

Tratamento Videolaparoscópico do Fígado Policístico

Videolaparoscopic Treatment of Polycystic Liver

Ana Glenda Santarosa Zanlochi, Carolina Cruz Furtado Ribeiro, Chelna Paolichi Ferro Elias, Christiane Holtz Rolim, Gabriela Sayuri de Alencar, Giselle Tiemi Terasono, Patrícia Cavalcante Tutia, Renata Souza Curi, Stephanie Roca Volpert, Tatiana Paludetto Lopes, Valdemir José Alegre Salles

Disciplina de Clínica Cirúrgica do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté, São Paulo.

RESUMO Introdução: A doença do fígado policístico raramente ocorre em adultos e caracteriza-se pela ocorrência de múltiplos cistos dispersos no parênquima hepático. São na sua maioria assintomáticos. Ocorre com mais frequência no sexo feminino, tendo sintomatologia em torno da 4ª a 6ª décadas de vida. O crescimento para a cavidade pode causar dor no andar superior do abdome ou no hipocôndrio direito, distensão abdominal, dispepsia, dispnéia e tumoração abdominal. A tomografia computadorizada abdominal e a ressonância magnética constituem os melhores métodos de imagem para o diagnóstico, a localização e a caracterização dos cistos. A punção aspirativa pode ser indicada para o tratamento dos cistos hepáticos, sendo um método menos invasivo e com efetiva palição dos sintomas, embora resulte em recidiva dos cistos na maioria dos casos. O tratamento cirúrgico visa reduzir significativamente a hepatomegalia policística, promovendo o alívio da sintomatologia. Atualmente, a técnica do destelhamento (*unroofing*) tem sido a mais aceita para o tratamento dos cistos hepáticos simples e da doença policística do fígado. Objetivo: Relatar o tratamento de um paciente portador de fígado policístico através da fenestração videolaparoscópica e revisar na literatura as demais opções de tratamento. Conclusão: A fenestração dos cistos hepáticos (*unroofing technique*), realizada por meio da videolaparoscopia, é o método de escolha para o tratamento da doença cística isolada e policística do fígado. A via laparoscópica pode produzir resultados semelhantes à via laparotômica, entretanto, determina menor trauma cirúrgico, menor morbidade e mortalidade.

Palavras-chave: DOENÇA HEPÁTICA POLICÍSTICA, CIRURGIA LAPAROSCÓPICA, FENESTRAÇÃO, CISTO HEPÁTICO.

ABSTRACT *INTRODUCTION: The polycystic liver disease is characterized by the occurrence of multiple hepatic cysts of various sizes, is autosomally dominant, and is frequently associated to renal polycystic disease. It rarely occurs in adults and the cysts are the consequence of a bad embryological development. The hepatic polycystic illness is generally non-symptomatic, and when there are symptoms, they present themselves late in life, between the 4th and 6th decades of the patient's life. The disease is more frequent in the feminine sex, and is characterized by diffuse abdominal pain or in the right hypochondriac, abdominal distention, dyspepsia, a feeling of abdominal weight, difficulty to breathe. The computerized tomography scan and the magnetic resonance constitute accurate methods for diagnosis, localization and characterization of the cysts. OBJECTIVE: To confront information from the literature with a clinical case the patient presenting polycysts liver managed with laparoscopic fenestration. CONCLUSION: The polycystic liver disease is rare, and the majority of patients are non-symptomatic. Laparoscopy may offer results similar to those of open techniques, with less morbidity. Laparoscopic unroofing is a feasible and safe procedure for patients with hepatic polycystic disease. Strict patient selection and a sufficiently wide unroofing technique are needed for outcome to be successful.*

Key words: LIVER DISEASES, POLYCYSTIC LIVER, LAPAROSCOPY SURGERY, UNROOFING

ZANLOCHI AGS, RIBEIRO CCF, ELIAS CPF, ROLIM CH, ALENCAR GS, TERASONO GT, TUTIA PC, CURI RS, VOLPERT SR, LOPES TP, SALLES VJA . Tratamento Videolaparoscópico do Fígado Policístico Rev bras videocir 2005;3(3): 164-167.

Recebido em 17/10/2005

Aceito em 03/11/2005

A doença do fígado policístico no adulto é uma doença autossômica dominante, de ocorrência rara. Caracterizando-se por determinar a formação de inúmeros cistos hepáticos, com ou sem envolvimento renal. Mutações ocorridas

nos genes PKD1 e PKD2 determinam as alterações desencadeantes de cistos hepáticos e renais enquanto outros dois genes, o PRKCSH e o SEC 63 determinam a forma hepática isolada, sabendo-se que alguns outros fatores de risco também estão

envolvidos na sua gênese, como a idade, o sexo feminino, a gravidez e o uso de anticoncepcional oral¹. Lesões císticas hepáticas no adulto podem ser classificadas em congênita, neoplásica, inflamatória ou mista - incluindo os cistos simples, a doença autossômica do fígado policístico, a doença de Caroli, o sarcoma embrionário indiferenciado, o cistoadenocarcinoma, a neoplasia cística primária do fígado, a neoplasia cística metastática, o abscesso amebiano e o cisto hidático².

A doença policística do fígado é classificada de acordo com o número, o tamanho e a quantidade de parênquima hepático remanescente, em:

Tipo I: número limitado de grandes cistos (maiores que 10 cm);

Tipo II: envolvimento difuso do parênquima hepático por múltiplos cistos de tamanho médio com grandes áreas remanescentes de parênquima hepático sem cistos;

Tipo III: envolvimento difuso e maciço do parênquima hepático por pequenos e médios cistos e somente poucas áreas de parênquima hepático normal entre os cistos, sendo a forma mais grave da doença³.

Podem determinar a atrofia do parênquima hepático quando atingem grandes volumes. Entretanto, freqüentemente não invadem estruturas vasculares ou biliares⁴.

O tratamento de escolha é a fenestração, podendo ser realizada pelo método laparotômico ou laparoscópico, tendo este último as vantagens de menor trauma cirúrgico, de menor morbidez e mortalidade, além de menor tempo de permanência hospitalar^{5,6}.

RELATO DO CASO

Mulher, 60 anos, viúva, tendo como queixa principal dor e tumoração abdominal, localizada no hipocôndrio e flanco direito há dois anos, constante, de média intensidade, associada a empachamento, má digestão, azia e obstipação intestinal. A dor intensificou-se há um mês apresentando irradiação para a região lombar direita. Nega icterícia e outras queixas. Os exames laboratoriais eram normais para função hepática e a

sorologia para doença hidática negativa. O exame de tomografia computadorizada abdominal demonstrava: fígado de volume aumentado, de contornos lobulados e com densidade alterada por inúmeras formações anecóicas e não captantes, de paredes finas e tamanhos variados e difusos, predominando no lobo hepático direito, sem dilatação de vias biliares, não sendo identificada a vesícula biliar, estando associado à imagem cística no baço (Figura-1) e ocasionando compressão extrínseca do estômago. A cintilografia hepática demonstrava ausência praticamente total do mesênquima hepático do lobo direito e múltiplas áreas hiporradioativas no mesênquima do lobo esquerdo (Figura-2).



Figura 1 - Tomografia computadorizada evidenciando cistos de fígado e baço.



Figura 2 - Cintilografia com realce à ausência quase que total do mesênquima hepático do lobo direito e presença de áreas hiporradioativas no mesênquima hepático do lobo esquerdo.

A paciente foi submetida à fenestração videolaparoscópica associada à biópsia hepática. Utilizando-se de um acesso de 10 mm, a cerca de 4 cm abaixo da cicatriz umbilical, para a instalação do pneumoperitônio e posterior introdução da ótica e mais dois acessos de 5 mm (um na fossa ilíaca direita e outro no mesogástrio à esquerda, na linha médio-clavicular) observou-se a presença de inúmeras formações císticas distribuídas difusamente no fígado e duas no parênquima esplênico. Foi realizada a punção dos diversos cistos do fígado aspirando um líquido citrino claro, seguindo-se da abertura e ressecção da parede anterior da cápsula cística com tesoura e eletrocautério, o que permitiu a comunicação entre os diversos cistos. Ao término do procedimento foram colocados drenos de aspiração contínua no espaço sub-hepático e sub-frênico direito. Pelo fato da paciente apresentar toda a sua sintomatologia relacionada com os inúmeros cistos hepáticos optamos em não abordar os cistos esplênicos. O período de internação foi de cinco dias, apresentando uma boa evolução clínica pós-operatória, com uma redução gradual no volume do líquido drenado. O exame histológico demonstrou fragmentos de cistos hepáticos com parede fibrosa delgada e superfície interna revestida por camada única de células cilíndricas achatadas e o fragmento de fígado com arquitetura preservada não se observando alterações no espaço-porta ou em veias centro lobulares, havendo somente raros focos de esteatose, com ausência de sinais de malignidade no material examinado. Retornou ao ambulatório no trigésimo dia de pós-operatório, assintomática.

DISCUSSÃO

A frequência precisa dos cistos hepáticos não é conhecida porque a maioria não causa sintomas. Mas, estima-se que ocorram em cerca de 5 % da população e não mais do que 10 a 15% destes pacientes apresentarão sintomatologia suficiente para procurar o serviço médico.

A doença policística hepática ocorre com maior frequência no sexo feminino, na proporção de 4:1. Os sintomas, quando ocorrem, aparecem em torno da 4^a a 6^a décadas de vida, e são determinados

pelo crescimento exagerado dos cistos, ocasionando a compressão de estruturas extra ou intra-hepática. O crescimento para a cavidade pode causar dor no andar superior do abdome ou no hipocôndrio direito, distensão abdominal, dispepsia, sensação de peso, dispnéia, tumoração abdominal visível ou palpável^{5,7} sendo que a compressão gastroduodenal pode provocar epigastralgia,⁸ sensação de plenitude gástrica, náuseas e vômitos.

Usualmente não atingem estruturas biliares ou vasculares, porém quando muito volumosos podem comprimir as vias biliares e causar icterícia em até 9% dos pacientes, caracterizando uma complicação obstrutiva da doença. A febre indica processo infeccioso (colangítico) que poderá estar presente mesmo na ausência da icterícia^{5,8}.

A punção aspirativa percutânea está indicada para o tratamento dos cistos hepáticos simples e solitários, quando é realizado o esvaziamento do conteúdo líquido seguido da escleroterapia, com a injeção de 20 a 100 mililitros de álcool absoluto^{9,10}. Embora seja um método menos invasivo e com efetiva palição dos sintomas, resulta invariavelmente em recidiva dos cistos, reservando-se este procedimento para aqueles pacientes que não reúnem condições clínicas para a intervenção cirúrgica^{7,9,10}.

O tratamento cirúrgico visa reduzir significativamente a hepatomegalia policística grave promovendo o alívio da sintomatologia a longo prazo³, sendo descritas diversas técnicas cirúrgicas, que envolvem desde cistectomia parcial ou total, segmentectomias, lobectomias ou até o transplante de fígado, dependendo do grau do comprometimento hepático.

Atualmente, a técnica do destelhamento (*unroofing*) tem sido a mais aceita para o tratamento dos cistos hepáticos simples e da doença policística do fígado^{3,5,7,11}. Nesta técnica é feita a excisão parcial dos cistos que estão na superfície do fígado, além de estabelecer contigüidade entre os cistos superficiais e os mais profundos¹², promovendo a exteriorização do conteúdo líquido dos cistos para cavidade peritoneal, o que determina a reabsorção deste pela membrana peritoneal ou a sua eliminação através de drenos^{5,7}. Através deste método não há

necessidade da ressecção completa do cisto, que pode tornar-se perigosa pela proximidade existente com estruturas vasculares e ductos biliares¹³.

A doença cística esplênica pode ser tratada pela mesma técnica de fenestração da cápsula¹⁴, entretanto, optamos pela não realização de qualquer procedimento, devido queixa clínica da paciente estar relacionada exclusivamente aos cistos hepáticos e ainda à sua localização no interior do parênquima esplênico, fato que nos obrigaria a realização de esplenectomia, caso houvesse um sangramento excessivo.

O tratamento pela técnica da fenestração laparoscópica tornou-se a melhor opção cirúrgica para esses pacientes, pois evita-se a morbidez determinada pela via laparotômica, permitindo menor custo hospitalar, volta precoce às atividades laborativas e, no caso de uma recorrência dos cistos a cavidade peritoneal, apresentar-se-á com um mínimo de aderências pós-operatórias⁵.

CONCLUSÕES

A abordagem videolaparoscópica da doença policística do fígado, na sua forma isolada ou associada à doença renal, apresenta vantagens com relação à punção aspirativa percutânea seguido de escleroterapia, devido aos índices de recidiva proporcionado por este último. Em relação ao acesso laparotômico, este apresenta uma maior morbimortalidade devido ao trauma cirúrgico, a dor pós-operatória e ao período de hospitalização, entre outros.

Referências Bibliográficas

1. Everson GT, Taylor MR. Management of polycystic liver disease. *Curr Gastroenterol* 2005; 7(1):19-25.
2. Mortolé KJ. Cystic focal liver lesions in the adult: differential CT and MR imaging features. *Radiographics* 2005; 25(3):659-670.
3. Torres OJM, Ribeiro WG, Alencar SN, Macedo EL, Nunes PMS. Ressecção hepática alargada por doença cística do fígado. *Universidade Federal do Maranhão* 2000;19(1):42-44.
4. Benhamon J, Menu Y. Enfermidades quísticas no parasitárias Del hígado y el árbol biliar intrahepático. In: Blumgart L editor. *Cirurgia Del Hígado y de las vías biliares*. Buenos Aires: Panamericana 1990; p.1190-1203.
5. Nicoluzzi JE, Guimarães MVTN, Monteiro MRD, Repka JCD, Caron PE. Tratamento laparoscópico de cistos hepáticos sintomáticos. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2004;17(2):100-02.
6. Libutti SK, Starker PM. Laparoscopic resection of nonparasitic liver cyst. *Surg Endosc* 1994; 8:1105-7.
7. Domene CE, Volpe P, Atui FC, Torres LR, Saad WA, Machado MCC, Pinotti HW. Tratamento videolaparoscópico dos cistos simples do fígado. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 1997; 52(6): 302-305.
8. Sherlock S. *Doença do fígado e do sistema biliar* 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988; p. 400-3.
9. Simonetti G, Profili S, Sergiacomi GL, Meloni GB, Orlacchio A. Percutaneous treatment of hepatic cysts by aspiration and sclerotherapy. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1993;16:81-4.
10. Robinson TN, Stiegmann GV, Everson GT. Laparoscopic palliation of polycystic liver disease. *Surg Endosc* 2005; 19(1): 130-132.
11. Fiamingo P, Tedeschi U, Veroux M, Cello U, Brolese A, Da Rold A, et al. Laparoscopic treatment of simple hepatic cysts and polycystic liver disease. *Surg Endosc* 2003; 17(4): 623-6.
12. Rujana MEG, Rodrigues JF, Mendoza HP, Castro JF, Flores AC, Mejia ALS, et al. Cistadenoma hepatobiliar y enfermedad poliquística hepática: Informe de dos pacientes. *Cir Gen* 2003; 25 (1): 49-53.
13. Henner BD, Klemp HJ, Kremer B. Non-parasitic liver cysts and polycystic liver disease: results of surgical treatment. *Hepatogastroenterology* 1993; 40: 1-5.
14. Calligaris L, Bortul M. Laparoscopic treatment of a nonparasitic spleen cyst: Case Report. *Jour.Lap.Surg* 1996; 6: 431-3.

Endereço para correspondência

VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES

Rua José Bonani, 199.
Independência, Taubaté, São Paulo.
CEP: 12031-260
E-mail: valiris@vivax.com.br
Telefone: 12-3631-6061 9118-9804