

APRESENTAÇÃO ORAL - RELATO DE CASO – CASE
PRESENTATION/REPORT

**CISTO DE COLÉDOCO: RESSECÇÃO E HEPATICOJEJUNOSTOMIA SEM Y
DE ROUX**

Antonio Gonçalves De Oliveira Filho (agofilho@unicamp.br)

Maria Giovana Oliveira Farias (giovanaarias@gmail.com)

Natália Ponzio Pagliuso (natyponzio.np@gmail.com)

Priscilla Tosta (priscillatosta@gmail.com)

Adriel Contessotto Meneghello (adriel.meneghello@gmail.com)

INTRODUÇÃO: O tratamento definitivo do cisto de colédoco é a sua ressecção completa e reconstrução bileodigestiva com hepaticoduodenostomia ou hepaticojejunostomia em Y de Roux. Independentemente da via de acesso, as principais complicações das duas técnicas são as colangites, fístulas biliares e o refluxo biliar para o estômago no caso da hepaticoduodenostomia. **RELATO DE CASOS:** 4 crianças com cisto de colédoco, tipo I, submetidas à ressecção do cisto e reconstrução bileodigestiva com hepaticojejunostomia SEM Y de Roux (HJSYR). Os casos estão resumidos nas tabelas 1 e 2. As duas primeiras crianças foram operadas em 2012 e 2013, totalmente por via laparoscópica. **TÉCNICA CIRÚRGICA:** Após a ressecção do cisto, a derivação bileodigestiva

foi realizada através da anastomose do ducto hepático comum à primeira alça de jejuno após o ângulo de Treitz, que chegava ao hilo hepático, Realizada sutura contínua na parede posterior e pontos separados na anterior com fio de PDS 5.0. A alça foi adicionalmente fixada ao fígado com um ou dois pontos (figura). EVOLUÇÃO: Três crianças apresentaram fístula biliar no 2º ou 4º PO, com boa evolução. Duas crianças estão em acompanhamento há 11 anos sem nenhuma intercorrência, sem queixas, com exames laboratoriais e ultrassonográficos normais. As fístulas resolveram clinicamente nos 3 casos, sendo classificadas como Clavier-Dindo I (duas crianças). Na terceira, houve necessidade do uso de octreotida e NPP (Clavier-Dindo II). A internação mais prolongada foi de 16 dias. CONCLUSÃO: Essa técnica de derivação bileodigestiva (HJSYR), embora apresentando ocorrência de fístula biliar em 3 casos, aparenta ser mais fisiológica pois preserva o sentido peristáltico intestinal normal, não realiza secção e anastomoses intestinais e nem promove o refluxo biliar para o estômago como na hepaticoduodenostomia. Novos estudos precisam ser realizados, mas o longo seguimento sem intercorrências nos 2 primeiros casos, sugerem que esta técnica é segura e factível.

Palavras-chave: cisto de colédoco; y de roux; derivação bileodigestiva; hepaticojunostomia.