

CISTO DE COLÉDOCO EM ADULTO

CHOLEDOCHAL CYST IN ADULT

Carlos Iglézias Brandão de Oliveira, TCBC-PI¹
Raimundo Milton de Sousa Martins, RCBC-PI²
Aderivaldo Coelho de Andrade, RCBC-PI²

INTRODUÇÃO

O cisto de colédoco é uma doença rara, havendo pouco mais de 1.500 casos na literatura. O diagnóstico é feito principalmente na infância (75%), sendo que uma minoria (25%) é diagnosticada na vida adulta.¹ Sua importância se relaciona com as complicações que podem se desenvolver, desde colangite aguda até colangiocarcinoma e cirrose biliar secundária.²

Relata-se um caso de cisto de colédoco, analisando-se as manifestações clínicas, o diagnóstico na vida adulta e as complicações.

RELATO DE CASO

FAS, sexo feminino, 47 anos, natural de Timon-MA. A paciente era completamente assintomática até os 37 anos, quando apresentou quadro agudo de icterícia, febre, dor no hipocôndrio direito e colúria, foi diagnosticada como hepatite (SIC) e tratada clinicamente, obtendo melhora. Uma nova crise só veio ocorrer há seis meses, com dor no hipocôndrio direito, mas sem icterícia. Foi medicada com analgésicos, com regressão da sintomatologia. Sete dias antes da operação apresentou febre, icterícia, dor em epigástrio irradiada para o dorso e distensão abdominal.

A ultra-sonografia evidenciou uma grande dilatação cística em todo o hepatocolédoco, tendo sido classificada como cisto de colédoco tipo 1 (Figura 1). Foi diagnosticada clinicamente como colangite aguda e tratada com cefalotina, hidratação venosa e analgésicos. Após melhora clínica foi submetida a tratamento cirúrgico. No transoperatório observou-se volumoso cisto de colédoco e vesícula normal, sem cálculos. Uma colangiografia intra-operatória mostrou grande cisto atingindo todo o hepatocolédoco, preservando apenas sua porção terminal (Figura 2). Fez-se a ressecção de toda a lesão, com anastomose hepático-jejuno em Y-de-Roux próximo à confluência dos ductos hepáticos. A peça cirúrgica



Figura 1 – Ultra-som mostrando cisto de colédoco

tinha paredes espessadas e mucosa sem ulceração. O exame histopatológico da peça operatória não mostrou malignidade. A evolução ocorreu sem alterações, com alta no sexto dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

Todani et al classificaram os cistos de colédocos em cinco tipos:³ Tipo 1 (90% do total), dilatação coledociana fusiforme ou cística difusa; Tipo 2, divertículo de colédoco; Tipo 3, dilatação da porção intraduodenal do colédoco (coledococèle); Tipo 4, cistos na árvore biliar intra e extra-hepática, tipo 5, cisto ou cistos somente na árvore intra-hepática. Incidem mais no sexo feminino (80% dos casos) e na população oriental (mais de 2/3 dos casos relatados estão no Japão).² A maioria dos casos (75%) é diagnosticada na infância e somente 25% na vida adulta.

Sua patogenia não está bem definida, existindo diferentes teorias: 1– A união anômala do colédoco com o ducto pancreático proximal ao esfíncter de Oddi pode permitir o refluxo

1. Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Piauí.

2. Residente de Cirurgia Geral do Hospital Getúlio Vargas – PI.

Recebido em 18/3/99

Aceito para publicação em 9/8/99

Trabalho realizado na Clínica Cirúrgica do Hospital Getúlio Vargas da Universidade Federal do Piauí.

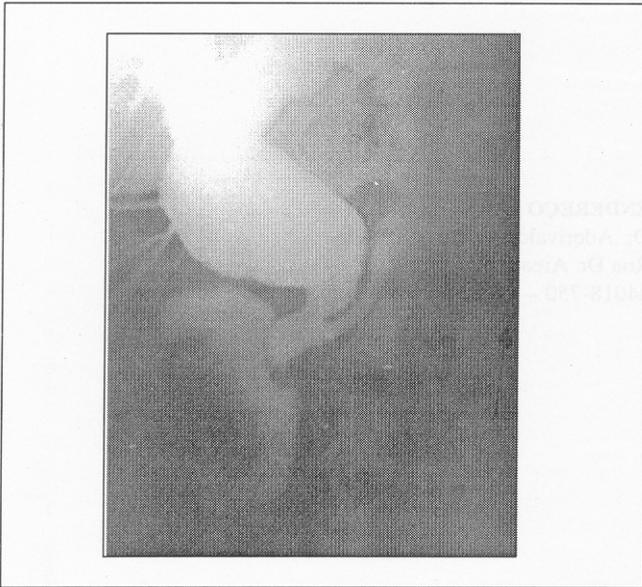


Figura 2 – Colangiografia operatória mostrando cisto atingindo todo o colédoco preservando sua porção distal

de enzimas pancreáticas ao colédoco levando à inflamação, fraqueza e dilatação do mesmo; 2 – Os cistos representam zonas de fraqueza muscular congênita da parede coledociana.²

Clinicamente, o cisto coledociano se apresenta de diferentes maneiras: no primeiro ano de vida domina o quadro de icterícia obstrutiva de início precoce, que, se não for resolvido, evoluirá inexoravelmente para cirrose biliar secundária, semelhante à atresia de vias biliares; em crianças maiores prevalece a clínica de dor abdominal, sendo comum estar associada a icterícia e, às vezes, massa palpável. A presença concomitante desses três sintomas – a tríade clássica do cisto de colédoco – só ocorre em 10% a 30% dos pacientes. Em

adultos prevalecem os sintomas de colangite, como icterícia, dor abdominal, febre e, às vezes, vômitos e distensão abdominal, podendo complicar com quadro de peritonite aguda por conta de abscesso hepático ou perfuração do cisto. Clínica de pancreatite aguda também pode ocorrer.

O diagnóstico é feito facilmente através de ultra-som ou tomografia. A colangiopancreatografia endoscópica deve ser feita rotineiramente a fim de delinear os contornos da lesão e a presença de relação anômala entre os ductos pancreatobiliares. À laparotomia confirma-se o diagnóstico pela visualização da lesão e pela colangiografia transoperatória. A cintilografia com tecnécio é feita principalmente em crianças com a finalidade de avaliar a função hepática antes da operação e fazer o seguimento, uma vez que a cirrose biliar secundária pode se desenvolver apesar da drenagem adequada da via biliar principal.⁵

Além das complicações citadas, outras podem se desenvolver, como litíase biliar e colangiocarcinoma, sendo que este tem sua incidência aumentada não só no cisto, mas também em outros pontos da árvore biliar, como a vesícula.

Deve-se, portanto, ressecar todo o cisto e a vesícula, com reconstrução em hepático-jejunostomia em Y-de-Roux, sendo esta a conduta que dá melhores resultados precoces e tardios, com morbidez de 5,4% e mortalidade de 5,8%, com necessidade de reoperação em 0,8%.^{4,5} Além disso são removidas as áreas onde é maior o risco de malignização. Por sua vez, a simples derivação interna tem maiores taxas de complicações, além do risco de malignidade pela persistência da lesão.

Complicações pós-operatórias ocorrem em 35,2% e a mortalidade é de 9%, sendo necessário fazer reoperação em 16% dos casos. Deiscência da anastomose, fístula biliar e, tardiamente, estenose da anastomose, levando a colangite ascendente e dano hepático progressivo, são complicações mais comuns na simples drenagem biliodigestiva.

ABSTRACT

Choledochal cyst is a rare congenital malformation of the biliary tree, and approximately 25% of them are diagnosed in adults. Appropriate surgical management of these lesions depends on the anatomic site and extension of the cystic process. The recognized association of the bile duct cysts with hepatobiliary malignant disease has important surgical implications. Total cyst removal and cholecistectomy with Roux-en-Y hepaticojejunostomy was performed in a 47 year old female with a common bile duct cyst tipe 1 postoperative period was uneventful. A review of literature is presented.

Key Words: *Choledochal cyst; Cysts.*

REFERÊNCIAS

1. Alves Jr R, Jader BA – Cisto de colédoco em adulto. *Rev Col Bras Cir* 1997; 24(3):197-198.
2. Miura IK – Doenças fibropolicísticas hepatobiliares na infância. In Marcondes E: *Pediatria Básica*. Ed. 8. Vol 2. São Paulo; Sarvier, 1993, p 1.299.

3. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, et al – Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1977; 134:263-269.
4. Pinotti W, Cecconello I, Oliveira MA – Anatomia e anomalia do desenvolvimento das vias. In Dani R, Castro LP: *Gastroenterologia clínica*. Edição 3 Vol 2, Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 1993; ppl 499-1.500.
5. Sabbaga CC, Schulz C, Avilla SG, et al – Complicações no tratamento cirúrgico do cisto de colédoco: revisão de 18 anos. *Rev Col Bras Cir* 1995; 22(4) 213-216.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Aderivaldo Coelho Andrade
Rua Dr. Area Leão, 1.079/S
64018-750 – Teresina – PI