



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 12, pp. 60710-60712, December, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.25908.12.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## TRATAMENTO PARA CISTO DE COLÉDOCO TIPO 1 EM UM HOSPITAL DA AMAZONIA LEGAL

Wilian Ribeiro Araujo Junior\*<sup>1</sup>, Alcides Pingarrilho<sup>2</sup>, Karen Lury Abe Emoto<sup>3</sup> and Fagner Henrique Costa<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Cirurgião Geral pela Universidade Federal do Amapá-AP; <sup>2</sup>Professor da Universidade Federal do Amapá, Cirurgião Geral; <sup>3,4</sup>Médico Residente de Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Amapá-AP

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 17<sup>th</sup> September, 2022

Received in revised form

20<sup>th</sup> October, 2022

Accepted 28<sup>th</sup> November, 2022

Published online 25<sup>th</sup> December, 2022

#### Key Words:

Cisto de colédoco, Cisto de colédoco e Cirurgia, Feminino, Doença Cística.

#### \*Corresponding author:

Karen Lury Abe Emoto

### ABSTRACT

Os cistos de colédoco são dilatações císticas do trato biliar de origem congênita, com variações anatômicas que se apresentam em cinco tipos pela classificação de Todani. **Objetivo:** Apresentar um estudo de caso de Cisto de Todani tipo IA com diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-operatório. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de caso, com fundamentação teórica no qual foram utilizados os Descritores das Ciências da Saúde (DECS) nas línguas Portuguesa e Inglesa: CISTO DE COLEDOCO “AND” relato de caso, “AND” disponíveis nos últimos 5 anos (2017-2022); O levantamento dos artigos indexados correspondeu aos anos de 2017-2022, e deu-se no período 1 de Novembro 2022, pela consulta do PubMed, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). **Resultados e Discussão:** A doença cística da via biliar, apesar de rara, deve ser tratada precocemente, objetivando um diagnóstico precoce, para evitar as complicações do quadro icterício do paciente, pode levar a complicações severas, além da diminuição da qualidade de vida.

Copyright©2022, Wilian Ribeiro Araujo Junior et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

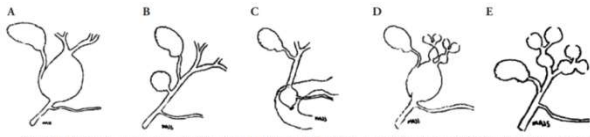
Citation: Wilian Ribeiro Araujo Junior, Alcides Pingarrilho, Fagner Henrique Costa, Karen Lury Abe Emoto. 2022. “Tratamento para Cisto de Colédoco tipo 1 em um Hospital da Amazonia Legal”, *International Journal of Development Research*, 12, (12), 60710-60712.

## INTRODUCTION

Os cistos de colédoco (CCs) são dilatações císticas do trato biliar de origem congênita, com frequência de 1 em 100.000–150.000 nascidos vivos no ocidente. Os cistos biliares são variações anatômicas, que apresentam cinco tipos, sendo o mais comum o tipo I (50–80%), seguido pelos tipos IV (15–35%), V (20%), III (4,5%) e II (2%), e estão associados a diferentes anomalias de desenvolvimento do trato biliar, sendo os mais citados: atresia de cólon, atresia duodenal, vesícula biliar multisseptada e divisão pancreática. Clinicamente, os cistos se apresentam como uma massa no quadrante superior direito, associado a dor abdominal e ocasionalmente icterícia. As complicações mais citadas incluem: pancreatite, colangite, ruptura espontânea de cisto e colangiocarcinoma (WU *et al.*, 2022; RAYAN *et al.*, 2021; REVATHI *et al.*, 2021; AMIR-HOSSEIN e PUTRA, 2020). Os cistos tipo I representam 50% a 80% dos CCs e são caracterizados por dilatação cística do ducto biliar comum. É ainda dividido em três subgrupos. O tipo IA envolve dilatação cística de toda a árvore biliar extra-hepática, com junção pancreatobiliar anômala. O tipo IB envolve dilatação segmentar da árvore biliar extra-hepática, sem junção pancreatobiliar anômala. O tipo IC envolve dilatação fusiforme difusa de toda a árvore biliar extra-hepática com junção pancreatobiliar anômala (HOILAT e JOHN, 2021).

Todani sugeriu em 2003 que essa dilatação poderia se estender continuamente para o ducto intra-hepático (Figura 1)(TODANI *et al.*, 2003). Para diagnóstico, a colangiopancreatografia retrógrada é a mais utilizada, no qual consegue definir o local da lesão e auxiliar na drenagem precoce de obstruções, evidenciando possível colangite. Na ultrassonografia abdominal, as dilatações e a litíase podem ser identificadas, bem como, a presença de abscesso hepático ou de sinais de hepatopatia e cirrotização associados. Quanto a tomografia computadorizada, as imagens saculares apresentam-se como hipodensas, podendo identificar segmentos hepáticos atrofiados onde seria bem indicada a ressecção. A Colangiorressonância tem ocupado lugar de destaque no diagnóstico de doenças de via biliares por ser um método não invasivo, permitindo a visualização da árvore biliar em toda a sua extensão. A Colangiografia com punção percutânea guiada, é utilizada em casos com obstrução biliar litíase intra-hepática de difícil acesso endoscópico e de necessidade de terapêutica de drenagem de colangite grave. E a colangiografia intra-operatória demonstra grande parte da árvore biliar, auxiliando no planejamento cirúrgico, pois evidencia os sinais radiológicos sugestivos de estreitamento e amputação periférica dos canalículos secundários (PACHECO *et al.*, 2015; HUANG *et al.*, 2021). A abordagem de manejo para tratamento dos cistos de colédoco depende do tipo de cisto e da extensão da patologia hepatobiliar.

Como regra, todos os cistos devem ser ressecados e o fluxo biliar deve ser restaurado (HOILAT e JOHN, 2021). Nos casos de colangites o tratamento de escolha baseia-se em antibióticos de largo espectro (quinolonas, cefalosporinas de 3ª geração e para anaeróbios), em casos refratários (drenagem da via biliar endoscopicamente ou por punções percutâneas).



**Figura 1.** Ilustrações com os tipos de cistos de via biliar segundo Todani et al.: A) Cisto do tipo I: fusiforme; B) Cisto do tipo II: divertículo sacular de colédoco; C) Cisto do tipo III: colédocociste; D) Cisto do tipo IV: dilatação cística da via biliar intra e extra-hepática; E) Cisto do tipo V: cistos biliares intra-hepáticos (Doença de Caroli).  
Fonte: <http://www.emedicine.com/radio/imagens>

As cirurgias empregadas, estendem-se desde simples colecistectomia, biópsia hepática, colecistectomia e ressecção do cisto extra-hepático ou necessitar de cirurgias mais amplas como colecistectomia mais ressecções da via biliar comum com anastomose hepáticojejunal com reconstrução em Y de Roux. As vantagens da anastomose hepáticojejunal sobre a anastomose hepaticocolédoco são a menor incidência de estenoses, litíases, colangites e neoplasias, pois, propicia menor estase biliar, e a lesão ressecada tende a ser por completo. O risco de complicações é maior no tratamento isolado nos tipos Ib e Ic com coledocostomia ou esfinteroplastia transduodenal. No tipo II, a conduta cirúrgica baseia-se na ressecção da lesão diverticular (WU *et al.*, 2022; RAYAN *et al.*, 2021; REVATHI *et al.*, 2021; AMIR-HOSSEIN e PUTRA, 2020; PACHECO *et al.*, 2015; HUANG *et al.*, 2021). Desta forma, o presente relato de caso objetiva apresentar um estudo de caso de Cisto de Todani tipo IA com diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-operatório.

## METODOLOGIA

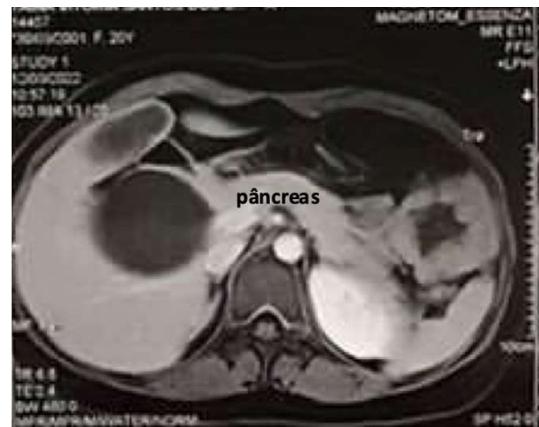
Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de caso com fundamentação teórica que foi dividido em 3 fases: a) Leitura bibliográfica e estabelecimento dos principais achados descritos; b) Avaliação do prontuário do paciente e levantamento dos achados encontrados; c) Correlação entre o que foi apresentado no paciente e o que foi descrito na literatura. Foram utilizados os Descritores das Ciências da Saúde (DECS) nas línguas Portuguesa e Inglesa: CISTO DE COLEDOCO “AND” relato de caso, “AND” disponíveis nos últimos 5 anos (2017-2022); O levantamento dos artigos indexados correspondeu aos anos de 2017-2022, e deu-se no período 1 de Novembro 2022, pela consulta do PubMed, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

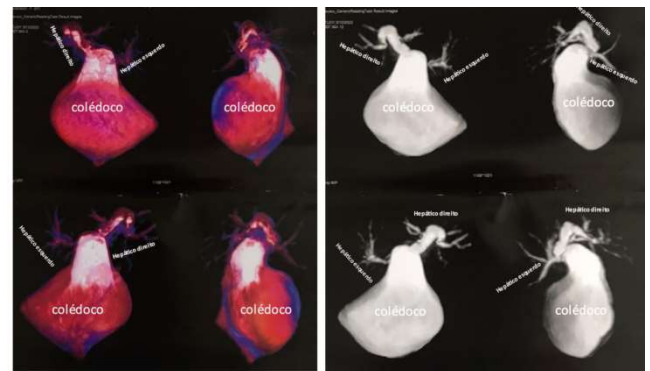
Paciente 19 anos, relatava que nos últimos meses apresentava uma massa no quadrante superior direito, associado a dor abdominal, icterícia e febre. Foi atendida no pronto atendimento de um hospital que revelou função hepática anormal e um ligeiro aumento na contagem de glóbulos brancos (WBC) e proporção de neutrófilos. Na Colangiressonância magnética apresentou volumoso cisto de coledoco (classificação IA de Todani), com ectasia fusiforme menos evidente da do ducto hepático esquerdo (Figura 2). Pâncreas divisium (sem comunicação do ducto pancreático dorsal com o ventral), com leve ectasia do ducto ventral associado a sinal hipointenso no T1, hipertenso no T2 e hiporrealce pelo meio de contraste do parênquima pancreático adjacente (Figura 3). O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são necessários para evitar complicações associadas ao cisto. No intraoperatório, o cisto tipo IA (de acordo com as classificações de Todani, o cisto tipo IA envolve a dilatação do ducto biliar comum, com dilatação acentuada de parte ou de todos os ductos biliares extra-hepáticos) (Figura 4). Recomenda-se o tratamento cirúrgico precoce para prevenir complicações posteriores.



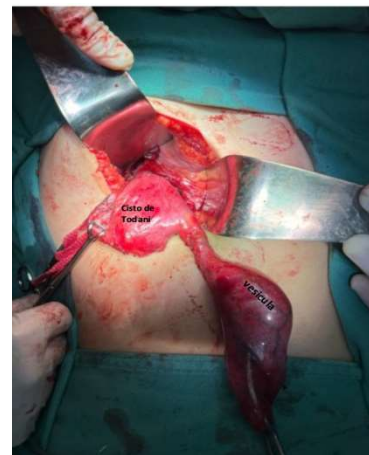
**Figura 2.** Cisto de colédoco



**Figura 3.** Pâncreas divisium



**Figura 4.** Cisto de Todani tipo IA



**Figura 5.** Colecistectomia com ressecção do cisto de Todani



**Figura 6. Ducto Hepático**

Este paciente havia sido previamente diagnosticado em tratamento em outro hospital. O diagnóstico e o manejo adequado foram realizados em nosso departamento. Excisão total do cisto de colédoco (tipo 1A de Todani) com colecistectomia (Figura 5) e hepaticojejunostomia em Y de Roux foi realizada (Figura 6). A abordagem minimamente invasiva tem ganho grande interesse nos últimos anos, especialmente com o uso de sistemas cirúrgicos robóticos que podem facilitar procedimentos complexos de acesso mínimo (AKARAVIPUTH *et al.*, 2010). Wang *et al.* (2017) apresentam em seu estudo um caso de excisão assistida por robótica de cisto de colédoco tipo I em uma jovem com reconstrução intracorpórea completa de hepaticojejunostomia em Y de Roux. Verificaram que a cirurgia assistida por robô pode ser aplicada com segurança para a ressecção do cisto de colédoco tipo I e fornecer uma técnica de sutura complexa para reconstrução com hepaticojejunostomia em Y de Roux. Embora o tempo total de operação para ressecção assistida por robô de cistos de colédoco e hepaticojejunostomia seja relativamente longo para esta experiência inicial, a paciente e sua família ficaram satisfeitas com os resultados. A paciente teve alta no 10º dia de pós-operatório, com retirada do dreno tubulolaminar que vigiava a loja da anastomose hepaticojejunal no 7º dia. Nove meses depois a paciente relatou boa saúde, com retorno de suas atividades laborais. Desta forma, o presente trabalho indica que o diagnóstico do cisto abdominal deve ser preciso, a fim de evitar diagnósticos errôneos e manejo inadequado. De acordo com a literatura, esse é o método de tratamento de escolha na maioria dos pacientes. Segundo Hoilat e John (2021) o cisto de colédoco é uma anomalia rara, às vezes considerada uma condição pré-maligna, que muitas vezes representa um dilema diagnóstico. A apresentação típica desta condição é inespecífica. As equipes de saúde devem ter alta suspeita clínica de cistos de colédoco ao investigar pacientes com icterícia, dor abdominal e massa abdominal palpável. Devido à natureza vaga desses sintomas e achados físicos, estudos de imagem adequados são cruciais para seu diagnóstico. O colangiocarcinoma é a complicação potencial mais perigosa devido à displasia dentro da parede do cisto.

A histopatologia revelou: vesícula biliar medindo 8,7x3,2x1,4 cm com extensão do colédoco dilatado medindo 6,8x5,9cm, com ducto cístico pérvio, parcialmente preservado, apresentando colecistite crônica, com erosões superficiais e adenomiose esparsa sem atipias. Hoilat e John (2021) afirmam que a histopatologia do CC depende da idade do paciente. Em pacientes mais jovens, a infiltração linfocítica na parede do cisto, que é revestida por epitélio colunar, é demonstrada. Além disso, há presença de tecido colagenoso denso junto com feixes de músculo liso no interior da parede, indicando fibrose da parede do cisto. Além disso, CCs tipo I e tipo IV podem mostrar ausência ou distribuição irregular da camada mucosa biliar.

Portanto, a doença cística da via biliar, apesar de rara, deve ser tratada precocemente, objetivando um diagnóstico precoce, para evitar as complicações do quadro icterico do paciente, pode levar a complicações severas, além da diminuição da qualidade de vida. O cirurgião deve trabalhar em equipe com o gastroenterologista, radiologista para um bom planejamento diagnóstico e cirúrgico, pois utiliza-se esta combinação para elucidação de doença, que pode levar a risco de evolução para neoplasia e cirrose.

## CONCLUSÃO

Um cisto de colédoco é um distúrbio congênito benigno que aumenta gradualmente o risco de câncer com a idade, se não for tratado. São várias as possibilidades de opções de método e técnica diagnóstica, e o tratamento para os cistos de colédoco se dá através do estadiamento realizado por estes exames. Em vários estudos demonstraram a utilização de mais de um exame de imagem para elucidação do diagnóstico e posterior escolha de tratamento. O tratamento escolhido, na maioria das vezes, se pautou nos achados cirúrgicos intraoperatório, já tendo noção antecipada através dos exames de imagem (e seus estadiamentos pautadas na classificação de Todani). E sucesso terapêutico, depende de vários fatores como trabalho conjunto, no caso clínico, gastroenterologista, ultrassonografista e expertise do cirurgião, assim como, seguimento e acompanhamento pós-operatório.

## REFERENCES

- Akaraviputh, T., Trakarnsanga, A., Suksamanapun, N. (2010) Robot-assisted complete excision of choledochal cyst type I, hepaticojejunostomy and extracorporeal Roux-en-y anastomosis: a case report and review literature. *World J Surg Oncol*, 8, p.87.
- Amir-Hossein, Akbari, Putra, Juan. (2020) *Cisto de Coledoco Tipo 1 com Pâncreas Ectópico e Vesícula Biliar Septada, Patologia Fetal e Pediátrica*, DOI: 10.1080/15513815.2020.1797962
- Hoilat, G.J., John, S. (2021). Choledochal cyst. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Huang, Y., Yang, C., Gu, G., & Wan, Y. (2021). Endoscopic retrograde cholangiopancreatography for type III choledochal cyst: A case report. *Asian journal of surgery*, 44(9), p.1240-1241.
- Pacheco, E.G., Andrade, J., Lima, F.E.G.V., Rabelo, N.N., Rabelo, N.N., Tallo, F.S., Lopes, R.D. (2015). Doenças císticas das vias biliares. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.*
- Rayan, S. Terkawi, Dua'Qutob, Mohamed A. Hendaus. (2021) Compreendendo a vesícula biliar multisseptada: uma análise sistemática com relato de caso. *JGH Open*, 5(9), pp. 988-996.
- Revathi, G., Singh, B.K., Rathore, Y.S. *et al.* (2021) Tratamento laparoscópico de cisto de colédoco tipo VI com cálculo do ducto biliar comum: relato de caso e revisão da literatura. *BMJ Case Reports CP*, 14, p.e244393.
- Todani, T., Watanabe, Y., Toki, A., Morotomi, Y. (2003) Classification of congenital biliary cystic disease: special reference to type Ic and IVA cysts with primary ductal stricture. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 10(5), pp.340-4.
- Wang, S. E., Chen, S. C., Shyr, B. U., & Shyr, Y. M. (2017) Robotic assisted excision of type I choledochal cyst with Roux-en-y hepaticojejunostomy reconstruction. *Hepatobiliary Surgery and Nutrition*, 6(6), p.397.
- Wu, G.Z., Wu, Q.Y., Zhao, Z.H., Wang, M. (2022). Diagnosis and minimally invasive treatment of type III choledochal cysts. *BMC Surg*. 22(1), p.272. doi: 10.1186/s12893-022-01713-w. PMID: 35836224; PMCID: PMC9284719.