

## CISTO DO COLÉDOCO\*

MIGUEL ANGELO MARTINS DE CASTRO\*\*

PAULO ROBERTO F. HENRIQUES\*\*\*

BRUNO BONFANTE\*\*\*\*

### RESUMO

Os autores apresentam um caso de cisto do colédoco, o qual apresentou sintomas pós-parto, onde a resolução cirúrgica foi colecistectomia, duodenocisto-anastomose látero-lateral.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cisto de colédoco; cisto de vias biliares.

### ABSTRACT

The authors present a case of choledochal cyst which showed post-delivery symptoms where the surgical resolution was cholecistectomy, latero duodenum cyst anastomosis.

**KEY WORDS:** Cholédoch cyst; cyst of biliary vias.

### INTRODUÇÃO

As dilatações císticas dos canais biliares são patologias pouco freqüentes na prática cirúrgica, constituindo-se, muitas vezes, em diagnósticos no intra-operatório<sup>2</sup>.

São mais comuns no Japão, onde representam importante doença cirúrgica pediátrica, sendo raro na Europa e Américas<sup>8,3,9</sup>.

Várias são as teorias para explicar sua origem, sendo a mais importante, a de que sejam congênitas<sup>3,9</sup>.

O primeiro caso descrito foi por Vater, em 1723<sup>7</sup>. Alonso-Lej<sup>1</sup>, em revisão bibliográfica, encontrou 24 termos diferentes, para designar essas anomalias císticas das vias biliares e procurou enquadrá-las em três variedades: dilatação cística da via biliar principal, divertículo da via biliar principal e coledocócele.

O cisto pode apresentar tamanhos variados, já tendo sido descrito exemplar com até 5000ml<sup>1,6</sup>, e muitas vezes ocorrem com outras anomalias congênitas, principalmente a doença policística do rim<sup>4</sup>.

\* Trabalho realizado no Hospital e Maternidade de Minas Gerais — Belo Horizonte.

\*\* Mestre e Doutor em Medicina; Cirurgia Abdominal — UFMG. Prof. Adjunto do Departamento de Cirurgia, TCBC. Pesquisador do CNPq.

\*\*\* Prof. Assistente do Departamento de Cirurgia FMUFMG.

\*\*\*\* Cirurgião do Hospital e Maternidade de Minas Gerais.

Nosso trabalho destina-se a mostrar um cisto do colédoco, cujas manifestações clínicas surgiram no puerpério, além de analisar os diferentes aspectos clínicos e terapêuticos.

## RELATO DO CASO

M.I.R.S., 24 anos, fem. m. cas., nat. e res. em Belo Horizonte — MG.

Internou-se no H.M.MG, em 5/12/80 com história de dor abdominal na base do hemitórax D, icterícia, colúria e febre com evolução de três dias. Havia recebido alta desse mesmo hospital em 29/11/80, após parto natural a termo (G<sub>1</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>). Estava em uso de cloranfenicol e ácido acetilsalicílico.

Ao exame clínico — Tax — 36,7 °C, PA — 120/80mmHG, Fc — 80bpm, mucosas ictéricas. ACV e AP sem alterações. Abdome plano, flácido, doloroso à palpação no epigástrio e hipocôndrio D. Massa móvel palpada no epigástrio e hipocôndrio D, com aproximadamente 10cm de diâmetro. Fígado palpado a 4cm do RCD, doloroso. Baço não palpado.

## EXAMES COMPLEMENTARES

Realizado em 6/12/80

Hemograma — Hem.: 3 900 000/mm<sup>3</sup>      Hb.: 11,4g%      Ht.: 32%  
Leucócitos: total: 9800mm<sup>3</sup>      Bast.: 5%      Segm.: 59%  
Bas.: 0%      Eos.: 2%      Mon.: 4%      Linf.: 30%

Bioquímica — TGO: 80U      TGP: 52U      Fosf. Alcalina: 250mU/ml  
Bilirrubina: T: 7,1      D: 5,6      I: 1,5  
Glicose — 103      Uréia: 17      Colesterol: 241  
Proteínas — Alb.: 2,8g%      Glob.: 2,8%      Totais: 5,6%  
Gama GT: 12U/l

Urina — Piócitos: 68p/c      Hemácias: campos repletos  
Hemoglobina: 0      Bilirrubina: 0

Radiografias do tórax e abdome (simples), sem alterações.

Em 9/12/80 foi submetido a laparoscopia, que evidenciou cisto do colédoco. Realizou-se colangiografia, por punção, da vesícula biliar (Fig. 1).

Em 10/12/80 foi submetido a laparotomia. Evidenciamos colédoco dilatado; cisto do colédoco com aproximadamente 20cm de diâmetro; fígado com colestase. Procedimento cirúrgico: colecistectomia; duodenocisto-anastomose-látero-lateral e drenagem da cavidade.

Evolução pós operatória: evoluiu bem, sem problemas.

Em 16/12/80, Bilirrubinas: T: 2,4      D: 1,9      I: 0,5

## COMENTÁRIOS

Pela raridade de sua ocorrência, o cisto do colédoco apresenta diagnóstico difícil, como toda a patologia biliar intra ou extra-hepática. Devemos, portanto, também pensar na possibilidade dessa patologia, diante de um caso clínico de

icterícia, e lançar mão de todos os recursos terapêuticos disponíveis, para que o seu diagnóstico se concretize no pré-operatório.

De outra maneira, o achado cirúrgico pode surpreender o cirurgião, que terá de se decidir pelo tipo de tratamento no transoperatório, levando às vezes a resultados pouco satisfatórios.

Esta patologia, geralmente, ocorre no sexo feminino.

A clínica desta patologia caracteriza-se pela tríade: dor, tumor e icterícia<sup>5</sup>. Podendo ocorrer manifestações outras como quadro de abdome agudo devido a ruptura do cisto, ou de obstrução biliar progressiva.

No nosso caso, o paciente apresentou no pós-parto um quadro clínico de dor no hipocôndrio direito e epigástrico, com irradiação para a base hemitórax direito. Icterícia, colúria e febre. No exame físico, massa palpável móvel no hipocôndrio direito.

Os meios de diagnóstico utilizado para esta patologia podem ser: colangiografia endovenosa ou laparoscópica e ultrassonografia.

No nosso caso, utilizamos a colangiografia laparoscópica (Fig. 1).

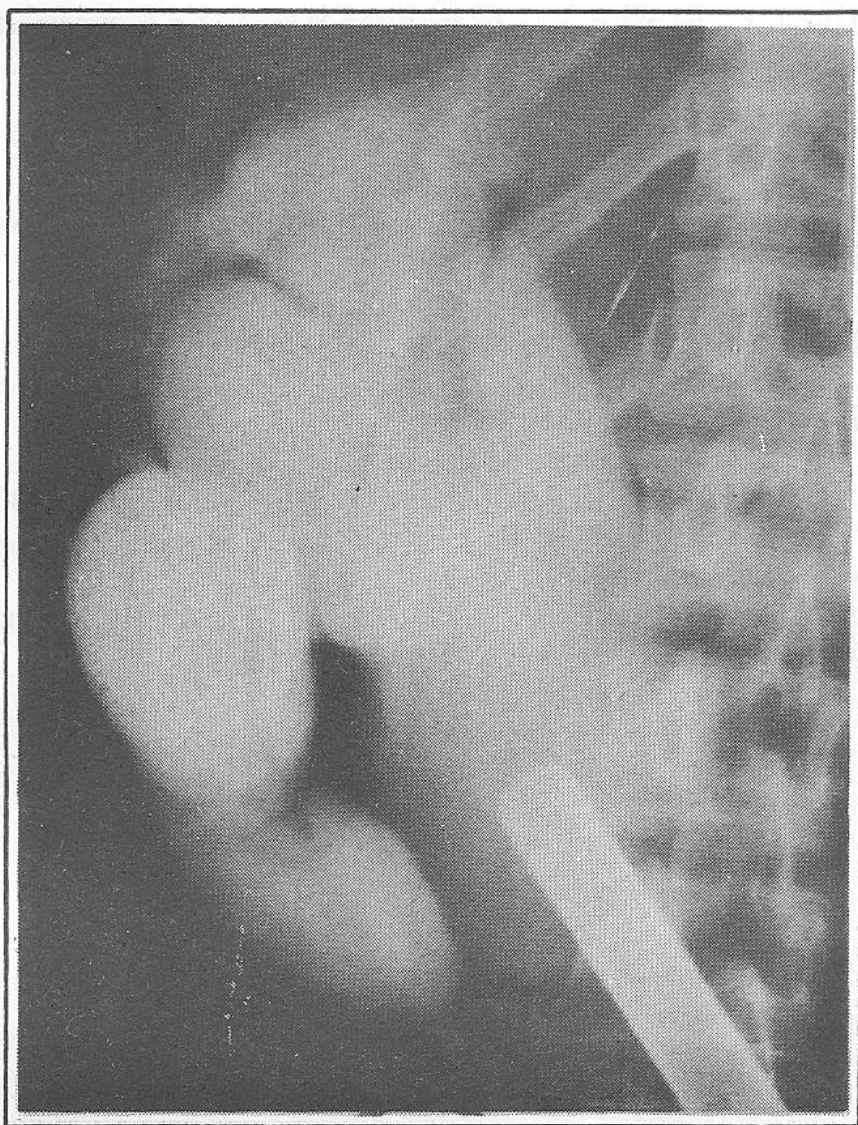


FIGURA 1 – Colangiografia por punção vesicular por laparoscopia.

O tratamento desta entidade é cirúrgica, onde encontramos uma multiplicidade de conduta<sup>1,2,3,4,6</sup>, mas, basicamente, elas giram em torno da cirurgia do bypass, onde podemos utilizar: operação de desvio biliar, derivação interna do cisto e a ressecção da dilatação cística.

O desvio será uma anastomose, entre a vesícula e o trato digestivo (duodeno, jejum ou estômago), e a drenagem interna é onde se faz a anastomose entre o cisto e o duodeno, ou com alça de intestino delgado em Y de Roux. A operação de ressecção com anastomose de via biliar do duodeno seria mais para os casos de divertículos, desde que factível.

Neste paciente optamos pela colecistectomia mais duodeno-cisto-anastomose-látero-lateral e drenagem da cavidade, devido às condições do paciente.

No pós-operatório o paciente evoluiu bem, sem problemas e mantém-se assintomático.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALONSO-LEJ, F.; REWER Jr., W. B.; PESSAGNO, D. J. Congenital choledochal cyst, with a report of 2 and an analysis of 94 cases. *Int. Abst. Surg.*, 108:1, 1959.
2. GALVÃO, L.; LEAL, E.; DUTRA, A. A.; LAVAREZ, J. C. P. V. Cirurgia do colédoco terminal. *Medicina de Hoje*, 50 : 8, 1979.
3. KASAI, M.; ASAKURA, Y.; TAIRA, Y. Surgical treatment of choledochal cyst. *Ann. Surg.*, 172 : 84, 1970.
4. LONGMIRE Jr., W. P.; MANDIOLA, S. A.; GORDON, H. E. Congenital cystic disease of the liver and biliary system. *Ann. Surg.*, 174 : 711, 1971.
5. MARTIN, L. W. & ROME, G. A. Portal hypertension secondary to choledochal cyst. *Ann. Surg.*, 190 : 638, 1979.
6. PAULINO, F. Dilatação congênita do colédoco. *R.B.C.*, 31 : 402, 1956.
7. SERFAS, L. S. & LYTER, C. S. Choledochal Cyst. *Am. J. Surg.*, 93 : 979, 1957.
8. SILVA, A. L.; CASTRO, M. A. M.; FERREIRA, A. P. Isquemia com perfuração do hepático comum. *R.B.C.*, 72 : 361, 1982.
9. TODANI, T.; WATANABE, Y.; NARUSE, M.; TABUCHI, K.; OKASINA, K. Congenital bile duct cysts. *Am. J. Surg.*, 134 : 263, 1977.