

**Autores:** Gustavo N. G. Cruz<sup>1</sup>, Luiza Bassani A<sup>2</sup>., Guilherme G. Santos<sup>3</sup>, Mariano A. Menezes<sup>4</sup>

1. Cirurgião Geral; 2. Residente de Cirurgia Geral; 3. Cirurgião Geral; 4. Cirurgião Do Aparelho Digestivo, Chefe da Residência de Cirurgia Geral.

Serviço de Cirurgia Geral da Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina / Paraná .

## Introdução

Cistos de colédoco são dilatações congênitas dos ductos biliares, intra ou extra-hepáticos. São raros, com incidência estimada em 1:100.000 nascidos vivos, comumente diagnosticados na infância.

A tríade clássica é composta por dor abdominal, icterícia e massa palpável. A grande complicação é a malignização (até 30%). O tratamento consiste em exérese do cisto e reestruturação da comunicação biliodigestiva.

Apresentamos caso de CC tipo IC em adulto, abordado cirurgicamente através de derivação BD de jejuno em Y de Roux com a cápsula do cisto, que apresentou desfecho favorável.

## Relato de caso

Paciente masculino, 56 anos, queixava-se de dor abdominal epigástrica, vômitos, icterícia. O laboratório inicial apresentava aumento de enzimas canaliculares, transaminases e bilirrubinas diretas > 13. Marcadores tumorais negativos.

Foi solicitado Ultrassonografia abdominal, que demonstrou um cisto anecóico pericolédoco e pericístico medindo 3,5 x 2,1 cm, provocando dilatação das vias biliares a montante. Investigado com Tomografia de abdome, evidenciou-se formação arredondada bem delimitada, de paredes finas, homogênea, localizada ao nível da bifurcação do ducto hepático comum. Optou-se por submeter o paciente a Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), (Imagem 1), objetivando alívio da icterícia colestática. Drenada a via biliar, houve melhora laboratorial parcial. Procedeu-se então com Colangiografia abdominal, que evidenciou formação cística relacionada ao ducto hepático direito medindo 2,5 cm de diâmetro (Imagem 2).

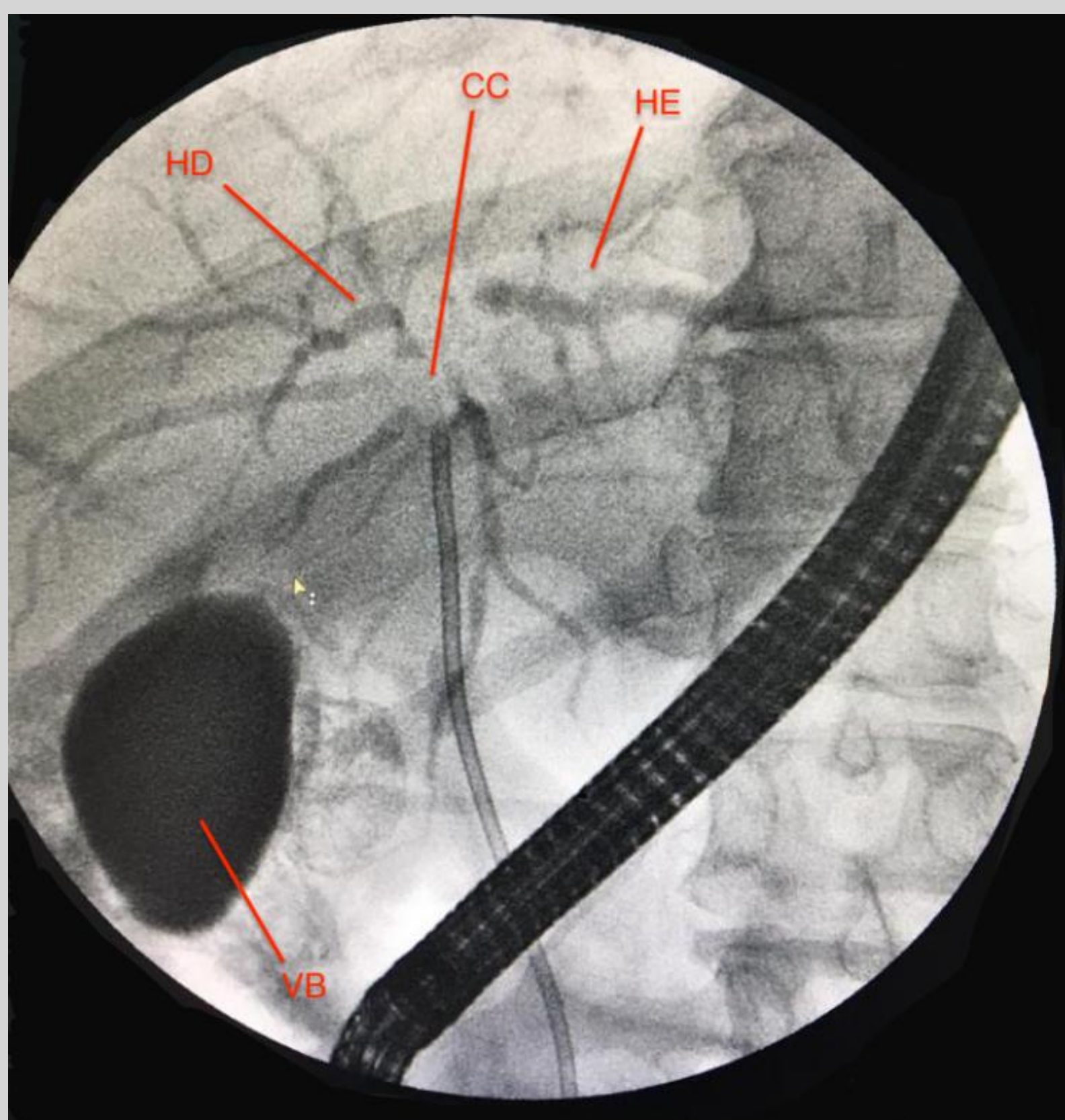


Imagem 1 - CPRE. VB: Vesícula biliar; CC: Cisto Colédoco; HD: Ducto Hepático Direito; HE: Ducto Hepático Esquerdo.

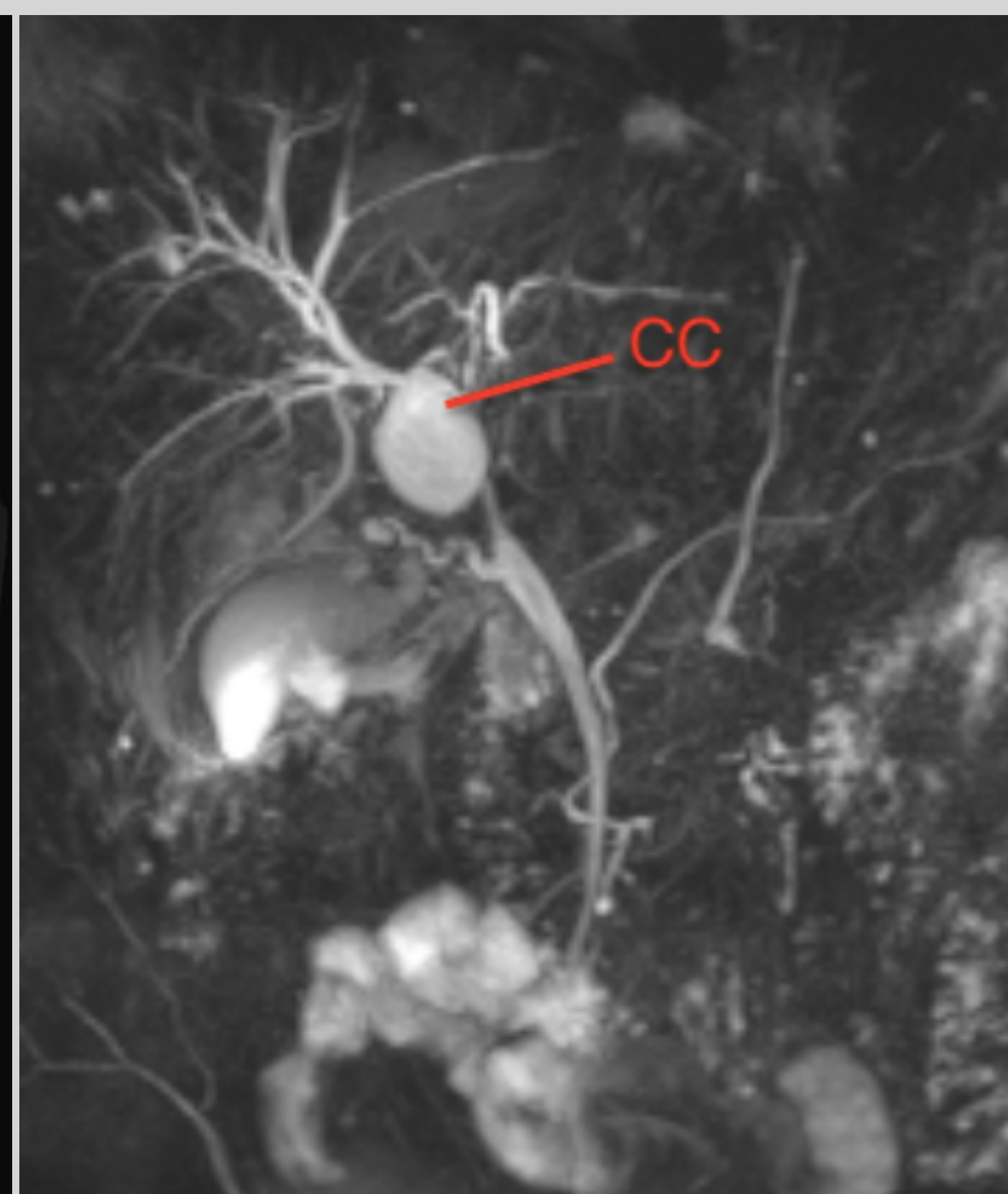


Imagem 2: Ressonância Magnética. CC: Cisto de Colédoco.

No intra-operatório, localizou-se CC tipo IC em colédoco proximal comprometendo a junção dos hepáticos. Optou-se por colecistectomia, septoplastia, seguida de ressecção parcial do cisto e anastomose do jejuno com a cápsula do cisto em Y-Roux. O pós operatório evoluiu sem intercorrências, com alta hospitalar no 7º dia. O exame histopatológico confirmou tratar-se de CC, sem malignidade e sem células produtoras de mucina. No seguimento após 1 ano, o paciente mantém assintomático com exames laboratoriais normais.

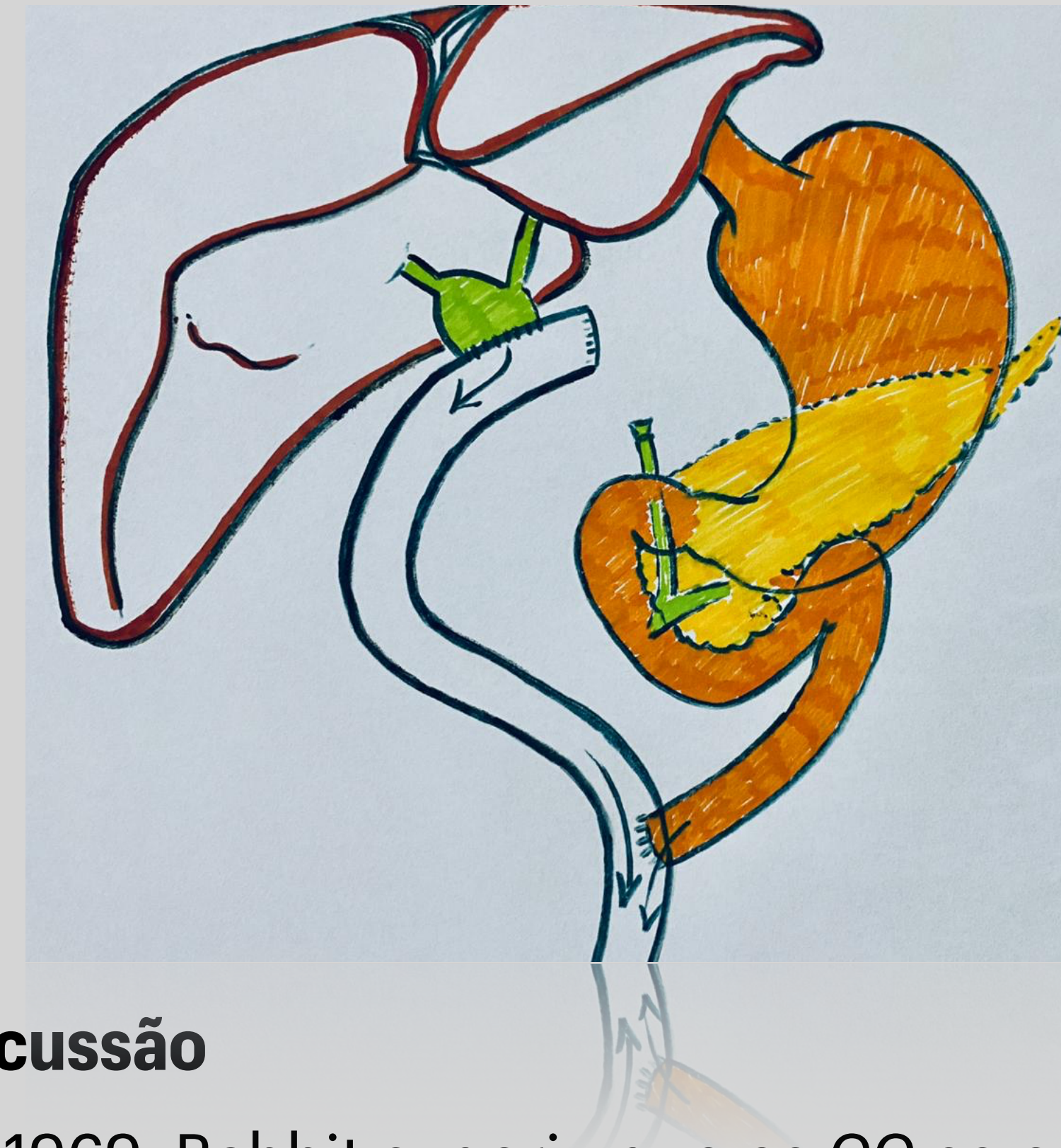


Imagem 3: Ilustração esquemática do procedimento evidenciando a anastomose da cápsula do cisto com o jejuno em Y de Roux.

## Discussão

Em 1969, Babbit sugeriu que os CC se originariam da união anômala do ducto pancreaticobiliar, secundária a migração do coledocopancreático para parede duodenal. São raros os relatos em homens e adultos, o que torna esse caso extremamente incomum.

A clínica clássica é mais comum em crianças, porém rara. Adultos manifestam mais dor abdominal, sintomas pancreáticos, cálculos biliares e colecistite. A colangiografia é considerada padrão ouro de diagnóstico e seguimento.

A abordagem cirúrgica do caso depende da classificação do cisto de colédoco, que foi proposta por Todani em 1977. Cistos do tipo I e do tipo IV devem ser abordados com excisão total do ducto cístico extra-hepático abaixo do nível de comunicação com o ducto pancreático, colecistectomia e restauração da continuidade bilioentérica com hepaticoduodenostomia e hepaticojejunostomia em Y de Roux, sendo o segundo tipo preferido e eleito por ter menor refluxo biliar e estar menos associado a câncer gástrico. Os cistos dos tipos II e III, são associados a baixa malignização sendo portanto, aceitável que se realize apenas a diverticulectomia, quando possível.

No intra-operatório, foi mantida parte da cápsula do cisto para a anastomose com jejuno em Y de Roux, em vista de que se tratava de via biliar estreita com ductos hepáticos direito e esquerdo muito finos. Assim sendo, a chance da anastomose envolvendo jejuno e via biliar intra-hepática evoluir para estenose era alta. Considerando a idade avançada do paciente, os marcadores tumorais negativos e o baixo risco de carcinogênese após liberar estase biliar, pesados benefícios e riscos, concluiu-se ter sido opção mais viável. O risco de malignidade biliar subsequente em pacientes submetidos à excisão de cisto do colédoco chega a aproximadamente 1,6% após 15 anos e 3,9% após 20 anos, portanto, o paciente em questão deverá manter acompanhamento ambulatorial para acompanhamento da cápsula residual envolvida na anastomose biliodigestiva. Irá submeter-se ao seu primeiro exame de imagem de controle, porém até a data do recente estudo, mantém-se assintomático e com exames laboratoriais normais.

## Conclusão

A ressecção parcial do cisto do colédoco do tipo IC com anastomose cisto-jejunal em Y de Roux pode ser uma alternativa frente a uma via biliar não favorável e em pacientes com idade avançada, porém o monitoramento pós operatório deve ser realizado pelo risco de malignização da área não ressecada.