

1. Serviço de Gastrenterologia, Hospital Central do Funchal, Madeira
2. Serviço de Gastrenterologia, Hospital de São João, Porto

INTRODUÇÃO

Os quistos biliares são dilatações quísticas que podem ser únicos ou múltiplos ao longo da árvore biliar. A prevalência em populações ocidentais é estimada entre 1:100.000 a 1:150.000 e são mais comuns em mulheres, com uma proporção de mulher para homem de 3:1 a 4:1. Classicamente, a maioria dos casos foi relatada em crianças, embora as séries mais recentes relatem números iguais em adultos e crianças. A classificação de Todani é a mais utilizada na categorização dos quistos biliares, definindo 6 tipos: tipo 1 (50-85% dos casos) que envolve o cístico ou via biliar principal (VBP) (sem envolvimento intra-hepático); tipo 2 - verdadeiro divertículo que comunica com a via biliar através de um colo estreito; tipo 3 – limitado à porção intraduodenal da VBP distal; tipo 4 - múltiplos quistos, tipo 5 - um ou mais quistos das vias biliares intrahepáticas sem afecção da VBP e tipo 6 - quisto isolado do cístico.¹⁻³ O quisto de Todani III ou coledococelo representa cerca de 5% dos quistos biliares. Quando sintomáticos, têm indicação para tratamento. Actualmente, a primeira linha de tratamento consistente na esfínterotomia por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).⁴

RESUMO DO CASO

Relatamos o caso de uma doente do sexo feminino, caucasiana, 76 anos, referenciada para ecoendoscopia por dilatação das vias biliares de causa indeterminada. A ecoendoscopia revelou dilatação das vias biliares intra-hepáticas com 4mm e no terço proximal da via biliar proximal, um septo longitudinal, incompleto. No seu terço distal, na porção suprapapilar, observou-se um outro septo, aparentemente circular, que delimita uma área quística com 11mm de maior diâmetro, correspondendo a provável coledococelo. Esta estrutura causa compressão na área de saída da VBP, sendo responsável pela dilatação a montante. Não se observaram alterações no pâncreas, Wirsung, adenopatias ou vasos envolventes.

RESULTADOS

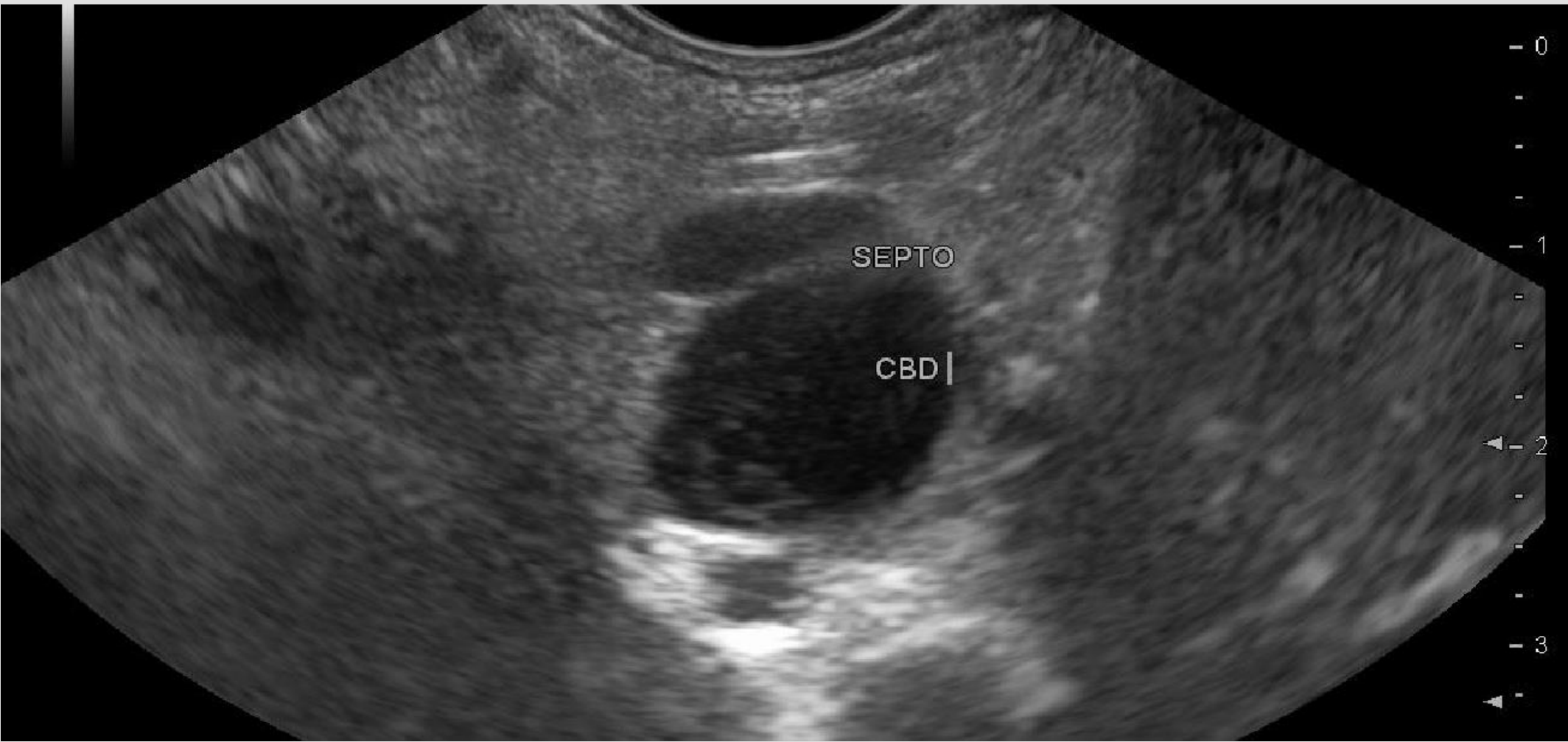


Imagem 1. No terço proximal da VBP, obseva-se septo longitudinal, incompleto.



Imagem 3. Esta estrutura causa compressão na área de saída da VBP, sendo responsável pela dilatação a montante.



Imagem 2. No terço distal da VPC, na porção suprapapilar, observa-se um septo, aparentemete circular, que delimita área quistica com 11mm de maior diâmetro.

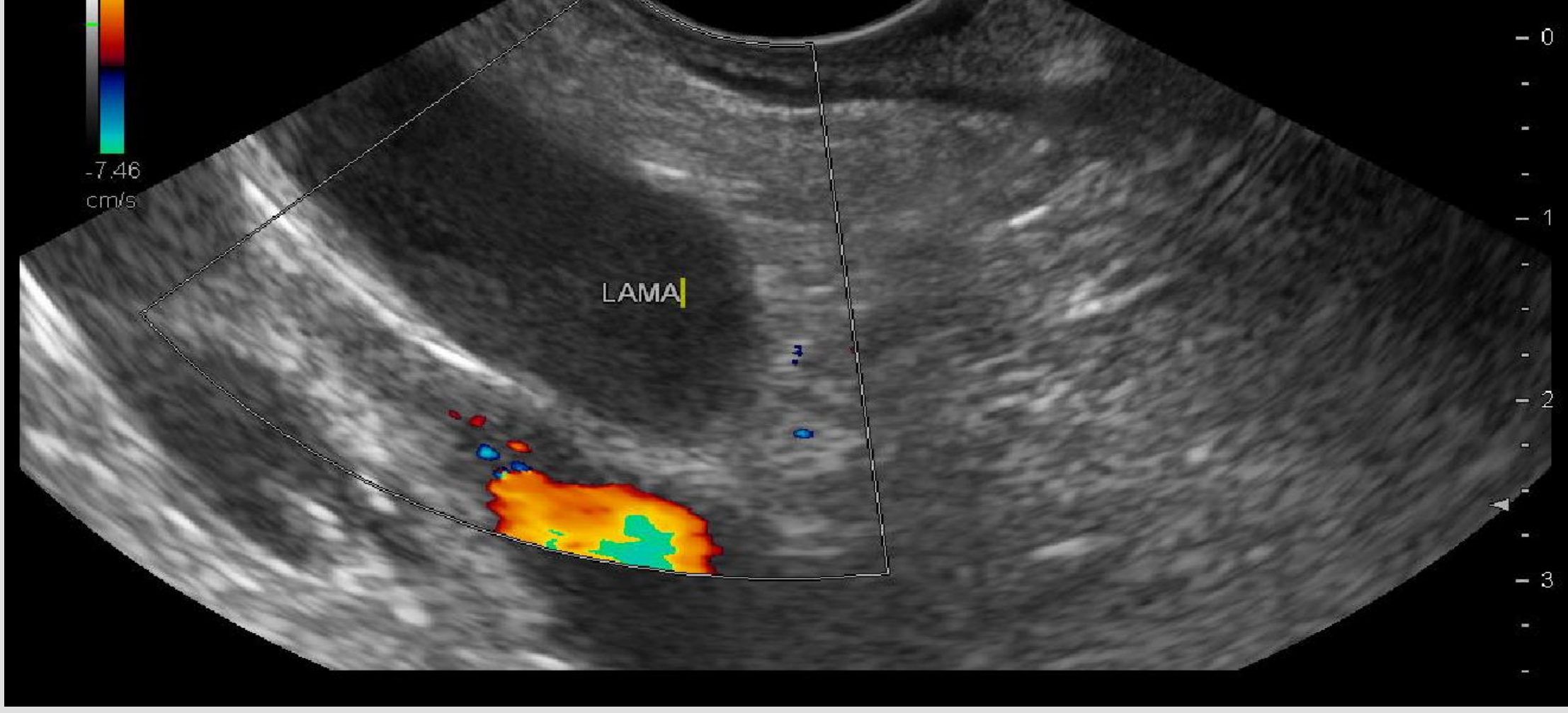


Imagem 4. Via biliar principal dilatada com cerca de 12mm de diâmetro, com conteúdo ecogénico no seu interior, sugestivo de lama.

CONCLUSÕES

Apesar da apresentação dos quistos biliares ser classicamente descrita na infância ou adolescência, existem séries crescentes de casos descritas em adultos, associando-se mais frequentemente a complicações. O seu diagnóstico é essencial dado que poderão ser abordados por via endoscópica ou removidos cirurgicamente, quando sintomáticos. A ecoendoscopia apresenta um papel fundamental na categorização dos vários tipos de quistos biliares ao permitir avaliar quistos extra-hepáticos, comunicação do quisto com a via biliar, detalhar a parede do quisto e da junção pancreatobiliar e demonstrar eventual obstrução biliar.

REFERÊNCIAS

1. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, et al. Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. Am J Surg 1977; 134:263.

2. Todani T, Watanabe Y, Toki A, Morotomi Y. Classification of congenital biliary cystic disease: special reference to type Ic and IVA cysts with primary ductal stricture. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2003; 10:340.

3. Lipsett PA, Pitt HA, Colombani PM, et al. Choledochal cyst disease. A changing pattern of presentation. Ann Surg 1994; 220:644.

4. Cerwenka H. Bile duct cyst in adults: Interventional treatment, resection, or transplantation? World J Gastroenterol 2013; 19(32): 5207-5211.