². É considerada doença de baixa incidência, acometendo entre 1:13.000 a 1:2.000 de pessoas em todo mundo, sendo mais frequente no Japão, onde encontra-se cerca de dois terços dos casos descritos na literatura. Pode acometer pessoas de qualquer faixa etária, porém é mais frequente em crianças até 10 anos de idade e em apenas 20% acomete pessoas com mais de 20 anos. Sua distribuição por sexo é de 4:1 (mulheres:homes).

A principal teoria etiológica da doença cística da via biliar é o refluxo de enzimas pancreáticas para o ducto biliar comum, devido à junção pancreatobiliar anômala, isto é, quando essa união ocorre a mais de 1,5 cm da ampola hepatoduodenal. Contudo, essa teoria não explica a formação dos cistos tipo II e V, que podem ter influência genética⁵.

A tríade clássica (icterícia, dor abdominal e massa palpável em quadrante superior direito do abdome) é rara em adultos, sendo encontrada em 0-17% dos casos. Porém, em cerca de 85% das crianças e em 25% dos adultos, pelo menos dois elementos da tríade estão presentes. Além disso, colangite, pancreatite ou peritonite biliar por ruptura do cisto podem ser a apresentação inicial.

É de importante citação a presença de malignidade concomitante. Sua incidência é maior quando se tem o diagnóstico de doença cística da via biliar com idade mais avançada: 2% aos 20 anos e 43% aos 60 anos. Os cistos tipo I e IV são os de maiores risco de sofrerem degeneração maligna. Já o tipo V é de menor risco (7%)¹¹.

Em relação aos exames de imagem, a ultrasonografia é normalmente o exame de triagem¹⁶. A tomografia computadorizada pode diagnosticar cisto biliar, porém perde em acurácia para a colangiorrressonância magnética, tendo sua maior utilidade no período pós-operatório, para diagnosticar estenose da anastomose bilioentérica. Já a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica é boa para definir a anatomia da via biliar e, portanto, diagnosticar a doença cística da via biliar. Porém, a colangiorrressonância magnética fornece imagens pelo menos semelhantes, sem causar as possíveis complicações da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica¹⁷.

O tratamento cirúrgico se modificou ao longo dos anos. Anteriormente, a conduta cirúrgica era a realização de cistoenterostomia. Porém, devido às complicações pós-operatórias como colangite, pancreatite e hepatolitíase (taxa de reoperação de 70%) e o risco de degeneração maligna do cisto, esta conduta está em desuso. Atualmente, o tratamento padrão consiste na excisão do cisto e na realização de derivação biliodigestiva⁷.

Existem algumas controvérsias em relação ao tratamento do cisto tipo IV e V. A excisão do cisto extra-hepático é a regra; porém, há dúvidas quanto à excisão ou não dos cistos intra-hepáticos. A tendência é que se realize hepatectomia se os cistos forem localizados. Caso sejam disseminados, tal conduta fica inviabilizada.

Aestenose da anastomose biliodigestiva é uma das complicações mais temidas, e sua incidência varia com a técnica utilizada¹².

Atendidos como em emergência, todos os pacientes apresentavam sintomas no momento da admissão. Dor abdominal estava presente em todos e icterícia em 60%.

Em todos os casos, o cisto era tipo I da classificação de Todani e o diagnóstico foi estabelecido sempre no intra-operatório. A ausência do diagnóstico pré-operatório ocorreu pelo fato de se tratar de doença rara e a hipótese não ter sido sugerida pelos exames de imagem realizados. Em todos os casos, a ultrasonografia foi realizada e nenhum laudo sugeriu a doença cística da via biliar. Ainda, em um paciente foi realizada colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e colangiorrressonância magnética, e a hipótese dela também não foi sugerida. Desse modo, como três pacientes apresentavam quadro de icterícia obstrutiva, a exploração da via biliar foi indicada. Outro paciente foi submetido à laparotomia exploradora pois tinha como hipótese diagnóstica cisto de mesentério ou linfangioma. O outro paciente tinha quadro de colangite supurativa com abscesso hepático e foi operado de urgência.

Dos pacientes que tiveram o cisto ressecado, em dois a reconstrução realizada foi a hepaticojunostomia em Y-de-Roux.

No outro paciente, foi realizada hepaticogastrojunostomia, isto é, a anastomose do jejuno com o estômago e o ducto hepático na mesma alça, com intenção de facilitar a abordagem da via biliar intra-hepática por via endoscópica em caso de recidiva dos cálculos intra-hepáticos.

Não houve degeneração maligna do cisto em nenhum dos três casos em que foi realizada a análise histopatológica, nem no segmento pós-operatório. Porém, o seguimento foi curto em relação ao tempo (8 a 23 meses).

Em relação às complicações pós-operatórias precoces, dois pacientes apresentaram infecção da ferida operatória; um foi reoperado devido à coleção biliar intra-peritoneal, e outro no qual apresentou-se com abscesso hepático, foi reoperado mais duas vezes morrendo no 40º dia após a primeira operação por choque séptico. Nenhum dos sobreviventes desenvolveu pancreatite, colangite ou litíase intra-hepática pós-operatória.

CONCLUSÃO

A doença cística da via biliar é doença rara em nosso meio, porém deve ser pensada como diagnóstico diferencial das icterícias obstrutivas. A ressecção do cisto com reconstrução da via biliar é o tratamento padrão, com baixas taxas de complicações e de degeneração maligna pós-operatória.

REFERÊNCIAS

1. Abbas HMH, Yassin NA, Ammori BJ. Laparoscopic resection of type I choledochal cyst in an adult and Roux-en-Y. Hepaticojunostomy: a case report and literature review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2006; 16:439-444.
2. Alonso-Lej F, Rever WB, Pessagno DJ. Congenital choledochal cyst, with a report of 2, and an analysis of 94 cases. *Int Abstr Surg* 1959; 108:1-30.
3. Akaraviputh T, Boonnuch W, Watanapa P, Lertakayamanee N, Lohsirivat D. Surgical management of adult choledochal cysts. *J Med Assoc Thai* 2005; 88(7):939-43.
4. Atkinson HDE, Fischer CP, Jong CHC, Madhavan KK, Parks RW, Garden OJ. Choledochal cysts in adults and their complications. *HPB (Oxford)* 2003; 5(2):105-110.
5. Balbitt DP. Congenital choledochal cysts: new etiological concept based on anomalous relationships of the common bile duct and pancreatic bulb. *Ann Radiol* 1969; 12(3):231-240.
6. Benjamin IS. Biliary cystic disease: the risk of cancer. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003; 10:335-339.
7. Chijiwa K, Koga A. Surgical management and long-term follow-up of patients with choledochal cysts. *Am J Surg* 1993; 165:238-242.
8. Douglas A. Case of dilation of the common bile duct. *Mon J Med* 1852; 14:97-100.
9. Lipsett PA, Pitt HA. Surgical treatment of choledochal cysts. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003; 10:352-359.
10. Liu DC, Rodriguez JA, Meric F, Geiger JL. Laparoscopic excision of a rare Type II choledochal cyst: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 2000; 35(7):1117-1119.
11. Shimonishi T, Sasaki M, Nakanuma Y. Precancerous lesions of intrahepatic cholangiocarcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2000; 7:542-550.
12. Singham J, Schaeffer D, Yoshida E, Scudamore C. Choledochal cysts: analysis of disease pattern and optimal treatment in adult and pediatric patients. *HPB (Oxford)* 2007; 9(5):383-387.
13. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, et al. Congenital bile duct cysts: classification, operative procedures and review of thirty seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1977; 134:263-269.
14. Visser BC, Suh I, Way LW, Kang Sang-MO. Congenital choledochal cysts in adults. *Arch Surg* 2004; 139:855-862.
15. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst: Analysis of 1433 patients in the Japanese literature. *Am J Surg* 1980; 140(5):653-657.
16. Yamaguchi M, Sakurai M, Takeuchi S, Awazu S. Observation of cystic dilatation of the common bile duct by ultrasonography. *J Pediatr Surg* 1980; 15(2):207-210.
17. Wiseman K, Buczkowski AK, Chung SW, Francoeur J, Schaeffer D, Scudamore CH. Epidemiology, presentation, diagnosis and outcomes of choledochal cysts in adults in an urban environment. *The American Journal of Surgery* 2005; 189:527-531.
18. Yamashita H, Otani T, Shioiri T, Takayama T, Kakiuchi C, Todani T, Makuuchi M. Smallest Todani's type II choledochal cyst. *Digestive and Liver Disease* 2003; 35:498-502.