

# Cisto de colédoco tipo I em adulto

## Choledochal cyst type I in adult

Rafael Carboni de Souza<sup>(1)</sup>, Rafael Ritter<sup>(1)</sup>, Marcus Vinicius Lourenço Figueiredo<sup>(1)</sup>, Rodrigo Altenfelder Silva<sup>(2)</sup>, Adhemar Monteiro Pacheco Jr<sup>(2)</sup>, André de Moricz<sup>(3)</sup>, Tércio de Campos<sup>(4)</sup>

### Resumo

Relato de caso de um homem de 44 anos de idade com diagnóstico raro de cisto de colédoco tipo I da classificação de Todani, apresentando dor abdominal desde a infância associada a um episódio de icterícia obstrutiva. O tratamento de escolha foi a colecistectomia e exérese do cisto de colédoco, com hepatojejunostomia em Y-de-Roux.

**Descritores:** Cisto de colédoco, Icterícia, Dor abdominal, Ductos biliares/cirurgia, Ducto colédoco/cirurgia, Anastomose em Y-de Roux

### Abstract

We report a rare case of a 44 years old man with a choledochal cyst type I of Todani's classification, presenting abdominal pain since childhood associated with an episode of obstructive jaundice. The chosen treatment was cholecistectomy and choledochal cyst excision with Roux-en-Y hepatic-jejunostomy.

**Keywords:** Choledochal cyst; Jaundice; Abdominal pain; Bile ducts/surgery, Liver/surgery; Common bile duct/surgery; Anastomosis, Roux-en-Y

### Introdução

Descrito inicialmente por Douglas\* em 1852<sup>(1)</sup>, o cisto de colédoco é uma anomalia congênita que acomete tanto as vias biliares extra-hepáticas quanto as intra-hepáticas, sendo classificado em cinco tipos<sup>(2)</sup>. Sua incidência varia geograficamente, chegando a 1:1000 em países asiáticos, e de 1:100.000 a 1:150.000 em países ocidentais<sup>(3,4)</sup>. As mulheres são afetadas duas a quatro vezes mais que os homens<sup>(5)</sup>. A maioria dos casos é diagnosticada na infância, sendo 60% antes dos 10 anos e 25% após 20 anos<sup>(5)</sup>, desse modo sua apresentação em adultos é rara e está frequentemente associada a complicações do cisto<sup>(6,7,8)</sup>. Apesar da época do diagnóstico os princípios terapêuticos consistem em exérese do cisto e reestruturação da comunicação bileo-digestiva<sup>(9)</sup>.

Cistos de colédoco congênitos ou cistos biliares congênitos não possuem herança familiar<sup>(10)</sup> e dentre as anomalias anatômicas das vias biliares, o cisto de colédoco é o mais freqüente após a atresia de vias biliares<sup>(11)</sup>. Apresentamos um caso de cisto de colédoco tipo I da classificação de Todani et al, 1977<sup>2</sup> em adulto.

### Relato de caso

Trata-se de F.C.B., 44 anos, sexo masculino, natural de Curvelo (MG) e procedente de São Paulo (SP) apresentou-se para avaliação na Santa Casa de São Paulo queixando-se de dor epigástrica intermitente e inespecífica desde a infância, com piora após alimentação. Acrescenta-se ao quadro algíco um episódio de icterícia associada a colúria, acolia fecal e remissão espontânea há 4 meses. O doente negava febre e perda de peso. Ao exame físico, apresentava-se anictérico, com dor à palpação em epigastro e hipocôndrio direito, sem visceromegalias.

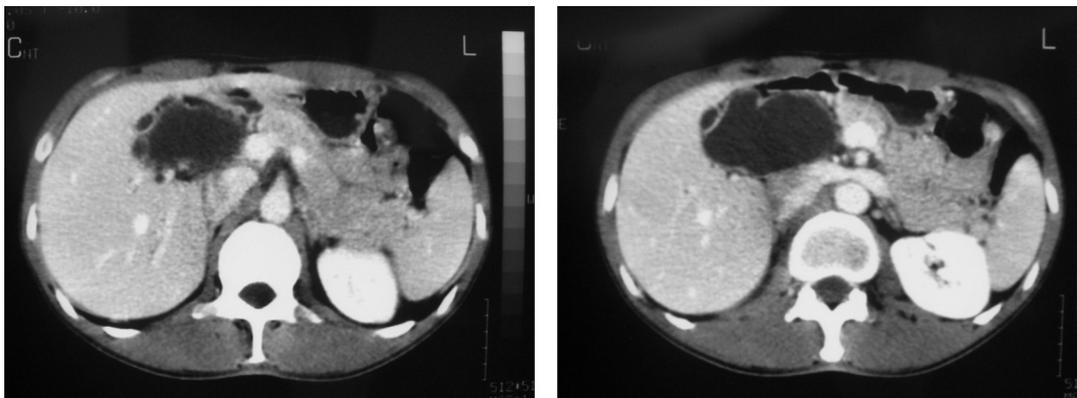
Os exames laboratoriais mostraram como única alteração a elevação dos níveis séricos de Gama glutamyl-transpeptidase (200 U/l). Os outros exames séricos de avaliação hepática se encontravam dentro da normalidade. A ultra-sonografia de abdome total revelou acentuada dilatação das vias biliares intra-hepáticas, até junto a confluência dos ductos hepáticos.

1. Acadêmico do 5º Ano do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
2. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia
3. Instrutor de Ensino da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia
4. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia

**Trabalho realizado:** Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Cirurgia – Grupo de Vias Biliares e Pâncreas

**Endereço para correspondência:** Tércio de Campos. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – OMB. Rua Dr. Cesário Mota Jr, 112 – 1º Andar – Vila Buarque – CEP. 01221-020 – São Paulo – SP. e-mail: cir.pancreas@santacasasp.org.br

\* Douglas A. Case of dilation of the common bile duct. *Mon J Med.* 1852;14:97-100. APUD Visser BC. Suh I. Way LW. Kang, SM. Congenital choledochal cysts in adults. *Arch Surg.* 2004; 139:855-62.



**Figura 1** - Tomografia computadorizada evidenciando formação cística que se estende desde o hilo hepático até a porção cefálica do pâncreas.

cos, onde notava-se, adjacente à via biliar, grande cisto de parede espessa com debris no seu interior, medindo 12,4 x 5,6cm. Adjacente a essa formação cística, a vesícula apresentava-se rechaçada. Os achados da ultra-sonografia foram confirmados pela tomografia computadorizada de abdome superior, na qual se observava formação cística circunscrita, de paredes finas e regulares, estendendo desde o hilo hepático, até a cabeça pancreática (Figura 1).

A partir desses achados e após a avaliação do doente, se decidiu pela intervenção cirúrgica para exérese do cisto. O procedimento cirúrgico se iniciou com uma incisão de Kocher, inventário da cavidade, e isolamento do ducto cístico e descolamento da vesícula do leito hepático. Realizado o isolamento do colédoco sob visão direta da veia porta e artéria hepática (Figura 2), seguido da dissecação do cisto até a porção intrapancreática, local onde foi ligado distalmente. A porção cranial do cisto foi, então, dissecada até o ducto hepático, 2,5 cm abaixo da confluência dos hepáticos direito e esquerdo. Realizou-se, para o restabele-

cimento do fluxo biliar, anastomose bileodigestiva em Y de Roux transmesocólica (Figura 3) na qual o coto distal da alça jejunal foi fechado a *Doyen*. O resultado da análise anátomo-patológica da peça cirúrgica (Figura 4) confirmou o diagnóstico.

O doente evoluiu bem no primeiro dia de pós-operatório, porém ao segundo dia observou-se 400ml de débito do dreno com aspecto hemático. Optou-se por uma laparotomia exploradora para revisão da cavidade, durante a qual foi presenciada grande quantidade de coágulos em região duodenal e pancreática, principalmente na cabeça do pâncreas, de onde foi retirado o cisto do colédoco. Realizou-se, então, a manobra de Kocher para identificação das estruturas, abertura do retroperitônio e evacuação dos coágulos. O doente evoluiu bem com alta hospitalar após oito dias de pós-operatório.

## Discussão

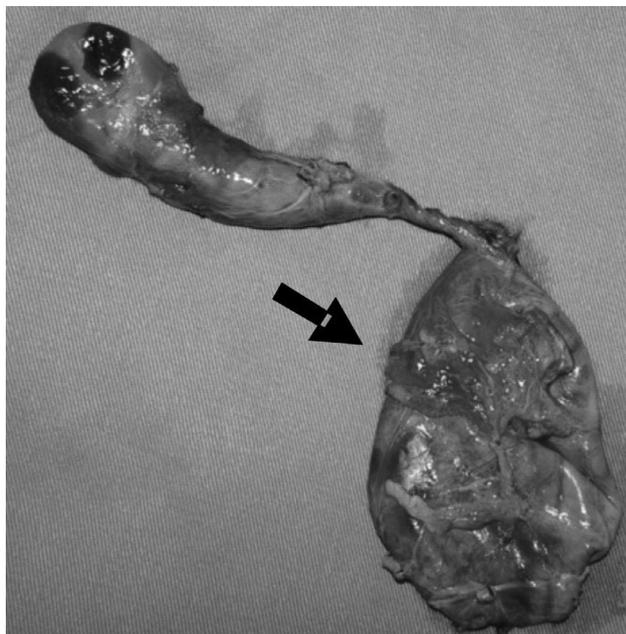
A causa do surgimento do cisto de colédoco é discutida na literatura. Acredita-se que essa formação



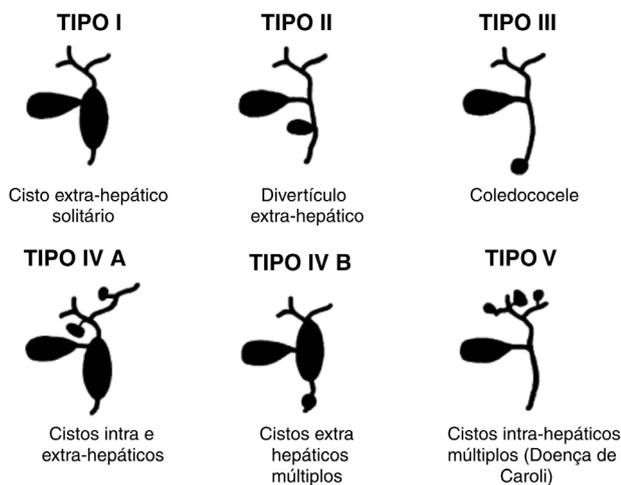
**Figura 2** - Intra-operatório – visualização do cisto de colédoco (seta), vesícula biliar e duodeno



**Figura 3** - Aspecto final da anastomose bileo-digestiva



**Figura 4** - Peça cirúrgica, com cisto de colédoco (seta) medindo 7,0 x 3,0 cm.



**Figura 5** - Classificação de Todani. Ilustração adaptada (8)

cística seja resultado da junção anômala do ducto pancreático e colédoco durante o período embrionário, que originam um longo ducto comum (>15mm), associado ao refluxo crônico de bile na via biliar, com consequente aumento da pressão e dilatação subsequente da mesma<sup>(11,7)</sup>.

A classificação atual dos cistos de colédoco foi inicialmente desenvolvida por *Alonso-Lej*, sendo posteriormente modificada por *Todani et al*(1977)<sup>(2)</sup> (Figura 5), sendo subdividida em 5 tipos :

- Tipo I-cisto fusiforme extra-hepático solitário;
- Tipo II-divertículo supraduodenal extra-hepático;
- Tipo III-divertículo intraduodenal (coledococelo);
- Tipo IV A-cistos fusiformes intra e extra-hepáticos;

Tipo IV B-cistos extra-hepáticos múltiplos;  
Tipo V-cistos intra-hepáticos múltiplos (doença de Caroli).

O tipo I corresponde a 50% dos cistos coledocianos, o tipo IV corresponde a 35% dos casos, enquanto os tipos II, III e V, são muito menos comuns e diagnosticados em menos de 10% dos pacientes com formações císticas de colédoco<sup>(12)</sup>.

A tríade clássica – icterícia, dor abdominal e massa palpável no quadrante superior direito do abdome – está presente na minoria dos doentes (0%-17%)<sup>(11,7)</sup>. A dor abdominal e icterícia flutuante são os achados propedêuticos mais frequentes, enquanto a palpação de tumoração abdominal ocorre em menos de 20% dos casos<sup>(10)</sup>. A principal ferramenta diagnóstica, especialmente em crianças, é a ultra-sonografia. Em adultos, a tomografia computadorizada pode confirmar o diagnóstico, entretanto a CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) e a ressonância magnética são os métodos de maior acurácia<sup>(10,11,7)</sup>.

Dentre as complicações oriundas do cisto de colédoco, a pancreatite e a colangite são frequentemente descritas. A incidência de cirrose biliar chega a 50% dos casos em biópsias hepáticas obtidas no intra-operatório de alguns estudos, enquanto a malignização, ou seja, o desenvolvimento para um colangiocarcinoma, de 10% a 30%<sup>(7)</sup>. A exérese do cisto e a reconstrução da árvore biliar através de um hepatojejunostomia em Y-de-Roux é o procedimento cirúrgico mais indicado<sup>(10,8)</sup>.

Entre as diferentes linhas de tratamento do cisto de colédoco, situam-se a drenagem externa, a drenagem interna, que inclui a cistoduodenostomia ou a cistojejunostomia, e a retirada do cisto seguida da hepatojejunostomia em Y-de-Roux, com ou sem hepatectomia. A drenagem externa é considerada um bom tratamento para pacientes de emergência, sendo um procedimento simples, de curto tempo operatório, mas que apresenta alta taxa de reoperação (86%). A drenagem interna está relacionada com alta taxa de reoperação (50%) e alta incidência de carcinoma (30%), não sendo o tratamento de escolha, o que justifica ter sido abandonado<sup>(13)</sup>. O tratamento de melhor prognóstico, com uma baixa taxa de reoperação (6%) e de incidência de carcinoma (6%), é a exérese do cisto, seguida da hepatojejunostomia em Y-de-Roux, sendo as lobectomias hepáticas ou o transplante hepático indicados normalmente ao tipo IVa e V (Doença de Caroli) da classificação de Todani respectivamente<sup>(13)</sup>.

### Comentários finais

Concluimos que o cisto de colédoco tipo I, apesar de ser o tipo mais frequente da classificação de Todani, é uma doença rara em adultos. Esses se apresentam

assintomáticos ou mais frequentemente com sintomatologia inespecífica. A exérese completa do cisto seguida de hepatojejunostomia em Y-de-Roux é o tratamento indicado e cursa com baixas morbidade cirúrgica e complicações pós-operatórias a longo prazo.

### Referências bibliográficas

1. Visser BC, Suh I, Way LW, Kang SM. Congenital choledochal cysts in adults. *Arch Surg.* 2004; 139(8):855-62.
2. Todani T, Watanabe Y, Tabuchi K, Narusue M, Okajima M. Congenital bile duct cysts: classification, operative procedures, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg.* 1977; 134(2):263-9.
3. Singham J, Schaeffer D, Yoshida E, Scudamore C. Choledochal cysts: analysis of disease pattern and optimal treatment in adult and pediatric patients. *HPB(Oxford).* 2007; 9(5):383-7.
4. Shi LB, Peng SY, Meng XK, Peng CH, Liu YB, Chen XP, et al. Diagnosis and treatment of congenital choledochal cyst: 20 years experience in China. *World J Gastroenterol.* 2001; 7(5):732-4.
5. Guimarães Filho A, Souza SAF, Carvalho VP. Cisto de colédoco em criança. *Rev Col Bras Cir.* 2002; 29(1):65-7.
6. Liu CL, Fan ST, Lo CH, Lam CM, Poon RT, Wong J. Choledochal cysts in adults. *Arch Surg.* 2002; 137(4):465-8.
7. Metcalfe MS, Wemyss-Holden SA, Maddern GJ. Management dilemmas with choledochal cysts. [Review] *Arch Surg.* 2003; 138(3):333-9.
8. Atkinson HDE, Fischer C, de Jong C, Madhavam K, Parks R, Garden O. Choledochal cysts in adults and their complications. *HPB (Oxford)* 2003; 5(2):105-10.
9. Banerjee Jesudason SR, Ranjan Jesudason M, Paul Mukha R, Vyas FL, Govil S, Muthusami JC. Management of adult choledochal cysts a 15-year experience. *HPB (Oxford).* 2006; 8(4):299-305.
10. Waidner U, Henne-Bruns D, Buttenschoen K. Choledochal cyst as a diagnostic pitfall: a case report. *J Med Case Reports.* 2008, 2:5.
11. Kim OH, Chung HJ, Choi BJ. Imaging of the choledochal cyst. [Review] *Radiographics.* 1995; 15(1):69-88.
12. Ahrert SA, Pitt HA. Vias biliares. In: Townsend Jr. CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editores. *Sabiston tratado de cirurgia: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna.* 17ª ed. São Paulo: Elsevier; 2005. v. 2, p. 1630-1.
13. Tao KS, Lu YG, Wang T, Dou KF. Procedures for congenital choledochal cysts and curative effect analysis in adults. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2002; 1(3):442-5.

Trabalho recebido: 14/08/2008

Trabalho aprovado: 18/11/2008