

# Ressecção hepática alargada por doença cística do fígado

ORLANDO JORGE MARTINS TORRES, WASTON GONÇALVES RIBEIRO, SIDNEY NUNES ALENCAR,  
ELIANE LOPES MACEDO, PAULO MÁRCIO SOUSA NUNES e JOSÉ BONIFÁCIO BARBOSA JÚNIOR

*Disciplina de Clínica Cirúrgica III da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)*

## RESUMO

O cisto hepático congênito é uma doença benigna e geralmente assintomática. O tratamento é limitado a pacientes sintomáticos ou na vigência de complicações. Várias formas de tratamento têm sido propostas, incluindo procedimentos não cirúrgicos e cirurgia, tais como excisão parcial laparoscópica, excisão completa e ressecção hepática. Este estudo tem por objetivo descrever um caso de paciente com doença cística do fígado submetido a hepatectomia esquerda alargada. O principal sintoma relatado foi dor no quadrante superior direito e epigástrico, sendo o diagnóstico confirmado por tomografia computadorizada. Os autores concluíram que a ressecção hepática é um procedimento recomendado para pacientes com grandes cistos e que foram submetidos a tratamento laparoscópico prévio. *GED 19(1):42-44,2000*

## INTRODUÇÃO

O cisto hepático não parasitário é uma condição benigna com prevalência em menos de 5% da população geral. Pode ser solitário, múltiplo ou difuso no parênquima hepático (doença policística do fígado). Acomete mais frequentemente mulheres, com relação de até 5:1 em cistos sintomáticos ou complicados. Grandes cistos afetam quase exclusivamente mulheres acima de 50 anos<sup>(7,9)</sup>.

Os cistos hepáticos são geralmente pequenos e assintomáticos, detectados acidentalmente nos exames de ultra-sonografia ou tomografia computadorizada. Pacientes sintomáticos com dor significativa tendem a ter grandes cistos, que podem ser complicados por hemorragia intracística, rotura, torção ou infecção. A compressão de órgãos vizinhos pode levar a náusea, vômito, saciedade precoce ou icterícia obstrutiva<sup>(9)</sup>.

O tratamento está limitado àqueles pacientes sintomáticos ou quando ocorrem complicações. Várias formas de tratamento têm sido propostos, incluindo procedimentos não cirúrgicos, tais como aspiração transcutânea com ou sem injeção de álcool e cirurgia incluindo aspiração, excisão parcial, excisão completa, marsupialização ou ressecção hepática<sup>(1)</sup>. O envolvimento hepático pelo cisto pode exigir ressecções hepáticas alargadas<sup>(1,10)</sup>. Apresentamos neste estudo um caso de paciente

**Unitermos** – Hepatectomia alargada  
Doença cística do fígado  
Cisto hepático

**Key words** – *Extended hepatectomy*  
*Cystic liver disease*  
*Hepatic cyst*

submetido a ressecção hepática alargada devido a cisto hepático.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 46 anos, empregada doméstica, foi admitida no Serviço de Clínica Cirúrgica apresentando, havia cinco meses, dor no hipocôndrio direito, de moderada intensidade, irradiada para epigástrico e hipocôndrio esquerdo. Referia ainda plenitude pós-prandial, pirose, vômitos e perda ponderal sem quantificar. Informou que havia aproximadamente um ano foi submetida a cirurgia por laparoscopia para retirada de cisto do fígado. Não apresentava antecedentes pessoais ou familiares dignos de registro.

Os sinais vitais estavam normais, a paciente encontrava-se com mucosas hipocoradas (+++/4) e emagrecida. O abdome

estava aumentado de volume com pequenas cicatrizes na região umbilical e epigástrico. À palpação o abdome estava doloroso no hipocôndrio direito e epigástrico e o fígado aumentado de volume a 5cm do rebordo costal direito. Espaço de Traube livre e ruídos hidroaéreos preservados.

O estudo laboratorial mostrava: hemoglobina = 9,5g/dl, glicemia = 93mg/dl; bilirrubina total = 1,2mg/dl (direta = 0,3mg/dl), albumina = 2,3g/dl; creatinina = 0,5mg/dl, fosfatase alcalina = 124U/l; gama-GT = 318U/l; AST = 117U/l e ALT = 89U/l. Uma tomografia computadorizada do abdome superior foi realizada e exibiu fígado com lesões hipoatenuantes, com paredes de contorno regular e presença de septações, aspecto cístico (figura 1). Baço e rins de forma, contorno e dimensões normais.

Com o diagnóstico de cisto hepático a paciente foi levada a cirurgia após reposição sanguínea. Foi realizada uma incisão subcostal bilateral com prolongamento cranial para permitir acesso amplo ao fígado. Após a liberação de aderências foi observado volumoso cisto hepático multiloculado ocupando o abdome superior (30 x 20 x 15cm). Com o rebaixamento da placa hilar, isolamento do pedículo hepático e liberação dos ligamentos triangular esquerdo, redondo e falciforme, foi realizada hepatectomia esquerda alargada, segundo classificação de Couinaud<sup>(2)</sup>. Após drenagem da cavidade abdominal e síntese da ferida operatória, a paciente foi transferida para unidade de terapia intensiva, onde recebeu suporte nutricional e hemodinâmico por cinco dias. No 10º dia do período pós-operatório a paciente recebeu alta hospitalar, retornando 30 dias da cirurgia sem queixas. O controle através de tomografia computadorizada revelou fígado diminuído de volume, sem outras alterações.

## DISCUSSÃO

Com o aumento do uso e o refinamento da tomografia computadorizada e ultra-sonografia abdominal, revela-se que até 5% da população apresentam um ou mais cistos hepáticos, aumentando sua incidência com a idade. A grande maioria origina-se de alterações congênitas do desenvolvimento do ducto biliar e é denominada cisto simples. O cisto dominante é freqüentemente acompanhado de diversos outros pequenos cistos dentro do fígado. O acometimento mais freqüente em mulheres tem sido atribuído à ação estrogênica<sup>(7,9)</sup>.

Uma vez detectados cistos hepáticos, o diagnóstico diferencial deve ser com os cistos dos ductos biliares, cistos parasitários, cistos não parasitários congênitos ou cistos inflamatórios ou neoplásicos<sup>(3,4)</sup>.

A doença hepática policística é de origem genética autossômica dominante e apresenta associação com doença renal policística. Tais cistos benignos devem ser diferenciados dos cistos parasitários que resultam de infecção por *Echinococcus* ou lesões neoplásicas<sup>(9)</sup>.



Fig. 1 – Cisto hepático comprometendo o lobo esquerdo e parte do lobo direito do fígado

Gigot e col.<sup>(4)</sup> classificam a doença policística do fígado, de acordo com o número e tamanho do cisto hepático e a quantidade de parênquima hepático remanescente, em: tipo I, que inclui pacientes com um número limitado (< 10) de grandes cistos (> 10 cm); tipo II, em que há envolvimento difuso do parênquima hepático por múltiplos cistos de tamanho médio com grandes áreas remanescentes de parênquima hepático sem cisto; tipo III, que é uma forma grave de doença policística com envolvimento difuso e maciço do parênquima hepático por cistos pequenos e médios e somente poucas áreas de parênquima hepático normal entre os cistos.

O tratamento dos cistos hepáticos depende basicamente da presença das manifestações clínicas ou complicações, pois mesmo os cistos grandes em pacientes assintomáticos não requerem tratamento. Os cistos hepáticos sintomáticos ocorrem mais comumente em mulheres entre 50 e 60 anos e têm a dor como sintoma predominante. Embora pareça simples atribuir os sintomas do paciente a grandes cistos, a possibilidade de doença coexistente deve ser excluída. Alguns autores defendem a aspiração percutânea como teste diagnóstico para aliviar os sintomas<sup>(5)</sup>.

Entre as opções de tratamento temos a aspiração percutânea, tratamento cirúrgico conservador com fenestração e a ressecção hepática combinada com fenestração<sup>(3,7-9)</sup>.

A aspiração percutânea do cisto hepático sintomático é uma opção simples, porém de recorrência elevada, e existe o risco significativo de introdução de infecção que eleva a morbidade. A instilação percutânea de agentes esclerosantes como etanol parece reduzir o índice de cisto sintomático e da recorrência. A presença de bile no cisto ou a suspeita de *Echinococcus* ou nódulos na parede do cisto com componentes sólidos que faz suspeitar de neoplasia são contra-indicações para o procedimento<sup>(1,3,6)</sup>.

A proposta do tratamento cirúrgico é reduzir significativamente o tamanho da hepatomegalia policística grave e proporcionar alívio dos sintomas a longo prazo. O procedimento la-

paroscópico tem aumentado sua indicação e substituído a cirurgia convencional em situações definidas.

Lin e col.<sup>(9)</sup>, em 1968, descreveram a técnica de fenestração intraperitoneal de parede do cisto por destelhamento para proporcionar redução da hepatomegalia maciça, por criar uma saída livre dentro da cavidade peritoneal para fluidos secretados do cisto.

O cisto hepático tipo I é de excelente indicação para fenestração laparoscópica<sup>(5)</sup>. O tipo II apresenta excelente índice de redução de volume hepático após fenestração. O tipo III, mesmo com fenestração agressiva, está associado a progressão da doença, pois, apesar da fenestração, a parede permanece e compromete a redução do volume hepático. Esses pacientes são, portanto, os melhores candidatos para ressecção e fenestração combinadas<sup>(5)</sup>.

A ressecção hepática extensa tem sido descrita naqueles pacientes com hepatomegalia policística altamente sintomáti-

ca que compromete seriamente a qualidade de vida. No presente caso a paciente apresentava sintomas que impediam o exercício de suas atividades habituais, mesmo após o tratamento laparoscópico. A ressecção hepática anatômica formal, apesar da maior morbidade, proporciona os melhores resultados em termos de recorrência dos sintomas. O compromisso deve ser alcançado entre a radicalidade cirúrgica e a aceitabilidade do paciente. Mas a abordagem cirúrgica eventual deve ser determinada pela necessidade do paciente, morfologia do cisto e a experiência da equipe cirúrgica<sup>(1,10)</sup>.

O transplante hepático deve ser reservado para pacientes com insuficiência hepática, recorrência após ressecção hepática inicial ou associada a doença renal grave<sup>(11)</sup>.

Observamos no presente estudo que a ressecção hepática alargada é uma abordagem racional em cistos hepáticos, naquelas situações em que o tratamento laparoscópico não foi eficaz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARMITAGE, N.C. & BLUMGART, L.H. – Partial resection and fenestration in the treatment of polycystic liver disease. *Br J Surg* 71: 242-244, 1984.
2. COUINAUD, C. – Bases anatomiques des hepatectomies gauche et droite réglées. Techniques qui en decoulent. *J Chir (Paris)* 70: 933-966, 1954.
3. FARGES, O. & BISMUTH, H. – Fenestration in the management of polycystic liver disease. *World J Surg* 19: 25-30, 1995.
4. GIGOT, J.F., JADOUL, P., QUE, F., VAN BEERS, B., ETIENNE, J., HORMANS, Y., PRINGOT, J. & KESTENS, P. – Adult polycystic liver disease: is fenestration the most adequate operation for long-term management? *Ann Surg* 225: 286-294, 1997.
5. GIGOT, J.F., LEGRAND, M., HUBENS, G., CANNIERE, L., WIBIN, E., DEWEER, F., DRUART, M.L., HAUTERS, P. & VEREKEN, L. – Laparoscopic treatment of nonparasitic liver cysts: adequate selection of patients and surgical technique. *World J Surg* 20: 556-561, 1996.
6. KATKHOUDA, N., HURWITZ, M., GUGENHEIM, J., MASON, R.J., WALDREP, D.J., RIVERA, R.T., CAMPOS, G.M.R., FABIANI, P. & MOUIEL, J. – Laparoscopic management of benign solid and cystic lesions of the liver. *Ann Surg* 229: 460-466, 1999.
7. KOPERNA, T., VOGL, S., SATZINGER, U. & SCHULZ, F. – Nonparasitic cysts of the liver: results and options of surgical treatment. *World J Surg* 21: 850-855, 1997.
8. LIN, T.Y., CHEN, C.C. & WANG, S.M. – Treatment of nonparasitic cystic disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver. *Ann Surg* 168: 921-927, 1968.
9. MARTIN, I.J., MCKINLEY, A.J., CURRIE, E.J., HOLMES, P. & GARDEN, J. – Tailoring the management of nonparasitic liver cysts. *Ann Surg* 228: 167-172, 1998.
10. QUE, F., NAGORNEY, D.M., GROSS, J.B. & TORRES, V.E. – Liver resection and cyst fenestration in the treatment of severe polycystic liver disease. *Gastroenterology* 108: 487-494, 1995.
11. STARLZ, T.E., TZAKIS, A., REYES, J. et al. – Liver transplantation for polycystic liver disease. *Arch Surg* 125: 575-577, 1990.

### *Extended hepatic resection due to cystic liver disease*

#### **SUMMARY**

*Congenital liver cyst is a benign condition and usually asymptomatic. Treatment is limited to highly symptomatic patients or those in whom complications occur. Various forms of treatment have been proposed, including nonsurgical procedures and laparoscopic partial excision, complete excision and hepatic resection. The aim of the present study is to describe a case of a patient with cystic liver disease whom underwent an extended left hepatectomy. The major symptom was abdominal pain in the right upper quadrant and epigastrium and the diagnosis was made by computed tomography. The authors concluded that hepatic resection is recommended for patients with large cysts and who have had laparoscopic surgery previously. GED 19(1): 42-44, 2000*