

A obstrução biliar maligna é uma condição desafiadora, exigindo uma abordagem multimodal para diagnóstico e tratamento. O diagnóstico precoce é difícil de se estabelecer, pois a obstrução biliar costuma aparecer apenas em estágios avançados, consequentemente a maioria dos pacientes (70%) são irressuscitáveis no momento do diagnóstico.

A maioria dos casos é esporádica, mas diferentes fatores que causam inflamação crônica da árvore biliar como colangite esclerosante primária (CEP) e infecções crônicas, estão frequentemente implicados. Outras condições subjacentes são doença hepática policística, doença de Caroli e cistos de colédoco e contaminação por fasciola hepática.

Deve-se suspeitar com base em achados clínicos como dor abdominal no quadrante superior direito e além de sintomas de obstrução biliar (síndrome icterícia). A ressonância magnética é o exame de escolha para avaliar a extensão da doença. Imagens ponderadas em T2, as quais exibem fluido com alto sinal de intensidade (branco), podem definir o nível de estenose biliar e identificar características malignas, como estenoses com mais de 1 cm de comprimento, margens irregulares e acotovelamentos.

A sobrevida média após ressecções R0 variam entre 1 a 4 anos sendo a recorrências nesses casos de 50 a 70%. Além disso a sobrevida nos tumores irressuscitáveis varia de 5 a 9 meses [1].

Abaixo a classificação de Bismuth-Corlette que divide esses tumores de acordo com sua localização:

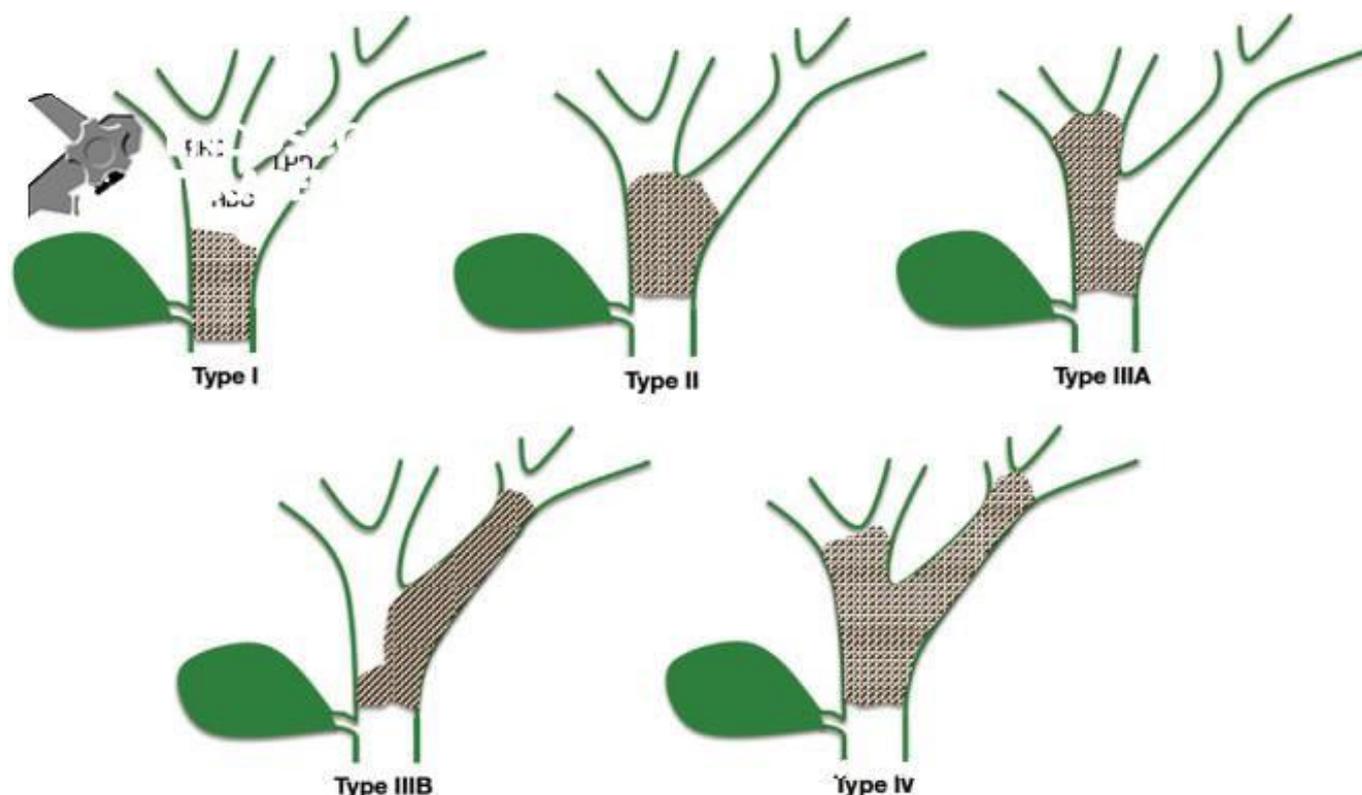


Figura 1: Classificação de Bismuth-Corlette

A endoscopia no colangiocarcinoma poderá ter três papéis de acordo com o estágio da doença:

- diagnóstico por imagem;
- obtenção de amostra tecidual;
- palição

Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE)

Principal exame do arsenal endoscópico com funções tanto diagnóstica como terapêutica.

O escovado citológico apresenta sensibilidade de 26 a 72% e a biópsia de 15 a 100%, sendo que a



acurácia quando utilizados em conjunto chega a 75% [2].

Figura 2: CPRE em colangiocarcinoma hilar



Figura 3: escova citológica utilizada no caso anterior que confirmou diagnóstico

Ecoendoscopia (EUS)

Trabalhos recentes mostram que a EUS apresenta acurácia diagnóstica de 76%, semelhante a CPRE nas lesões biliares. Esta deve ser especialmente realizada nas lesões distais, principalmente nos casos de dúvida quanto a origem biliar ou pancreática e nas lesões acima de 4 cm. Quando associado a CPRE, apresentam acurácia de até 93% [2].

Outra importante da função da EUS é o estadiamento linfonodal. Em um estudo realizado em pacientes com colangiocarcinoma e indicação de transplante hepático, a punção de linfonodos pela EUS evidenciou o acometimento em 17% desses pacientes, evitando assim uma cirurgia desnecessária, devendo dessa forma fazer parte do estadiamento pré-operatório [3].

Colangioscopia (SpyGlass®)

Endoscópio em “miniatura” utilizado através do canal de trabalho do duodenoscópio por um operador único, com acurácia diagnóstica de 94% apresenta as seguintes funções [4]:

- Avaliação visual de estenoses indeterminadas
- Amostra tecidual através da pinça de biópsia própria
- Direcionamento de fio-guia para palição



Figura 4: sistema de colangioscopia SpyGlass®

<https://youtu.be/m6ogUEZOqZc>

Endomicroscopia confocal (Cellvizio®)

Consiste em uma sonda passada através do canal de trabalho do duodenoscópio até o local de estenose, realizando uma biópsia virtual e ao vivo, apresenta uma resolução até 1000 x maior comparado ao

microscópio óptico padrão.

Após a injeção intravenosa de fluoresceína, esta se difunde através dos capilares e cora matriz extracelular do epitélio superficial. Os núcleos não absorvem o contraste e aparecem escuros, a diferença de contraste permite a análise arquitetônica da mucosa superficial, ajudando a diferenciar o tecido normal do neoplásico. Estudos demonstraram uma sensibilidade de 81 a 100% e especificidade de 61 a 88% [5].

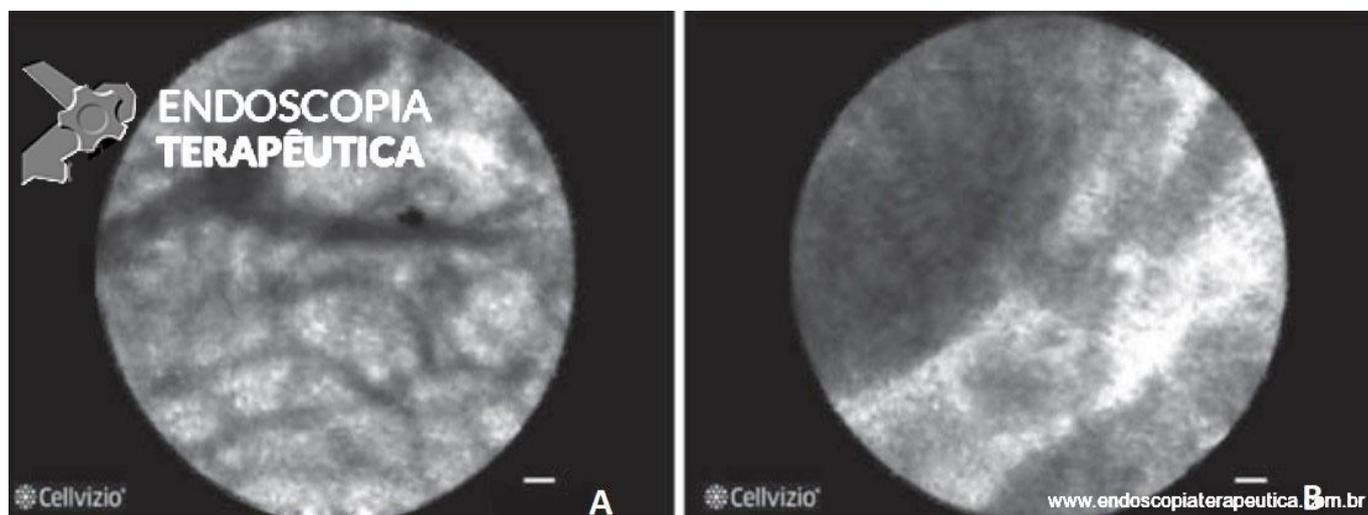


Figura 5. A: imagem de estenose biliar benigna; B: estenose biliar maligna demonstrado pelo espessamento e aglomerados escuros.

Drenagem biliar

Pré-operatória: controversa, sendo que alguns estudos demonstraram maiores taxas de complicações pós-operatórias. Deve ser realizada nos seguintes casos [6]:

- Cirurgia postergada > 2 semanas
- Quimioterapia neoadjuvante
- Colangite
- Icterícia sintomática (prurido)

Paliativa: tem como objetivo a drenagem de pelo menos 50% do parênquima. Em geral o lobo direito corresponde a quase 60% do volume, enquanto o lobo esquerdo e o lobo caudado correspondem a 30% e 10% respectivamente [7].

Comparado a drenagem endoscópica através da CPRE outras clássicas opções são:

- Drenagem cirúrgica: igual sucesso e maior patência, porém maiores taxas de complicações e mortalidade;
- Drenagem percutânea: mais eventos adversos, repetição de procedimentos, hospitalização prolongada, maior custo e desconforto do cateter externo, porém apresenta os melhores resultados no Bismuth IV e eventualmente no Bismuth III

Stent Metálico X Plástico: os metálicos apresentam menor disfunção e necessidade de reintervenções, sendo optados nos pacientes com expectativa de vida acima de 4 meses. Apesar da preferência de muitos profissionais pelo descoberto, especialmente devido as estenoses hilares que correspondem a 60% dos casos, não há consenso na literatura. Os stents descobertos apresentam maiores taxas de obstrução e os cobertos maiores taxas de migração.

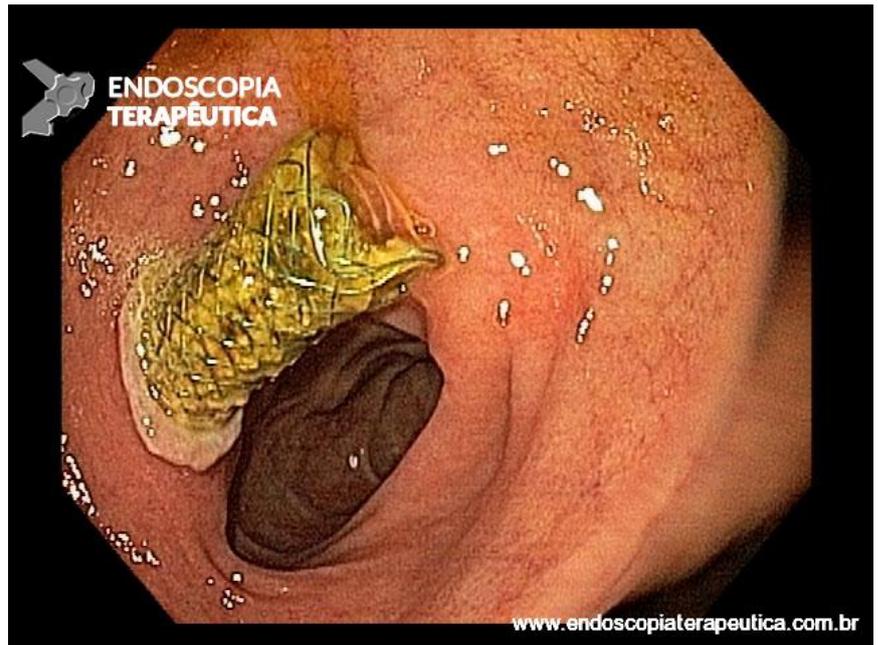
Ablação por radiofrequência: cateter introduzido através da CPRE que produz energia térmica



causando necrose tecidual tumoral, levando maior patência do stent e sobrevida [8].

Figura 6: cateter de radiofrequência Habib®

Drenagem biliar ecoguiada: alternativa normalmente reservada para casos de falha de CPRE. Entretanto recentemente ensaios clínicos randomizados comparando a drenagem ecoguiada e a CPRE, demonstraram taxas similares de sucesso técnico, clínico, duração e eventos adversos inclusive com menor taxa de



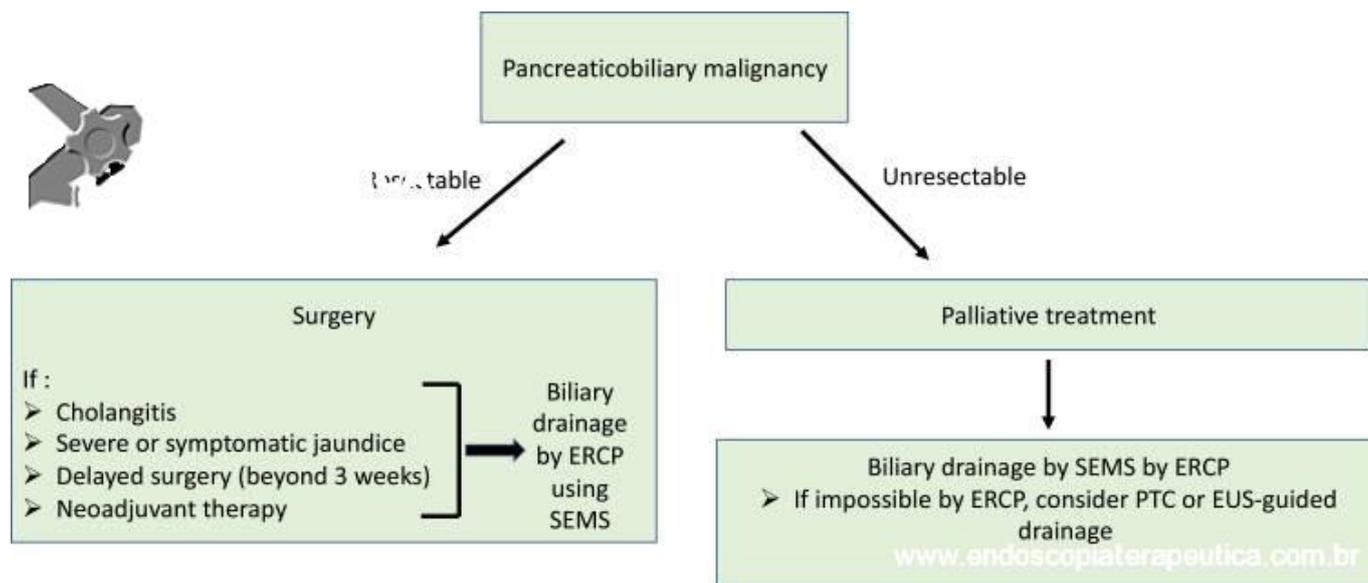
disfunção de stent no grupo ecoguiado.

Figura 7: visão endoscópica tardia de drenagem coledododuodenal

Número de stents: tendo em vista o objetivo de drenagem de pelo menos 50% do parênquima, o número de stents é relativo, porém seguindo a regra abaixo deverá ser atingido esse objetivo

- Bismuth I: 1 stent
- Bismuth II, III e IV: 2 stents

Abaixo um fluxograma da abordagem das obstruções biliares:



Quer saber mais sobre drenagem biliar ecoguiada? Acesse:

<https://endoscopiaterapeutica.com.br/assuntosgerais/drenagem-biliar-ecoguiada-breve-revisao/>

<https://endoscopiaterapeutica.com.br/casosclinicos/coledocoduodenostomia-ecoguiada-um-procedimento-endoscopico-cirurgico/>

Como citar este artigo

Fernandez J. Endoscopia no colangiocarcinoma. Endoscopia Terapêutica; 2021. Disponível em: <http://endoscopiaterapeutica.com.br/assuntosgerais/endoscopia-no-colangiocarcinoma>

Referências

1. Rerknimitr R, Angsuwatcharakon P, Ratanachu-ek T, et al. Asia-Pacific consensus recommendations for endoscopic and interventional management of hilar cholangiocarcinoma. *J Gastroenterol Hepatol.* 2013 Apr;28(4):593-607. doi: 10.1111/jgh.12128. PMID: 23350673.
2. De Moura DTH, Moura EGH, Bernardo WM, et al. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus endoscopic ultrasound for tissue diagnosis of malignant biliary stricture: Systematic review and meta-analysis. *Endosc Ultrasound.* 2018 Jan-Feb;7(1):10-19. doi: 10.4103/2303-9027.193597. PMID: 27824027; PMCID: PMC5838722.
3. Jo JH, Cho CM, Jun JH, et al; Research Group for Endoscopic Ultrasonography in KSGE. Same-session endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration and endoscopic retrograde cholangiopancreatography-based tissue sampling in suspected malignant biliary obstruction: A multicenter experience. *J Gastroenterol Hepatol.* 2019 Apr;34(4):799-805. doi: 10.1111/jgh.14528. Epub 2018 Nov 21. PMID: 30378169.
4. de Oliveira PVAG, de Moura DTH, Ribeiro IB, Bazarbashi AN, Franzini TAP, Dos Santos MEL, Bernardo WM, de Moura EGH. Efficacy of digital single-operator cholangioscopy in the visual

- interpretation of indeterminate biliary strictures: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc.* 2020 Aug;34(8):3321-3329. doi: 10.1007/s00464-020-07583-8. Epub 2020 Apr 27. PMID: 32342216.
5. Liu Y, Lu Y, Sun B, Zhang WM, Zhang ZZ, He YP, Yang XJ. Probe-based confocal laser endomicroscopy for the diagnosis of undetermined biliary stenoses: A meta-analysis. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2016 Dec;40(6):666-673. doi: 10.1016/j.clinre.2016.05.007. Epub 2016 Jun 24. PMID: 27350572.
 6. Dumonceau JM, Tringali A, Papanikolaou IS, et al. Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline - Updated October 2017. *Endoscopy.* 2018 Sep;50(9):910-930. doi: 10.1055/a-0659-9864. Epub 2018 Aug 7. PMID: 30086596.
 7. Fernandez Y Viesca M, Arvanitakis M. Early Diagnosis And Management Of Malignant Distal Biliary Obstruction: A Review On Current Recommendations And Guidelines. *Clin Exp Gastroenterol.* 2019 Nov 5;12:415-432. doi: 10.2147/CEG.S195714. PMID: 31807048; PMCID: PMC6842280.
 8. Sofi AA, Khan MA, Das A, et al. Radiofrequency ablation combined with biliary stent placement versus stent placement alone for malignant biliary strictures: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 2018 Apr;87(4):944-951.e1. doi: 10.1016/j.gie.2017.10.029. Epub 2017 Nov 3. PMID: 29108980
 9. Logiudice FP, Bernardo WM, Galetti F, et al. Endoscopic ultrasound-guided vs endoscopic retrograde cholangiopancreatography biliary drainage for obstructed distal malignant biliary strictures: A systematic review and meta-analysis. *World J Gastrointest Endosc.* 2019 Apr 16;11(4):281-291. doi: 10.4253/wjge.v11.i4.281. PMID: 31040889; PMCID: PMC6475700.

Acesse o [Endoscopia Terapêutica](#) para tomar contato com mais [artigos comentados](#), [assuntos gerais](#), [casos](#)



[clínicos](#), [quizzes](#), [classificações](#) e mais!