

Tumor de colédoco distal vs coledocolitíase: desafio no diagnóstico pré-operatório

Distal bile duct cancer vs choledocholithiasis: challenge in preoperative evaluation

RENAM CATARINA TINOCO,¹ AUGUSTO CLAUDIO DE A TINOCO,² DANIELA M. SUETH,³ PEDRO HENRIQUE ALVARES GENTIL⁴

RESUMO

O diagnóstico do paciente icterico, por vezes, pode ser uma tarefa árdua. Dentre as causas principais, destacam-se a doença litíaseca, como a coledocolitíase. Por outro lado, doenças neoplásicas como neoplasias peri-ampulares e da via biliar principal apresentam grande relevância, com destaque para o tumor de via colédoco. Apresentamos relato de caso de um paciente que apresentou dúvida diagnóstica nos exames pré-operatórios de imagem (US abdominal, TC multislice e Colangiorressonância). Realizada a abordagem através da exploração transcística das vias biliares para a confirmação do diagnóstico e posterior duodenopancreatocomia laparoscópica. Este relato ilustra a dificuldade em realizar o diagnóstico diferencial desta patologia. Mesmo com exames laboratoriais e de imagem, associados à anamnese e ao exame físico detalhado, nem sempre é possível confirmar o diagnóstico no pré-operatório, muitas vezes só confirmado durante o procedimento cirúrgico.

Unitermos: Colangiocarcinoma, Coledocolitíase, Duodenopancreatocomia.

SUMMARY

The diagnosis of jaundiced patient can sometimes be difficult task. Among the most important causes are common bile duct and its complications. By the other side, periampullary tumors and the main biliary duct tumor also have great relevance, especially cholangiocarcinoma. In this paper, we present the case report of patient that presented doubt diagnostic in preoperative in ultrasound, multislice CT and magnetic resonance. The patient underwent a laparoscopic transcystic common bile exploration, than decide to perform the laparoscopic pancreaticoduodenectomy. This report show the difficulty to make the diagnosis in pre operative evaluation. Even with laboratory and image, associate detailed case history and physical examination, not always is possible and confirm the diagnosis, many times the diagnostic is confirm during the surgical procedure.

Keywords: Cholangiocarcinoma, Choledocholithiasis, Pancreaticoduodenectomy.

1. Docente de Cirurgia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José do Avai – Itaperuna - RJ - Brasil. **2.** Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais e Cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José do Avai - Itaperuna - RJ - Brasil. **3.** Membro Titular da FBG, Membro Aspirante da SOBED e Gastroenterologista do Hospital São José do Avai – Itaperuna - RJ - Brasil. **4.** Residente em Cirurgia Geral no Hospital São José do Avai – Itaperuna - RJ - Brasil. **Endereço para correspondência:** Daniela Mendonça Sueth - Rua Dez de Maio, 626 – Centro Clínico - sala 202 - Bairro Centro – Itaperuna - RJ - CEP 28300-000/**e-mail:** dmsueth@yahoo.com.br. **Recebido em:** 17/05/2016. **Aprovado em:** 03/06/2016.

INTRODUÇÃO

A icterícia obstrutiva é uma situação frequente nas afecções de vias biliares e pâncreas, mas seu diagnóstico pode ser desafiador em algumas situações por englobar doenças benignas e malignas, e o diagnóstico diferencial passa a ser um desafio. Dentre as causas mais frequentes, destacam-se a doença litiásica e suas complicações, tais como a coledocolitíase e a Síndrome de Mirizzi, assim como as neoplasias periampulares e as doenças neoplásicas da via biliar principal, com destaque para o colangiocarcinoma. É importante estabelecer a causa da obstrução, uma vez que o prognóstico é completamente diferente. O objetivo do presente relato é mostrar as dificuldades no diagnóstico diferencial entre coledocolitíase e o tumor de colédoco distal.¹

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 59 anos, admitido com história de dor abdominal em epigástrio e hipocôndrio direito há 30 dias, associado à icterícia e ao emagrecimento. Ao exame físico, verificou-se queda do estado geral, mucosas descoradas, apresentando dor de leve intensidade à palpação abdominal.

Nos exames laboratoriais o paciente apresentava: hemoglobina 12,8, hematócrito 38%, leucócitos 4600 / mm³, plaquetas 220.000 / mm³, ureia 29,4 mg/dL, sódio 136 mEq/L, potássio 4,3 mEq/L, bilirrubina total 14,1 mg/dL, bilirrubina direta 9,5 mg/dL, bilirrubina indireta 4,6 mg/dL, proteínas totais 6,3 g/dL, albumina 3,3 g/dL, fosfatase alcalina 620 U/L, gama glutamil transferase 774 U/L, amilase 262 U/L (tabela 1).

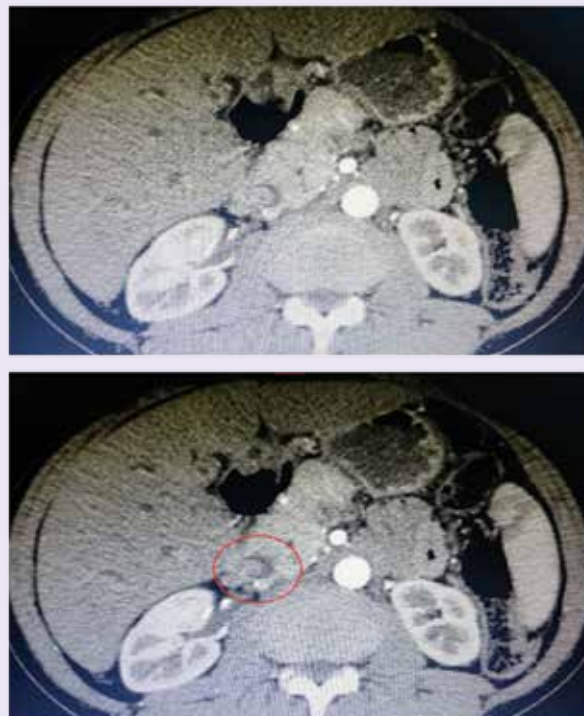
Tabela 1: Exames laboratoriais na admissão.

Exames Laboratoriais	
Hemoglobina 12,8	Bilirrubina total 14,1 mg/dL
Hematócrito 38%	Bilirrubina direta 9,5 mg dL
Leucócitos 4600/ mm ³	Bilirrubina indireta 4,6 mg/dL
Plaquetas 220.000/mm ³	Proteínas totais 6,3 g/dL
Ureia 29,4 mg/Dl	Albumina 3,3 g/dL
Sódio 136 mEq/L	Fosfatase alcalina 620 U/L
Potássio 4,3 mEq/L	Gama glutamil transferase 774 U/L
Amilase 262 U/L	

Diante o quadro clínico, exames de imagem foram solicitados. Pela endoscopia digestiva alta, foi visualizada imagem abaulada em região ampular. Ultrassonografia evidenciou vesícula biliar repleta, com dilatação de via biliar intra-hepática. Não foi visualizada imagem compatível com litíase, e nenhuma sombra acústica posterior.

Tomografia computadorizada de abdome, empregada para definir melhor os achados da ecografia, evidenciou dilatação de via biliar principal, inclusive intrapancreática, com imagem ovalada, de limites precisos, em colédoco distal, sugerindo local de obstrução do trânsito biliar. Ducto de Wirsung não apresentando dilatação. Neste momento, houve dúvida diagnóstica quanto a tumor de colédoco distal e coledocolitíase (figuras 1 e 2).

Figuras 1 e 2: Imagem arredondada situada no interior do ducto biliar principal.



De posse dos resultados dos exames complementares, o paciente foi submetido à abordagem cirúrgica laparoscópica. Inicialmente, foi realizada a abordagem das vias biliares, através do coledoscópio pela via transcística para possível diagnóstico e terapêutica de coledocolitíase. Foi visualizada

tumoração em colédoco distal, com neovascularização, obstruindo a passagem do trânsito biliar, sugerindo diagnóstico neoplásico (figuras 3 e 4).

Figuras 3 e 4: Tumoração em colédoco distal, visualizada através do coledoscópio.

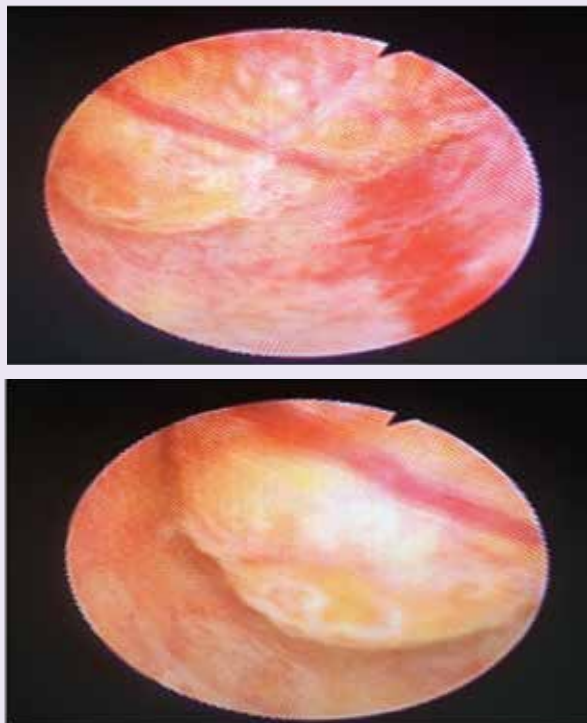


Figura 5: Duodenopancreatectomia, peça cirúrgica.



DISCUSSÃO

Embora seja um tumor relativamente raro, o carcinoma distal de colédoco se inclui no diagnóstico diferencial de todos os casos de icterícia obstrutiva.²

Carcinoma das vias biliares (colangiocarcinoma) é uma entidade rara que representa menos de 2% de todos os tumores malignos. A idade mais frequente de apresentação é a partir da sexta década de vida, sendo ligeiramente mais comum em homens do que nas mulheres.³ O colangiocarcinoma pode aparecer em qualquer lugar das vias biliares. Uma forma de classificação destes tumores é a divisão em tumores de vias biliares superiores (55%), médias (15%) e inferiores (20%).²

O colangiocarcinoma distal representa de 30 a 40 % de todos os colangiocarcinomas e 11-20% das neoplasias periampulares.⁴ O colangiocarcinoma constitui-se em um significativo desafio diagnóstico e terapêutico. Apesar de sua incidência estar aumentando nas últimas décadas, o desconhecimento acerca da sua patogenia, a carência do diagnóstico precoce e as alternativas terapêuticas efetivas desta neoplasia têm prognóstico extremamente desfavorável.

O único tratamento efetivo para o colangiocarcinoma é o tratamento cirúrgico. A cirurgia de Whipple é um procedimento complexo, porém é a única opção terapêutica com possibilidade de cura para os pacientes com tumores periampulares.

A morbimortalidade operatória dos pacientes submetidos à duodenopancreatectomia tem diminuído devido aos avanços atuais na técnica operatória, na assistência anestésica e nos

Paciente foi submetida à duodenopancreatectomia laparoscópica pela técnica de Whipple. Realizada ressecção da cabeça do pâncreas, do duodeno, colédoco, vesícula biliar e porção distal do estômago.

Trato digestivo foi reconstruído através de uma gastroenteroanastomose, além de uma anastomose bilio-digestiva e uma anastomose pancreática por telescopagem pela falta de dilatação do ducto. A peça cirúrgica foi enviada para análise histopatológica (figura 5), cujo laudo constatou adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colédoco, com invasão de pâncreas e serosa de duodeno.

No pós-operatório, paciente apresentou fístula pancreática, que foi tratada de maneira conservadora, através da dosagem seriada da amilase dos drenos de cavidade. Teve boa evolução clínica, recebendo alta hospitalar no D12 de pós-operatório.

cuidados intensivos pós-operatórios.⁵ Entretanto, devido ao estágio avançado na maior parte dos casos, os resultados são desanimadores. Entretanto, o estadiamento adequado em identificar candidatos à ressecção ampla é uma tarefa difícil.

A duodenopancreatectomia laparoscópica representa uma das operações abdominais mais avançadas já realizadas devido à necessidade de uma complexa técnica de dissecação e reconstrução. Apesar de poucos estudos, a duodenopancreatectomia laparoscópica é uma promessa para proporcionar diversas vantagens ao paciente.⁶

A dificuldade técnica da duodenopancreatectomia laparoscópica revela o motivo pelo qual esta cirurgia tem sido pouco utilizada.⁷ Os estudos que compararam a técnica de Whipple laparoscópica com a técnica aberta são escassos. Nakamura *et al.* publicou uma metanálise baseada apenas em 3 estudos, constatando que a via laparoscópica é vantajosa em relação à aberta.⁸

Dentre as complicações cirúrgicas, a fístula pancreática continua sendo a maior preocupação do cirurgião. A questão sobre qual melhor técnica para anastomose pancreatoentérica permanece sem adequada elucidação. Segundo Berger *et al.*, menor número de fístulas foi identificado com a técnica terminolateral por invaginação em pacientes com pâncreas de textura amolecida.⁹ Atualmente, tem se dado preferência para esta técnica nos casos de pâncreas com alto risco de fístula, ao invés da anastomose ductomucosa.¹⁰

Concluimos que a maioria dos pacientes portadores de tumores de colédoco distal apresentará icterícia obstrutiva. O diagnóstico, por vezes, é desafiador, sendo importante traçar estratégias diagnósticas pré-operatórias, juntamente com apropriada abordagem intra-operatória e cuidados pós-operatórios adequados.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo JVC, Carvalho JR, Savian C, Moricz A, Pacheco Jr. AM, Silva RA, De Campos T. Icterícia obstrutiva: o desafio do diagnóstico diferencial entre Síndrome de Mirizzi e colangiocarcinoma. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2012.
2. Broe, PJ; Cameron, JL: The management of proximal biliary tract tumors. *Adv*.
3. Hidalgo Méndez Fernando. Colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klatskin). *Rev Clin Med Fam* . 2014 Feb [citado 2016 Feb 18] ; 7(1): 69-72.
4. Courtin LT, Rayar M, Bergeat D, Merdrignac A, Harnoy, Y, Boudjema K, Meunier B, Sulpice L. (2016), The true prognosis of resected distal cholangiocarcinoma. *J. Surg. Oncol*. doi: 10.1002/jso.24165
5. Rocha LCG; Queiroz FL; Magalhães EA; Santos FAV; Caldeira DAM; Ribas MA. Duodenopancreatectomia: avaliação dos resultados em 41 pacientes. *Rev Col Bras Cir*. 2006 NovDez.
6. Kendrick ML, Cusati D. Total Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy: Feasibility and Outcome in an Early Experience. *Arch Surg*.2010;145(1):19-23. doi:10.1001/archsurg.2009.243.
7. Mesleh MG, Stauffer JA, Asbun HJ. Minimally invasive surgical techniques for pancreatic cancer: ready for prime time? *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013.
8. Nakamura M, Nakashima H. Laparoscopic distal pancreatectomy and pancreatoduodenectomy: is it worthwhile? A meta-analysis of laparoscopic pancreatectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013;20(4):421-8.
9. Berger AC, Howard TJ, Kennedy EP, Sauter PK, Bower-Cherry M, Dutkevitch S, Hyslop T, Schmidt CM, Rosato EL, Lavu H, Nakeeb A, Pitt HA, Lillemoie KD, Yeo CJ. Does type of pancreaticojejunostomy after pancreaticoduodenectomy decrease rate of pancreatic fistula? A randomized, prospective, dual-institution trial. *J Am Coll Surg*. 2009;208(5):738-47.
10. Campos AE; Roberto AJ; Assi JS; Guimarães P; Costa LF, Barreto EJSS, Barreto LSS et al. Complicações após pancreatectomias: estudo prospectivo após as novas classificações GIEDFP e GIECP. *ABCD, arq. Bras. cir. Dig*. 2013 Sep [cited 2016 Feb 21]; 26(3): 213-218.
11. Kim DH, Choi DW, Choi SH, Heo JS. Pancreaticoduodenectomy for secondary periampullary câncer following extrahepatic bile duct câncer resection. *Ann Surg Treat Res*. 2014 Aug; 87(2):94-99.