

INTRODUÇÃO

O Colangiocarcinoma Peri-hilar ou Tumor de Klatskin é um tumor maligno que acomete os canais biliares do corpo humano. Tem origem nas células do epitélio que reveste esses canais. É um tumor raro, que representa cerca de 2% de todas as neoplasias malignas do ser humano.¹ Recebe o nome de colangiocarcinoma hilar por ocorrer, justamente, na porção hilar do fígado, mais precisamente nas junções dos ductos hepáticos direito e esquerdo.²

É extremamente difícil realizar o diagnóstico precoce desse tipo de tumor, uma vez que, em estágios iniciais, apresenta uma clínica inespecífico e silenciosa.³ A clínica, quando presente, dá-se por icterícia obstrutiva, perda de peso e dor abdominal em hipocôndrio direito.⁴

O tratamento cirúrgico com ressecção é o tratamento de escolha, mostrando-se o mais efetivo para aumentar a sobrevida dos pacientes. No entanto, por ser uma neoplasia de diagnóstico tardio, a maioria dos casos é diagnosticado em estágios avançados envolvendo já estruturas adjacentes e consequentemente irremediáveis.³

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é relatar um quadro de tumor de Klatskin no qual, foi feito tratamento com a drenagem biliar percutânea.

METODOLOGIA

T.A.F, sexo feminino, 60 anos, procedente de São Carlos-SP, procurou assistência médica com quadro de icterícia, acolia fecal, distensão, dor abdominal, mal estar geral e febre. Foi solicitado colangioressonância magnética, que evidenciou presença de lesão expansiva comprimindo e envolvendo o terço superior do colédoco, ducto hepático comum e confluências dos ductos hepáticos direito e esquerdo intra hepático. Terço médio, inferior de colédoco e ducto de Wirsung com calibres e sinais normais.

Em seus exames laboratoriais pré-operatórios, apresentava-se com acentuada hiperbilirrubinemia de caráter obstrutivo (BT: 22,58, BD: 16,83), GGT: 1.516 e hemograma com acentuada anemia.

Indicada a cirurgia, foi levada a laparotomia exploradora com incisão subcostal direita, verificou-se a presença de massa em região de hilo hepático com invasão para veia porta, contraindicando a ressecção. Visto o caso de irremediabilidade uma das condutas é a drenagem externa. O que foi feito no presente caso.

Optou-se, então, por fazer derivação externa com dilatação da região afetada (drenagem biliar percutânea-DBP). Após o procedimento, paciente apresentou boa evolução, com melhora acentuada nos níveis da icterícia e demais valores laboratoriais, sem sinais de colangite.

DISCUSSÃO

Obstrução biliar em pacientes com Tumor de Klatskin tem sido associada com mortalidade pós-operatória aumentada e a descompressão resultou em diminuição.^{6,7} Isso, provavelmente, é secundário à regeneração hepática prejudicada no fígado colestático, com a drenagem melhorando a sua capacidade regenerativa funcional.

Os critérios para a descompressão biliar são claramente indicadas quando em caso de colangite, quando em terapia antineoplásico pré operatório ou embolização pela veia portal, e desnutrição induzida por uma hiperbilirrubinemia e insuficiência hepática ou renal. Fora dessas indicações, a drenagem biliar está indicada também para pacientes que não aguentariam a realização da cirurgia.^{7, 8} Alguns estudos mostraram que a drenagem biliar contribui para aumentar FLR (funcional liver remanat), visto que quando se faz a hepatectomia, a descompressão do fígado remanescente ajudará a restaurar a função metabólica e sintética nessa porção e minimizará o potencial de atrofia devido à obstrução biliar crônica.^{9,10}

A punção percutânea trans-hepática é vista por muitos como a escolha preferida da descompressão biliar em comparação com a CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica), pois a técnica anterior pode permitir melhor delineamento da extensão da disseminação proximal do tumor, normalização mais rápida das enzimas hepáticas, e potencial para diminuir complicações relacionadas à colangite.¹⁰

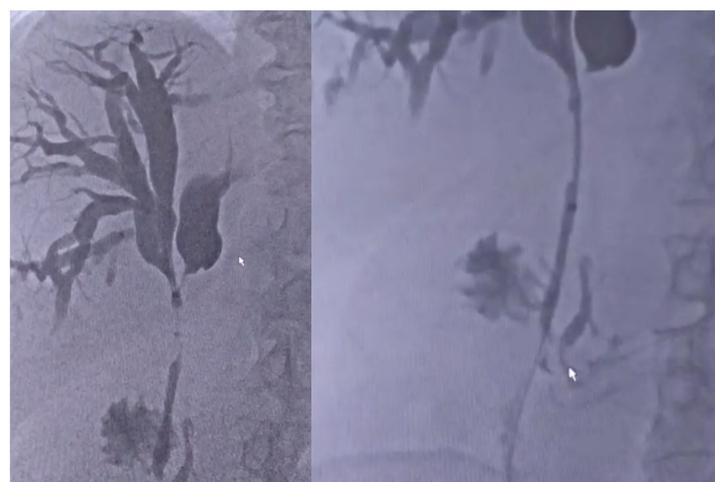


Figura:
drenagem biliar percutânea mostrando a obstrução das vias biliares pré procedimento e após dilatação.

CONCLUSÃO

Concluimos portanto, que o caso em questão mostrou a efetividade da DBP uma vez que não foi possível realizar a ressecção do tumor do paciente, sendo optado somente pela punção percutânea trans-hepática com derivação e dilatação da área afetada, com melhora clínica e laboratorial importante.

BIBLIOGRAFIA

1. Dreyer C, Le Tourneau C, Faivre S, et al. Cholangiocarcinomas: épidémiologie et prise en charge globale. Rev. Med. Interne. 2008;29:642-651.
2. Torres OJM, Barros CA, Barros NDC, Melo LAL, Ferry JM, Ribas Filho JM, Czecko NG, Matias JEF. Tratamento cirúrgico do tumor de Klatskin. ABCD Arq Bras Cir Dig 2003; 16(2)
3. Hammill CW, Wong LI. Intrahepatic cholangiocarcinoma: a malignancy of increasing importance. J Am Coll Surg. 2008;4:594-603.
4. Mansfield SD, Barakat O, Chamley RM, Jaques BC, O'Suilleabhain CB, Atherton PJ, Manas D. Management of hilar cholangiocarcinoma in the North of England: pathology, treatment, and outcome. World Journal of Gastroenterology 2005; 11(48):7625-7630
5. Bismuth H, Corlette MB. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. Surg Gynecol Obstet 1975; 140: 170-8
6. Blamey SL, Fearon KC, Gilmour WH, et al. Prediction of risk in biliary surgery. Br J Surg 1983;70:535-8. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bjs.1800700910>
7. Anderson, BlaireDoyle, M. B. Majella. Surgical Considerations of Hilar Cholangiocarcinoma. Surgical Oncology Clinics of North America 2019; 28: 601-617. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.soc.2019.06.003>
8. Khan, Adeel S. Dageforde, Leigh Anne. Cholangiocarcinoma. Surgical Clinics of North America 2019;99:315-335.
9. Lidsky ME, Jarnagin WR. Surgical management of hilar cholangiocarcinoma at Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Ann Gastroenterol Surg 2018;2:304-12.
10. Kennedy TJ, Yopp A, Qin Y, et al. Role of preoperative biliary drainage of liver remnant prior to extended liver resection for hilar cholangiocarcinoma. HPB (Oxford) 2009;11:445-51.