

Mateus Alessio Pereira^{1,2}, Deise Dessanti^{1,2}, Felipe Cunha Mezzomo^{1,2}, Sasha Keith Kovaliuk^{1,2}, Diego Seibel Jr¹, Vitor Augusto Doncatto^{1,2}, Rodrigo dos Santos Falcão^{1,2}, Gabriela Teixeira da Silveira

1- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).
2- Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA).

Introdução

Cisto de colédoco é uma anomalia congênita incomum no ocidente, com uma estimativa de 1 para 100.000-150.000 nascidos vivos. As alterações patológicas comumente encontradas são anormalidades da junção do colédoco e ducto pancreático principal e dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Somente um quarto dos casos são diagnosticados na vida adulta e há predominância no sexo feminino na proporção de 4:1. A apresentação clínica do cisto de colédoco é vaga e inespecífica, os principais sintomas são: dor em hipocôndrio direito e epigástrio, massa abdominal palpável e icterícia. As complicações mais comuns são pancreatite, colangite, cirrose biliar secundária e colangiocarcinoma. A classificação mais adotada é a modificada de Todani, que é feita de acordo com a localização e extensão da dilatação das vias biliares.

Relato do caso

R.P., 33 anos, múltipara (3 filhos) e obesa, procura atendimento na unidade básica de saúde com queixas de dor em hipocôndrio direito e epigástrio com início há 7 anos. A ecografia de abdome de 10/2017 mostrava dilatação de colédoco e presença de estrutura ecogênica de 1,4 cm de etiologia indefinida. A paciente perdeu segmento e retornou em 01/2019 com queixas de dor intermitente em hipocôndrio direito sem icterícia, acolia, colúria ou febre. Os exames laboratoriais da paciente estavam com a proteína C reativa elevada (19,88), gama-GT elevada (110) e discreta leucocitose com aumento de neutrófilos e linfócitos. A segunda ecografia de abdome mostrou imagem cística de dimensões 4,0x3,2 cm no colédoco, próximo a cabeça do pâncreas, com cálculo de 1 cm em seu interior. A colangiorressonância identificou dilatação fusiforme do colédoco, com diâmetro de 3,4 x 3,7 cm e extensão por 4,3 cm sem comprometimento de vias biliares intra-hepáticas, compatível com cisto de colédoco tipo Ia de Todani. A opção terapêutica foi a coledococistectomia com retirada da vesícula. O resultado do anátomo-patológico foi de lesão cística com parede fibrosa e ausência de atipias. A vesícula tinha alterações compatíveis com colecistite crônica e colesterolose. A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório.



Figura 1 – imagem da colangiorressonância, mostrando cisto de colédoco tipo IA de Todani.



Figura 2 – Peça cirúrgica. Na imagem, aparece o cálculo e o cisto de colédoco.

Discussão

A apresentação clínica com dor abdominal e icterícia do cisto de colédoco é inespecífica e semelhante a colelitíase, atrasando o diagnóstico e aumentando o risco de complicações. O exame de imagem mais acurado para avaliação de cisto de colédoco é a colangiorressonância, capaz de classificar o cisto pela classificação de Todani. O tratamento de escolha é cirúrgico, os cistos tipo Ia é realizado com excisão do cisto, colédoco e vesícula biliar seguida de reconstrução da continuidade bilioentérica.