

Colangiocarcinoma avançado: um relato de caso

Advanced cholangiocarcinoma: a case report

DOI:10.34119/bjhrv3n6-103

Recebimento dos originais:03/10/2020

Aceitação para publicação:24/11/2020

Júlia de Oliveira Chixaro

Acadêmica de Medicina pela Universidade Nilton Lins

Instituição: Universidade Nilton Lins

Endereço: Parque das Laranjeiras, Av. Prof. Nilton Lins, 3259 - Flores, Manaus - AM, 69058-

030-Cidade: Manaus Estado: AM País: Brasil

E-mail: julia_chixaro@hotmail.com

Larissa Pessoa de Oliveira

Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal do Amazonas

Instituição: Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas

Endereço: Estrada Coari/ Mamiá, 305, Bairro Espírito Santo, Coari – AM, 69460-000

Cidade: Coari Estado: AM País: Brasil

E-mail: lary-pessoa@hotmail.com

Wei Tsu Havim Chang Colares

Acadêmico de Medicina pela Universidade Nilton Lins

Instituição: Universidade Nilton Lins

Endereço: Parque das Laranjeiras, Av. Prof. Nilton Lins, 3259 - Flores, Manaus - AM, 69058-

030-Cidade: Manaus Estado: AM País: Brasil

E-mail: havim_5@hotmail.com

Yago da Silva Pimenta

Acadêmico de Medicina pela Universidade Nilton Lins. Instituição: Universidade Nilton Lins.

Endereço: Parque das Laranjeiras, Av. Prof. Nilton Lins, 3259 - Flores, Manaus - AM, 69058-

030-Cidade: Manaus Estado: AM País: Brasil

E-mail: ygpimenta@hotmail.com

Beatriz Bentes de Andrade

Acadêmica de Medicina pela Universidade Nilton Lins

Instituição: Universidade Nilton Lins

Endereço: Parque das Laranjeiras, Av. Prof. Nilton Lins, 3259 - Flores, Manaus - AM, 69058-

030-Cidade: Manaus Estado: AM País: Brasil

E-mail: biabentes14@hotmail.com

Yane Melo da Silva Santana

Acadêmica de Medicina pela Universidade Nilton Lins

Instituição: Universidade Nilton Lins

Endereço: Parque das Laranjeiras, Av. Prof. Nilton Lins, 3259 - Flores, Manaus - AM, 69058-

030-Cidade: Manaus Estado: AM País: Brasil

E-mail: dra.yanesantana@hotmail.com

Kleber Pinheiro de Oliveira Filho

Acadêmico de Medicina pela Universidade Nilton Lins. Instituição: Universidade Nilton Lins
Endereço: Parque das Laranjeiras, Av. Prof. Nilton Lins, 3259 - Flores, Manaus - AM, 69058-030-Cidade: Manaus Estado: AM País: Brasil
E-mail: kleberpinheiro4@Hotmail.com

Márcio Valle Cortez

Cirurgião, Mestre e Orientador, especialista em Cirurgia Bariátrica
Instituição: Fundação Hospital Adriano Jorge
Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778 - Cachoeirinha,-Cidade: Manaus - AM, 69065-001
E-mail: márcio_cortez@msn.com

RESUMO

O colangiocarcinoma é um tumor originado nas células epiteliais que revestem os ductos biliares intra ou extra-hepáticos, seu tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma. Mais de 50% dos casos são diagnosticados em fase avançada, e o consenso geral mostra que o tratamento cirúrgico através da completa ressecção tumoral com margens livres cirúrgicas é o que oferece o melhor prognóstico e a única chance de cura. É apresentado o caso de um paciente de 67 anos do sexo masculino, icterico, hipocorado e apresentando sinais de síndrome consumptiva, admitido com relato de perda ponderal importante, astenia e hiporexia há aproximadamente dois meses. Os exames de imagens e laboratoriais sustentaram a hipótese diagnóstica de colangiocarcinoma, sendo optada pela videolaparoscopia.

Palavras-chave: colangiocarcinoma, icterícia, vias biliares.

ABSTRACT

Cholangiocarcinoma is a tumour originated in the epithelial cells that line the intrahepatic or extrahepatic bile ducts, its most common histological type is adenocarcinoma. Over 50% of cases are diagnosed at an advanced stage, and in general, surgical treatment through complete tumor resection with free surgical margins is what offers the best prognosis and the only chance of cure. It is presented the case of a 67-year-old male patient, jaundiced, pale and presenting signs of consumptive syndrome, admitted with history of significant weight loss, asthenia and hyporexia for two months. The imaging and laboratory tests supported the hypothesis of cholangiocarcinoma. That way the procedure chosen was laparoscopic approach was chosen.

Keywords: cholangiocarcinoma, jaundice, bile ducts.

1 INTRODUÇÃO

Os tumores do trato biliar são responsáveis por menos de 1% de todos os tumores em geral e representam em torno de 10-20% dos tumores primários do fígado.¹

O colangiocarcinoma (CCA) é um tumor originado nas células epiteliais que revestem os ductos biliares intra ou extra-hepáticos.² É a segunda neoplasia maligna primária de fígado mais

frequente, representando 3% das malignidades do trato gastrointestinal.² Sua faixa etária diagnóstica predominante é descrita em homens de após os 65 anos de idade¹.

Há vários fatores de risco que predisõem o desenvolvimento do CCA, como: hepatites, cirrose, colangite esclerosante primária, coledocolitíase crônica, adenoma ductal, papilomatose biliar, doença de Caroli, cisto de colédoco, infestação parasitária biliar, síndromes metabólicas e exposição prolongada a substâncias carcinogênicas.³

Vários estudos de casos controlados de países asiáticos e ocidentais relataram a infecção viral da hepatite C como um fator de risco significativo para o colangiocarcinoma intra-hepático.⁴

O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma, o qual pode apresentar diversos graus de diferenciação.^{3,5} A apresentação clínica do CCA não é específica, podendo se manifestar apenas como alterações leves nos testes séricos da função hepática¹. Mais de 50% dos casos são diagnosticados em fase avançada,^{2,6} na qual os pacientes podem apresentar sintomas como perda de peso, mal-estar, desconforto abdominal, icterícia, hepatomegalia e até massa abdominal palpável.¹

Alguns sinais sugerem pior prognóstico: presença de icterícia obstrutiva, nível de albumina sérico <35g/L, localização (tumores localizados próximos ao ducto biliar).⁷ O diagnóstico por métodos não invasivos, como tomografia computadorizada (TC) 3D e colangiorrisonância magnética, permite um estadiamento acurado do tumor, além da seleção correta de pacientes com indicação cirúrgica.⁷

O tratamento e prognóstico estão relacionados à extensão do acometimento da árvore biliar, além da presença de metástases e acometimento ganglionar⁴. O consenso geral mostra que o tratamento cirúrgico através da completa ressecção tumoral com margens livres cirúrgicas é o que oferece o melhor prognóstico e a única chance de cura^{7,8}

O presente relato expõe a evolução clínica de um paciente avaliado inicialmente em janeiro de 2019, apresentando quadro clínico sugestivo de colangiocarcinoma avançado.

2 RELATO DE CASO

Paciente RLM, 67 anos, sexo masculino, procedente de Manaus, Amazonas. Hipertenso em um uso de losartana e hidroclorotiazida, foi admitido em 03 de fevereiro de 2019 devido a quadro consumptivo associado a icterícia progressiva. Ao primeiro atendimento, relatou ser tabagista de 30 maços de cigarro/ ano. Referiu quadro de astenia, adinamia, hiporexia, perda ponderal importante e febre recorrente iniciados em janeiro de 2019.

À somatoscopia inicial, o paciente encontrava-se em regular estado geral (REG), icterício (2+/4+), hipocorado (1+/4+), acianótico, eupneico em ar ambiente, desidratado e afebril.

O exame físico evidenciou aparelhos respiratório e cardiovascular sem anormalidades. O abdome encontrava-se globoso, flácido, doloroso à palpação profunda em região de hipocôndrio direito. Fígado palpável a 4 centímetros do rebordo costal direito, de consistência endurecida e bordas lisas. Não havia sinais de irritação peritoneal ou esplenomegalia. Ausência de massas palpáveis.

Dentre os exames laboratoriais solicitados na internação tiveram os seguintes resultados: hemoglobina 12,4g/%; hematócrito 40%; leucócitos 11.820/mm³; plaquetas 263.000/mm³; ureia 104mg/dl; creatinina 2,24 mg/dl; TAP 13,6 segundos/ INR 1,05; PCR 202; TGO 295 U/L; TGP 389 U/L; GGT 1064 U/L; fosfatase alcalina (FA) 2.079,7 U/L; bilirrubina total 14 mg/dl (bilirrubina direta 8,5 mg/dl e bilirrubina indireta 5,5 mg/dl); amilase 51,8 U/L; albumina 3,6 g/dl.

Além das alterações laboratoriais citadas, houve ainda elevação de marcadores CA 125 e CA 19.9.

O paciente manteve-se em REG, com evolução da icterícia e dor em hipocôndrio direito. Foi mantido em esquema de antibioticoterapia e nutrição parenteral, e avaliado pela equipe de cirurgia geral. No dia 08 de fevereiro foi feita TC de abdome, que evidenciou dilatação importante das vias biliares intra-hepáticas e alteração observada em cabeça de pâncreas.

Ainda na internação, foi solicitada colangiorressonância magnética, que revelou pequenos abscessos hepáticos, vias biliares intra e extra-hepáticas dilatadas até área circunscrita, que interrompia o hepatocolédoco abruptamente, podendo corresponder à hipótese diagnóstica de neoplasia de vias biliares.

No dia 27 de fevereiro, o paciente foi submetido à videolaparoscopia diagnóstica, que confirmou a presença do tumor e revelou uma vesícula empiematosa. Foi feita colecistectomia associada à descompressão das vias biliares por hepatojejunoostomia e enteroanastomose latero-lateral, com derivação em Y de Roux. Além disso, foram feitas biópsia da massa tumoral e linfonodos adjacentes.

No dia seguinte à cirurgia, o paciente encontrava-se em REG, lúcido e orientado em tempo e espaço, com frequências respiratória e cardíaca dentro da normalidade, pressão arterial de 132x92mmHg, acianótico, icterício (+2/4+), afebril e hipocorado (1+/4+), desidratado e oligúrico (200ml em 24h). Exames laboratoriais revelaram aumento de FA, GGT, TGO e TGP, além de hiperlactatemia grave. Evoluiu com injúria renal aguda (classificação AKIN 1).

Apesar dos esforços e assistência da unidade de terapia intensiva, poucos dias após o procedimento cirúrgico o paciente apresentou piora do estado geral, com parada cardiorrespiratória sem resposta ao protocolo de reanimação, evoluindo a óbito.

3 DISCUSSÃO

O caso exposto revela uma patologia rara que afeta as vias biliares, o colangiocarcinoma. Observa-se sintomas característicos de colangite, pouco comum em pacientes com esse tipo de neoplasia de acordo com a literatura.⁹

Sua história natural está associada a mau prognóstico e elevada morbimortalidade. O paciente enquadrou-se nos dados epidemiológicos associados a esta neoplasia, cuja forma típica de apresentação histopatológica é de um adenocarcinoma esclerosante que pode estender-se desde o parênquima hepático até as vias biliares distais.

O arsenal diagnóstico define-se principalmente por exames de imagem (que permitem a seleção correta de pacientes com indicação de tratamento cirúrgico), laboratório de função hepática alterado e elevação de marcadores tumorais.³

De uma forma geral, estudos mostram que o estadiamento é essencial para determinar o tratamento e prognóstico, uma vez que o colangiocarcinoma tem pode disseminar por estruturas hepáticas e vasculares adjacentes além de metástases a distância. (71 – 73). No caso relato, notou-se estadiamento T1, uma vez que o diagnóstico foi dado pós operatório e não foi observado comprometimento linfonodal nem de órgãos adjacentes.⁶

A classificação anatômica também é primordial para planejamento da abordagem terapêutica, o tumor pode ser intra-hepático ou extra-hepático, sendo esse último o tipo mais comum representando 80 a 90% de todos os colangiocarcinomas. O tipo extra-hepático ainda pode ser subdividido em peri-hiliar (tumor de Klatskin), médio ou distal, conforme acometimento da árvore hepática.¹⁰

O tratamento cirúrgico pela exérese completa do tumor, com margens livres cirúrgicas, ainda é a terapêutica que possui o melhor prognóstico e única com potencial de cura. Observa-se resistência a quimioterapia em pacientes portadores de colangiocarcinoma irressecável, no entanto, a radioterapia, principalmente externa, tem mostrado resultados positivos, especialmente no contexto paliativo.¹¹

Tendo em vista que o colangiocarcinoma apresenta evolução clínica insidiosa e que apesar de rara, possui uma taxa de mortalidade muito elevada, o diagnóstico precoce torna-se a melhor forma de reduzir as taxas de óbito. Atenta-se para as diversas formas clínicas de manifestação

dessa neoplasia e a abordagem cirúrgica permanece como o tratamento padrão da maioria dos casos. Logo, deve-se ter aprimoramento do suporte clínico tanto no pré quanto no pós-operatório, a fim de diagnosticar os pacientes precocemente e minimizar o grau de comprometimento da doença.

Trazendo a nossa região, o Amazonas grande extensão territorial com barreiras geográficas importantes e poucos centros de referência, o que dificulta a mobilidade destes pacientes em caso de queixas menores.

REFERÊNCIAS

1. Lucchese AM, Oliveira AF, Laporte GA et al. Colangiocarcinoma. In: Santos M, Côrrea TS et al. Diretrizes Oncológicas 2. São Paulo: Editora Científica; 2019. 219-25
2. Gomes RV, Rodrigues MA et al. Expressão do receptor do fator de crescimento epitelial (EGFR) em colangiocarcinomas: fatores preditivos e sobrevida. Rev. Col. Bras. Cir. 2018; 45 (3): e1826
3. Gomes LFS, Moura ALC, Borges LO. Colangiocarcinoma Hilar: Um relato de caso. Revista Master. 2017;2:20-3
4. Nakanuma Y, Kakuda Y. Pathologic classification of cholangiocarcinoma: new concepts. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2015;29(2):277-93
5. Deoliveira ML, Schulick RD, Nimura Y, Rosen C, Gores G, Neuhaus P, et al. New staging system and a registry for perihilar cholangiocarcinoma. Hepatology. 2011;53(4):1363-71
6. Esnaola NF, Meyer JE, Karachristos A, Maranki JL, Camp ER, Denlinger CS. Evaluation and management of intrahepatic and extrahepatic cholangiocarcinoma. Cancer. 2016;122(9):1349-69
7. Macedo AL de V, Pinus J, Neto JG, Schraibman V. Hepatectomia a esquerda por colangiocarcinoma : relato de caso e revisão de literatura. Einstein. 2003;23(5):24-6
8. Chamberlain RS, Blumgart LH. Hilar cholangiocarcinoma: a review and commentary. Ann Surg Oncol 2000; 7: 55-66.
9. Olnes, M.J. and R. Erlich, A review and update on cholangiocarcinoma. Oncology, 2004. 66(3): p. 167-79.
10. Sousa R. Papel do Transplante Hepático no Tratamento do Colangiocarcinoma. Porto. Tese [Mestrado Integrado em Medicina] – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2017.
11. Grove, M.K., et al., Role of radiation after operative palliation in cancer of the proximal bile ducts. Am J Surg, 1991. 161(4): p. 454-8.