

Colangiopatia portal: relato de caso*

Portal cholangiopathy: case report

Maria Cecília Almeida Maia¹, Aline Pimentel Amaro¹, Edmundo Clarindo Oliveira², José Renan da Cunha Melo³, Marcelo Dias Sanches³, Rogério Augusto Pinto da Silva¹

Maia MCA, Amaro AP, Oliveira EC, Melo JRC, Sanches MD, Silva RAP. Colangiopatia portal: relato de caso. Radiol Bras. 2014 Jan/Fev;47(1):51-53.

Resumo Relata-se o caso de uma criança que após trauma abdominal fechado apresentou trombose portal, seguida por esplenomegalia progressiva e icterícia. Os achados da ultrassonografia e da colangiografia percutânea mostraram dilatação de vias biliares secundária à constrição do colédoco por veias pericoledocianas dilatadas, configurando caso de colangiopatia portal. O objetivo deste relato é a apresentação de causa incomum desta condição.

Unitermos: Colangiopatia portal; Biliopatia portal; Hipertensão portal; Transformação cavernomatosa da veia porta.

Abstract The present report describes the case of a child that after blunt abdominal trauma presented with portal thrombosis followed by progressive splenomegaly and jaundice. Ultrasonography and percutaneous cholangiography revealed biliary dilatation secondary to choledochal stenosis caused by dilated peribiliary veins, characterizing a case of portal biliopathy. The present case report is aimed at presenting an uncommon cause of this condition.

Keywords: Portal cholangiopathy; Portal biliopathy; Portal hypertension; Portal vein cavernous transformation.

INTRODUÇÃO

A colangiopatia portal é definida como a obstrução das vias biliares associada a veias colaterais ingurgitadas no hilo hepático⁽¹⁾. Em geral, os pacientes são assintomáticos, entretanto, icterícia, colangite e litíase biliar podem ocorrer em 5% a 38% dos pacientes⁽¹⁻⁵⁾. Relatamos o caso de uma criança com trombose portal secundária a trauma abdominal fechado, evoluindo com hipertensão portal e icterícia obstétrica consequentes a biliopatia portal.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 6 anos e 7 meses de idade, sofreu acidente em maio de 2008, apresentando fratura de

membro inferior esquerdo e trauma abdominal fechado, com lesão no lobo hepático direito (Figura 1), que foram tratadas conservadoramente.

Em março de 2009 apresentou esplenomegalia. O ultrassom abdominal mostrou trombose total do ramo portal direito e estenose entre a veia porta intra-hepática e o ramo esquerdo (Figura 2). Foi realizada tentativa infrutífera de dilatação da estenose, que evoluiu para oclusão total da bifurcação portal e esplenomegalia progressiva, bem como ingurgitamento venoso de colaterais ao redor da veia porta desde a cabeça do pâncreas até o hilo hepático.

Em dezembro de 2010 apresentou icterícia, e o ultrassom de janeiro de 2011 demonstrou dilatação biliar intra-

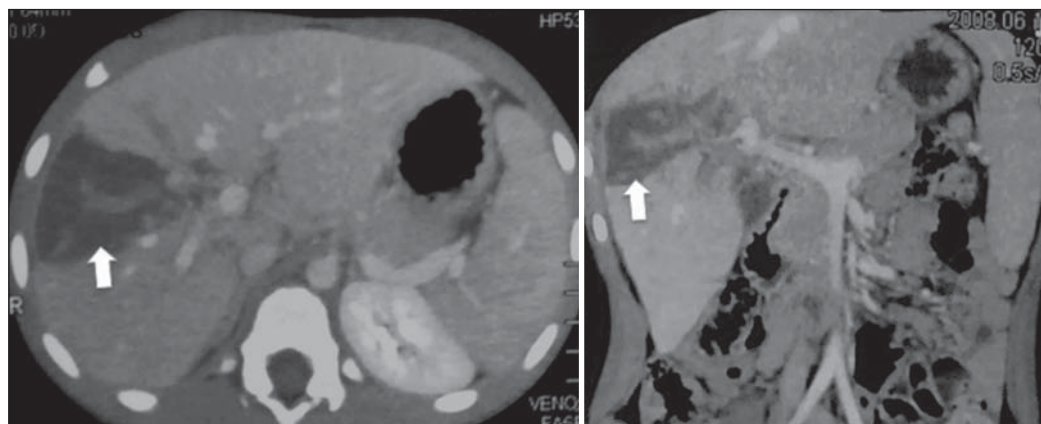


Figura 1. Tomografia computadorizada (axial e reconstrução coronal) realizada durante a internação mostrando trauma hepático atingindo ramo direito portal e hilo hepático (setas). A veia porta e o ramo esquerdo portal não foram lesados nesta época.

* Trabalho realizado na Clínica CEU Diagnósticos, Belo Horizonte, MG, Brasil.

1. Médicos Radiologistas da Clínica CEU Diagnósticos, Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Médico Hemodinamicista da Clínica CEU Diagnósticos, Belo Horizonte, MG, Brasil.

3. Doutores, Professores do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Endereço para correspondência: Dra. Maria Cecília Almeida Maia. Rua Oscar Trompowsky, 721/406, Gutierrez. Belo Horizonte, MG, Brasil, 30441-055. E-mail: mariaceciliaalmeida@yahoo.com.br.

Recebido para publicação em 12/11/2012. Aceito, após revisão, em 27/5/2013.

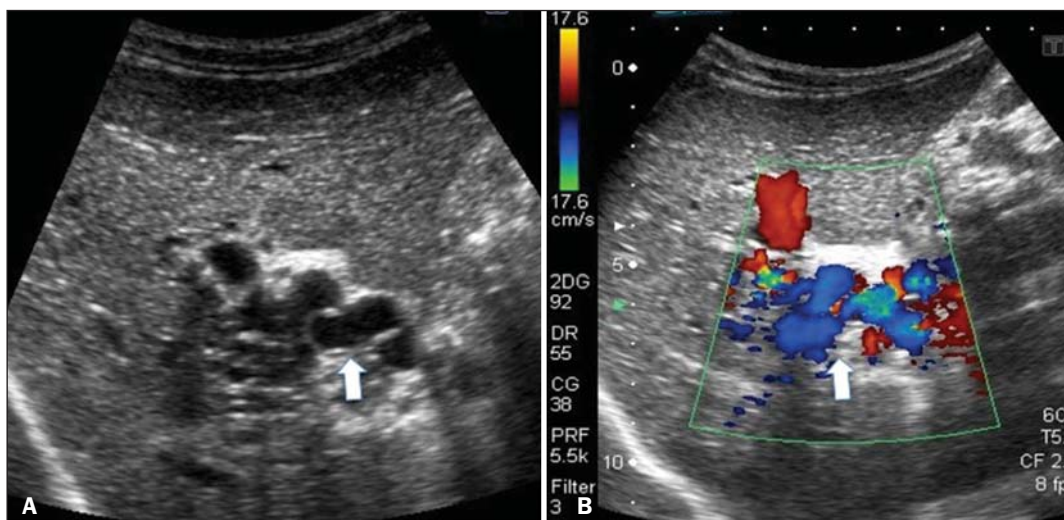


Figura 2. Ultrassom (A) e mapeamento com Doppler colorido (B) identificando múltiplas veias periportais tortuosas no hilo hepático (setas), configurando transformação cavernomatosa da veia porta.

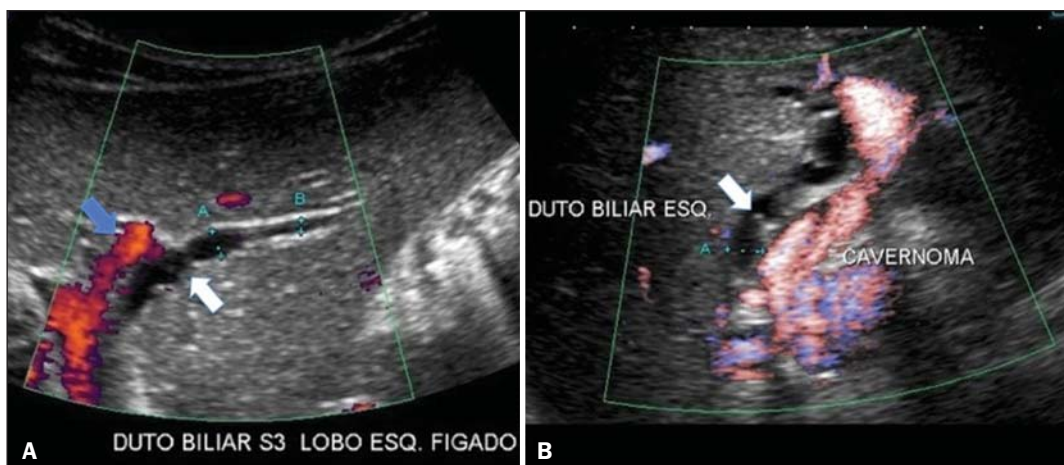


Figura 3. Dilatação da via biliar envolta por colaterais venosas proeminentes. Duto biliar esquerdo dilatado (setas brancas e paquímetros eletrônicos). Porção distal do ramo esquerdo da veia porta pérvia (seta azul). Cavernoma se refere às veias periportais tortuosas no hilo hepático.

hepática, associada à presença de veias periportais calibrosas (Figura 3).

Foi realizada punção percutânea ecoguiada de duto biliar, seguida por colangiografia, a qual identificou redução do calibre do colédoco. O ultrassom com Doppler realizado após revelou veia ingurgitada enovelada ao redor do dreno biliar no colédoco (Figura 4).

Foram realizadas novas dilatações em 19 de março de 2011, 21 de maio de 2011 e 10 de março de 2012, notando-se persistência da compressão extrínseca. Em 14 de julho de 2012 foi realizada punção percutânea do baço para cateterização da veia esplênica e canulação da porção proximal da veia porta e da colateral pericoledociana, sem sucesso.

As angiografias demonstraram obstrução da veia porta logo após sua origem, associada a dilatação importante de veias pericoledocianas até o hilo hepático, seguida por contração de inúmeras pequenas e finas veias, que se assemelhavam a uma nuvem, com enchimento tardio do ramo esquerdo portal. As veias hepáticas encontravam-se normais, com pressão usual. Foram utilizados vários fios-guias na tentativa de recuperação da luz da veia porta ou dilatação das finas veias do hilo hepático, sem sucesso. No momento, a

criança continua utilizando dreno biliar do tipo interno-externo, o qual é trocado periodicamente, com avaliação por colangiografia.

DISCUSSÃO

A colangiopatia portal decorre de alterações nas vias biliares na transformação cavernomatosa da veia porta⁽⁶⁾, associando-se a ingurgitamento de veias periportais ao redor do pâncreas, colédoco e ligamento hepatogástrico⁽⁵⁾. Quando as veias dos plexos epicoledocianos (veias de Saint) e paracoledocianos (veias de Petren), situadas, respectivamente, ao redor e na parede do hepatocolédoco, estão ingurgitadas, observa-se compressão deste, a qual também se associa ao processo isquêmico-inflamatório, causador de áreas de fibrose com consequente estenose das vias biliares, que se resolvem após o tratamento da hipertensão portal⁽⁷⁾.

Apesar de frequentemente observadas aos métodos de imagem, em geral os pacientes, especialmente crianças, são assintomáticos, apresentando-se eventualmente com elevação das enzimas hepáticas.

Neste caso relatado mostramos o quadro sintomático de uma criança com biliopatia portal secundária a trombose da

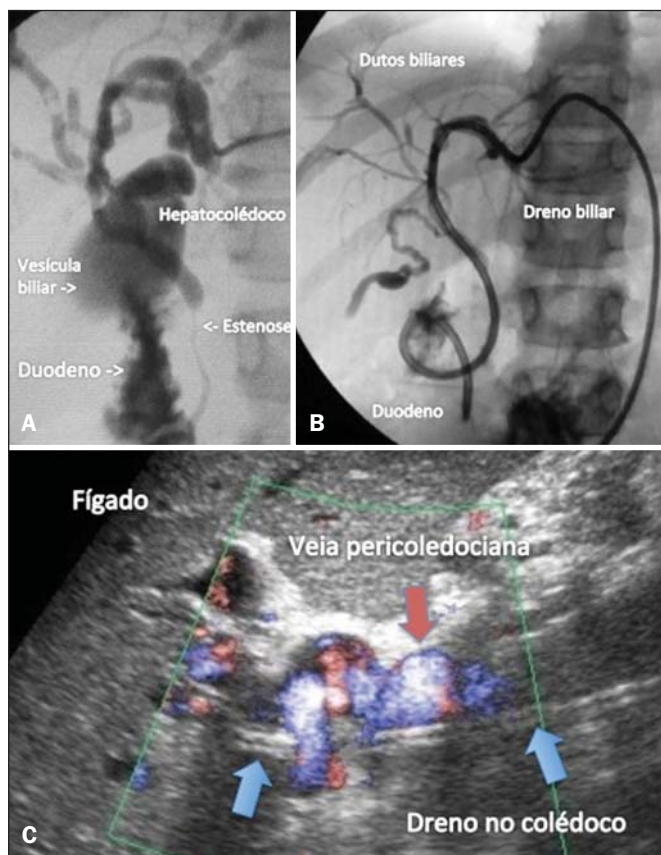


Figura 4. A: Colangiografia percutânea demonstrando dilatação das vias biliares até o duto biliar comum, com redução abrupta de calibre no terço médio do colédoco. B: Dreno tipo interno-externo na via biliar colocado percutaneamente. C: Ultrassom com Doppler evidenciando veia pericoledociana ao redor do dreno (seta) no hepatocolédoco.

veia porta, consequente a trauma abdominal contuso, cursando com hipertensão portal e icterícia obstrutiva refratária a tratamento.

As manifestações clínicas da colangiopatia podem ser divididas em dois grupos: a) as decorrentes da colestase (icterícia e prurido); b) as secundárias a litíase biliar intra-hepática, traduzidas por dor no hipocôndrio direito, icterícia e febre. Sintomas são mais comuns em pacientes idosos, especialmente na presença de cálculos na vesícula biliar.

Entre as alterações morfológicas mais comumente observadas pela colangiografia estão a dilatação das vias biliares associada a áreas de estenose e angulações, bem como

falhas de enchimento por compressão pelas veias parietais dilatadas, que se projetam para a luz⁽⁶⁾.

No diagnóstico diferencial deve-se incluir neoplasias do hilo hepático, como o colangiocarcinoma ou neoplasias metastáticas, e causas de acometimento das vias biliares intra-hepáticas, como a colangite esclerosante.

O diagnóstico é realizado por métodos de imagem, destacando-se o ultrassom com Doppler colorido, que é capaz de detectar a trombose portal e a dilatação das vias biliares. Quando a veia porta se encontra fibrosada por causa da trombose portal crônica, usualmente não é visualizada ao modo B, enquanto as veias colaterais são percebidas como estruturas serpiginosas no hilo hepático com fluxo venoso ao Doppler.

A ressonância magnética também permite o diagnóstico da transformação cavernomatosa da veia porta e da dilatação biliar, em especial pela colangiorressonância.

As colangiografias invasivas (retrógrada ou percutânea) são realizadas nos casos em que o tratamento invasivo estiver indicado. Ecoendoscopia constitui alternativa quando disponível, possibilitando o estudo da via biliar, sendo possível, em alguns aparelhos, também realizar o Doppler.

Em relação ao tratamento, a dilatação biliar está indicada em pacientes sintomáticos e com quadro de colangite de repetição. A descompressão portal, em geral, deve ser realizada antes da dilatação das vias biliares⁽⁶⁾.

REFERÊNCIAS

1. Walser EM, Runyan BR, Heckman MG, et al. Extrahepatic portal biliopathy: proposed etiology on the basis of anatomic and clinical features. *Radiology*. 2011;258:146–53.
2. Dhiman RK, Behera A, Chawla YK, et al. Portal hypertensive biliopathy. *Gut*. 2007;56:1001–8.
3. Khuroo MS, Yattoo GN, Zargar SA, et al. Biliary abnormalities associated with extrahepatic portal venous obstruction. *Hepatology*. 1993;17:807–13.
4. Dilawari JB, Chawla YK. Pseudosclerosing cholangitis in extrahepatic portal venous obstruction. *Gut*. 1992;33:272–6.
5. Vibert E, Azoulay D, Aloia T, et al. Therapeutic strategies in symptomatic portal biliopathy. *Ann Surg*. 2007;246:97–104.
6. Gibson JB, Johnston GW, Fulton TT, et al. Extrahepatic portal-venous obstruction. *Br J Surg*. 1965;52:129–39.
7. D'Souza MA, Desai D, Joshi A, et al. Bile duct stricture due to caused by portal biliopathy: treatment with one-stage portal-systemic shunt and biliary bypass. *Indian J Gastroenterol*. 2009;28:35–7.