

Biópsia percutânea transbiliar

Percutaneous transbiliary biopsy

GUSTAVO VIEIRA ANDRADE¹; MIGUEL ARCANJO SANTOS¹; MARCONI ROBERTO MEIRA¹; MATEUS DUARTE MEIRA¹.

R E S U M O

A drenagem percutânea das vias biliares é um procedimento estabelecido para obstruções malignas, nos quais, muitas vezes, não se consegue um diagnóstico histológico. Descrevemos a técnica de biópsia da lesão obstrutiva através do acesso de drenagem biliar, utilizando um fórcepe de biópsia endoscópica 7F, amplamente disponível e alguns reutilizáveis. Esta técnica aplica-se a lesões dos ductos hepáticos, do hepático comum e de toda extensão do colédoco.

Descritores: Biópsia Guiada por Imagem. Neoplasias dos Ductos Biliares. Icterícia Obstrutiva.

INTRODUÇÃO

Obstruções malignas das vias biliares fazem parte da rotina dos serviços de cirurgia abdominal, muitas vezes com extrema dificuldade de diagnóstico citológico ou histológico, principalmente nas lesões altas. Nestas, a drenagem da via biliar por acesso percutâneo trans-hepático (DPVB) é realizada rotineiramente, porém, poucos serviços realizam investigação citológica com escova ou mesmo biópsia da obstrução por este acesso, impossibilitando ou retardando o tratamento oncológico específico^{1,2}.

Em um grande número de lesões biliares, a dimensão e a localização, impedem um acesso percutâneo para biópsia e retirada de fragmento para estudo histopatológico^{3,4}. O acesso pelo dreno da via biliar possibilita pesquisa citológica da bile, com escovado, porém com baixa sensibilidade e pouca disponibilidade. A biópsia à fórcepe através do acesso da DPVB é muito pouco divulgada no Brasil e, a técnica descrita utiliza o fórcepe de biópsia miocárdica, mais caro e não amplamente disponível³. Neste artigo, descrevemos a técnica modificada com bainha introdutora aramada e fórcepe de biópsia endoscópica gástrica, disponível nos serviços de endoscopia.

NOTA TÉCNICA

No mesmo tempo da drenagem ou posteriormente, já com o acesso trans-hepático confeccionado, sob antibioticoterapia profilática, realizamos uma colan-

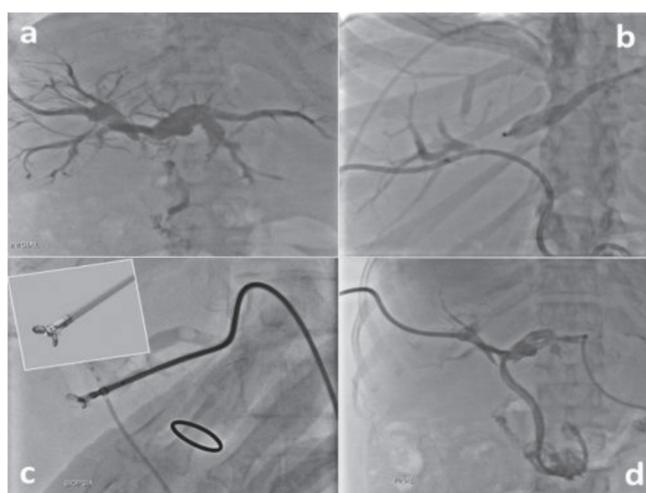


Figura 1. a) colangiografia com dilatação das vias biliares e obstrução na confluência dos ductos hepáticos; b) percebe a mão do operador mantendo a bainha contra a obstrução; c) detalhe da pinça utilizada com espícula; d) a obstrução é ultrapassada e são colocados dois drenos interno-externo.

giografia identificando o local da obstrução (Figura 1a). Sob orientação fluoroscópica, um fio-guia é introduzido até o ponto da obstrução e, por sobre este, uma bainha 7F a 10F é introduzida juntamente com o dilatador. Nossa preferência é por uma bainha aramada que se molda bem melhor às curvas e não acotovela. Utilizamos, sempre que possível, os modelos curtos da *Flexor Ansel Sheath* ou a *Raabe Sheath*. Uma vez posicionada contra ou mesmo dentro da obstrução, mantemos a bainha firme e retiramos o fio-guia e o dilatador (Figura 1b). Introduzimos então o cateter fórcepe de biópsia endoscópica 7F, que possui alguns modelos reutilizáveis. Aqui vale ressaltar que existem modelos com agulha ou espícula, com

1 - Hospital da Restauração, Departamento de Cirurgia Abdominal, Recife, PE, Brasil.

lâminas tipo jacaré, entre outros. Todos podem ser utilizados, porém, por estarem disponíveis no nosso serviço, utilizamos com mais frequência a *Capture Biopsy Forceps With Spike* (Figura 1c). Sob fluoroscopia, introduzimos o fórcepe até exteriorizá-lo da bainha e o abrimos. Com o fórcepe aberto, empurramos o conjunto (bainha e cateter-fórcepe) contra a obstrução e, com um auxiliar mantendo pressão positiva do conjunto contra a lesão, o fórcepe é fechado, necessitando, assim, de quatro mãos para a execução. Ainda mantendo a bainha no mesmo local, retiramos o fórcepe, exploramos macroscopicamente o material e o colocamos em formalina, preferencialmente tamponada. Repetimos a manobra quantas vezes forem necessárias até obtermos uma amostra satisfatória para estudo histológico, em média quatro a cinco vezes. Finalmente, ultrapassamos a obstrução com o fio-guia, retiramos a bainha e introduzimos um dreno biliar de espessura semelhante ou superior à bainha utilizada (Figura 1d). Caso não consigamos ultrapassar a obstrução, um dreno externo é colocado, também de diâmetro semelhante ou maior que a bainha. Lavamos a árvore biliar e, se o dreno é interno, deixamos a drenagem externa aberta por 24 horas. Os drenos externos devem ser mantidos abertos.

ABSTRACT

Percutaneous drainage of the bile ducts is an established procedure for malignant obstructions, in which a histological diagnosis is often not obtained. We describe the biopsy technique of obstructive lesions through biliary drainage access, using a 7F endoscopic biopsy forceps, widely available; some are even reusable. This technique applies to lesions of the hepatic ducts, of the common hepatic duct and of all extension of the common bile duct.

Keywords: *Jaundice, Obstructive. Biliary Tract Neoplasms. Biopsy.*

REFERÊNCIAS

1. Xing GS, Geng JC, Han XW, Dai JH, Wu CY. Endobiliary brush cytology during percutaneous transhepatic cholangiodrainage in patients with obstructive jaundice. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2005;4(1):98-103.
2. Tsai CC, Mo LR, Chou CY, Han SJ, Lin RC, Kuo JY, et al. Percutaneous transhepatic transluminal forceps biopsy in obstructive jaundice. *Hepatogastroenterology.* 1997;44(15):770-3.
3. Jung GS, Huh JD, Lee SU, Han BH, Chang HK, Cho YD. Bile duct: analysis of percutaneous transluminal forceps biopsy in 130 patients suspected of having malignant biliary obstruction. *Radiology.* 2002;224(3):725-30.
4. Li Z, Li TF, Ren JZ, Li WC, Ren JL, Shui SF, et al. Value of percutaneous transhepatic cholangiobiopsy for pathologic diagnosis of obstructive jaundice: analysis of 826 cases. *Acta Radiol.* 2017;58(1):3-9.

Recebido em: 05/11/2016

Aceito para publicação em: 15/12/2016

Conflito de interesse: nenhum.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Gustavo Vieira Andrade

E-mail: guga.andrade@gmail.com

andradeagus@msn.com

DISCUSSÃO

Como vimos, é uma técnica simples e bastante similar a já publicada com pinça miocárdica^{3,4}, porém, com um dispositivo mais barato, bem mais disponível nos serviços de cirurgia e, com alguns modelos autorizados para reuso. Outra grande vantagem é a possibilidade de biopsiar lesões nos ductos hepáticos, no hepático comum ou no colédoco, mesmo em pacientes com derivações intestinais ou bilio-digestivas.

A presença de patologista em sala é de grande valia, porém não é a regra em muitos serviços. Como os pacientes permanecem com drenos biliares, o acesso está pronto para repetição da biópsia quando necessário. Após cerca de uma ou duas semanas, caso o resultado seja inconclusivo, tudo pode ser repetido de forma ambulatorial. Sem patologista em sala, temos obtido resultado positivo em 60% no primeiro procedimento, atingindo mais de 80% após o segundo.

Técnica simples e facilmente disponível, possibilita a abordagem de lesões obstrutivas biliares altas ou baixas, agilizando e otimizando o início do tratamento oncológico.