

PALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMORES DE KLATSKIN UTILIDADE DA OCLUSÃO SELETIVA DO RAMO HEPÁTICO

J. Fernandes^{1,2}; D. Libânio^{1,3}; S. Giestas¹; T. Araújo¹; J. Ramada¹; M. Certo⁴;
J. Canena⁷; L. Lopes^{1,5,6}

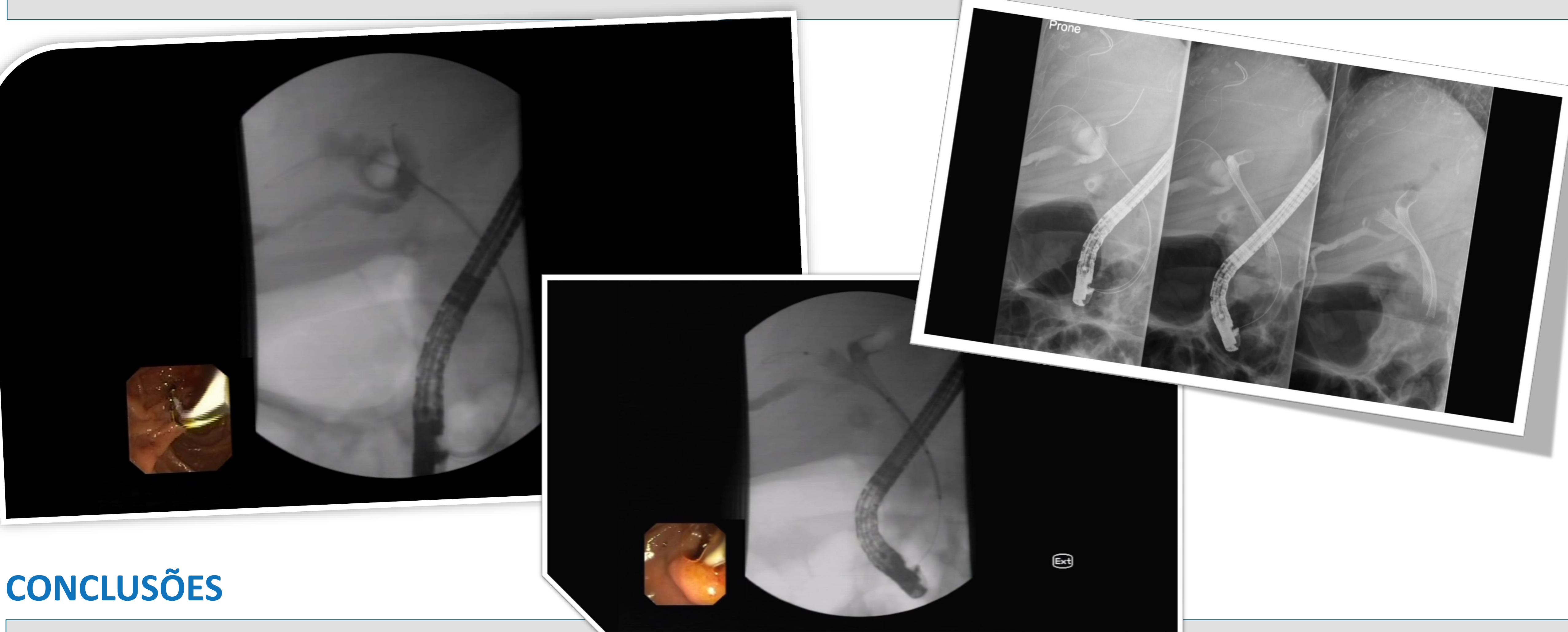
1 - Serviço de Gastrenterologia – Hospital de Santa Luzia;
2 - Serviço de Gastrenterologia – Centro Hospitalar da Cova da Beira;
3 - Serviço de Gastrenterologia - Instituto Português de Oncologia do Porto;
4 - Serviço de Radiologia – Hospital de Braga;
5 - Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal;
6 - ICVS/3B's – PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal;
7 - Serviço de Gastrenterologia – Hospital Amadora Sintra

INTRODUÇÃO

- O colangiocarcinoma é a causa mais frequente de estenoses biliares hilares, constituindo cerca de 3% das neoplasias malignas do tubo digestivo. A maioria dos doentes com colangiocarcinomas hilares (CH) apresentam tumores não ressecáveis na altura do diagnóstico, pelo que a CPRE é um procedimento paliativo minimamente invasivo de 1^o linha.
- Na paliação endoscópica destes tumores com recurso a próteses, estão descritas várias estratégias, sendo que a opção mais complexa, e teoricamente mais eficaz, é a que envolve a colocação de próteses metálicas bilaterais. A mesma pode ser realizada segundo duas técnicas: stent-in stent e side-by-side stent. Nestes procedimentos a passagem do 2^o fio guia, para o lobo contra-lateral, constitui um desafio técnico considerável, podendo ser um fator limitante para a sua execução.

RESUMO DO CASO

- Descrevemos o caso de um homem de 85 anos, com CH tipo II, referenciado para paliação com próteses metálicas bilaterais.
- Depois de conseguir passar facilmente o primeiro fio-guia para o lobo direito, enfrentámos dificuldades inesperadas para direcionar o segundo fio-guia para o ducto intrahepático esquerdo. Diversas manobras foram tentadas, incluindo o uso de guias hidrofílicos de ponta ultra-afiada e pequeno calibre, mas todas resultaram invariavelmente na canulação do sistema direito.
- Para superar essa dificuldade, introduzimos um balão extrator de 15 mm no ducto hepático direito que posteriormente foi insuflado junto à bifurcação, bloqueando o acesso ao lobo direito. Desta forma o segundo fio guia foi desviado pelo balão insuflado para o hepático direito. Posteriormente foi possível proceder à implantação de dois stents metálicos auto-expansíveis, dispostos de forma paralela.



CONCLUSÕES

- A técnica de oclusão seletiva do ramo hepático, descrita por Husain et al, permite resgatar doentes cuja tentativa de orientação do 2^o fio guia para o lobo oposto tenha fracassado com técnicas standard.
- O uso dessa manobra técnica pode ser uma ferramenta muito útil para aumentar o sucesso na implantação de próteses bilaterais em pacientes com colangiocarcinomas hilares.

REFERÊNCIAS

- Husain A, Debold C, Edmundowicz SA, Jonnalagadda SS. Directed balloon-assisted guidewire access into intrahepatic ducts. *Gastrointest Endosc*. 2001;54(1):118–9
- Gulati A, Thakkar P, Thakkar S. Endoscopic management of hilar stricture. Vol. 18, *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy*. 2016. p. 67–74.
- Larghi A, Tringali A, Lecca PG, Giordano M, Costamagna G. Management of hilar biliary strictures. Vol. 103, *American Journal of Gastroenterology*. 2008. p. 458–73.