

CÁLCULO GIGANTE DE COLÉDOCO: RELATO DE CASO

Giant choledochal calculus: case report

Tiago Magalhães Cardoso*
Sidney Raimundo Silva Chalub**
Anderson de Almeida Maciel***
Samara Pontes Soares****
Ronan Hoffman Barbosa Ramos*****

*Residente do segundo ano de Cirurgia Geral pela Fundação Hospital Adriano Jorge
**Cirurgião do Aparelho Digestivo, Chefe do Serviço de Cirurgia Geral da Fundação Hospital Adriano Jorge
***Residente do segundo ano de Cirurgia Geral pela Fundação Hospital Adriano Jorge
****Aluna de Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
*****Aluno de Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

RESUMO

Coledocolitíase refere-se à ocupação total ou parcial do colédoco por cálculos ("pedras"), produzindo obstrução do mesmo. A maioria dos cálculos encontrados no colédoco são formados, inicialmente, na vesícula biliar, por meio de um mecanismo de migração. No entanto, uma pequena parte dos cálculos desse ducto biliar também pode ser formado no próprio conduto. Embora possa cursar sem sintomas, é usual que a obstrução do ducto produza dor, tipo cólica no abdômen superior direito, acompanhada de icterícia, colúria e acolia fecal. A prevalência de cálculos no colédoco varia entre 10-15% em pacientes com colelitíase sintomática e não há consenso claro sobre a melhor abordagem terapêutica. Este relato refere-se a uma paciente com cálculo de colédoco com extensão crânio-caudal aproximada de 9,0cm, anictérica e níveis de bilirrubina normais à admissão.

Palavras-chave: Colédocolitíase; ducto colédoco; ductos biliares; vesícula biliar.

ABSTRACT

Choledocholithiasis refers to the partial or total occupation of the common bile duct by calculus ("stones"), producing its obstruction. Most of calculus found at common bile are formed on the gallbladder and get to the choledochal through migration mechanism. However, a small part of this bile duct stones may be formed inside the duct itself. Even though it may remain asymptomatic, the duct obstruction usually causes biliary colic on the right upper abdomen, along with jaundice, choluria and acholic stools. The prevalence of calculus on the choledochal ranges from 10-15% in patients with symptomatic gallbladder and there's no clear consensus about the best therapeutic approach. This report refers to a patient with an about 9,0cm long caudal-skull choledochal calculus, jaundice and normal bilirubin levels to the admission.

Keywords: Choledocholithiasis; common bile duct; bile ducts; gallbladder.

INTRODUÇÃO

Coledocolitíase refere-se à ocupação total ou parcial do colédoco por cálculos ("pedras"), produzindo obstrução do mesmo. A maioria dos cálculos encontrados no canal biliar são formados, inicialmente, na vesícula biliar, cerca de 10% de todos os pacientes com colelitíase possuem coledocolitíase, e chegam ao colédoco por meio de mecanismo de

migração¹. No entanto, uma pequena parte, também pode ser formada no próprio conduto, particularmente, em pacientes que se submeteram a cirurgia da vesícula biliar (colecistectomia) ou extração de cálculos por via endoscópica (esfincterotomia endoscópica)¹⁻².

De maneira geral, existem fatores que aumentam o risco de formação de cálculo biliar como: sexo (mais comum em mulheres), idade (o risco aumenta com a idade), história familiar e genética de doença calculosa de vias biliares, ou condições, como a gravidez, obesidade, uso de estrogênio, rápida perda de peso, diabetes, cirrose, diarreia crônica ou determinados medicamentos. Embora a coledocolitíase possa cursar sem sintomas, se a obstrução do colédoco é leve, é usual que produza dor do tipo cólica, dor semelhante a cólica biliar, no abdômen superior direito, acompanhada de icterícia, colúria e acolia fecal. A obstrução do colédoco pode promover uma contaminação bacteriana, com surgimento de colangite (infecção biliar), que geralmente, cursa com mal-estar geral, febre, calafrios e tremores. Às vezes, a coledocolitíase produz um quadro grave de inflamação do pâncreas (pancreatite), quando o cálculo obstrui o ducto pancreático (Wirsung), antes de ser expelido para o duodeno².

Diante dos sinais e sintomas descritos acima, inicia-se investigação diagnóstica por meio de exame físico e exames laboratoriais: hemograma, bilirrubinas, gama glutamil transferase, fosfatase alcalina, amilase, que mostram alterações sugestivas de obstrução do ducto biliar, infecção ou confirma caso de pancreatite. Como complemento, o exame de imagem pode evidenciar sinais de obstrução das vias biliares, ou evidência cálculos no colédoco. A ultrassonografia de abdome com porcentagem significativa confirma o diagnóstico. No entanto, se esta não for capaz de dar o diagnóstico e existe suspeita de que há uma coledocolitíase clínica pode-se lançar mão de um desses dois exames: a ressonância magnética de vias biliares, que permite que praticamente todos os casos sejam confirmados. Este teste é mais caro e requer uma maior cooperação do paciente durante a mesma¹⁻⁴.

A ultrassonografia endoscópica dá a imagem do ducto biliar utilizando um endoscópio especial, a partir de um ultrassom no interior do estômago e do duodeno, permitindo visualizar o colédoco, em especial o terço distal e a existência de coledocolitíase claramente definida, sem interferências. Essa exploração, por ter um componente endoscópico, é invasivo e requer sedação do paciente. A coledocolitíase deve ser sempre tratada, mesmo se assintomática, pelo risco existente de complicações, potencialmente graves, como a colangite e a pancreatite aguda. Se o diagnóstico for realizado antes da retirada da vesícula biliar (colecistectomia), o método de escolha será a papilotomia / esfincterotomia endoscópica, tratamento não cirúrgico através do qual consegue-se extrair todos os cálculos em 75% dos pacientes².

O paciente é colocado em decúbito lateral esquerdo e um endoscópio de visão lateral é introduzido até o duodeno, onde procura-se a ampola de Vater para sua canulação. Após cateterização do ducto biliar comum, o endoscopista injeta contraste sob controle fluoroscópico e radiografias são obtidas conforme o caso. Quando a presença de um cálculo for confirmada, o cateter diagnóstico é retirado e o papilótomo é introduzido e capaz de cauterizar a musculatura do esfíncter de Oddi, permitindo a saída espontânea de múltiplos cálculos menores que 1cm. Programa-se em seguida uma colecistectomia laparoscópica eletiva. A cirurgia de exploração do colédoco é obrigatoriamente indicada após falha do procedimento endoscópico. Pode ser realizada aberta (laparotômica) ou por via laparoscópica, em conjunto com a colecistectomia. A cirurgia laparoscópica tem sido preferida, sendo feita por duas técnicas: na primeira, retiram-se os cálculos pelo ducto

cístico usando *basket* ou um cateter balão tipo Fogarty, um coledocoscópio pode ser utilizado⁵.

Na segunda, uma coledocotomia é feita, extraindo-se os cálculos e colocando-se o dreno de Kehr. A cirurgia aberta é indicada na ausência de cirurgião treinado em exploração laparoscópica ou em casos de maior complicação técnica. Sempre que a coledocotomia for realizada, é obrigatória a colocação do dreno de Kehr (dreno em “T”). A derivação biliodigestiva está indicada nos casos mais complexos de litíase da via biliar, como, por exemplo: cálculos intra-hepáticos, estenose do esfíncter de Oddi, coledocolitíase primária. A via biliar precisa encontrar-se dilatada para o procedimento. As técnicas mais realizadas são a coledocoduodenostomia e a coledocojejunostomia em Y-de-Roux^{2,6,7}.

RELATO DE CASO

Paciente de 73 anos, feminina, do lar, natural de Manaus, Amazonas. Procurou atendimento no ambulatório de cirurgia geral com queixa de dor do tipo cólica em quadrante superior direito do abdome e vômitos há 4 semanas, porém, relatava que a primeira crise havia ocorrido há 10 anos e era acompanhada de icterícia flutuante em mãos e escleras, acolia fecal e colúria. Na admissão, apresentava-se em bom estado geral, anictérica, acianótica, normocorada, afebril. Exames laboratoriais de admissão mostravam: Leucócitos, 12.45/mm³; neutrófilos, 74; hemoglobina, 12.2/dL; amilase, 144U/l; bilirrubina sérica, 1.6 mg/dL; ALT/TGP, 31UI/L; AST/TGO, 19UI/L; fosfatase alcalina, 323UI/L; e gamaGT, 412UI/L. Ultrassonografia de abdome total evidenciou colelitíase e coledocolitíase. A colangiorressonância mostrou extenso cálculo que envolvia toda a extensão do ducto hepatocolédoco e pequena porção dos ductos hepáticos direito e esquerdo, apresentando extensão crânio-caudal aproximada de nove centímetros (cm), determinando acentuada dilatação de vias biliares intra-hepáticas e do ducto hepatocolédoco, o qual apresentava calibre aproximado de 3,5 cm.

A vesícula biliar apresentava-se com pequeno cálculo, sem sinais de inflamação. Foi programada e realizada colecistectomia e derivação de vias biliares através de coledocojejunostomia. Evidenciado durante o procedimento cálculo gigante, que envolvia os ductos hepáticos direito e esquerdo e toda a extensão crânio-caudal do ducto colédoco, de coloração acastanhada. Foi realizada fragmentação do mesmo e retirada dos fragmentos.

DISCUSSÃO

As características clínicas suspeitas de obstrução biliar decorrente de cálculos no colédoco incluem cólica biliar, icterícia, clareamento das fezes (acolia fecal) e escurecimento da urina (colúria). Além disso, pode haver alterações nos exames laboratoriais: a bilirrubina sérica (>3,0mg/dL), aminotransferases séricas e fosfatase alcalina em geral estão elevadas nos pacientes com obstrução biliar; a bilirrubina sérica tem o valor preditivo positivo mais alto (28%-50%)² para a presença de coledocolitíase.

Entretanto, pelo caráter transitório ou flutuante da obstrução, os sinais e sintomas podem ou não estar presentes no momento do exame clínico e os valores laboratoriais podem estar normais em um terço dos pacientes, como parece ter ocorrido com a nossa paciente, que apresentava-se ao exame de admissão anictérica e com bilirrubina sérica de 1.6 mg/dL, com o caráter obstrutivo do quadro corroborado pela enzimas canaliculares, FA e gamaGT, que encontravam-se bastante aumentadas (fosfatase alcalina, 323UI/L; e gamaGT, 412UI/L).

Chung HJ et al (2012), descreveram um cálculo gigante de colédoco, maior cálculo descrito na literatura pesquisada, até então, medindo quatro centímetros⁵. Dessa forma, o cálculo por nós descrito, supera em extensão aos chamados “gigantes”, já que media nove centímetros.

Os cálculos de pigmento marrom (“castanhos”) são constituídos por bilirrubinato de cálcio alternado por camadas de colesterol e outros sais de cálcio e ocorrem como cálculos primários do colédoco², fato este que nos leva a crer que nossa paciente apresentava um cálculo primário gigante de colédoco, pelas características como coloração e tamanho encontrados, já que, cálculos tipicamente formados na vesícula biliar costumam ser de pigmento preto e, em geral, não ultrapassam 1cm.

Uma complicação pós-operatória frequente, são as fístulas⁸. Pensando nisso, além de ser a técnica na qual a equipe está mais habituada, a derivação de vias biliares através de coledocojejunostomia, foi escolhida por ser o jejuno um sítio anatômico em que as fístulas são, em geral, mais benignas⁸.

Fístulas duodenais são de grande morbimortalidade, em geral, de alto débito com importante perda hidroeletrolítica e de bicarbonato, levando a importante acidose metabólica. Já fístulas jejunais, tendem a apresentar um comportamento mais benigno, com pequeno débito, inclusive com possibilidade de abordagem nutricional por via oral e fechamento espontâneo⁸. Dessa forma, mesmo não havendo um consenso em relação a abordagem de escolha^{2,3,5-7}, utilizamos a derivação bilio-digestiva por meio de coledocojejunostomia.

REFERÊNCIAS

1. Naylor J, Doane WA. Choledocholithiasis - Correlation of preoperative with operative and postoperative data to enhance diagnostic insight. *California medicine* 1960; 93:6.
2. Chari RS, Shah SA. Vias biliares. In: Sabiston Tratado de Cirurgia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Cap. 54, p. 1452-1488.
3. Koo JW, Jang NE, Lee HJ, Joo KR, Cha JM, Shin HP et al. A case of biliary cast developed in a patient with long-standing biliary sludge. *Clin Endosc* 2013; 46:98-101.
4. Starzl TE, Putnam CW, Hansbrough JF, Porter KA, Reid HA. Biliary complications after liver transplantation: with special reference to the biliary cast syndrome and techniques of secondary duct repair. *Surgery* 1977; 81:212-221.
5. Chung HJ, Jeong S, Lee DH, Lee JI, Lee JW, Bang BW et al. Giant choledocholithiasis treated by mechanical lithotripsy using a gastric bezoar basket. *World J Gastroenterol* 2012; 18(25): 3327-3330.
6. Zamorano MD, Cárcamo CI, Cares J, Felmer OE, Gabrielli MN. Coledocolitiasis gigante. Manejo actual. *Cuad. Cir.* 2008; 22: 18-24.
7. Vogt DP, Hermann RE. Choledochoduodenostomy, choledochojejunostomy or sphincteroplasty for biliary and pancreatic disease. *Ann. Surg.* 1981, vol. 193, n. 2.
8. Gomes CHR, Almeida MFA, Silva DV, Serpa GMT. Fístulas digestivas – Revisão de literatura. *Unimontes científica* 2004; 6:2.