

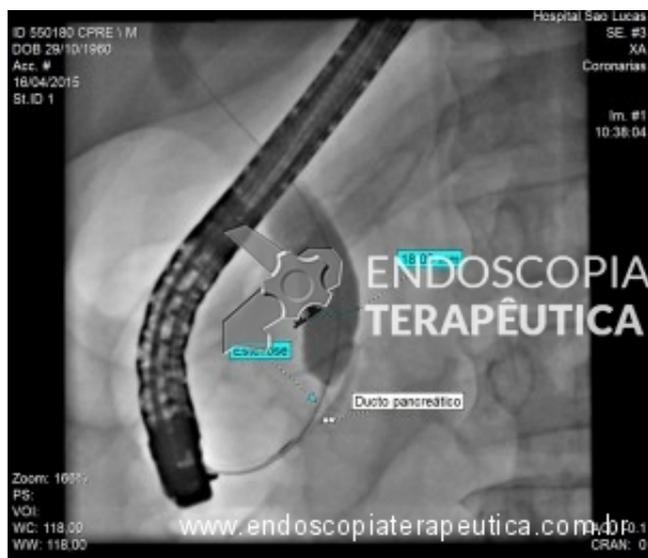
Paciente do sexo masculino, com 55 anos de idade e história de icterícia e desconforto abdominal há 2 semanas.

LABORATÓRIO	
Hb	14
Leucócitos	7800
BT/BD/BI	16/10/6
TGO/TGP	125/210
FA/GGT	280/130

O paciente realizou ressonância de abdome com colangiorressonância que evidenciou dilatação das vias biliares intra e extra hepáticas com imagem sugestiva de cálculo impactado no colédoco distal.

Devido à este achado foi indicada a realização de CPRE

### **CPRE**



(Clique na imagem para ampliar) Dilatação do colédoco e ducto pancreático associado à estenose de colédoco distal.



(Clique na imagem para ampliar) Extensão da estenose.

Na CPRE foi observada dilatação do hepatocolédoco com até 18 mm associada à dilatação do ducto pancreático (5 mm) e área de redução do calibre do colédoco em sua porção intrapancreática. Devido à este achado, bastante sugestivo de colangiocarcinoma distal (já que não foi vista lesão de massa na CPRM), foi optado por tentar obter material para diagnóstico histocitológico através de biópsias intraductais e escovado. Após estes procedimentos foi realizada passagem de prótese plástica de 10 F x 7 cm.



(Clique na imagem para ampliar). Pinça de biópsia introduzida através da papila com biópsias guiadas por radioscopia. Escovado com escova citológica guiada.



(Clique na imagem para ampliar). Dilatação com dilatador de Soehendra até 11 mm. Passagem de prótese plástica de 10 F.

## **Evolução**

O paciente evoluiu com redução da icterícia e iniciou dieta imunomoduladora (preparo para provável cirurgia) enquanto aguardava o resultado das biópsias. Após uma semana tanto a citologia quanto as biópsias intraductais vieram negativas.

Baseado nos achados da CPRM e CPRE associado à história clínica foi optado por ressecção cirúrgica mesmo sem a confirmação histológica.

O paciente foi submetido à duodenopancreatectomia laparoscópica. Após a ressecção e abertura da peça foi identificada a presença de lesão no colédoco distal. A histologia confirmou colangiocarcinoma.



(Clique na imagem para ampliar) Realização de incisão de Pfannenstiel para remoção da peça. Aspecto da peça antes da abertura. Abertura do duodeno e colédoco notando-se lesão no colédoco distal. Lesão do colédoco distal em detalhe.

## **Discussão**

As estenoses biliares representam um grande desafio para se chegar à um diagnóstico preciso e para se indicar o tratamento correto. As causas mais comuns de estenoses biliares são os tumores periampulares como o colangiocarcinoma e o câncer de pâncreas.

O diagnóstico precoce melhora bastante o prognóstico mas geralmente necessita uma conduta agressiva. A cirurgia nestes casos está associada a uma alta morbidade pós operatória e aproximadamente 7-10% dos pacientes que se submetem à duodenopancreatectomia por estenoses biliares suspeitas de malignidade apresentam doenças benignas como causa da estenose. Devido à isso, a confirmação da malignidade antes

da cirurgia é importante.

A sensibilidade do escovado biliar, das biópsias intraductais e da associação das duas técnicas gira em torno de apenas 40-60%, fazendo com que grande parte dos pacientes não tenha uma confirmação histológica antes da cirurgia.

O uso da ecoendoscopia nestes casos é um boa opção para prosseguir a investigação. É um método seguro e efetivo para avaliar pequenos tumores pancreáticos e o colangiocarcinoma distal. A dificuldade é que este exame ainda não é amplamente disponível no nosso meio e boa parte dos paciente já chegam com prótese biliar dificultando o diagnóstico ecoendoscópico do coloangiocarcinoma distal.

### **Assuntos relacionados**

---

[Artigo comentado - comparação entre escovado e biópsias intraductais no diagnóstico do colangiocarcinoma distal](#)

---

[Caso clínico - IPMN de ducto principal](#)

---

[Imagens - Neoplasia de cabeça de pâncreas - punção ecoendoscópica](#)

---

