

Cisto de colédoco tipo III em adulto: relato de caso

Choledocus cyst type III in adult: case report

Thyago Duavy Férrer **LIMA**¹®, Marcelo Gonçalves **SOUSA**¹®, Cássio **ZINI**²®, Maria Luiza de Medeiros **AMARO**²®, Ronise Martins Santiago **SATO**²®, Jurandir Marcondes **RIBAS-FILHO**¹®

PALAVRAS-CHAVE: Doença cística. Via biliar. Cisto de colédoco.
KEYWORDS: Cystic disease. Biliary tract. Choledochal cyst.

INTRODUÇÃO

A doença cística da via biliar também denominada cisto de colédoco é afecção congênita ou adquirida caracterizada por uma ou múltiplas dilatações que podem acometer qualquer região da árvore biliar. É afecção rara, descrita pela primeira vez em 1723⁹ considerada como condição pré-maligna mais frequente na infância e adolescência; contudo, 20% dos casos podem apresentar manifestações na vida adulta muitas vezes com sinais e sintomas inespecíficos¹². Quando ocorre a dilatação cística intraduodenal do ducto biliar comum distal denomina-se coledococoele, que tem incidência estimada em aproximadamente 1,4% a 4,5% dos casos de cisto de colédoco⁹.

A etiopatogênese da doença ainda não é bem especificada, porém a teoria mais aceita considera provável que ela ocorra a partir do desenvolvimento anormal do sistema ductal pancreatobiliar, que se caracteriza pela junção do ducto biliar e pancreático, 1 a 2 cm proximal ampola hepatopancreática, motivando refluxo, mistura das secreções biliares e pancreáticas, com danos à sua parede.

Na sintomatologia da coledococoele tem-se a tríade clínica clássica caracterizada por dor abdominal, icterícia e massa abdominal palpável¹. Em adultos, no entanto, o sintoma mais característico é a dor abdominal, podendo muitas vezes se apresentar de forma assintomática. O exame padrão-ouro para diagnóstico da doença é a colangiopancreatografia por ressonância magnética.

O diagnóstico e tratamento precoce, principalmente por meio da excisão cirúrgica, dos cistos de colédoco, além de melhorarem a qualidade de vida, diminuem o risco de desenvolver malignidade e melhorarem o prognóstico da doença.

Portanto, o presente estudo objetiva apresentar um cisto de colédoco do tipo III de Todani, demonstrando os aspectos individuais da doença, a justificativa escolha e importância do tratamento utilizado, e complicações.

RELATO DO CASO

Homem, de 32 anos, procurou gastroenterologista após 2 meses com queixas de dispepsia e epigastralgia (com piora após as refeições). Ao exame físico não foram demonstradas alterações evidentes. Foram solicitados alguns exames complementares como esofagogastroduodenoscopia que revelou a presença de gastrite endoscópica leve de antro e abaulamento da papila duodenal (Figura 1) com causa não esclarecida. Nos exames laboratoriais observou-se aumento das transaminases e das enzimas hidrolíticas (Tabela 1).

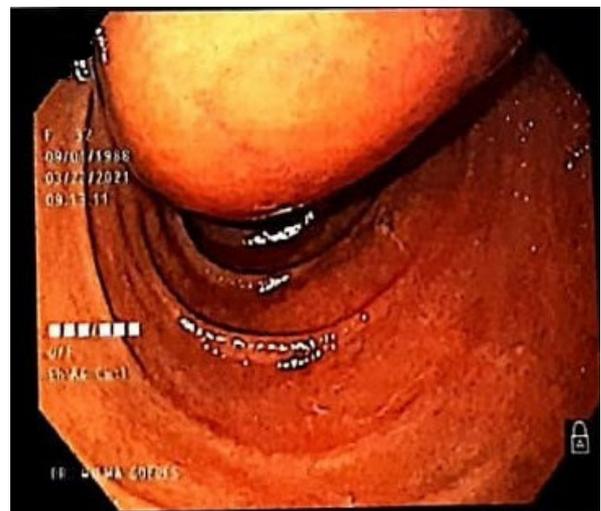


FIGURA 1 - Esofagogastroduodenoscopia com imagem evidenciando região pós-bulbar com grande abaulamento da sua parede medial

Complementarmente, solicitou-se colangiopancreatografia por ressonância magnética (Figura 2), onde evidenciou-se vesícula biliar com aspecto morfológico e conteúdo normais, ausência de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas além de uma formação sacular ovalada no interior da 2^a/3^a porção duodenal, em íntimo contato com a papila maior do duodenal, contornos regulares, limites precisos, medindo

cerca de 3,4x4,3x4,7 cm, repleta de cálculos calcificados no seu interior. Levantou-se a hipótese de coledococèle, que se confirmou após realização de ressonância magnética (Figura 3), concluindo assim, a presença do cisto de colédoco tipo III de Todani.

TABELA 1 - Resultados exames laboratoriais

Tipo do exame	Resultado
Amilase	67 U/L
Lipase	76 U
Colesterol Total	126 mg/dL
Colesterol HDL	33 mg/dL
Colesterol LDL	70 mg/dL
T4 Livre	0,92 ng/dL
Triglicédeos	114 mg/dL
TSH ultrasensível	3,73 mUI/mL
Anticorpos IgA antiendomiso	Não reagente
Glicose	94 mg/dL
Ureia	36 mg/dL
Creatinina	1,07 mg/dL
TGO/AST	24 U/L
TGP/ALT	60 U/L

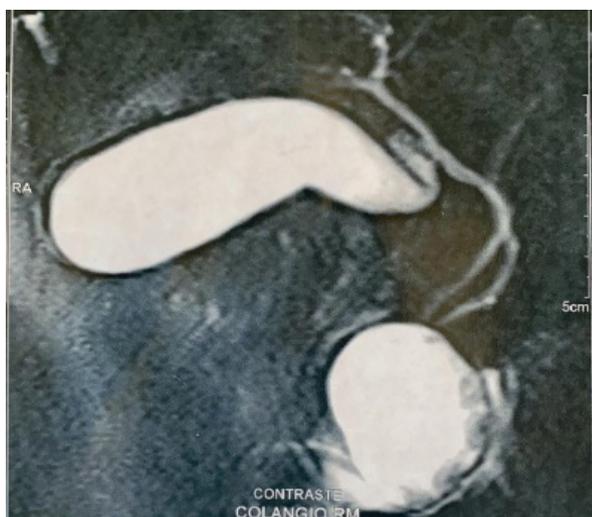


FIGURA 2 - Imagem obtida a partir da colangiopancreatografia por ressonância magnética, na qual se evidencia a vesícula biliar com aspecto morfológico e conteúdo normais e a formação sacular ovalada com cálculos sugerindo coledococèle.



FIGURA 3 - Imagem obtida a partir da colangiopancreatografia por ressonância magnética, na qual evidencia-se formação saculada no interior da porção duodenal repleta por cálculos calcificados

Videolaparotomia exploratória foi a escolha inicial para avaliar e corrigir o cisto de colédoco, tendo em vista o seu tamanho (Figura 4) e seu risco elevado de

obstrução biliar e duodenal, além do risco, mesmo que pequeno, de se tornar maligno. Dessa forma, foi realizada a duodenotomia e excisão do cisto com drenagem do seu conteúdo e retirada de seus cálculos (Figura 5) e de forma preventiva, também foi realizada colecistectomia.

O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sem complicações, recebendo alta hospitalar em bom estado geral e assintomático. Foi solicitado acompanhamento ambulatorial para manutenção do caso.

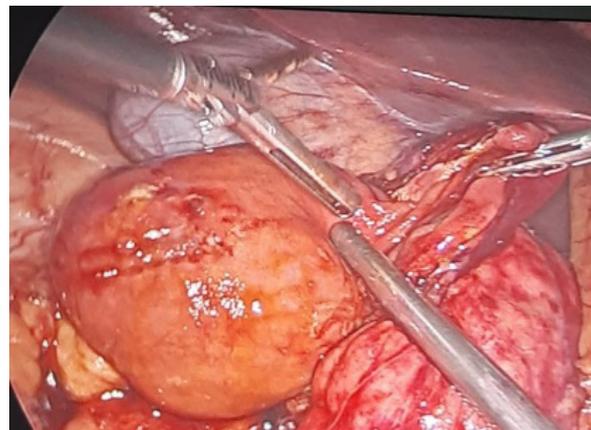


FIGURA 4 - Cisto coledociano visualizado durante a videolaparoscopia

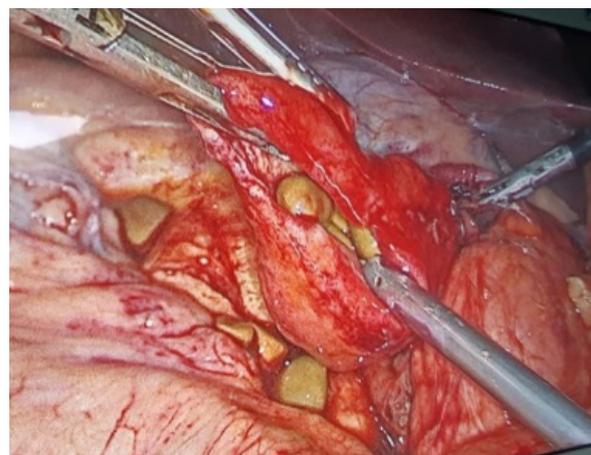


FIGURA 5 - Imagem laparoscópica do cisto após a excisão evidenciando seus cálculos

DISCUSSÃO

A coledococèle é um tipo raro de cisto de colédoco, caracterizado por dilatação cística da protuberância terminal do ducto biliar comum e se projeta na parede do duodeno. A causa ainda não está completamente esclarecida. Alguns estudos indicam que pode se tratar de defeito congênito estrutural, enquanto outros como processo adquirido. Atualmente, a teoria mais aceita envolve o refluxo de enzimas pancreáticas decorrente de anomalia na junção do ducto pancreático principal ao ducto biliar comum. Quando sintomáticos, geralmente o paciente refere dor no abdome. A tríade clássica caracterizada por febre, icterícia e massa abdominal ocorre em menos de 20%. Os sintomas normalmente são

decorrentes de complicações associadas à colangite ascendente e pancreatite.^{6,10,13}

Os cistos podem ser classificados atualmente de acordo com Todani, como: tipo I - mais comum, correspondendo cerca de 50-60% dos casos, e apresentam dilatação extra-hepática congênita do colédoco; tipo II - incidência em 2-8% e envolve dilatação diverticular em qualquer lugar ao longo do ducto extra-hepático; tipo III: também conhecido como coledococèle, representa as dilatações da árvore biliar no percurso intraduodenal, correspondem a 1,4-5% dos casos; tipo IV: envolve as múltiplas dilatações que afetam a árvore biliar intra e extra-hepáticas, incidindo em 15-33% dos casos; tipo V - corresponde à doença de Caroli, que dentre suas características tem cistos biliares intra-hepáticos.

O principal diagnóstico diferencial do tipo III são os cistos de duplicação duodenal, que também se apresentam como estruturas císticas e geralmente se projetam para a segunda ou terceira porção do duodeno. São muito raros e correspondem a 5% de todas as duplicações gastrointestinais.^{5,7,8} Os cistos de duplicação duodenal apresentam revestimento muscular e geralmente estão localizados no lado mesentérico e compartilham sua circunferência com o intestino, podendo ou não se comunicar com o lúmen intestinal. Ambos, cisto de colédoco e de duplicação duodenal, podem se comunicar com o ducto biliar e compartilham manifestações clínicas e achados de imagem muito semelhantes.^{4,2}

A avaliação da árvore biliar deve ser realizada primeiramente por ultrassonografia, que tem sensibilidade de 71-97%. No tipo III a sensibilidade é menor, pois os cistos costumam ser muito pequenos para serem visualizados e o diâmetro normal do ducto biliar comum torna a conexão com a árvore biliar difícil de ser identificada.⁶ A colangiografia por tomografia é mais precisa que a ultrassonografia para identificar dilatação dos ductos intra-hepáticos, ducto biliar comum distal e ducto pancreático, tornando essa modalidade de exame melhor para cistos do tipo IV e V. Sua sensibilidade é de 90% para o diagnóstico de cistos, mas apenas 64% para a caracterização do ducto pancreático. Devido às essas características, ela também é utilizada no planejamento da abordagem cirúrgica, avaliando a necessidade de lobectomia segmentar e auxiliando na exclusão de malignidade.³

A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) tem sensibilidade muito boa, mas por ser invasiva expõe o paciente à radiação ionizante, aumenta o risco de complicações, colangite e pancreatite; seu uso tem sido limitado. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) é considerada o padrão-ouro para estudar cistos de colédoco, com sensibilidade de 90-100%. Entretanto, a CPRE permite procedimentos terapêuticos, como a esfínterotomia endoscópica, o que é muito interessante em cistos tipo III. A CPRE também é útil no delineamento da anatomia biliar e identificação de junção anormal do ducto pancreaticobiliar ou defeitos de enchimento ductal, vantagens também fornecidas pela CPRM, especialmente com a administração de secretina

pré-imageamento, que aumenta a secreção pancreática e dilatação do ducto.⁶

O diagnóstico correto dos cistos tipo III no pré-operatório é realizado em cerca de 30% das vezes, sendo geralmente após múltiplas modalidades. Devido à sua localização intramural, tendem a se manifestar com características de imagem muito sutis, revelando abaulamento suave da papila e canulação opacificada do ducto biliar comum intramural dilatado.¹¹ Exames laboratoriais, como enzimas hepáticas, canaliculares e amilase podem apresentar-se alterados, porém não são considerados diagnósticos para os cistos de colédoco; valores anormais refletem complicações da doença.

A abordagem terapêutica dos cistos depende do tipo e da extensão da doença hepatobiliar. Como regra, todos devem ser ressecados e terem o fluxo biliar restaurado. A excisão cirúrgica de escolha quase sempre é a hepaticojejunostomia em Y-de-Roux, com exceção dos cistos dos tipos II e III. O tratamento do tipo II consiste na excisão simples ou diverticulectomia juntamente com a oclusão do colo diverticular; já os do tipo III podem ser tratados com procedimento cirúrgico em casos sintomáticos, em que se realiza ressecção transduodenal seguida de marsupialização do cisto ou em casos de pacientes jovens assintomáticos pode-se acompanhar com biópsia do epitélio do cisto para excluir displasia e identificar o tipo de epitélio que o reveste.³

É de grande importância que em casos que necessitem operação, além da drenagem do cisto seja realizada sua ressecção, já que uma de suas complicações diz respeito ao risco elevado de transformação maligna da doença. As neoplasias ocorrem com maior frequência em cistos dos tipos I e IV e são incomuns nos tipos II, III e V. Sua incidência é maior quando se tem o diagnóstico da doença cística da via biliar em indivíduos com idade mais avançada.

Trabalho realizado no

¹Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil;

²Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba PR, Brasil

Correspondência:

Jurandir Marcondes Ribas-Filho

Email: ribas6015@gmail.com

Conflito de interesse: Nenhum

Financiamento: Nenhum

Contribuição dos autores

Conceituação: Thyago Duavy Férrer Lima

Supervisão: Jurandir Marcondes Ribas-Filho

Análise formal: Marcelo Gonçalves Sousa

Investigação: Cássio Zini

Metodologia: Maria Luiza De Medeiros Amaro

Revisão (esboço original): Ronise Martins Santiago Sato

REFERÊNCIAS

1. Atkinson H, Fischer C, de Jong C, Madhavan KK, Parks RW, Garden OJ. Choledochal cysts in adults and their complications. *HPB Surg* 2003;5:105-110. Choledochal cysts Parte 2 de 3: Diagnosis. *Can J Surg*. 2009; 52: 506-11
2. Fonseca Neto OCL, Albuquerque Neto MC, Miranda AL. Tratamento cirúrgico da dilatação cística de vias biliares em adultos. *Brasília Med* 2012;49(2):125-130
3. HOILAT GJ, JOHN S. Choledochal Cyst. 2021 Apr 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 32491694.

-
4. KOFFIERM, et al. Cisto de duplicação duodenal periampular mascarado de coledococele. *Pediatr Surg Int* 28, 1035–1039 (2012). <https://doi.org/10.1007/s00383-012-3116-4>.
 5. LI P, et al. Imaging Diagnosis of Type 3 Choledochal Cyst: A Case Report. *Chin Med Sci J*. 2018 Sep 20;33(3):194-203. doi: 10.24920/31809. PMID: 30266111.
 6. LOURENÇO AL, CAETANO AP, GIL P. A Rare Case of Todani Type III Choledochal Cyst. *Acta Radiológica Portuguesa* 32, 23-25 (2020).
 7. LOBECK IN, et al. The presentation and management of choledochoceles (type III choledochal cyst): A 40-year systematic review of the literature. *J Pediatr Surg*. 2017 Apr;52(4):644-649. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2016.10.008. Epub 2016 Oct 20. PMID: 27829523.
 8. Popovici A, Mitulescu G, Hortopan M, Stanciu C. Cystic dilatation of main biliary tract *Chirurgia (Bucur)*. 200 Mar-Apr;95(2):139-55.
 9. PACHECO, Eduardo et al. Doenças císticas das vias biliares. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, [s. l.], v. 13, ed. 3, p. 2013-2017, Julho 2015.
 10. Rattan KN, Khurana P, Budhiraja S, Malik V, Pandit SK. Choledochal cyst: a 10-year experience. *Indian J Pediatr*. 2000 Sep;67(9):657-9. doi: 10.1007/BF02762178. PMID: 11028119.
 11. SINGHAM J, et al. Choledochal cysts Parte 2 de 3: Diagnosis. *Can J Surg*. 2009; 52: 506-11.
 12. Speranzini MB, Abreu RA, Pacheco RB. Cisto de colédoco em adultos. Relato de caso com anomalia da junção do colédoco com o ducto pancreático submetido à ressecção do cisto e à derivação biliar epancreática. *Rev Col Bras Cir*. [periódico na Internet] 2008; 35(2). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>
 13. Todani T, Watanabe Y, Narusue M et al. Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg*. 1977; 134-263.