

Divertículo duodenal em colangiografia endoscópica - CPRE. Estudo retrospectivo

Duodenal diverticulum in endoscopic colangiography - ercp. Retrospective trial

FRANCISCO OLIVEIRA¹, MARCELO SILVA², CARLO HARZ³ E CLAUDIO NAVARRETE³

RESUMO

Os divertículos duodenais se manifestam com relativa frequência durante os procedimentos de colangiografia endoscópica (CPRE), e são superados apenas pelos divertículos do cólon. Sua provável origem seria decorrente da debilidade da parede duodenal na área de fusão entre o pâncreas ventral e dorsal durante o período embrionário.

Tais divertículos, localizados na região periampular, dificultam a canulação da via biliar quando são de grande tamanho. Nessa revisão, foram analisados os vídeos e informes de 2.641 CPREs, realizados entre janeiro de 2005 a abril de 2007, em clínica de terapia endoscópica. Foi traçado o perfil social dos pacientes, patologias associadas e estabelecida a taxa de sucesso do procedimento. O baixo índice de insucesso (apenas 1,02%) não reflete a dificuldade de canulação, sendo necessário, em algumas vezes, técnicas alternativas para canulação profunda da via biliar principal.

Unitermos: Divertículos Duodenais, Colangiografia Endoscópica, Papila de Vater.

SUMMARY

Duodenal diverticulum are present with relative frequency during Endoscopic Colangiography (ERCP). They are surpassed just by large intestine diverticulum. Their probable ethiology would be due to duodenal wall weakness at fusion place between ventral and dorsal pancreas in embryo.

These diverticulum, at periampular region, make bile duct cannulating difficult when they are large. Videos and comments of 2641 ERCPs were analysed, performed between January 2005 and April 2007, at endoscopic therapy clinic. Patients social profile was traced, related pathologies and procedure success rate. Low rate of unsuccess (just 1,02%), doesn't represent difficulty of cannulating, been necessary sometimes, alternative techniques for deep cannulating of common bile duct.

Keywords: Duodenal Diverticulum, Endoscopic Colangiography, Papilla of Vater.

INTRODUÇÃO

A primeira descrição de um divertículo duodenal foi feita em 1710 por Chomel, patologista francês¹. Há relatos que sua maior frequência é em pacientes maiores de 50 anos e que é a segunda localização mais frequente depois do cólon².

Uma das explicações possíveis seria a debilidade da parede duodenal em relação à fusão do pâncreas ventral e dorsal³. Estudos anteriores sugerem que os divertículos da segunda porção do duodeno podem ocasionar maior incidência de patologias biliares com dificuldade de canulação, e a resolução de tais patologias seja conseguida mediante terapias endoscópicas dirigidas.

Objetivo: Avaliar a frequência de divertículos duodenais evidenciados por colangiografia endoscópica (CPRE) e definir o perfil dos pacientes atendidos.

1. Médico Assistente do Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Geral de Fortaleza. Clínica Endoscopy. Membro Titular da SOBED. 2. Universidade Federal do Amazonas. 3. The Latin American Advanced Gastrointestinal Endoscopy Training Center Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo. Santiago. Chile. **Endereço para Correspondência:** Francisco Antônio Araújo Oliveira. Av. Rui Barbosa, 880, Ap. 302, bairro Meireles, Fortaleza, CE. CEP: 60115-220. Tels: 85-3261-4845 / 9973-0851 / e-mail: timoliveira@secrel.com.br. **Recebido em:** 28/12/2009. **Aprovado para publicação em:** 30/03/2010.

Metodologia: Foram revisados os informes e vídeos de 2.641 pacientes em quem se realizou CPRE, no período compreendido entre janeiro de 2005 a abril de 2007. Distribuição segundo sexo, idade, localização do divertículo sob visão endoscópica e enfermidades associadas.

Resultados: Dos 2.641 pacientes examinados, se observou divertículo duodenal em 6,7% (178) de 2.641 exames. Entre os portadores de divertículo, distribuindo em relação ao sexo, 67,28% eram mulheres e 32,72% eram homens. Considerando apenas as mulheres, 6,3% apresentavam divertículo (113 de 1.777). Considerando apenas homens, 7,5% apresentavam divertículos (65 de 864).

A tabela 1 mostra a distribuição por faixa etária.

Anos	Mulher	Divertículo	%	Homem	Divertículo	%
< 40	391	0	0	76	0	0
40-50	281	6	2,13	113	4	3,5
50-60	304	9	2,9	190	4	2,1
60-70	320	34	10,6	214	20	9,3
70-80	275	34	12,3	165	23	13,9
80-90	186	27	14,5	103	13	12,6
90-100	19	2	10,5	3	1	33,3
> 100	1	1	100	0		
TOTAL	1777	113	6,3	864	65	7,5

Distribuindo segundo a localização do divertículo sob visão endoscópica e tomando como referência a papila, encontramos:

- 1º lugar: acima e à esquerda da papila – 58,4% (foto 1)
- 2º lugar: papila intradiverticular – 20,2% (foto 2)
- 3º lugar: à direita da papila – 13,5% (foto 3)
- 4º lugar: papila interdiverticular – 5,6% (foto 3)
- 5º lugar: abaixo da papila – 2,2% (foto 3)

Foto 1



Divertículo acima e à esquerda da papila

Foto 2



Papila intradiverticular

Foto 3



Papila interdiverticular

Em relação aos diagnósticos estabelecidos, vamos encontrar:

Coledocolitíase	79,6%
Estenose biliar	4,6%
Icterícia obstructiva	3,6%
Dilatação de via biliar	3%
Câncer de vesícula	3%
Normal	1,02%
Sem canulação	1,02%
Outros	4,16%
TOTAL	100%

DISCUSSÃO

Em 6,7% das CPRE foi observado divertículo duodenal, taxa que está em concordância com outros autores na literatura.

A grande maioria dos divertículos está acima e à esquerda da papila (sob visão endoscópica), e todos na segunda porção duodenal.

Considerando apenas os homens, a taxa de prevalência foi de 7,5%, superior à taxa observada para as mulheres de 6,3%.

Notamos claro aumento na incidência de divertículos em pessoas com mais de 60 anos, de ambos os sexos, saltando de 2,96% para 10,62% entre mulheres, e de 2,10% para 9,34% entre os homens.

A patologia associada predominante foi coledocolitíase (79,6%), seguido por estenose de via biliar (4,6%).

É provável que a presença de divertículos duodenais seja fator predisponente à formação de cálculos, embora esta relação não tenha sido objetivo deste estudo, merecendo pesquisas futuras.

Alguns procedimentos necessitaram de técnicas alternativas de canulação, por exemplo, auxílio de pinça de biópsia pediátrica para tracionar a papila a um eixo mais favorável à canulação da via biliar (fotos 4 e 5).

Não houve complicações maiores durante a CPRE decorrentes da presença do divertículo. Em dois pacientes não foi possível a canulação (1,02%), taxa menor que em outras grandes séries. Isso não significa que a presença de divertículo não seja fator de dificuldade de canulação. Temos que ressaltar o nível de complexidade da clínica em que são realizadas as colangiografias endoscópicas (quarto nível), com média de 100 procedimentos por mês.

CONCLUSÃO

Foi observada concordância com a literatura. A presença dos divertículos está relacionada com a idade avançada, havendo discreta superioridade na taxa de prevalência dos homens em relação às mulheres. A baixa taxa de insucesso da CPRE diante de tais divertículos não reflete a dificuldade do procedimento; além do mais, a falta de êxito não deve ser atribuída à sua presença. Métodos alternativos de canulação propiciam sucesso da terapia endoscópica.

REFERÊNCIAS

1. Kellie C. Mathis, MD; David R. Farley, MD – Operative Management of Symptomatic Duodenal Diverticulum. *The American Journal of Surgery* 193 (2007) 305 -309.
2. Guadarrama Edmundo, Monroy Susana. Divertículo duodenal como causa de dolor abdominal crónica. *An Méd Asoc Hosp ABC* 2003; 48 (2): 114-117.
3. Machado-Mayuri Alberto; Gomes Correa A. Asociación entre presencia de divertículos duodenales y coledocolitiasis. *Enfermedades del aparato Digestivo* 198; 1: 13-16.
4. R Lai, ML Freeman Endoscopic Ultrasound Guided Bile Duct Access for rendezvous ERCP drainagen in the setting of intra-divericular papila – *Endoscopy* 2005; 37: 487-489.
5. Zoepf Thomas, Zoepf Daniela-Susanne. The relationship between juxtapapillary duodenal divertculo and disorders of the biliopancreatic system: analysis of 350 patients. *Gastrointestinal Endoscopy* 2001; 54: 56-61.

Foto 4



Tração papilar com pinça

Foto 5



Radioscopia