

Colangiobiópsia transbiliar percutânea

Percutaneous transhepatic cholangiobiosy

Thiago Franchi Nunes^{1,a}, Tiago Kojun Tibana^{1,b}, Rômulo Florêncio Tristão Santos^{1,c}, Bernardo Bacelar de Faria^{2,d}, Edson Marchiori^{3,e}

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. 2. Santa Casa de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil. 3. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dr. Thiago Franchi Nunes. Avenida Senador Filinto Müller, 355, Vila Ipiranga. Campo Grande, MS, Brasil, 79080-190. E-mail: thiagofranchinunes@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>; b. <https://orcid.org/0000-0001-5930-1383>; c. <https://orcid.org/0000-0002-8679-7369>; d. <https://orcid.org/0000-0002-4258-2198>; e. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>.

Recebido para publicação em 3/11/2017. Aceito, após revisão, em 7/1/2018.

Como citar este artigo:

Nunes TF, Tibana TK, Santos RFT, Faria BB, Marchiori E. Colangiobiópsia transbiliar percutânea. Radiol Bras. 2019 Jan/Fev;52(1):41-42.

Resumo Os tumores das vias biliares são, em sua maioria, muito pequenos para apresentarem características específicas por imagem ou para permitir punção percutânea com material suficiente para o diagnóstico. A drenagem biliar trans-hepática percutânea, além de ser uma técnica bem estabelecida no tratamento de icterícia obstrutiva, fornece um acesso adequado para amostragem de lesões obstrutivas. Nos casos de lesões biliares, a colangiobiópsia transbiliar percutânea demonstra ser uma boa técnica diagnóstica, com acurácia ultrapassando 90% em alguns centros de referência.

Unitermos: Neoplasias dos ductos biliares; Sistema biliar; Biópsia/métodos; Biópsia por agulha/métodos; Colangiografia.

Abstract Most tumors of the biliary tract are too small to have specific imaging characteristics or for percutaneous puncture to provide sufficient material for diagnosis. Percutaneous transhepatic biliary drainage, in addition to being a well-established technique in the treatment of obstructive jaundice, provides adequate access for sampling obstructive lesions. In cases of biliary lesions, percutaneous transhepatic biopsy of the biliary tract has proven to be a useful diagnostic technique, with a reported accuracy of over 90% at some referral centers.

Keywords: Bile duct neoplasms; Biliary tract; Biopsy/methods; Biopsy, needle/methods; Cholangiography.

INTRODUÇÃO

Os tumores das vias biliares são, em sua maioria, muito pequenos para apresentarem características específicas por imagem ou para permitir punção percutânea com material suficiente para o diagnóstico^(1,2). Além disso, as neoplasias malignas não são facilmente distinguidas das benignas com base na análise anatomopatológica. Os resultados de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) do sistema biliar são inferiores aos da PAAF de outros locais⁽²⁾. Portanto, outras técnicas para obtenção de amostras histológicas foram desenvolvidas nessa área⁽³⁻¹⁰⁾.

A drenagem biliar trans-hepática percutânea, além de ser uma técnica bem estabelecida no tratamento de icterícia obstrutiva, fornece um acesso adequado para amostragem de lesões obstrutivas. Nos casos de lesões biliares, a colangiobiópsia transbiliar percutânea (CBTP) demonstra ser uma boa técnica diagnóstica, com acurácia ultrapassando 90% em alguns centros de referência^(3,4).

Antes de quaisquer abordagens das vias biliares, é primordial um conhecimento avançado na interpretação dos exames de imagem, principalmente a colangiografia por ressonância magnética^(2,11,12). Devem ser identificadas possíveis variações anatômicas biliares e vasculares, determinado o nível da obstrução biliar e, finalmente, identificado o nível de

invasão tumoral na porção hilar segundo a classificação de Bismuth⁽¹³⁾. Os pacientes que mais se beneficiam da técnica de CBTP são aqueles que apresentam obstruções biliares altas, localizadas no hilo hepático (*Klatskin-like*) Bismuth II a IV, níveis séricos de bilirrubinas > 10 mg/dL, envolvimento circunferencial do ducto biliar (> 2/3) e estenoses longas (> 2 cm de extensão).

PROCEDIMENTO

Inicialmente, realiza-se a punção da via biliar (direita ou esquerda) com base nos exames por imagem prévios. Procede-se a colangiografia com projeção oblíqua anterior direita, com o objetivo de visualizar o ponto obstrutivo, a morfologia e a extensão da estenose, se possível com análise fibroscópica, visando uma melhor identificação da lesão alvo. Após a transposição da estenose, implanta-se uma bainha introdutora angulada na região a ser biopsiada. Em caso de se optar por bainha 8F, associar com fio-guia 0,014", e em caso de se usar bainha 9F, associar com fio-guia 0,035". Utilizando agulhas endoscópicas tipo fórceps, coletam-se pelo menos cinco fragmentos de porções diversas da lesão da região peri-hilar (Figuras 1 e 2). Ao final do procedimento é recomendada a colocação de dreno biliar com extremidade distal no duodeno

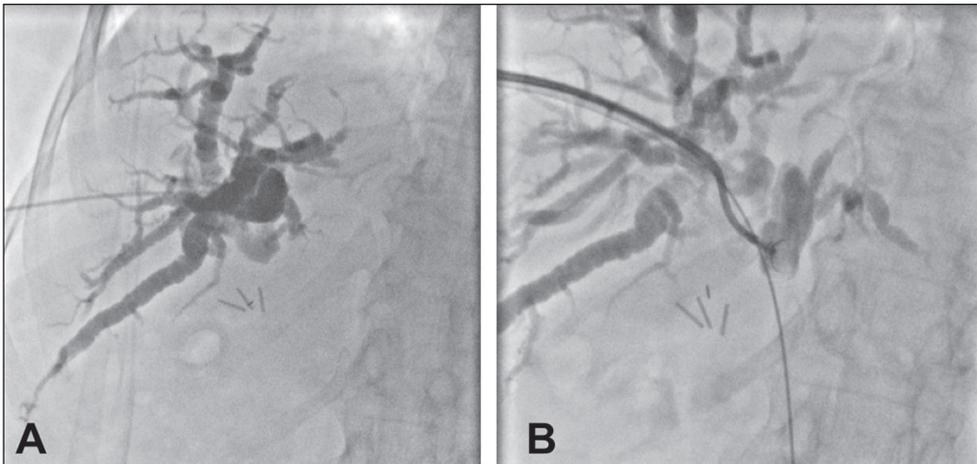


Figura 1. A: Punção da via biliar direita em paciente com estenose Bismuth II. **B:** Passagem de fio-guia 0,035", colocação de bainha 8F e biópsia com agulha tipo fórceps. Relatório anatomopatológico revelou colangiocarcinoma.

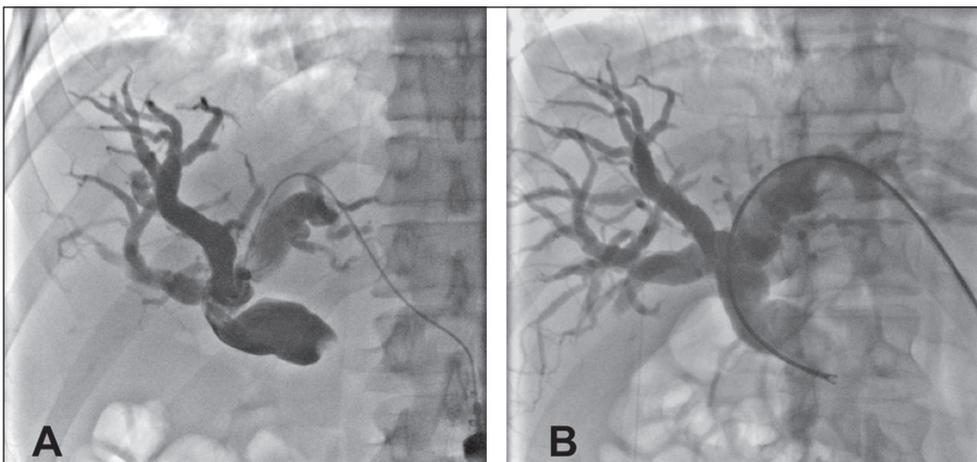


Figura 2. A: Punção da via biliar esquerda em paciente com estenose Bismuth I. **B:** Colocação de bainha 8F e biópsia com agulha tipo fórceps sem fio-guia. Relatório anatomopatológico revelou metástase hepática de carcinoma colorretal.

ou drenagem externa, em caso de dificuldade técnica em ultrapassar a estenose.

A CBTP é um exame simples do ponto de vista técnico, minimamente invasivo, com baixas taxas de complicações e altas taxas de sucesso diagnóstico quando comparada a outras técnicas já descritas^(1,4). Sua utilização expandiu a pesquisa sobre afecções biliares e, na prática clínica, mostrou ser um novo método preciso e confiável para o diagnóstico histopatológico de neoplasias biliares, além de sua ampla aplicabilidade.

REFERÊNCIAS

1. Li Z, Li TF, Ren JZ, et al. Value of percutaneous transhepatic cholangiobiospy for pathologic diagnosis of obstructive jaundice: analysis of 826 cases. *Acta Radiol.* 2017;58:3–9.
2. Smith I, Monkemuller K, Wilcox CM. Incidentally identified common bile duct dilatation: a systematic review of evaluation, causes, and outcome. *J Clin Gastroenterol.* 2015;49:810–5.
3. Tapping CR, Byass OR, Cast JE. Cytological sampling versus forceps biopsy during percutaneous transhepatic biliary drainage and analysis of factors predicting success. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2012;35:883–9.
4. Boos J, Yoo RJ, Steinkeler J, et al. Fluoroscopic percutaneous brush cytology, forceps biopsy and both in tandem for diagnosis of malignant biliary obstruction. *Eur Radiol.* 2018;28:522–9.

5. Schiavon LHO, Tyng CJ, Travesso DJ, et al. Computed tomography-guided percutaneous biopsy of abdominal lesions: indications, techniques, results, and complications. *Radiol Bras.* 2018;51:141–6.
6. Ribeiro KCP, Guimarães JPO, Aidar LB, et al. Hemobilia in a patient with arterio-biliary fistula after liver contusion. *Radiol Bras.* 2018;51:413–4.
7. Nunes TF. Percutaneous biopsy of abdominal lesions: what is currently the best diagnostic strategy? *Radiol Bras.* 2018;51(3):v–vi.
8. Zattar-Ramos LC, Bezerra RO, Siqueira LTB, et al. Hepatocyte-specific contrast agent-enhanced magnetic resonance cholangiography: perioperative evaluation of the biliary tree. *Radiol Bras.* 2017;50:389–94.
9. Zurstrassen CE, Bitencourt AGV, Guimaraes MD, et al. Percutaneous stent placement for the treatment of malignant biliary obstruction: nitinol versus elgiloy stents. *Radiol Bras.* 2017;50:97–102.
10. Cardarelli-Leite L, Fornazari VAV, Peres RR, et al. The value of percutaneous transhepatic treatment of biliary strictures following pediatric liver transplantation. *Radiol Bras.* 2017;50:308–13.
11. Tanaka H, Matsusaki S, Baba Y, et al. Usefulness of endoscopic transpapillary tissue sampling for malignant biliary strictures and predictive factors of diagnostic accuracy. *Clin Endosc.* 2018;51:174–80.
12. Li TF, Ren KW, Han XW, et al. Percutaneous transhepatic cholangiobiospy to determine the pathological cause of anastomotic stenosis after cholangiojejunostomy for malignant obstructive jaundice. *Clin Radiol.* 2014;69:13–7.
13. Bismuth H, Nakache R, Diamond T. Management strategies in resection of hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg.* 1992;215:31–8.

