

HEPATECTOMIA ESQUERDA AMPLIADA POR ADENOCARCINOMA DE DUCTO HEPÁTICO: RELATO DE CASO

Larissa de Sá Abdu¹, Gabriella Maciel Elias², Igor Gabriel Mendes Costa³

RELATO DE CASO

RESUMO

INTRODUÇÃO: O colangiocarcinoma é a neoplasia que surge na via biliar. Para doença não metastática ou não localmente avançada, a cirurgia é a terapia curativa. O maior número dos pacientes necessita de uma hemi-hepatectomia (estendida), abrangendo o lobo caudado, com excisão em bloco do ducto biliar extra-hepático e com linfadenectomia de pelo menos seis linfonodos locorregionais para estadiamento. Para elevar a probabilidade de cura, indica-se a quimioterapia adjuvante com capecitabina por seis meses após ressecção. Não existe um padrão radiológico preciso para o diagnóstico sendo, a avaliação histopatológica ou citológica, imprescindíveis. No entanto, os exames de imagem são imensamente importantes e, dentre eles, o SpyGlass mostrou alçar a acurácia diagnóstica. **OBJETIVO E RELATO DE CASO:** Relatar o caso de um paciente portador de adenocarcinoma de ducto hepático, enfatizando os aspectos diagnósticos, terapêuticos e evolutivos. O paciente foi submetido a hepatectomia esquerda ampliada, incluindo os segmentos V, VIII e caudado, associada à derivação bilio-digestiva intra-hepática e colecistectomia, destacando a abordagem multidisciplinar e os resultados obtidos. **CONCLUSÃO:** O colangiocarcinoma é agressivo, com prognóstico ruim. A cirurgia associada à quimioterapia e o uso do SpyGlass mostraram-se cruciais no diagnóstico e manejo adequado dessa neoplasia complexa.

Palavras-chave: Colangiocarcinoma; SpyGlass; Hepatectomia.

EXTENDED LEFT HEPATECTOMY FOR HEPATIC DUCT ADENOCARCINOMA: CASE REPORT

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cholangiocarcinoma is a neoplasm that arises in the bile duct. For non-metastatic or non-locally advanced disease, surgery is curative therapy. The largest number of patients require an (extended) hemihepatectomy, covering the caudate lobe, with en bloc excision of the extrahepatic bile duct and lymphadenectomy of at least six locoregional lymph nodes for staging. To increase the probability of cure, adjuvant chemotherapy with capecitabine is indicated for six months after resection. There is no precise radiological standard for diagnosis, and histopathological or cytological evaluation is essential. However, imaging tests are immensely important and, among them, SpyGlass has been shown to increase diagnostic accuracy. **OBJECTIVE AND CASE REPORT:** To report the case of a patient with hepatic duct adenocarcinoma, emphasizing the diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects. The patient underwent extended left hepatectomy, including segments V, VIII and caudate, associated with intrahepatic bilio-digestive diversion and cholecystectomy, highlighting the multidisciplinary approach and the results obtained. **CONCLUSION:** Cholangiocarcinoma is aggressive, with a poor prognosis. Surgery associated with chemotherapy and the use of SpyGlass proved to be crucial in the diagnosis and adequate management of this complex neoplasm.

Keywords: Cholangiocarcinoma; SpyGlass; Hepatectomy.

Instituição afiliada – ¹Universidade de Vassouras; ²Universidade Iguazu; ³Universidade Federal do Amazonas.

Dados da publicação: Artigo publicado em Dezembro de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.286>

Autor correspondente: Larissa de Sá Abdu

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



1 INTRODUÇÃO

O colangiocarcinoma (CC) é uma neoplasia maligna que se origina nos ductos intra e extra-hepáticos. Histologicamente, o tumor é um adenocarcinoma produtor de mucina, geralmente bem diferenciado, com crescimento em estruturas glandulares/tubulares revestidas por células epiteliais malignas. É o segundo tumor maligno primário mais comum do fígado, e sua incidência tem aumentado nas últimas décadas.^{1, 2, 10}

O CC é classificado em intra-hepático (iCCA), peri-hilar (pCCA) e distal (dCCA). O iCCA localiza-se na periferia dos ductos biliares de segunda ordem, o pCCA emerge no ducto hepático direito e/ou esquerdo e/ou em sua junção, enquanto o dCCA envolve o ducto biliar comum (colédoco). Dependendo da localização, o tratamento é específico, visando maior sobrevida do paciente. A cirurgia é a única terapia curativa, embora apenas 25 a 30% dos pacientes sejam candidatos a ela. Frequentemente, a decisão sobre a ressecção definitiva é tomada durante a exploração cirúrgica.^{1, 3, 4, 13, 15}

Dois estratégias são bem definidas para o tratamento: (1) Ressecção biliar e hepática simultânea, com linfadenectomia regional para pacientes com margens negativas estabelecidas por exame de imagem; (2) Transplante hepático após quimiorradioterapia neoadjuvante, em casos de colangiocarcinoma peri-hilar irresssecável, desde que não haja metástases distantes identificadas.^{5, 6, 8, 9}

Este caso relata um adenocarcinoma tipo intestinal moderadamente diferenciado no ducto hepático esquerdo, classificado como colangiocarcinoma peri-hilar. A abordagem foi uma hepatectomia esquerda ampliada, incluindo os segmentos V, VIII e caudado, associada a derivação bilio-digestiva intra-hepática e colecistectomia. Propõe-se a discussão dessa técnica para o manejo desse tipo de tumor.

2 METODOLOGIA

As informações utilizadas para este relato foram obtidas de diversas fontes. Inicialmente, foram realizadas entrevistas com a paciente para coleta de dados clínicos, antecedentes pessoais e familiares, além de detalhes sobre os sintomas e a evolução do

quadro. A observação direta da cirurgia, como espectador, permitiu o acompanhamento da técnica cirúrgica empregada e a documentação das etapas do procedimento.

Adicionalmente, foi realizada uma revisão detalhada do prontuário médico, incluindo exames laboratoriais, de imagem e anotações da equipe multidisciplinar, para complementar as informações clínicas. Registros fotográficos dos métodos diagnósticos aos quais a paciente foi submetida, como exames de colangioscopia e outros procedimentos de imagem, foram analisados para ilustrar e detalhar o diagnóstico e a abordagem terapêutica.

Por fim, o tema foi amplamente revisado por meio de consulta a artigos científicos atualizados e literatura especializada, incluindo livros de referência, a fim de contextualizar o caso dentro das melhores práticas e conhecimentos atuais sobre colangiocarcinoma.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 49 anos, sem comorbidades prévias, ex-tabagista e ex-estilista, internou com icterícia e suspeita de coledocolitíase. Foi submetida à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), sem sucesso na cateterização profunda da via biliar. Após a falha, foi realizada nova tentativa de CPRE, com extração de cálculos do colédoco. Durante o procedimento, identificou-se uma massa de aspecto pediculado que se exteriorizava quando tracionada com o balão, levantando a suspeita de lesão em colédoco distal (Figura 1).

Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica.

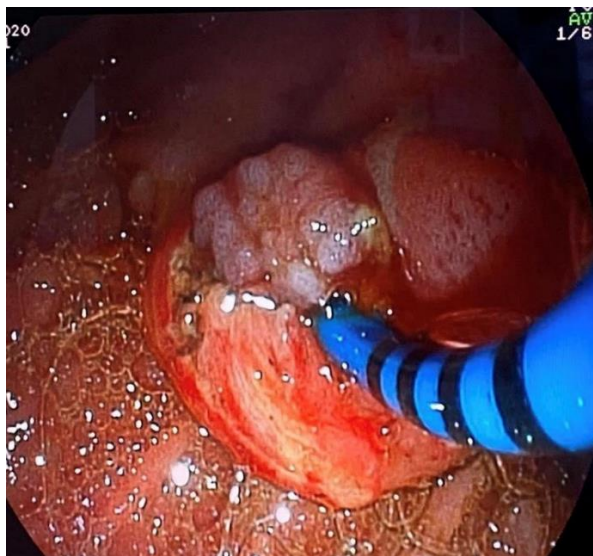


Figura 1: Visualização de lesão polipoide de via biliar.

Os marcadores tumorais apresentavam-se normais: CEA dentro dos limites, CA 19-9 baixo e CA 125 normal. Foi realizada colangiorressonância, que evidenciou uma massa na bifurcação dos hepáticos com extensão para o ducto hepático esquerdo. Permanecia a dúvida se o achado correspondia a uma litíase intra-hepática ou a uma neoplasia. Com isso, a hipótese diagnóstica incluiu tumor de colédoco distal, possivelmente associado a um tumor sincrônico no ducto hepático esquerdo. Para maior esclarecimento, indicou-se a realização do SpyGlass (Figura 2).

Colangioscopia pelo sistema SpyGlass.

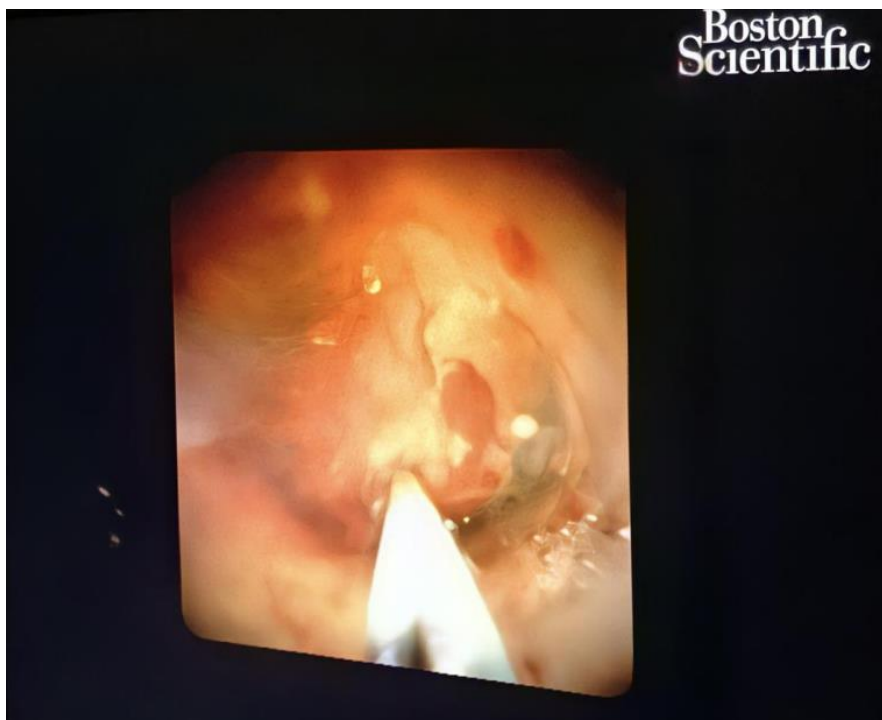


Figura 2: Identificação de lesão vegetante em ducto hepático proximal.

O exame de colangioscopia pelo sistema SpyGlass identificou uma lesão polipoide na via biliar esquerda, que invadia a via biliar principal, com papila livre de doença. Durante o procedimento, foi colocada uma prótese na via biliar direita. A biópsia revelou adenoma viloso com displasia de alto grau. Após análise dos resultados, optou-se pela realização de hepatectomia esquerda ampliada como forma de tratamento.

O procedimento cirúrgico consistiu em hepatectomia esquerda ampliada, abrangendo os segmentos V, VIII e caudado, associada à derivação bilio-digestiva intra-hepática e colecistectomia (Figura 3).

Hepatotomia.

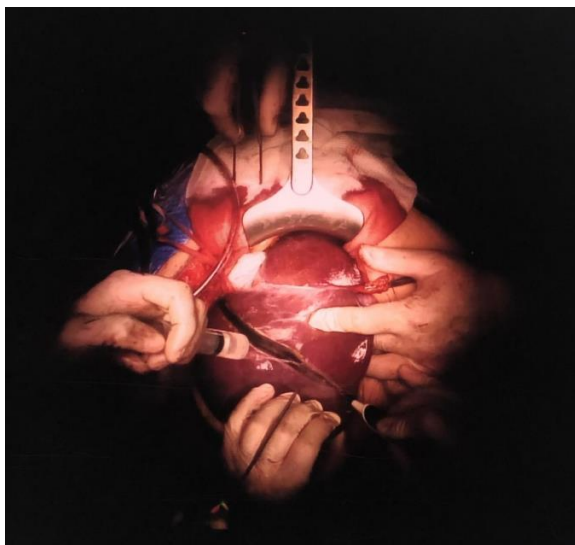


Figura 3: Incisão entre os segmentos VII e VIII do fígado.

O procedimento foi realizado sem intercorrências, com duração de nove horas. A peça foi retirada, enviada para congelação (confirmando margens livres) e cultura da bile (Figura 4). A paciente foi encaminhada para o CTI, onde permaneceu por dois dias para recuperação pós-operatória, apresentando boa evolução, e teve alta para a enfermaria. Durante a internação em quarto, manteve boa evolução clínica e recebeu alta hospitalar com orientações para seguimento no serviço de oncologia.

Exérese.



Figura 4: Anastomose biliodigestiva nos ductos dos segmentos VI e VII.

O laudo histopatológico macroscópico revelou um ducto hepático esquerdo com estrutura tumoral medindo 1,8 x 1,3 cm, de aspecto polipoide e pediculado (1,0 x 0,8 cm). A análise microscópica confirmou adenocarcinoma tipo intestinal moderadamente diferenciado, aparentemente limitado à parede do ducto biliar. As margens cirúrgicas estavam livres de neoplasia, com 4 linfonodos não comprometidos (pT1pN0), e não foi observado envolvimento angiolímfático (Figura 5).

Peça anatômica.



Figura 5: Produto de trisegmentectomia hepática esquerda evidenciando lesão neoplásica em ducto hepático aberto após ressecção.

A paciente deu continuidade ao tratamento com quimioterapia adjuvante, utilizando capecitabina em oito ciclos, com boa tolerância ao esquema terapêutico. Após o término do tratamento adjuvante, segue em acompanhamento para controle da doença.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O CC é um câncer raro, mas sua incidência (0,3-6 por 100.000 habitantes por ano)

e mortalidade (1-6 por 100.000 habitantes por ano) globalmente, desconsiderando países com incidência > 6 por 100.000 habitantes, como Coréia do Sul, China e Tailândia, vêm aumentando nas últimas décadas em todo o mundo, se apresentando como um problema de saúde de ordem global. No Brasil a taxa de mortalidade entre 2010-2014 foi de 1,47 e considerada como baixa.^{5, 7, 10}

Uma gama de fatores de risco para esse tumor foi identificada incluindo doenças hepáticas inflamatórias, como, colangite esclerosante primária; defeitos congênitos, como cistos de colédoco; infecção parasitária, como os vermes *Opisthorchis viverrini* e *Clonorchis sinensis*.² Entretanto, o CC normalmente surge mesmo na ausência desses fatores, como foi o caso dessa paciente.^{11, 12}

Geralmente os pacientes se encontram assintomáticos durante estágio inicial da doença. O sintoma mais comum do pCCA e dCCA é a icterícia consequente à obstrução do trato biliar.^{5, 11, 13} As manifestações de doença avançada se apresentam com astenia, dor abdominal, mal-estar, perda de peso, entre outros.⁵

Para o diagnóstico os exames de imagem são de extrema importância. Entre eles, destacam-se a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a colangiopancreatografia (endoscópica, transhepática).^{1,5} Além deles, a colangioscopia pelo sistema SpyGlass mostrou aumentar a acurácia diagnóstica de tumores malignos do ducto biliar para mais de 90%¹² e um estudo demonstrou que o sistema SpyGlass teve 77% de precisão no diagnóstico de neoplasias malignas que foram inconclusivas com o CPRE¹³, o que ocorreu de forma similar no caso da paciente em discussão. No entanto, como não há um padrão radiológico de CC específico, a análise histopatológica ou citológica é mandatória para selar o diagnóstico.^{5, 15}

O colangiocarcinoma distal apresenta a taxa mais alta de ressecabilidade enquanto o intra-hepático e o perihilar tem baixa. As taxas de ressecabilidade aumentaram ao longo do tempo, em parte por critérios mais amplos para a mesma e dois aspectos foram cruciais para isso: experiência prévia e equipe multidisciplinar com cirurgião, anestesiolegista, oncologista clínico, radiologista e do gastroenterologista/endoscopista.¹⁴ Entretanto, foi visto que muitos casos da doença ainda recorrem apesar de ressecção cirúrgica completa, podendo chegar a 60% de recorrência.^{1,2,5} Dessa forma, é importante considerar a quimioterapia adjuvante após

cirurgia visando aumentar a chance de cura.² O estudo clínico randomizado BILCAP15 mostrou benefício em uso da capecitabina como terapia adjuvante em termos de sobrevida livre de recidiva e, a partir dele, as diretrizes internacionais recomendam o uso dessa substância por 6 meses após ressecção.⁵

O objetivo da cirurgia é uma excisão total com margem negativa (R0). A maior parte dos pacientes necessita de uma hemi-hepatectomia (estendida), incluindo o lobo caudado, com ressecção em bloco do ducto biliar extra-hepático e com linfadenectomia de pelo menos seis linfonodos locorregionais para estadiamento.⁵ Esse tipo de cirurgia remove 70-80% do parênquima hepático e é relacionada à graves complicações das quais, se destaca, a insuficiência hepática pós-operatório.⁹ Há uma variação de 5-10% na mortalidade pós-operatória em 90 dias, com a maioria dos pacientes que vão a óbito por causa da insuficiência hepática pós-operatória (~ 48%).⁵

Pacientes com pCCA metastático evidentemente não se favorecem da cirurgia. Nesse caso, o tratamento pode ser abordado com quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de transplante de fígado. Um estudo mostrou que com essa combinação de terapias os pacientes tiveram sobrevida mais longa de 5 anos do que os pacientes submetidos à ressecção cirúrgica convencional⁵; todavia, no presente caso, verificou-se que ela não tinha metástases a distância, com neoplasia limitada ao ducto biliar, sem envolvimento vascular.

5 CONCLUSÃO

O colangiocarcinoma (CC) é uma neoplasia agressiva, associada a um prognóstico geralmente desfavorável devido à sua alta taxa de recorrência e ao diagnóstico frequentemente tardio. A cirurgia ainda é considerada a única terapia potencialmente curativa, com melhores resultados quando associada à quimioterapia adjuvante, como foi o manejo realizado de forma correta para a paciente em questão. Essa abordagem combinada aumenta as chances de remissão e melhora a sobrevida dos pacientes.

Além disso, destaca-se a importância do SpyGlass, que foi o exame determinante tanto para o diagnóstico definitivo quanto para a definição da conduta cirúrgica. Esse sistema de colangioscopia tem se mostrado uma ferramenta promissora, com resultados positivos no diagnóstico de lesões malignas e no planejamento terapêutico,

especialmente em casos complexos. O uso do SpyGlass não apenas proporcionou maior acurácia diagnóstica como também reduziu incertezas, permitindo uma abordagem mais assertiva para o tratamento da neoplasia apresentada pela paciente. Assim, sua aplicação evidencia avanços tecnológicos relevantes no manejo de tumores biliares.

6 REFERÊNCIAS

1. ANDERSON, C.; STUART, K. Treatment of localized cholangiocarcinoma: adjuvant and neoadjuvant therapy and prognosis. *UpToDate* [Internet], 16 jun. 2021 [citado em 23 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.uptodate.com>.
2. GOYAL, L.; CHEN, C. T.; PIERCE, T. T.; DESHPANDE, V. Case 8-2021: A 34-Year-Old Woman with Cholangiocarcinoma. *The New England Journal of Medicine*, 18 mar. 2021 [citado em 25 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.nejm.org>.
3. KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. *Robbins Patologia Básica*. 10. ed. [S.l.]: GEN Guanabara Koogan, 2018 [citado em 25 ago. 2021]. ISBN: 9788535288353. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br>.
4. BOGGIOLO, L. *Patologia Geral e Especial*. 9. ed. [S.l.]: Guanabara Koogan, 2016 [citado em 25 ago. 2021]. 1556 p. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br>.
5. BANALES, J. M.; MARIN, J. J. G.; LAMARCA, A. et al. Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, v. 17, p. 557–588, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0310-z>.
6. LOWE, R.; ANDERSON, C. Epidemiology, pathogenesis, and classification of cholangiocarcinoma. *UpToDate* [Internet], 21 maio 2021 [citado em 23 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.uptodate.com>.
7. NÚÑEZ JU, J. J.; ANCHANTE CASTILLO, E.; TORRES CUEVA, V. et al. Colangiocarcinoma en tercio medio de la vía biliar principal tratado con cirugía radical en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima, Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*, v. 35, n. 4, p. 343-8, 2015.
8. RIECHELMANN, R.; COUTINHO, A. K.; WESCHENFELDER, R. F. et al. Guideline for the management of bile duct cancers by the Brazilian Gastrointestinal Tumor Group. *Consensus* [Internet], 22 set. 2015 [citado em 26 ago. 2021]: p. 5-9. Disponível em: <https://www.scielo.br>.
9. HERMAN, P.; AUTRAN, M.; MACHADO, C. Meso-Hepatectomia: uma alternativa para a ressecção hepática alargada. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* [Internet], 4 jan. 2005 [citado em 26 ago. 2021]: p. 90-93. Disponível em: <https://www.scielo.br>.
10. ANDERSON, C. Surgical resection of localized cholangiocarcinoma. *UpToDate* [Internet], 9 ago. 2021 [citado em 23 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.uptodate.com>.
11. LOWE, R.; ANDERSON, C.; KOWDLEY, K. Clinical manifestations and diagnosis of cholangiocarcinoma. *UpToDate* [Internet], 23 jun. 2020 [citado em 23 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.uptodate.com>.

12. MOURA, E. G.; FRANZINI, T.; MOURA, R. N. et al. Cholangioscopy in bile duct disease: a case series. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 51, n. 3, p. 250-4, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0004-28032014000300015>.
13. SIDDIQUI, A. A.; MEHENDIRATTA, V.; JACKSON, W. et al. Identification of cholangiocarcinoma by using the SpyGlass Spyscope for peroral cholangioscopy and biopsy collection. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, v. 10, p. 466-71, 2012.
14. LOPES-JÚNIOR, A.; BELEBECHA, V.; JACOB, C. E. Hepatectomia: uma análise crítica da ampliação das indicações. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 27, n. 1, p. 47-52, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br>.
15. PRIMROSE, J. N.; FOX, R. P.; PALMER, D. H. et al. Capecitabine compared with observation in resected biliary tract cancer (BILCAP): a randomised, controlled, multicentre, phase 3 study. *The Lancet Oncology*, v. 20, n. 5, p. 663-73, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30915-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30915-X).