

Uma Rara Complicação da Pancreatite Biliar Formando uma Massa Radiológica que Mimetiza um Tumor de Klatskin

Alvina ^{1,*}, Mark Aloysius ¹, Chidera Onwuzo ¹, Bishnu Sapkota ¹

¹ SUNY Upstate Medical University, Syracuse, Nova York, Estados Unidos.

* Correspondência: alvina.1898@gmail.com.

Resumo: Um tumor de Klatskin é um tipo de colangiocarcinoma que se desenvolve na região onde os ductos biliares hepáticos direito e esquerdo se unem para formar o ducto biliar comum. Esses tumores, inicialmente identificados por Altemeier et al. em 1957 e posteriormente detalhados por Klatskin em 1965, geralmente ocorrem dentro de 2 cm da confluência hilar e representam 50–70% de todos os colangiocarcinomas. É fundamental diferenciar tumores de Klatskin de diversas condições benignas e outras lesões malignas que podem mimetizar tanto a apresentação clínica quanto os achados radiológicos, frequentemente chamadas de lesões do tipo Klatskin. Há múltiplos relatos de estenoses hiliares inicialmente diagnosticadas como colangiocarcinoma, e verificou-se que 5–15% desses casos acabam apresentando lesões benignas após o exame histopatológico final. Até onde sabemos, não há casos relatando uma complicação de pancreatite biliar levando à formação de uma lesão radiológica mimetizando um tumor do tipo Klatskin. Portanto, este relato de caso representa a primeira ocorrência documentada desse fenômeno intrigante.

Palavras-chave: Pancreatite Biliar; Tumor Tipo Klatskin; Colangiocarcinoma.

Citação: Alvina, Aloysius M, Onwuzo C, Sapkota B. Uma Rara Complicação da Pancreatite Biliar Formando uma Massa Radiológica que Mimetiza um Tumor de Klatskin. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):139.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr139>

Recebido: 27 Setembro 2025

Aceito: 14 Novembro 2025

Publicado: 1 Dezembro 2025



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A Klatskin tumor is a type of cholangiocarcinoma that arises at the junction of the right and left hepatic ducts, forming the common bile duct. These tumors, first identified by Altemeier et al. in 1957 and later characterized in greater detail by Klatskin in 1965, typically occur within 2 cm of the hilar confluence and account for 50–70% of all cholangiocarcinomas [1]. It is important to distinguish true Klatskin tumors from various benign conditions and other malignant lesions that can mimic their clinical presentation and radiological features, commonly referred to as Klatskin-like lesions [1, 2].

Several reports have described hilar strictures initially suspected to be cholangiocarcinoma, with 5–15% of these cases ultimately proven to be benign upon final histopathological evaluation [3]. To our knowledge, no previous case has been reported in which a complication of biliary pancreatitis resulted in a radiological lesion mimicking a Klatskin-like tumor. Therefore, the present case represents the first documented instance of this unusual and noteworthy phenomenon.

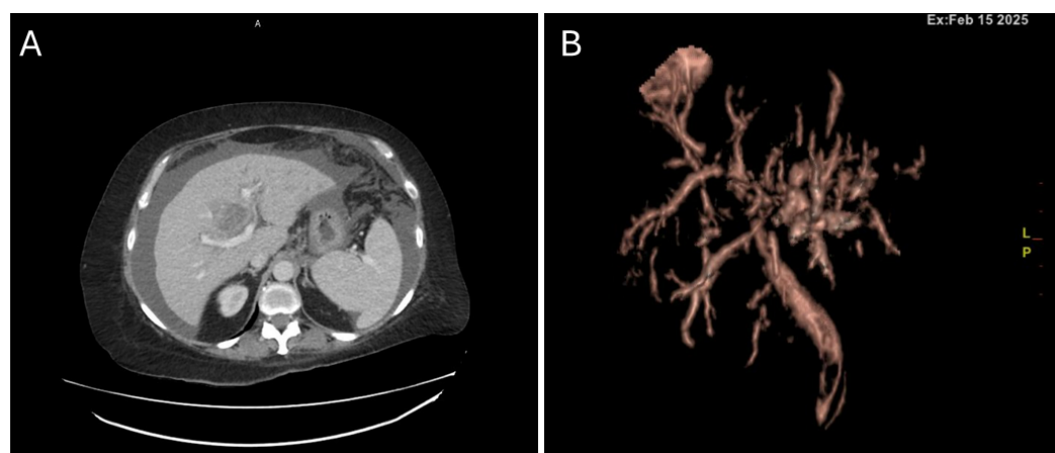
2. Relato de Caso

Uma paciente de 60 anos, com histórico de pancreatite biliar, status pós-CPRE com colocação de stent e esfinterotomia biliar, complicada por fístula pancreatoduodenal e colecistectomia prévia, apresentou-se ao Serviço de Emergência devido ao aumento dos níveis de bilirrubina detectado em exames laboratoriais ambulatoriais. Na admissão, a

paciente relatou perda ponderal significativa de 80 libras, associada a mal-estar e fadiga. Negava febre, dor abdominal, vômitos, diarreia, dor torácica ou dispneia/tosse. Apresentava icterícia. O exame abdominal não revelou alterações relevantes. Os testes de função hepática estavam alterados: AST/ALT 206/64, FA 649, bilirrubina total 9,8 e bilirrubina direta 7,6, achados sugestivos de icterícia colestática. Os marcadores tumorais eram CA 19-9: 102 (redução em relação a 290 um mês antes) e CEA: 1.

Na emergência, a tomografia computadorizada de abdome revelou alterações conhecidas de pancreatite, além de uma massa no hilo hepático medindo $59 \times 54 \times 40$ mm, sugestiva de tumor de Klatskin. Observaram-se dilatação do ducto hepático esquerdo e ascite abdominal (Figura 1A). A CPRM realizada no mesmo dia mostrou uma grande massa lobulada, hipocogênica, porém com realce heterogêneo, medindo $58 \times 39 \times 78$ mm, causando dilatação intra-hepática leve a moderada à esquerda e leve à direita, com colédoco distal não dilatado (Figura 1B). Havia ainda linfonodomegalia periportal leve e ascite difusa leve a moderada, com aparência sugestiva de ascite maligna, considerando os demais achados. Esses resultados elevaram significativamente a suspeita de tumor de Klatskin.

Figura 1. Tomografia computadorizada do abdome e colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) mostrando uma massa no hilo hepático.



Uma CPRE/EUS também foi realizada, porém a massa não pôde ser biopsiada devido à sua localização. A biópsia percutânea foi adiada devido à preocupação com possível disseminação tumoral caso a lesão fosse realmente maligna. Posteriormente, foi realizada uma nova esfínterectomia com extração por balão de coledocolitíase e colocação de stent no colédoco. Uma segunda CPRE, agora com colangioscopia associada à biópsia e escovado citológico dos ductos hepáticos direito e esquerdo, foi realizada, tendo todos os resultados sido negativos para malignidade (Figura 2).

Uma nova TC de abdome e pelve realizada um mês após a alta hospitalar voltou a demonstrar a lesão na região do hilo hepático, agora acentuadamente aumentada, medindo aproximadamente $52 \times 51 \times 68$ mm, com nítida ampliação em sua extensão cranio-caudal e contorno mais lobulado e mal definido. Não houve novo acometimento vascular nem piora da dilatação dos ductos biliares intra-hepáticos. A lesão não apresentou realce significativo nas fases arteriais e exibiu realce interno heterogêneo nas fases venosas. Não havia realce periférico que sugerisse abscesso. Essa rápida mudança de tamanho e o contorno heterogêneo favoreceram a hipótese de processo infeccioso/inflamatório, em vez de processo neoplásico (Figura 3).

3. Discussão e Conclusão

Este relato de caso descreve uma ocorrência rara de uma complicação de pancreatite biliar que levou à formação de uma lesão radiológica mimetizando um tumor tipo Klatskin, o primeiro caso deste tipo descrito na literatura. Kumar et al., em seu estudo,

documentam as diversas etiologias das lesões semelhantes ao tumor de Klatskin, incluindo causas inflamatórias (como colangiopatia relacionada ao IgG4 e colangiopatia eosinofílica), infecciosas (como colangiopatia relacionada à AIDS e tuberculose biliar), vasculares (como colangiopatia associada à hipertensão portal), tóxicas (efeitos pós-quimioterapia), traumáticas e neoplásicas, tanto malignas, como carcinoma hepatocelular, quanto benignas, como neurilemoma. Além disso, condições variadas, como a doença de Erdheim-Chester e casos idiopáticos, também contribuem para o espectro de lesões que mimetizam tumores de Klatskin [1].

Figura 2. CPRE realizada durante a qual foram coletadas biópsias por escovado.

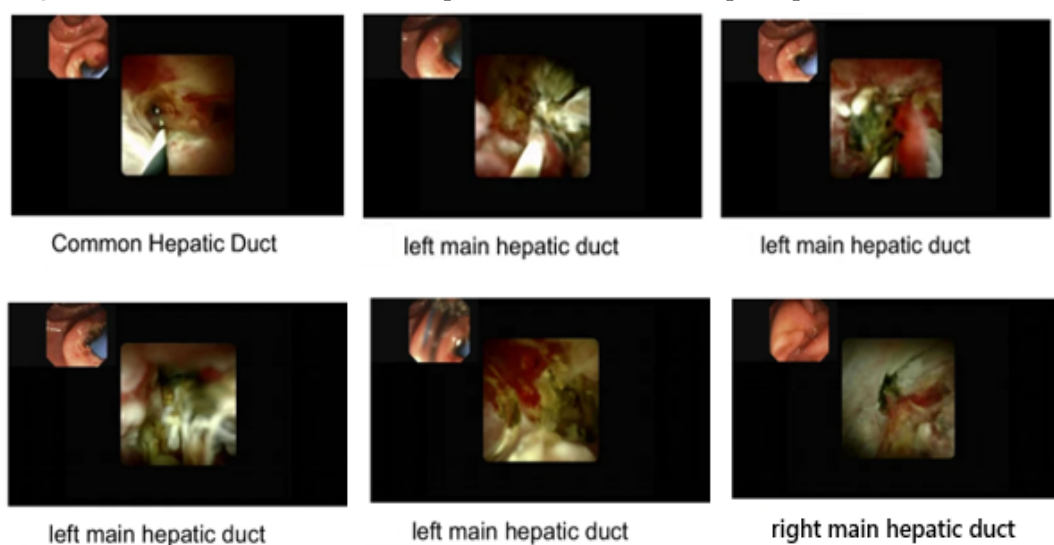


Figura 3. Tomografia computadorizada do abdômen um mês depois, mostrando aumento do tamanho da massa no hilo hepático.



Na colangiopatía relacionada ao IgG4 observam-se níveis elevados de IgG4 e este-nose biliar frequentemente acompanhada de pancreatite autoimune, enquanto na colan-giopatia eosinofílica há eosinofilia, achados ausentes em nossa paciente [4]. Até onde sa-bemos, um tumor inflamatório localizado no hilo hepático decorrente de pancreatite biliar não foi previamente descrito.

Tanto as estenoses biliares malignas quanto benignas apresentam sintomas clínicos semelhantes, incluindo icterícia, prurido, urina escura, fezes hipocólicas, desconforto ab-dominal e fadiga. Além disso, os níveis de bilirrubina e marcadores tumorais séricos, como antígeno carboidrato 19-9 (CA19-9), interleucina-6 (IL-6) e lipocalina associada à ge-latinase de neutrófilos (NGAL), não apresentam acurácia diagnóstica suficiente para dife-renciar de forma confiável entre estenoses malignas e benignas [5]. O CA19-9 elevado na paciente provavelmente representou um falso positivo relacionado ao histórico de pan-creatite aguda recorrente e icterícia colestática, e não a uma etiologia neoplásica. Tsalis et al. observaram que algumas lesões que mimetizam tumores de Klatskin, como tubercu-lose, sarcoidose, linfoma e metástases, também podem apresentar linfadenopatia, como visto neste caso, levando a um possível erro diagnóstico [6].

No presente caso, os exames radiológicos iniciais, incluindo tomografia computado-rizada e colangiorressonância (MRCP), foram sugestivos de tumor de Klatskin. O desafio diagnóstico decorreu do aspecto radiológico da massa intra-hepática, que se assemelhava intensamente a uma neoplasia; contudo, a avaliação histopatológica e exames radiológicos subsequentes revelaram que a lesão era provavelmente benigna, derivada de um processo infeccioso/inflamatório secundário à pancreatite biliar. Nossa hipótese é que a pancreatite biliar recorrente, associada à esfínterotomia pós-CPRE, à colocação de stent e à fístula pancreatoduodenal, criou uma via permissiva para o trânsito de líquido pancreático rico em enzimas ao longo do ligamento hepatoduodenal até o hilo hepático. Isso provavel-mente desencadeou um processo inflamatório intenso, necrose e subsequente organização em um pseudotumor inflamatório na região hilar. A localização dessa massa resultou em um achado radiológico indistinguível de um tumor de Klatskin.

Uma importante limitação deste caso é a ausência de uma biópsia com agulha grossa da massa hilar, que foi evitada devido ao risco de disseminação tumoral, caso a lesão fosse maligna. Como consequência, nosso diagnóstico de pseudotumor inflamatório relacio-nado à pancreatite biliar permanece presuntivo e fundamentado na histologia intraductal negativa associada à evolução clínica e radiológica. Isso destaca a importância de consi-derar um amplo diagnóstico diferencial ao se deparar com massas próximas ao hilo hepá-tico, a fim de evitar erros diagnósticos, angústia desnecessária ao paciente e intervenções cirúrgicas indevidas. Embora uma avaliação clínica cuidadosa e métodos radiológicos não invasivos multimodais possam auxiliar substancialmente, técnicas invasivas com confir-mação histopatológica permanecem essenciais para o diagnóstico definitivo em muitos casos.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O paciente forneceu consentimento informado por escrito para participar do estudo, que foi conduzido de acordo com os princípios éticos da Declara-ção de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Senthil Kumar MP, Marudanayagam R. Klatskin-like lesions. *HPB Surg.* 2012;2012:107519. doi: 10.1155/2012/107519. Epub 2012 Jun 28. PMID: 22811587; PMCID: PMC3395250.

2. Knoefel WT, Prenzel KL, Peiper M, Hosch SB, Gundlach M, Eisenberger CF, Strate T, Scheunemann P, Rogiers X, Izbicki JR. Klatskin tumors and Klatskin mimicking lesions of the biliary tree. *Eur J Surg Oncol*. 2003 Oct;29(8):658-61. doi: 10.1016/s0748-7983(03)00148-3. PMID: 14511613.
3. Worley PJ, Roberts-Thomson IC, Dymock RB, Maddern GJ. Benign inflammatory pseudotumour of the biliary tract masquerading as a Klatskin tumour. *HPB (Oxford)*. 2001;3(2):179-81. doi: 10.1080/136518201317077215. PMID: 18332922; PMCID: PMC2020800.
4. Naitoh I, Nakazawa T. Classification and Diagnostic Criteria for IgG4-Related Sclerosing Cholangitis. *Gut Liver*. 2022 Jan 15;16(1):28-36. doi: 10.5009/gnl210116. PMID: 34380781; PMCID: PMC8761932.
5. Koea J, Holden A, Chau K, McCall J. Differential diagnosis of stenosing lesions at the hepatic hilus. *World J Surg*. 2004 May;28(5):466-70. doi: 10.1007/s00268-004-7034-z. Epub 2004 Apr 19. PMID: 15085401.
6. Tsalis K, Parpoudi S, Kyziridis D, Ioannidis O, Savvala NA, Antoniou N, Symeonidis S, Konstantaras D, Mantzoros I, Pramateftakis MG, Kotidis E, Angelopoulos S. Klatskin tumors and "Klatskin-mimicking lesions": our 22-year experience. *Rev Esp Enferm Dig*. 2019 Feb;111(2):121-128. doi: 10.17235/reed.2018.5749/2018. PMID: 30421957.