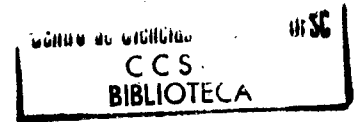


Publicação

PE 381.

RODRIGO VIEIRA OZELAME



**CISTO DE COLÉDOCO: RELATO DE CASO E REVISÃO
DA LITERATURA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina**

FLORIANÓPOLIS

1998

RODRIGO VIEIRA OZELAME

**CISTO DE COLÉDOCO: RELATO DE CASO E REVISÃO
DA LITERATURA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina**

Coordenador do Curso: Edson José Cardoso

Orientador: Maurício José Lopes Pereima

Co-orientador: Vanildo José Ozelame

FLORIANÓPOLIS

1998

AGRADECIMENTOS

A meu Pai Vanildo, pelo exemplo de vida pessoal e profissional.

A minha mãe Sandra, pela coragem de realizar mudanças.

A meus irmãos Roberto e Mônica, por sempre acreditarem em mim.

A meu sobrinho Lucas, pela lembrança da maravilha da vida.

A minha namorada Nicole, pelo amor que conforta minha alma.

Ao Doutor Maurício José Lopes Pereima, por aceitar tão prontamente, a função de orientador deste trabalho.

Aos meus amigos, pela compreensão nos momentos de ausência.

ÍNDICE

1.Introdução	1
2.Objetivo	3
3.Relato de caso	4
4. Revisão da literatura	10
5. Discussão	15
6. Referências	19
7. Resumo	22
8. Summary.....	23

1. INTRODUÇÃO

O cisto de colédoco (CC) é uma malformação congênita, caracterizada pela dilatação das vias biliares extra-hepática, intra-hepática ou ambas. Sua incidência estimada é de 1:2.000.000 nascimentos, atingindo mais comumente o sexo feminino (3 a 4:1), ocorrendo com maior freqüência no Japão e nos países orientais.

Foi descrito inicialmente por Douglas em 1852¹, sendo classificado por Alonzo-Lej em três diferentes tipos anatômicos em 1959². A partir de novos relatos de CC publicados até 1975, duas novas formas foram adicionadas na classificação original.

Em relação à etiologia do CC, acredita-se que este seja decorrente de (1) uma junção anômala entre o ducto biliar comum e o ducto pancreático principal, com refluxo do suco pancreático para dentro da via biliar comum, gerando o enfraquecimento de sua parede e conseqüente dilatação, ou (2) como conseqüência de um processo obstrutivo, de causa ainda indefinida, da porção distal da via biliar comum.

O diagnóstico do CC baseia-se inicialmente na história clínica e no exame físico. O CC apresenta-se basicamente em dois grupos clínicos distintos³: o primeiro, constituído por crianças menores de 6 meses de idade, apresenta como sinal clínico principal a icterícia isoladamente, em alguns casos associada à hepatomegalia e acolia fecal; o segundo, formado por crianças maiores de 6 meses e usualmente maiores que 2 anos, apresenta-se com a tríade clássica do cisto de colédoco, formada por icterícia, dor abdominal e massa palpável.

A confirmação diagnóstica é realizada por meio de exames de imagem. A ultra-sonografia obstétrica, descrita inicialmente por Taylor e colaboradores em

1974⁴, permite o diagnóstico do CC no segundo ou terceiro trimestre de gestação, possibilitando o tratamento adequado antes que ocorram manifestações clínicas decorrentes da evolução da doença, tais como a colestase e a cirrose biliar. Quando o diagnóstico não é realizado no período pré-natal, a confirmação do CC pode ser feita por outros métodos de imagem, por meio de exames não invasivos como a ultra-sonografia, a cintilografia hepatobiliar com tecnésio-99m, a tomografia computadorizada e atualmente a colangiografia com ressonância magnética após o nascimento.

Até a década de 70, o tratamento preconizado consistia na anastomose do cisto com o arco duodenal, ou anastomose do cisto com o jejuno em Y de Roux. Desde então, devido ao aumento de complicações tardias associadas a estas operações, como a colangite de repetição, a estenose da via biliar comum e a degeneração maligna do CC, surgiram novas técnicas, preconizando como tratamento ideal a excisão do cisto com subsequente derivação bíleo digestiva em Y de Roux, que vem sendo realizado até os dias atuais.

2. OBJETIVO

Relatar um caso de cisto de colédoco, revisando os métodos de imagem utilizados para sua confirmação diagnóstica, conforme a literatura específica.

3. RELATO DE CASO

Gestante de 29 anos, encaminhada devido ao fato do feto, com 28 e 31 semanas em exames ultrassonográficos obstétricos de rotina, apresentar imagem anecóica, homogênea, de contornos bem definidos, localizada abaixo do fígado fetal, compatível com cisto de colédoco, cisto de mesentério ou cisto hepático (fig. 1, 2).

Em 39 semanas de gestação, entrou em trabalho de parto, tendo sido submetida a cesariana por dilatação cervical inadequada, e dado a luz um recém nascido do sexo feminino, pesando 3,680 kg, que apresentava *Apgar* de primeiro e quinto minuto igual a 9, sem alterações de exame físico, com as provas de lesão e as de função hepática normais. Foi realizada ultra-sonografia de controle no primeiro e sétimo dias de vida demonstrando imagem compatível com cisto de colédoco, sem anormalidades hepáticas ou de vias biliares. Aos 3 meses de idade, novo controle ultrassonográfico mostrou cisto de colédoco e dilatação dos ductos hepáticos direito e esquerdo, sem alterações das vias biliares intra-hepáticas e do parênquima hepático (fig. 3, 4).

Optou-se por conduta espectante por meio de acompanhamento clínico, laboratorial e ultrassonográfico trimestral no primeiro ano de vida (fig. 5) e semestral no segundo ano de vida.

Com 1 ano e 11 meses de idade, encontrou-se no exame ultrassonográfico de rotina (fig.6, 7), sinais compatíveis de dilatação das vias biliares intra-hepáticas, associado a crescimento da lesão cística, porém sem alterações clínicas e com provas de função e lesão hepáticas normais.

Realizada colangiografia percutânea com radiologia digital (fig. 8), que confirmou os achados ultrassonográficos, foi indicado tratamento cirúrgico.

4. REVISÃO DA LITERATURA

O cisto de colédoco foi descrito primeiramente por Douglas em 1852¹. Em 1959, Alonzo-Lej e colaboradores², baseados nos aspectos anatômicos descreveram uma classificação que diferenciava o cisto de colédoco em três tipos: Tipo I, Tipo II e Tipo III, permitindo um entendimento progressivo da etiologia e do comportamento clínico desta anomalia.

Com o avanço das pesquisas a cerca desta malformação duas novas variantes anatômicas de cisto de colédoco, a Tipo IV e a Tipo V foram acrescentadas à classificação original, por Todani⁵ em 1977.

Atualmente o CC pode ser classificado de acordo com seu aspecto anatômico em 5 tipos (figura 1): Tipo I - dilatação fusiforme ou segmentar do ducto biliar extra hepático, Tipo II - divertículo do ducto biliar extra hepático, Tipo III - colédococele, Tipo IV - múltiplos cistos intra e extra hepáticos ductais e Tipo V - cisto único ou múltiplos dos ductos intra hepáticos, também conhecida por doença de Caroli. A variante mais comum é a do tipo I, ocorrendo em aproximadamente 90% dos casos relatados na literatura, e as mais raras, as do Tipo II e Tipo III (figura 1).

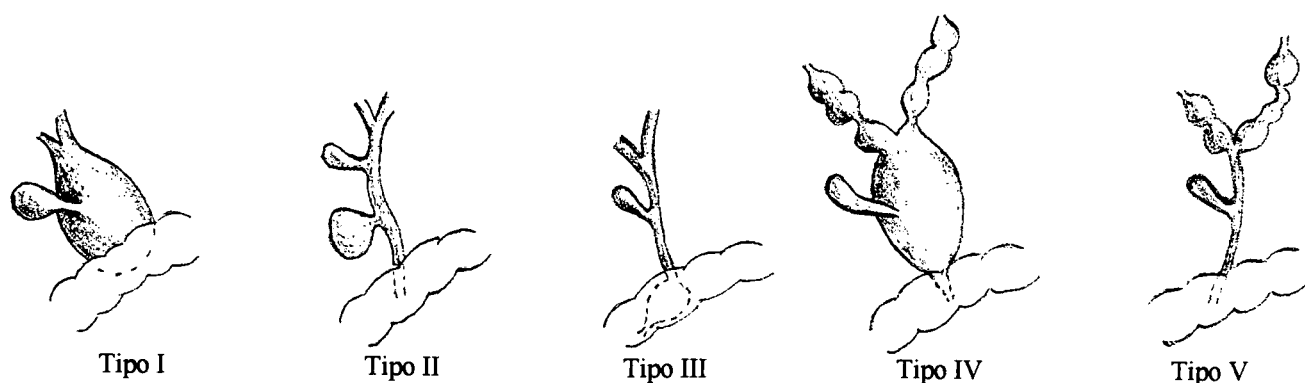


Figura 1. Classificação do cisto de colédoco de acordo com seu aspecto anatômico.

Apesar do grande número de teorias propostas para explicar a etiologia do cisto de colédoco, uma das primeiras que obteve grande aceitação pela comunidade científica foi a descrita por Yotsuanagi⁶ em 1936, sugerindo que o defeito poderia estar relacionado com uma formação incorreta do ducto biliar durante os estágios primitivos de seu desenvolvimento.

Babitt⁷ em 1969, e Kato em 1980 e 1981^{8,9}, sugerem que o CC é conseqüente a um arranjo anômalo do ducto pancreatico-biliar, isto é, uma junção anômala do colédoco com o ducto pancreático principal a aproximadamente 1 centímetro da ampola de Vater, encontrado em 75% dos casos. O refluxo do suco pancreático, principalmente da tripsina, para dentro do ducto biliar comum, favorecido por esta anomalia anatômica, pode ser o responsável pelo enfraquecimento da parede do colédoco, ocasionando a sua dilatação.

Outra teoria sugerida por Ito e co-autores e defendida por Miyano¹⁰, advoga que uma obstrução na porção distal do ducto biliar comum, de natureza indefinida, é a causa da dilatação cística, por gerar um enfraquecimento da parede do mesmo. Deste modo, existem evidências para suportar o conceito de que, uma obstrução distal combinada com o refluxo pancreaticobiliar são os mecanismos responsáveis pela dilatação degenerativa do sistema ductal extra-hepático³.

Clinicamente, o CC apresenta-se com a tríade clássica de icterícia, dor abdominal e massa palpável em apenas um terço dos pacientes, principalmente em crianças maiores de 6 meses de idade e mais comumente maiores de 2 anos, já que nos pacientes com idade inferior a 6 meses, o sinal predominante é a icterícia, podendo estar ou não associada a hepatomegalia e acolia fecal.

Até a década de 70, a confirmação diagnóstica de CC era realizada por meio de estudos radiológicos com radiografias simples e exames contrastados à base de bário. Entretanto estes exames eram pouco informativos quando realizados

nos pacientes de maior idade e de pouca ou nenhuma utilidade nos pacientes muito jovens¹¹.

A colangiografia era realizada por punção percutânea, sendo útil para a caracterização do tipo de cisto de colédoco, possibilitando em caso de existência, a visualização da junção anômala do colédoco com o ducto pancreático principal, conforme citado anteriormente.

Com o avanço dos métodos diagnósticos por imagem, especialmente com o surgimento da ultra-sonografia, a partir da década de 70, o ducto biliar comum passou a ser facilmente identificado, e o reconhecimento de alterações, como por exemplo, a dilatação da via biliar, passou a ser facilmente detectável¹², sendo nos dias atuais o método de escolha para o diagnóstico de cisto de colédoco. Outro grande benefício da ultra-sonografia no diagnóstico do CC é a sua realização no segundo ou terceiro trimestre de gestação, que permite a suspeita diagnóstica do cisto de colédoco ainda na vida intra-uterina. O diagnóstico diferencial entretanto, deve ser feito com hidronefrose, cisto de duplicação duodenal, atresia intestinal, cisto mesentérico e cisto de ovário¹³.

Utilizada pela primeira vez com Iodo 131, a cintilografia intra venosa começou a ganhar importância no diagnóstico de cisto de colédoco a partir dos estudos realizados por William e colaboradores em 1970¹⁴. A partir de 1975, o Tecnécio-99m substituiu o Iodo 131 por fornecer melhor qualidade de imagem, menores doses de irradiação e velocidade de excreção biliar aumentada.

Inúmeros trabalhos vêm ressaltando a importância e os benefícios do uso de métodos diagnósticos mais modernos e menos invasivos como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética no diagnóstico desta anomalia.

A tomografia computadorizada, tal como a ultra-sonografia, demonstra claramente o tamanho, a extensão e a característica da dilatação cística sendo, entretanto, consideravelmente superior no que diz respeito a visualização das vias

biliares intra-hepáticas, e a relação do cisto com as estruturas adjacentes como o arco duodenal, o pâncreas e a porção distal do ducto biliar comum, de difícil visualização na ultra-sonografia devido à presença freqüente de gás nesta topografia¹¹.

Citado primeiramente por Gupta em 1989¹⁵, e adaptado para pacientes pediátricos por Miyazaki e colaboradores em 1996¹⁶ e por Guibaud e colaboradores em 1997¹⁷, o uso da colangiografia por ressonância magnética para o estudo das doenças e malformações que acometem as vias biliares, tem ganho importância progressiva. Miyazaki¹⁶ afirma que o diagnóstico definitivo com a utilização da colangiografia por ressonância magnética ocorre em 100% dos pacientes com cisto de colédoco, concluindo que este é um método não invasivo de grande importância para o estudo dos ductos pancreaticobiliares nas crianças, com idade média de 3 anos.

Os primeiros tratamentos sugeridos para o cisto de colédoco consistiam na sua aspiração e marsupialização. Depois destas tentativas, várias técnicas foram sugeridas, tais como: a drenagem externa da árvore biliar; a drenagem externa do cisto; a colecistostomia; a drenagem do ducto hepático comum com excisão do cisto associada. Tais métodos não obtiveram sucesso, já que apresentavam altas taxas de mortalidade³.

A excisão do CC com subsequente anastomose do ducto hepático comum com duodeno foi relatado primeiramente por McWhorter¹⁸, em 1924.

Gross¹⁹ em 1933 realizou uma coledococistoduodenostomia. Ravitch, Snyder²⁰ preconizaram a anastomose entre o CC e o jejuno em Y de Roux, devido às altas taxas de refluxo do suco pancreático para dentro da via biliar, gerando como consequência colangite de repetição, cirrose biliar e hipertensão portal, ocorrido a partir da realização da técnica defendida por Gross¹⁹.

Em 1966, Saito e colaboradores²¹ descreveram a excisão do cisto e a drenagem interna com jejunostomia em Y de Roux. Em 1970, Ishida e colaboradores²² relataram uma série de 19 casos de excisão primária do cisto, com apenas 2 mortes pós operatórias. No mesmo ano, Kasai, Asakura e Taira²³ descreveram uma série de 14 pacientes submetidos a excisão do cisto com drenagem interna, com 3 mortes pós operatórias. A partir de então, a excisão do cisto tornou-se o método de escolha para o tratamento do CC, diferenciando-se apenas quanto ao método de drenagem interna: defendido por O'Neill e colaboradores³ a hepaticojejunostomia em Y de Roux, e por Todani e colaboradores²⁴ a hepaticoduodenostomia.

5. DISCUSSÃO

Desenvolvida a partir da década de 70, a ultra-sonografia tornou-se um exame de importância fundamental para o acompanhamento da gestação, por permitir a avaliação do crescimento fetal, o diagnóstico de malformações congênitas, incluindo o cisto de colédoco, e por ser de custo relativamente baixo, não invasivo e não dependente de radiação X. Diversos autores referem o diagnóstico de cisto de colédoco em exames ultrassonográficos pré-natais, realizados a partir do segundo trimestre de gestação^{3, 25, 26, 27}.

No presente relato, a suspeita diagnóstica de cisto de colédoco surgiu a partir de achado ultrassonográfico, realizado com 28 semanas e 3 dias de idade gestacional, em exame pré-natal de rotina, sendo a gestante orientada a levar a gravidez a termo, sem necessidade de interrupção, por não apresentar esta anomalia riscos para o feto em seu período intra uterino. Após o nascimento o ultra-som foi também utilizado para confirmação do diagnóstico do CC e para o seu acompanhamento nos primeiros dois anos de vida.

Em 1981, Huang²⁸ publicou um estudo demonstrando a importância e o benefício do uso da cintilografia intra venosa com Tecnésio-99m para o diagnóstico do cisto de colédoco, afirmando que este método serviria não apenas para a visualização e mensuração do cisto, mas também para a verificação de possíveis alterações da fisiologia hepática, já que este radioisótopo é metabolizado pelos hepatócitos e excretado pela bile.

No caso descrito não foram realizados exames radiológicos simples ou com contraste devidos a informações suficientes fornecidas pela ultrassonografia. Os exames radiológicos contrastados não foram realizados por apresentarem apenas uma imagem indireta do cisto de colédoco, tais como alterações anatômicas do

arco duodenal, determinadas pelo efeito de massa causado pelo cisto sobre esta estrutura. A colecistografia oral não é importante, devido à baixa densidade do contraste no momento da opacificação do cisto.

A colangiografia realizada por punção percutânea é um método que pode trazer alguma informação adicional em relação à anomalia, sendo útil para a caracterização do tipo de cisto de colédoco. Preferível realizar, se possível, a colangiografia endoscópica retrógrada, pois esta fornece com facilidade detalhes da anatomia das vias biliares e das vias pancreáticas, possibilitando em caso de existência, a visualização do ducto comum, decorrente da junção anômala do colédoco com o ducto pancreático principal, conforme citado anteriormente.

No presente relato optou-se pela realização da colangiografia por punção percutânea devido a maior facilidade da realização deste exame, em lugar da colangiografia endoscópica retrógrada, que além de ser um exame de difícil realização em pacientes pediátricos em nosso meio, não se mostrou necessário, por ter sido a colangiografia por punção percutânea, suficiente para a caracterização do CC como tipo I.

A tomografia computadorizada é superior à ultra-sonografia para a caracterização do tipo e determinação da sua relação com as estruturas adjacentes¹¹.

Com o avanço dos estudos a cerca da investigação das vias biliares com o auxílio da ressonância magnética, descrito por Gupta em 1989¹⁵, e com os recentes trabalhos publicados na literatura especializada por Miyazaki em 1996¹⁶ e Guibaud em 1997¹⁷, verificou-se a importância da realização da colangiografia por meio da ressonância magnética para a realização do diagnóstico definitivo do CC, e verificação, quando presentes, de alterações anatômicas das vias biliares intra hepáticas e do parênquima hepático, com exatidão em 100 % dos casos estudados. Desta maneira, a colangiografia com ressonância magnética deverá

assumir um papel importante no diagnóstico definitivo do cisto de colédoco, atresia biliar e complicações biliares decorrentes de transplante hepático em pacientes pediátricos¹⁷.

Tanto a ressonância magnética, como a tomografia computadorizada, não foram realizadas devido ao fato da ultra-sonografia e a colangiografia percutânea fornecerem informações pré-operatórias suficientes para o planejamento cirúrgico e também porque o convênio do paciente não cobria os custos adicionais destes exames.

Em relação ao tratamento, existe um consenso que este deve ser cirúrgico, com a excisão total do cisto, associada a uma derivação interna em Y de Roux. Esta derivação pode ser uma hepaticojejunoostomia, defendida por O'Neill e colaboradores³ (1992), ou uma hepaticoduodenostomia, defendida por Todani e colaboradores²⁴ (1981).

Quanto à oportunidade para o tratamento cirúrgico do CC, devem ser consideradas a idade do paciente e o início da sintomatologia.

Em crianças em que o diagnóstico é feito no período pós natal, a partir de um sintoma, usualmente a icterícia, a excisão deverá ser realizada logo após o diagnóstico estabelecido. Nas crianças que apresentarem diagnóstico de CC antes mesmo do início da sintomatologia, como crianças com suspeita diagnóstica em exame ultrassonográfico pré-natal ou achado de exame ultrassonográfico realizado por outra causa, o tempo da operação deverá, conforme Howell e colaboradores²⁷, realizar-se precocemente, logo no período neonatal, por ser de fácil realização e por prevenir complicações decorrentes do CC tal como a colangite de repetição, ou após a confirmação diagnóstica.

No presente caso, optou-se por uma conduta espectante, pelo fato da criança não apresentar, nos dois primeiros anos de vida, nenhuma sintomatologia

decorrente do CC, e nenhuma alteração nos exames ultrassonográficos de acompanhamento.

O tratamento cirúrgico foi indicado com 1 ano e 11 meses de idade, após o surgimento de uma discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas, detectada pela ultra-sonografia de rotina, sem entretanto apresentar nenhuma alteração clínica ou laboratorial.

Finalmente, a análise do caso relatado e a revisão da literatura pertinente permitiu observar que o ultra-som pré-natal é um método importante para o diagnóstico das malformações congênitas, que quando realizado no período pós-natal não se mostra suficiente para a determinação do planejamento cirúrgico do cisto de colédoco, sendo necessário ser complementado, preferencialmente pela ressonância magnética.

6. REFERÊNCIAS

1. Douglas AH. Case of dilatation of the common bile duct. *Monthly J Med Sci (London)* 1852; 14:97.
2. Alonzo-Lej F, Revor WB, Pessagno DJ. Congenital choledochal cyst, with a report of 2, and analysis of 94 cases. *Surg Gynecol Obstet Internat Abst Surg* 1959; 108:1-30.
3. O'Neill JA JR. Choledochal Cyst. In: Wells SA, editors. *Current Problems in Surgery*. 1st ed. St. Louis: Mosby-Year Book, inc.; 1992 p.363-410.
4. Taylor KJW, Carpenter DA, McCready VR. Ultrasound and scintigraphy in the differential diagnosis of obstructive jaundice. *J Clin Ultrasound* 1974; 2:105-16.
5. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, et al. Congenital bile duct cysts classification, operative procedures, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1977; 134:263-69.
6. Yotsuanagi S. Contribution to aetiology and pathology of idiopathic cystic dilatation of the common bile duct with report of three cases. *Gann* 1936; 30:601-752.
7. Babbit DP. Congenital choledochal cyst: New etiological concept based on anomalous relationship of the common bile duct and pancreatic bulb. *Ann Radiol* 1969; 12:231-40.
8. Kato T, Hebiguchi T, Kasai M. Etiology of congenital choledochal cyst. *Tohoku J Exp Med* 1980;131:137-42.
9. Kato T, Hebiguchi T, Matsuda K, Yoshino H. Action of pancreatic juice on the bile duct: Pathogenesis of congenital choledochal cyst. *J Ped Surg* 1981;16 (2):146-51.

10. Miyano T, Suruga K, Chen SC. A clinicopathologic study of choledochal cyst. *World J Surg* 1980; 4:431-38.
11. Kim OH, Chung HJ, Choi BG. Imaging of the choledochal cyst. *RadioGraphics* 1995; 15:69-88.
12. Reuter K, Raptopoulos VD, Cantelmo N, Fitzpatrick G, Hawes LE. The diagnosis of a choledochal cyst by ultrasound. *Radiology* 1980; 136:437-38.
13. Bancroft JD, Bucuvalas JC, Ryckman FC, Dudgeon DL, Saunders RC, Schwarz KB. Antenatal diagnosis of choledochal cyst. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994; 18:142-45.
14. Williams LE, Fisher JH, Courtney RA, et al. Preoperative diagnosis of choledochal cyst by hepatoscintigraphy. *N Engl J Med* 1970; 283:85-6.
15. Gupta RK, Kakar AK, Jena A, Mishra PK, Khushu S. Magnetic Resonance in obstructive jaundice. *Australas Radiol* 1989; 33:245-51.
16. Miyazaki T, Yamashita Y, Tang Y, Tsuchigame T, Takahashi M, Sera Y. Single-shot MR cholangiopancreatography of neonates, infants, and young children. *A J R* 1998; 170:33-7.
17. Guibaud L, Lachaud A, Touraine R, Guibal AL, Pelizzari M, Basset T, et al. MR cholangiography in neonates and infants: Feasibility and preliminary applications. *A J R* 1998; 170:27-31.
18. Mc Whorter GL. Congenital cystic dilatation of the common bile duct: Report of a case with cure. *Arch Surg* 1924; 8:604-26.
19. Gross RE. Idiopathic dilatation of the common bile duct in children. *J Pediatr* 1933; 3:730-55.
20. Ravitch MM, Snyder GB. Congenital cystic dilatation of the common bile duct. Special reference to radiographic studies. *Surgery* 1958; 44:752-65.
21. Saito S, Hori T, Sato T, et al. Operation for congenital cystic dilatation of the common bile duct. *Shujutsu (Tokyo)* 1966; 20:491-96.

22. Ishida M, Tsucshida Y, Saito S, et al. Primary excision of choledochal cysts. *Surgery* 1987; 101:238-43.
23. Kasai M, Asakura Y, Taira Y. Surgical treatment of choledochal cyst. *Ann Surg* 1970; 172:844-51.
24. Todani T, Watanabe Y, Mizuguchi, et al. Hepaticoduodenostomy at the hepatic hilum after excision of choledochal cyst. *Am J Surg* 1981; 142:584-87.
25. Dewbury KC, Aluwihare ARP, Burch SJ, et al. Prenatal ultrasound demonstration of a choledochal cyst. *Br J Radiol* 1980; 53:906-07.
26. Frank JL, Hill MD, Cherativat S, et al. Antenatal observation of a choledochal cyst by ultrasound. *A J R* 1981; 137:166-68.
27. Howell CG, Templeton JM, Weiner S, et al. Antenatal diagnosis and early surgery for a choledochal cyst. *J Pediatr Surg* 1983; 18:387-93.
28. Huang MJ, Liaw YF. Intravenous cholescintigraphy using Tc-99m-labeled agents in the diagnosis of choledochal cyst. *J Nucl Med* 1982; 23:113-16.

7. RESUMO

O cisto de colédoco é uma malformação congênita, caracterizada pela dilatação da via biliar intra hepática, extra hepática ou ambas, atingindo mais comumente pessoas do sexo feminino, ocorrendo com maior freqüência no Japão e países Orientais. O presente trabalho relata um caso de cisto de colédoco, com diagnóstico ultrassonográfico pré-natal, realizado no terceiro trimestre de gestação. O diagnóstico foi confirmado após o nascimento, por meio da ultrasonografia e pela colangiografia percutânea, sendo a criança submetida a tratamento cirúrgico com excisão do cisto e derivação bíleo digestiva em Y de Roux, com 2 anos e 2 meses de idade, por apresentar sinais de dilatação das vias biliares intra hepática, em exame ultrassonográfico de rotina com 1 ano e 11 meses de idade, sem apresentar, entretanto, nenhuma alteração clínica ou laboratorial.

A revisão da literatura pertinente refere a ultra-sonografia e a ressonância magnética como os meios diagnósticos mais adequados para a caracterização do cisto de colédoco, e a excisão do cisto, com derivação interna em Y de Roux, como tratamento de escolha para esta anomalia.

A análise do caso relatado e a revisão da literatura permitiram observar que o ultra-som pré-natal é um método importante para o diagnóstico das malformações congênitas, mas que necessita ser complementado por outros meios diagnósticos como a colangiografia percutânea, a cintilografia hepatobiliar, a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética, para a realização de um planejamento cirúrgico adequado.

7. SUMMARY

Choledochal cyst is a congenital malformation, characterized by the dilatation of the common bile duct, that occurs more frequently in Japan than elsewhere, and is most often seen in females. The present study reports a case of an infant with choledochal cyst, in whom antenatal diagnosis was established by antenatal ultrasonography, which was done in the third trimester of pregnancy. The diagnosis was confirmed after birth, with ultrasonography and percutaneous cholangiography, being the child submitted to surgical treatment with the excision of the cyst and a Roux-en-Y hepaticojejunostomy, by the age of two years and two months old. The surgical treatment was indicated due to the signs of intrahepatic dilatation of the bile ducts seen in a ultrasonographic exam which was performed when the child was one year and eleven months old, despite there were no clinical or laboratories signs of the disease.

The literature refers the ultrasonography and the Magnetic Resonance as the most reliable diagnostic methods to characterize the choledochal cyst. The treatment of choice is the excision of the cyst with Roux-en-Y hepaticojejunostomy.

The analysis of the related case and the literature review permitted observe that Prenatal ultrasound is a important method for the diagnosis of congenital malformations, but it is necessary to be complemented by other diagnostic methods as percutaneous transhepatic cholangiography, cholescintigraphy, computed tomography or magnetic resonance, to an appropriate surgical plan.

TCC
UFSC
PE
0381

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE. 0381

Autor: Ozelame, Rodrigo V

Título: Cisto de colédoco : relato de c



972801591

Ac. 253977

Ex.1 UFSC BSCCSM

Na operação, aos 2 anos e 2 meses de idade, observou-se dilatação cística importante do colédoco, classificada como Tipo I. Submetida a operação com ressecção do cisto e derivação em Y de Roux.

O período pós-operatório transcorreu sem intercorrências, tendo alta hospitalar no 7º dia após a operação.

No retorno para acompanhamento com 30 dias após a alta, apresentava-se assintomática, sendo então considerada curada da malformação congênita.



FIGURA 1. Ultra-sonografia pré-natal de 28 semanas e 3 dias, corte transversal, mostrando lesão cística na projeção do fígado, medindo 18 mm x 15,7 mm (seta).

FIGURA 3. Ultra-sonografia pós-natal com 3 meses de idade, corte transversal do fígado, evidenciando cisto de colédoco e dilatação dos ductos hepáticos direitos e esquerdo (seta).

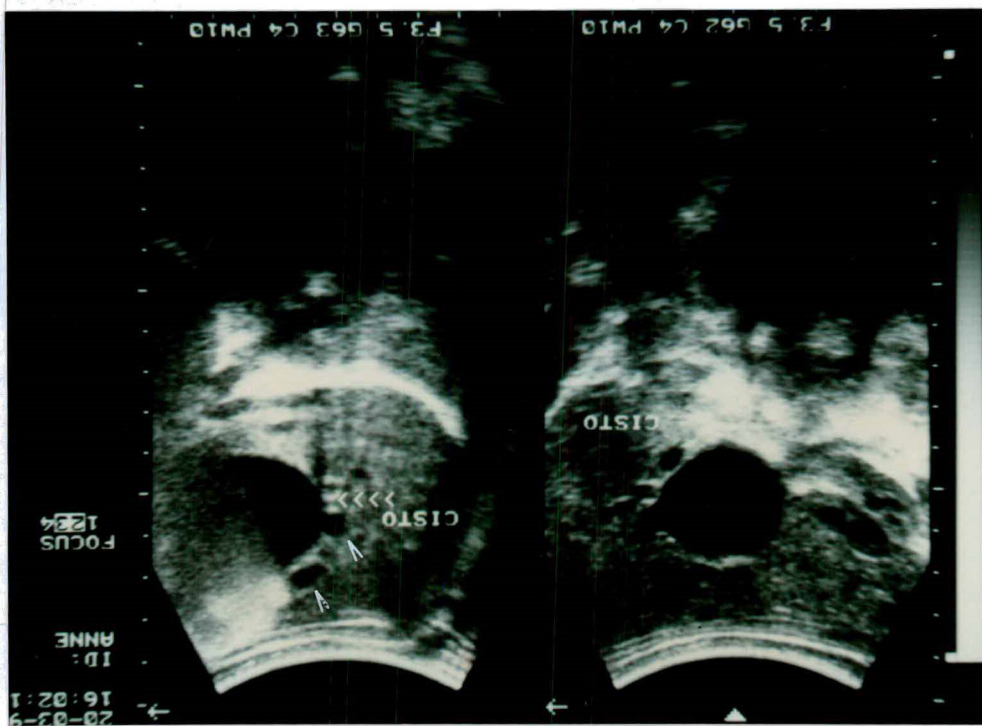


FIGURA 2. Ultra-sonografia pré-natal de 31 semanas, corte transversal mostrando cisto de colédoco (C), estômago (E), fígado, rím esquerdo, veia porta e coluna vertebral.



FIGURA 5. Ultra-sonografia pós natal com 9 meses de idade, não mostrando alterações em relação ao último exame (3 meses de vida).



FIGURA 4. Ultra-sonografia pós-natal com 3 meses de idade, corte longitudinal, mostrando parênquima hepático normal (A), cisto de colédoco (B) e dilatação dos ductos hepáticos direito e esquerdo (C).

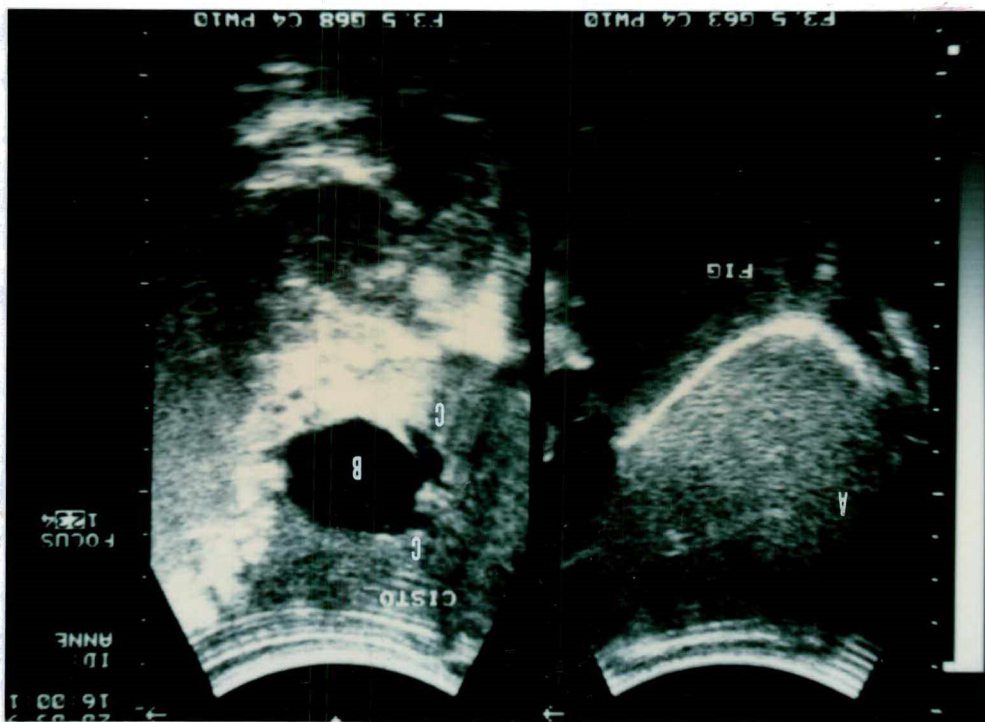


FIGURA 7. Ultra-sonografia com 1 ano e 11 meses de vida, corte longitudinal, mostrando cisto de colédoco, discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas e vesícula biliar normal (VB).

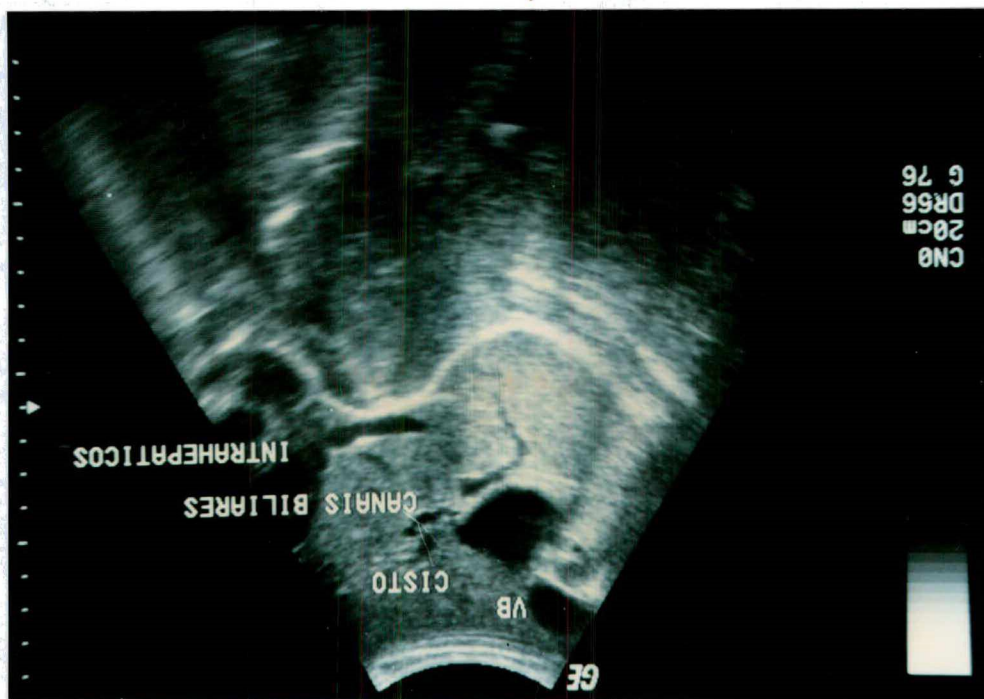
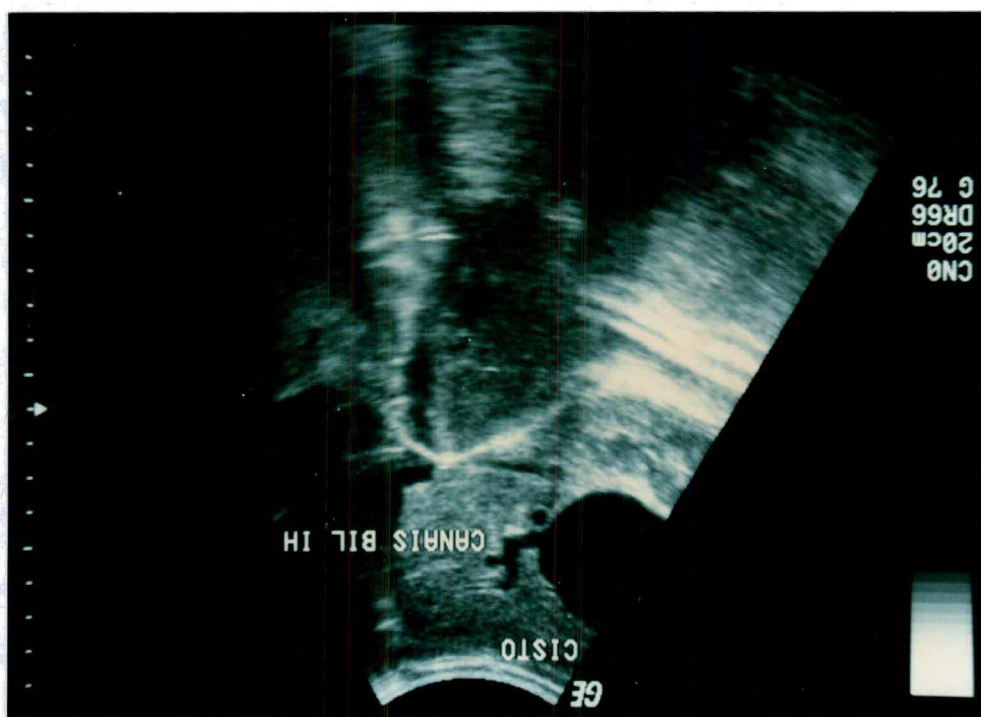


FIGURA 6. Ultra-sonografia com 1 ano e 11 meses de idade, corte longitudinal, evidenciando cisto de colédoco e discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas



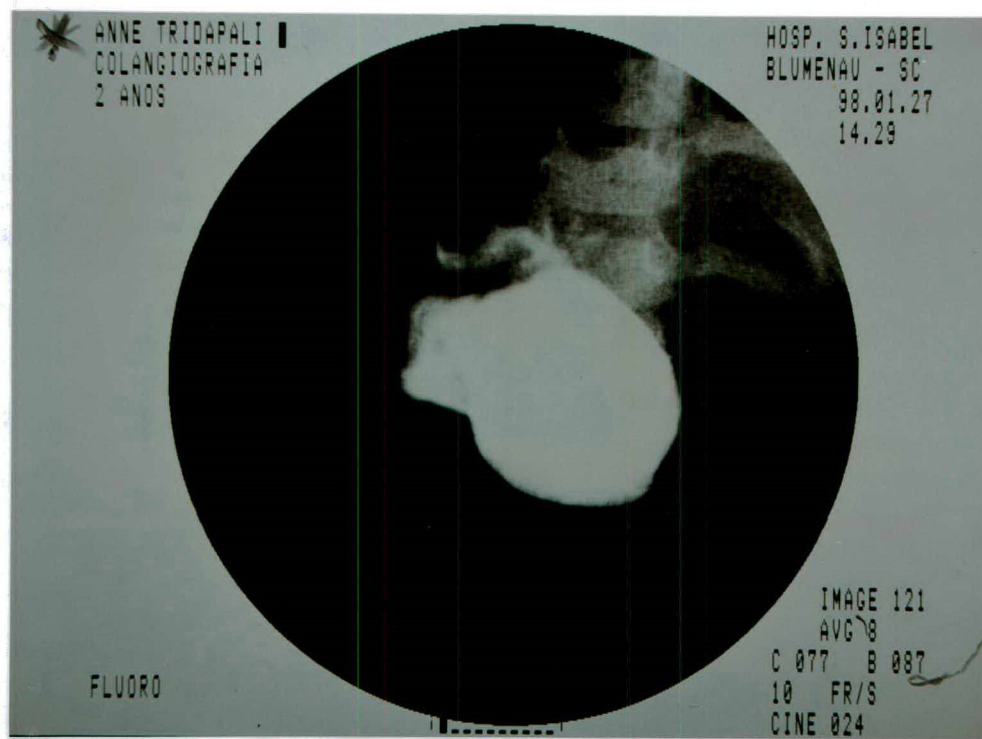


FIGURA 8. Colangiografia percutânea, realizada com radiologia digital, com 2 anos de idade, mostrando cisto de colédoco e discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas.

TCC
UFSC
PE
0381

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE. 0381

Autor: Ozelame, Rodrigo V

Título: Cisto de colédoco : relato de c



972801591

Ac. 253977

Ex.1 UFSC BSCCSM