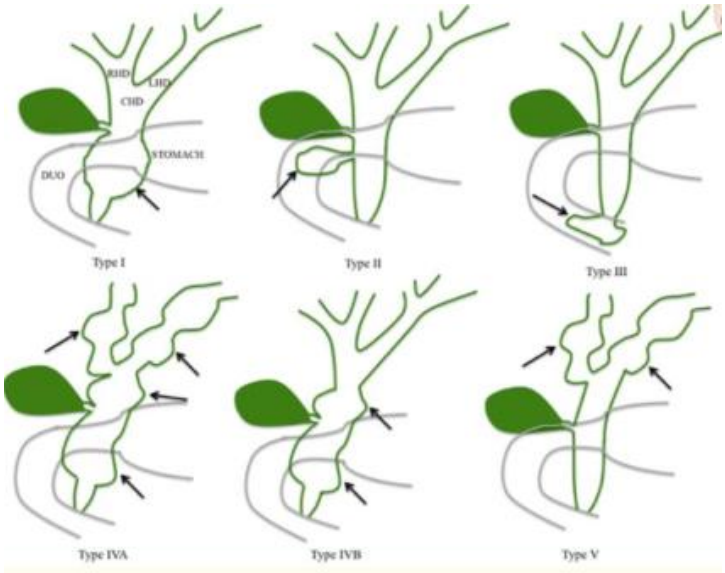
Cisto de colédoco

Bruno Pinheiro Falcão, Kalynne Rodrigues Marques, Rogério de Araújo Medeiros

INTRODUÇÃO

O cisto de colédoco (CC) é uma dilatação cística de qualquer porção da árvore biliar, sendo mais frequente a dilatação da parte central do ducto biliar comum. Os cistos de colédoco são raros e de origem congênita, se manifestando, principalmente, em crianças do sexo feminino e em populações do leste asiático. Embora seja uma afecção benigna, o CC pode ser acompanhado por complicações graves, incluindo transformação maligna, colangite, pancreatite e colelitíase. Sua classificação baseia-se em localização e aspecto dos cistos (**Figura 29.1**).

Figura 29.1 Classificação dos cistos de colédoco



Legenda: RHD - ducto hepático direito; LHD - ducto hepático esquerdo; CHD - ducto hepático comum; DUO - duodeno; STOMACH - estômago. **Fonte:** Topazian (2021).

- Cistos tipo I: são dilatações fusiformes do ducto biliar comum.

- Cistos tipo II: são divertículos verdadeiros do ducto biliar comum.

- Cisto tipo III: também chamado de coledococele, são dilatações intraduodenais do canal comum.

- Cisto tipo IVA: múltiplas dilatações biliares intra e extra-hepáticas.

- Cisto tipo IVB: o cisto de colédoco apresenta dilatação biliar extra-hepática com a árvore biliar intra-hepática normal.

- Cisto tipo V: também conhecido como doença de Caroli, consiste na dilatação cística da árvore biliar intra-hepática.

DOI: 10.59290/978-65-6029-180-5.29

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A tríade clássica do cisto de colédoco é:

- Dor abdominal;
- Icterícia;
- Massa palpável no quadrante superior direito.

Há diferenças entre a clínica de pacientes pediátricos e adultos. As crianças geralmente possuem diagnóstico pré-natal ou pós-natal até o primeiro ano de vida. Nas crianças, é mais comum a manifestação da icterícia por obstrução da via biliar, embora os lactentes possam apresentar-se assintomáticos e sem qualquer alteração laboratorial. Já os adultos possuem maior probabilidade de apresentar sintomas biliares ou pancreáticos e dor abdominal.

DIAGNÓSTICO

Em geral, a ultrassonografia é o primeiro exame na investigação de lesões císticas abdominais (**Figura 29.2**). O doppler colorido ajuda no estudo das estruturas vasculares subjacentes, como a veia porta. Além disso, a ultrassonografia gestacional já pode sugerir o cisto de colédoco como um dos diagnósticos diferenciais de cistos abdominais perinatais.

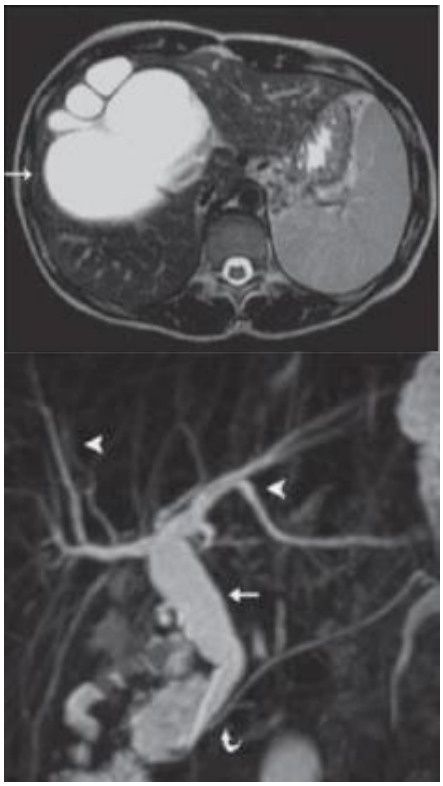
A tomografia computadorizada também pode ser útil ao diagnóstico. No entanto, atualmente, a colangiorresonância magnética é o método mais sensível para avaliação das doenças do trato biliar, pois permite a reconstrução tridimensional das vias biliares e melhor avaliação anatômica (**Figura 29.3**).

Figura 29.2 Lesão cística hipoecóica



Fonte: Souza *et al.* (2012).

Figura 29.3 Colangiorressonância mostrando cisto de colédoco



Fonte: Souza *et al.* (2012).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Os cistos de colédoco devem ser diferenciados de cistos que não se comunicam com a árvore biliar, como os cistos mesentéricos, os cistos de duplicação intestinal, os cistos ovarianos, a hidronefrose severa e os cistos pancreáticos e

hepáticos. Se a dúvida permanecer após a tomografia ou a colangioressonância magnética, a cintilografia hepatobiliar ou a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) podem ser realizadas para confirmar a comunicação com a árvore biliar.

TRATAMENTO

O principal tratamento para o CC é cirúrgico, que pode ser uma exérese total do cisto, com reconstrução do trânsito biliar através de uma coledocojejunostomia, ou uma hepaticojejunostomia em "Y de Roux". Ambas podem ser realizadas por via laparoscópica. A anastomose da via biliar com o duodeno é outra alternativa cirúrgica e laparoscópica.

Pacientes com cistos do tipo I, II ou IV geralmente são submetidos à ressecção cirúrgica dos cistos devido ao risco significativo de malignidade, desde que sejam bons candidatos cirúrgicos.

Os cistos do tipo III (coledococeles) requerem tratamento se forem sintomáticos e podem ser tratados com esfincterotomia ou ressecção endoscópica na ausência de neoplasia.

O tratamento para cistos do tipo V é amplamente de suporte e visa lidar com problemas como colangite recorrente e sepse. Os cistos do tipo V podem ser difíceis de controlar e alguns pacientes eventualmente precisam de transplante hepático.

COMPLICAÇÕES

Destacam-se a colangite, a pancreatite e a colelitíase. A incidência de complicações pós-operatórias é menor quando a ressecção do cisto é completa. Ressecção incompleta, cálculos intra-hepáticos, colangite e fístulas biliares são as complicações mais comuns.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANCHEZ, J. A. *et al*. Quistes del colédoco. *Revista Colombiana de Cirugía*, v. 30, p. 296, 2015.

SOUZA, L.R.M.F. *et al*. Avaliação por imagem das lesões císticas congênitas das vias biliares. *Radiologia Brasileira*, v. 45, p. 113, 2012.

TOPAZIAN, M. Biliary cysts. *UpToDate*, 2021.

ZIEGLER, M.M. *et al.* Operative Pediatric Surgery. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 2014.