

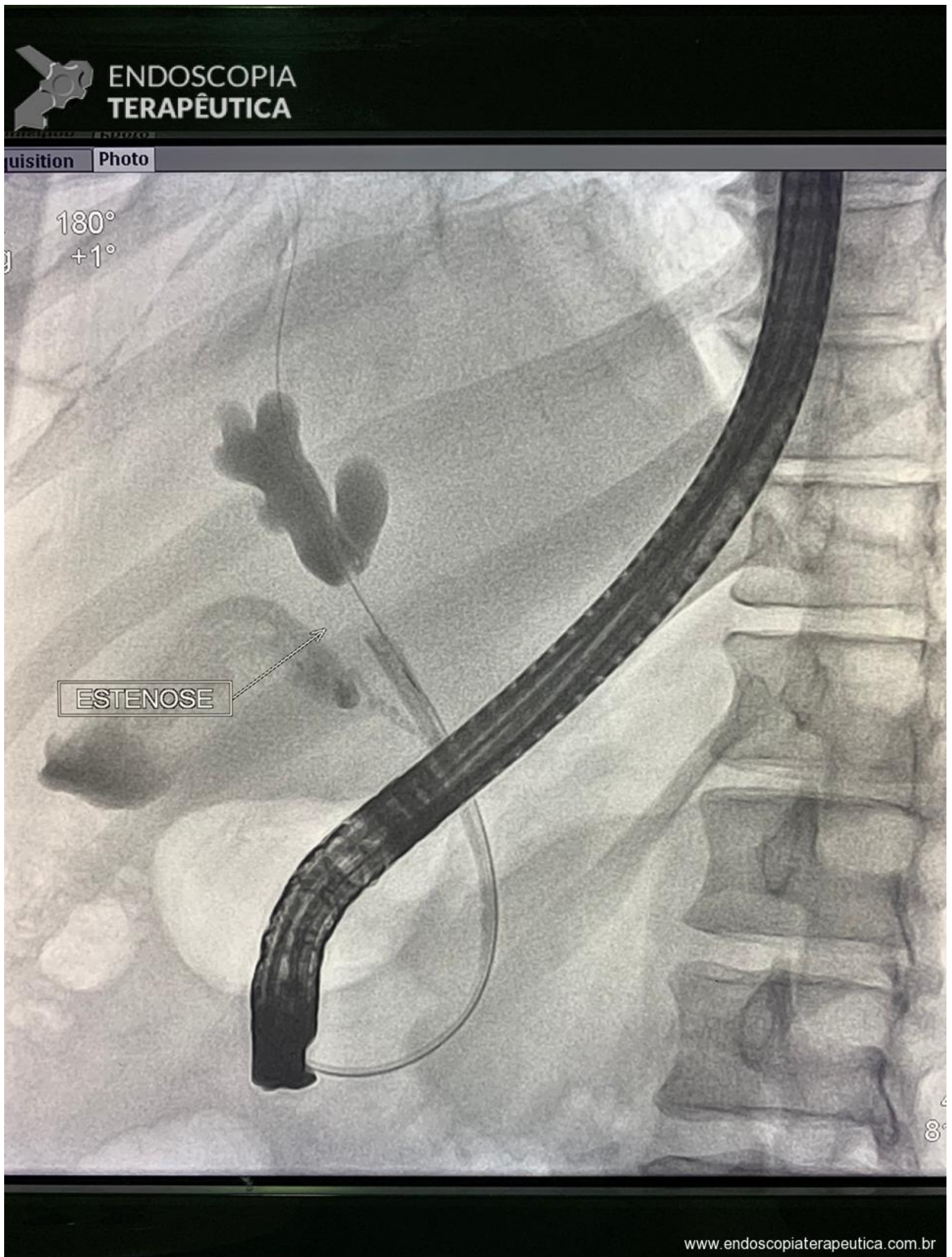
Homem, 45 anos, sem comorbidades, previamente hígido, passou a apresentar icterícia + colúria + acolia fecal há 30 dias, associada a desconforto em região do hipocôndrio direito, sem outros sintomas.

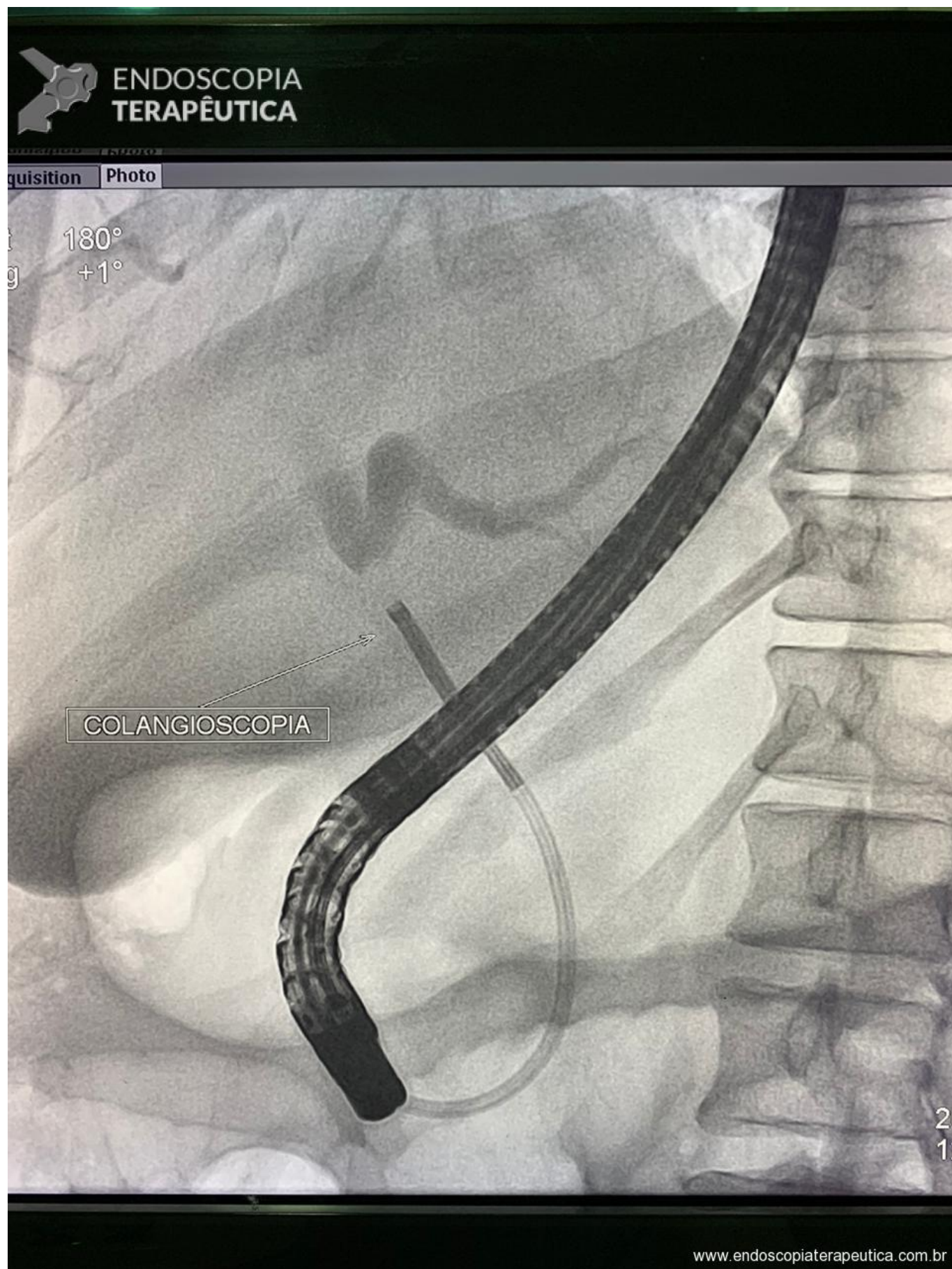
Durante investigação realizou RNM de ABD que evidenciou área de estenose imediatamente abaixo da confluência dos ductos hepáticos, todavia sem identificação de uma massa ou lesão óbvia. Apresentava bilirrubina total de 19mg/dL à custa de bilirrubina direta. Marcadores tumorais normais: CEA 0,5 ng/mL / CA 125 8,7 U/mL / CA 19-9 26,07 U/mL. Demais exames laboratoriais sem anormalidades significativas.

Referenciado ao nosso serviço de Endoscopia, foi optado pela realização de uma Colangioscopia com biópsia direta da estenose.

Realizada Colangioscopia digital através do sistema [SpyGlass DS®](#), sendo identificada uma lesão polipoide com projeções papilares, friável, exibindo vasos aberrantes e conferindo significativa redução assimétrica da luz, localizada ao nível da confluência dos ductos hepáticos. Feitas biópsias sob visão direta (SpyBite®).

https://endosciaterapeutica.com.br/wp-content/uploads/2020/06/Gerson-spyglass_1.mp4







Havia patologista em sala para avaliação citológica, que constatou amostras significativas com o seguinte resultado:

IMPRINT CITOLÓGICO DE LESÃO EM VIA BILIAR

EXAME MICROSCÓPICO:

O material enviado ao laboratório consta de 05 esfregaços citológicos fixados em etanol e corados pela técnica de Papanicolaou. Tais espécimes citológicos apresentam-se hemorrágicos. Observamos vários arranjos sinciciais e alguns agrupamentos glanduliformes constituídos por células epiteliais exibindo estratificação nuclear e frequentemente alterações degenerativas de dessecação pelo ar.

MICR

CONCLUSÃO:

Neoplasia epitelial sugestiva de adenocarcinoma.

CON

Restante do material seguiu para análise histopatológica:

MICROSCOPIA: 1,2,3,4- Os cortes histológicos, corados por HE, correspondentes a todas as amostras, demonstram neoplasia imatura constituída pela proliferação de glândulas tubulares e estruturas papilares sustentadas por estroma fibrovascular. Tais elementos são revestidos por células epiteliais atípicas de citoplasmas acidófilos e núcleos pleomórficos, hiper Cromáticos. Há invasão do processo ao estroma fibroso circunvizinho.

CONCLUSÃO: 1,2,3,4- Adenocarcinoma bem diferenciado (variante folicular) de vias biliares.

Procedida drenagem endoscópica bilateral com aposição de dois stents biliares plásticos, sendo um de 10Fr x 10cm na via biliar direita e outro de 7Fr x 10cm na via biliar esquerda:

PAPEL DA COLANGIOSCOPIA NA AVALIAÇÃO DAS ESTENOSES BILIARES INDETERMINADAS

A Colangioscopia Peroral foi descrita pela primeira vez na década de 1970 e até recentemente muitas limitações impediam que ela se tornasse um procedimento de rotina na prática diária da endoscopia. Dois endoscopistas experientes eram necessários para o sistema mãe-filha. Os endoscópios disponíveis eram frágeis, difíceis de montar, com capacidade de manobra limitada, de baixa qualidade de imagem e longo tempo de procedimento.

O sistema de Colangioscopia direta [SpyGlass®](#) (Boston Scientific, Marlborough, Massachusetts) foi introduzido em 2007, sendo desenvolvido para exame com um único operador. Utilizando uma sonda óptica acoplada a um cateter descartável, esse dispositivo de deflexão quadrilateral poderia ser inserido pelo canal de trabalho de um duodenoscópio e avançar através da papila. Apesar dos avanços significativos na usabilidade e melhora nas imagens, esse sistema ainda tinha várias limitações, incluindo qualidade de imagem abaixo do ideal e durabilidade da sonda.

Em 2015, foi lançado o novo [SpyGlass DS®](#), primeiro sistema totalmente digital de colangioscopia com operador único. Isso proporcionou uma resolução de imagem mais alta, maior nitidez, melhor manuseabilidade e versatilidade no uso de acessórios, corrigindo as deficiências da geração anterior. Corrigindo muitas das limitações de seu antecessor, esse novo sistema consistia em um dispositivo descartável com configuração, ergonomia e qualidade de imagem notavelmente aprimoradas.

Como a maioria das estenoses biliares provém de uma causa maligna, um diagnóstico precoce e preciso é extremamente importante, especialmente no caso de uma neoplasia em estágio inicial, potencialmente curável. Uma repercussão igualmente significativa do diagnóstico incorreto da estenose indeterminada é a desnecessária intervenção cirúrgica em pacientes com estenose benigna.

Faz-se necessário definir o **conceito de estenose biliar indeterminada**. Na maioria das publicações postula-se que se refere a:

- Estenose cuja etiologia não foi estabelecida por radiologia (não possui uma massa óbvia em imagens transversais) **E**
- A CPRE com biópsia transpapilar e/ou escovado falhou em elucidar.

Observem que destacamos o “**E**” pois, apesar de ser o entendimento majoritário, há divergências no sentido de considerar que estas duas condições seriam aditivas. Ou seja, a aparência radilógica não conclusiva de malignidade conferiria o status de indeterminada, dispensando a realização da CPRE.

É fato que a CPRE com biópsia transpapilar e/ou escovado continua sendo o procedimento padrão em muitos serviços nesses casos, sobretudo pela indisponibilidade da Colangioscopia. Porém, diante dos resultados atualmente publicados e muito promissores com as biópsias guiadas pela Colangioscopia, é possível que haja mudança nesta sequência propedêutica.

Foi demonstrado que o uso do [SpyGlass®](#) e biópsia direta ([SpyBite®](#)) altera as decisões de

gerenciamento clínico em 64% dos pacientes. O sistema possui uma sensibilidade de 76,5% para diagnóstico de estenose biliar indeterminada, comparado com 29,4% e 5,9% de sensibilidade usando biópsia transpapilar às cegas ou escovado citológico, respectivamente.

Independentemente da instrumentação escolhida, as principais características macroscópicas usadas para determinar a malignidade das lesões do ducto biliar durante a Colangioscopia peroral são vasos dilatados e tortuosos, estenose infiltrativa (definida como margens irregulares com oclusão parcial do lúmen), superfície irregular e friabilidade (fácil sangramento); por outro lado, lesões benignas geralmente têm superfície lisa, sem vasos ou massa. No entanto, apesar dessas características bem definidas que distinguem lesões neoplásicas de não neoplásicas, muitos diagnósticos incorretos são feitos devido à falta de correlação entre esses aspectos macroscópicos e a histologia.

A oportunidade de visualização direta da árvore biliar levou a tentativas contínuas de classificação dos achados, a fim de estabelecer critérios padronizados e amplamente aceitos para o diagnóstico endoscópico / macroscópico.

Embora existam características colangioscópicas indicativas de malignidade, os critérios diagnósticos ainda são pouco uniformizados. Um estudo de Sethi et al, publicado em 2014, inspeciona a precisão visual da colangioscopia de operador único entre 9 especialistas que avaliaram 27 videoclipes de acordo com nove critérios. A concordância interobservador sobre todos os critérios foi de fraca a ruim. A fragilidade do estudo consiste no baixo número de videoclipes e na baixa qualidade dos vídeos.

O advento da Colangioscopia com imagem digital e um ângulo de visão mais amplo levou a novas pesquisas na avaliação visual e classificação de lesões biliares. Estudos publicados por Shah et al, Navaneethan et al, Turowski et al, entre outros, baseados na experiência com o SpyGlass DS®, relatam uma alta sensibilidade da impressão visual do endoscopista, aproximando-se de 100%. Os procedimentos foram realizados por um único endoscopista experiente que tinha acesso prévio ao prontuário clínico do paciente, o que poderia ser considerado uma fraqueza desses estudos.

Uma proposta para um novo sistema de classificação dos achados colangioscópicos foi publicada em 2018 por Robles-Medrandá et al.

- Os autores propuseram dividir as lesões em 2 grupos: não neoplásicos e neoplásicos.
- O estudo baseia-se em 305 pacientes submetidos a Colangioscopia de operador único com a primeira e a segunda geração do SpyGlass®
- Protocolo de dois estágios: retrospectivo para análise de imagem e preparação da classificação e prospectivo para validação da proposta.
- Na segunda etapa, os resultados de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN da imagem para lesão neoplásica foram os seguintes: 96,3%, 92,3%, 92,9% e 96%.
- Houve boa concordância entre os observadores, maior com especialistas (> 80%) do que com não especialistas (? 64,7% -81,9%).

Lesões Não Neoplásicas

Tipo 1 Padrão viloso