

Icterícia Obstrutiva por Cisto Hidático: Relato de Caso

Beatriz Cuiabano Arruda Borges ^{1,*}, Luccas Galdino de Oliveira Borges ¹, Juan Kober Manzoni ¹, Carlos Alberto Tomatis Loth ¹

¹ Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU-FURG/EBSERH), Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil.

* Correspondência: beatriz.arruda@hotmail.com.

Resumo: O cisto hidático é uma doença parasitária causada por *Echinococcus granulosus*, comum em regiões endêmicas e caracterizada pelo desenvolvimento de cistos no fígado ou pulmões. Este relato descreve o caso de um paciente de 25 anos, residente de uma área rural no Sul do Brasil, que apresentou quadro de icterícia obstrutiva causada por um cisto hidático hepático de grandes dimensões. O diagnóstico foi confirmado por exames de imagem (colangiografia) e sorologia. O tratamento consistiu na administração de albendazol seguido de exérese cirúrgica do cisto, realizada com sucesso e sem complicações. O paciente evoluiu positivamente, recebendo alta no décimo dia pós-operatório. Este caso reforça a importância do diagnóstico precoce e do manejo adequado da hidatidose, além de destacar a necessidade de estratégias de controle em áreas endêmicas.

Palavras-chave: Equinococose; Cisto Hidático; Icterícia.

Citação: Borges BCA, Borges LGO, Manzoni JK, Loth CAT. Icterícia Obstrutiva por Cisto Hidático: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr25.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr25>

Recebido: 10 September 2024

Aceito: 28 Setembro 2024

Publicado: 02 Outubro 2024



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

1. Introdução

O cisto hidático é uma forma de evolução da doença parasitária denominada Equinococose ou Hidatidose Humana, patologia endêmica em vários países, inclusive na região Sul do Brasil [1, 2]. As regiões rurais com criações de animais como ovelhas e gado, onde os cães convivem próximos aos humanos e aos animais de produção, apresentam maior risco de transmissão, visto que a transmissão ocorre quando os humanos (hospedeiros acidentais) ingerem alimentos ou água infectada por ovos de parasitas contaminados por fezes ou contato direto com cães infectados (hospedeiros definitivos).

A equinococose apresenta uma prevalência de 1 a 10 casos por 100.000 habitantes em áreas endêmicas, o que corrobora para o desafio no diagnóstico associado à evolução lenta e assintomática da doença o que respalda também a elevada taxa de mortalidade, principalmente em áreas com falta de controle sanitário adequado, devido ao não acesso ou procura ao sistema de saúde para o tratamento, evoluindo para complicações como ruptura do cisto e anafilaxia [1, 2].

O cisto hidático possui uma sintomatologia que se manifesta tardiamente devido ao crescimento lento dos cistos, ainda que uma minoria destes podem causar sintomas e raramente associar-se a morbidade e mortalidade graves [3, 4]. Efeitos de massa ocasionados pelos cistos podem gerar uma série de sintomas: colestase; hipertensão portal; síndrome de Budd-Chiari; ainda que podem se romper no peritônio, causando peritonite, fístulas ou hidatidose pulmonar [4, 5]. O diagnóstico é difícil devido a raridade da doença e a gama de diagnósticos diferenciais existentes para quando o caso é sintomático. Ele geralmente é realizado por técnicas de imagens em conjunto com sorologias. Pacientes que se apresentam assintomáticos, podem ter benefícios na rastreio com ambos, desde que vivam em área endêmica [5, 6]. Ultrassonografias, ressonância magnéticas (RM) ou tomografias

computadorizadas (TC), apresentam-se como os principais métodos de imagem para diagnóstico, principalmente ambas últimas, pois a partir destas podem ser verificadas localizações precisas, números de cisto e detalhes anatômicos que podem auxiliar e orientar o tratamento [5].

Quando o diagnóstico é bem estabelecido deve-se iniciar o tratamento medicamentoso, a fim de diminuir a proliferação parasitária e estabilizar o quadro clínico. Porém, em alguns casos, o tratamento medicamentoso não é eficaz, necessitando terapia adjuvante com cirurgia, principalmente em cistos com estágios avançados ou diâmetros maiores que 5 centímetros. O procedimento cirúrgico deve ser cuidadoso, com a finalidade de evitar nova incidência de focos e retirar todo material presente [4-7]. Paciente que sofre dessa doença, devem ter seguimento ambulatorial frequente, devido a possibilidade de recidivas locais ou em outros sítios [7].

Em resumo, a Equinococose é uma zoonose global com impacto importante em regiões rurais e agrícolas como apresentado no caso. A prevenção e o controle eficazes dependem de medidas integradas de saúde pública. Assim, a compreensão da sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento é crucial para o controle eficaz da doença. Dessa forma, este trabalho representa uma forma de esforço em pesquisas, vigilância e educação que é necessário para diminuir a carga da equinococose cística e melhorar a qualidade de vida das populações afetadas além de apresentar um relato de caso da doença desde a suspeita diagnóstica até o seguimento ambulatorial do paciente após a cirurgia e, por fim, contribuir com o meio científico para facilitar a compreensão da doença e manejo terapêutico [1-4].

2. Relato de Caso

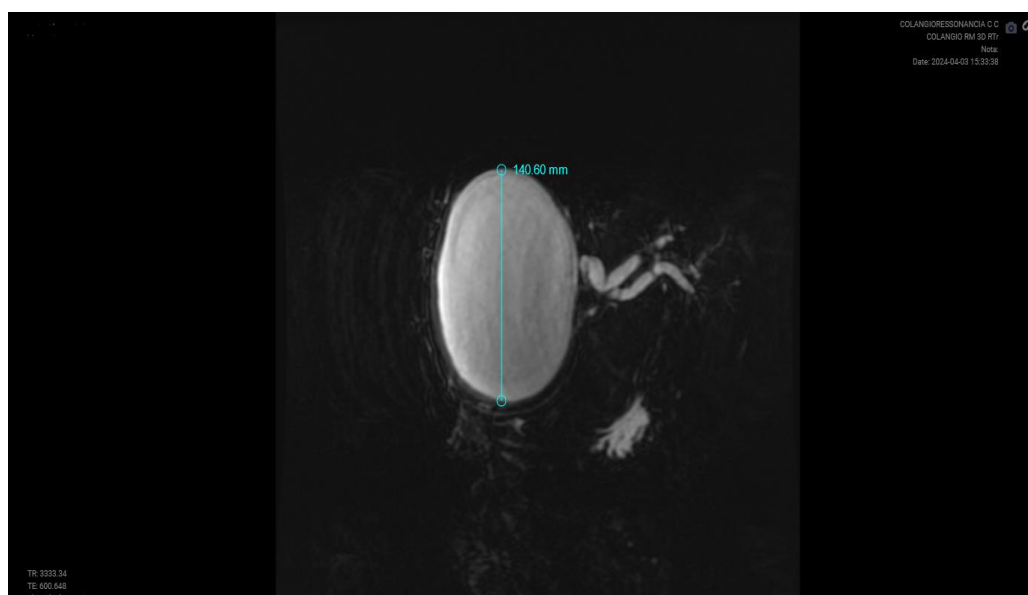
Paciente, masculino, 25 anos, pardo, procedente de Arroio Grande – RS, região endêmica rural, previamente hígido, apresentou quadro de icterícia progressiva. No início dos sintomas, foi realizada investigação diagnóstica em cidade de origem, com ultrassonografia abdominal a qual evidenciou uma volumosa imagem cística em lobo direito hepático em sua face visceral, com provável compressão sobre o hilo hepático, vias biliares intra-hepáticas discretamente dilatadas, cisto hepático medindo 13,3 x 11,9 x 12,5 cm e volume de 1.035 cm³, – quadro ecográfico compatível com cisto hidático. Assim, foi indicado complementação diagnóstica com tomografia computadorizada (TC) com demonstração de volumosa lesão cística localizada no fígado, com efeito expansivo, determinando compressão sobre os ductos biliares e consequente dilatação das vias biliares e deslocamento posterior da veia porta caracterizando um cisto hidático, porém não realizou seguimento médico.

Após 3 meses de evolução do quadro começou a apresentar sintomas associados como dor epigástrica, perda de peso involuntária, colúria, prurido e vômitos o levando a procurar atendimento médico novamente quando foi transferido para o serviço de internação hospitalar para realização de tratamento. Durante a internação foi realizada colangiressonância (Figura 1) com confirmação de volumosa formação cística unilocular hepática junto ao hilo, medindo cerca de 140x100mm, com acentuado efeito compressivo sobre as vias biliares na região do hilo, condicionando importante dilatação das vias biliares montante e foi solicitado, também, sorologia em hemaglutinação para anticorpos totais para Equinococos com resultado positivo, em titulação 1:640.

Após a confirmação diagnóstica, foi prescrito albendazol e programado abordagem cirúrgica. Após preparo pré-operatório foi realizado exérese de cisto hidático com proteção da cavidade abdominal e isolamento do cisto com compressas úmidas contendo conteúdo hipertônico. No intraoperatório foi realizada a injeção de cloreto de sódio a 20% em cápsula cística e após 6 minutos da ação da substância, prosseguiu com aspiração do conteúdo líquido do cisto e retirada da cápsula cística (Figura 2) e enviado para análise de anatomopatológico em laboratório, procedimento realizado sem intercorrências. No pós-

operatório paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial satisfatória, recebendo alta no 10º dia pós-operatório sem queixas e orientado uso de albendazol por mais 3 meses e acompanhamento seriado de enzimas hepáticas e canaliculares.

Figura 1. Colangiressonância magnética mostrando uma volumosa formação cística unilocular localizada no lobo direito do fígado, medindo aproximadamente 140 x 100 mm. A imagem evidencia o efeito compressivo significativo sobre as vias biliares, especialmente na região do hilo hepático, resultando em importante dilatação das vias biliares a montante. Esse achado é compatível com um cisto hidático, contribuindo para o quadro de icterícia obstrutiva observado no paciente. A imagem foi crucial para o planejamento cirúrgico, permitindo a delimitação da lesão e sua relação com estruturas hepáticas vitais.



O quadro descrito relata uma forma grave de equinococose hepática, na qual a localização do cisto hidático no fígado provoca compressão significativa sobre as vias biliares, culminando em icterícia obstrutiva. A fisiopatologia subjacente envolve o efeito expansivo do cisto, que, à medida que cresce, comprime as estruturas hepáticas adjacentes, principalmente os ductos biliares, resultando em obstrução do fluxo biliar. A obstrução das vias biliares gera um quadro clínico de colestase, com sintomas clássicos de icterícia, colúria, acolia e prurido. O atraso no diagnóstico e tratamento pode levar a um desfecho grave devido a piora da função hepática, resultando em cirrose biliar secundária ou até falência hepática.

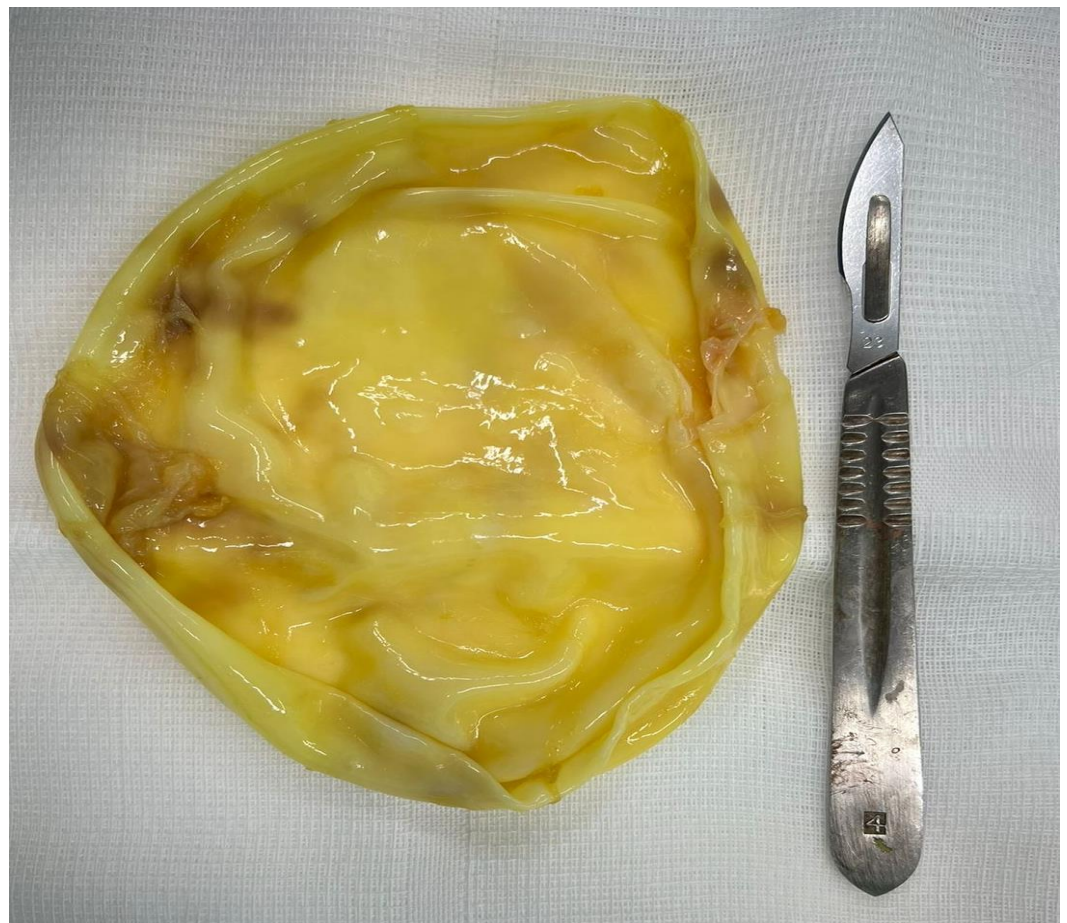
Conforme análise dos achados clínicos e evolução fisiopatológica, a dilatação das vias biliares identificada na colangiressonância demonstra a severidade do quadro e a necessidade de intervenção urgente, já que a obstrução prolongada pode resultar em complicações como colangite ou falência hepática. Ademais, o diagnóstico sorológico positivo para *Echinococcus* é a forma de confirmação da etiologia parasitária e justifica a terapêutica antiparasitária precoce com albendazol para evitar a disseminação larval sistêmica, que poderia culminar em anafilaxia ou em envolvimento de outros órgãos durante a manipulação cirúrgica para exérese da cápsula do cisto e desobstrução da via biliar.

3. Discussão

O cisto hidático é uma forma de evolução da doença parasitária denominada Equinococose ou Hidatidose Humana, patologia endêmica em vários países, inclusive na região Sul do Brasil [8, 9]. O ciclo de vida do parasita envolve dois hospedeiros principais:

o definitivo, que são os cães e outros canídeos, e o intermediário que são as ovelhas, gado e ocasionalmente os humanos. Assim, locais onde a criação de gado e ovelhas é comum, a chance de contaminação é maior, visto que os humanos se infectam acidentalmente ao ingerir os ovos do parasita presente em alimentos, água ou solo contaminado por fezes de cães infectados.

Figura 2. Peça cirúrgica retirada durante a exérese do cisto hidático. A imagem mostra a cápsula do cisto após a aspiração do conteúdo líquido e o tratamento com solução de cloreto de sódio a 20%, utilizado para inativar as larvas do parasita e prevenir a disseminação. O procedimento cirúrgico foi realizado com isolamento da cavidade abdominal para evitar o extravasamento do conteúdo cístico e minimizar o risco de anafilaxia. A cápsula cística foi enviada para análise anatomopatológica, confirmando a natureza parasitária do cisto. A exérese foi realizada com sucesso, sem complicações intraoperatórias. Para fins de comparação, o bisturi ao lado apresenta-se com 13 centímetros de tamanho.



A equinococose é causada pela forma larval da tênia *Echinococcus granulosus* [6, 8] e caracteriza-se pelo desenvolvimento de cistos de dimensões variáveis, localizados mais frequentemente no fígado e nos pulmões, onde se desenvolvem os cistos hidáticos, embora possa haver acometimento de outros órgãos [13-16]. Estes cistos podem crescer lentamente, atingindo grandes tamanhos e contendo milhares de pequenas larvas. A sintomatologia varia de acordo com a localização, tamanho e número de cistos. Geralmente todo o processo de disseminação e proliferação é assintomático, apresentando manifestações clínicas apenas quando o órgão já está bastante comprometido. Os principais sinais clínicos são relacionados aos locais mais comuns de instalação dos parasitas e formação dos cistos. No fígado, onde ocorre 70% dos casos, pode ocorrer dor abdominal, massa

palpável, hepatomegalia e icterícia. Nos pulmões, segundo local mais comum, pode apresentar tosse, hemoptise, dor torácica e dispneia. Porém, em casos de ruptura do cisto, seja ela esporádica ou durante a manipulação cirúrgica, há evolução do quadro para febre, urticária e complicações potencialmente fatais como uma reação anafilática intensa [17].

É válido lembrar que no contexto de icterícia obstrutiva, o diagnóstico diferencial inicial inclui uma ampla gama de condições, como colangiocarcinoma, coledocolitíase, pancreatite crônica e outras causas de compressão extrínseca das vias biliares. A diferenciação entre essas condições e o cisto hidático é feita através de exames de imagem e testes sorológicos específicos. Assim para a realização do diagnóstico é necessária uma combinação de métodos clínicos, laboratoriais, de imagem e história clínica do paciente, especialmente em áreas endêmicas, é crucial. Entre os exames laboratoriais, os testes sorológicos como o ELISA e a hemaglutinação indireta, são os mais bem indicados para detecção de anticorpos contra o parasita. Já os exames de imagem são essenciais para visualização dos cistos e definição de suas características, os mais indicados são a ultrassonografia, a Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Magnética (RM). Outra forma de teste confirmatório é com a biologia molecular através da peça cirúrgica.

No caso descrito, houve uma suspeita clínica considerando a procedência de uma região endêmica para equinococose e procedeu-se com a ultrassonografia abdominal que mostrou uma imagem cística, que não foi capaz de diferenciar todas as etiologias possíveis, porém este é o primeiro exame a ser realizado para o estudo da via biliar devido ao baixo custo e boa disponibilidade e capacidade de identificação de alterações estruturais excluindo certos diagnósticos diferenciais. A tomografia computadorizada (TC) ao revelar uma massa cística lobulada intra-hepática com característica de compressão hilar e a dilatação biliar associada, foi essencial para suspeitar de um cisto hidático. A confirmação foi obtida com sorologia para anticorpos contra *Echinococcus*. A colangiografia por ressonância contribuiu para o planejamento cirúrgico, ao delimitar com precisão a relação entre o cisto e as estruturas biliares.

Recentemente, a combinação de métodos de imagem com técnicas moleculares e testes imunológicos avançados tem aprimorado o diagnóstico de cisto hidático. A utilização de PCR para identificação direta do DNA parasitário a partir de amostras biológicas está sendo progressivamente incorporada, fornecendo maior especificidade e sensibilidade diagnóstica. Já para o tratamento é a associação medicamentosa com compostos benzimidazólicos (albenzadól e mebendazol) e cirurgia cautelosa. Para a realização do ato cirúrgico, é necessário a punção do cisto com esvaziamento e injeção de substâncias escolícidas para a paralização das larvas e redução da chance de anafilaxia. Já em casos irrissecáveis, o tratamento com albenzadól é o utilizado e, naqueles que cursam com hipertensão porta e falência hepática, o transplante hepático pode ser indicado [4]. No tratamento, novas abordagens minimamente invasivas, como a drenagem percutânea guiada por ultrassom com injeção de escolícidas, têm sido exploradas como alternativas à cirurgia aberta em casos selecionados. A administração de agentes antiparasitários, como albenzadól, associada a essas técnicas, tem mostrado eficácia na prevenção da recidiva.

O caso em questão ressalta a relevância do controle da hidatidose humana principalmente em áreas endêmicas. A equinococose é uma zoonose negligenciada que ainda apresenta desafios significativos não só no seu diagnóstico como também no controle em regiões rurais onde o ciclo de vida do parasita é perpetuado pela interação entre cães, ovelhas e humanos. Programas de saúde pública voltados para a educação em higiene, controle de animais domésticos e desparasitação regular de cães em áreas rurais são fundamentais para reduzir a incidência. Além disso, a propagação de informação para o diagnóstico precoce em áreas endêmicas pode diminuir a morbidade e a necessidade de intervenções cirúrgicas invasivas, com impacto direto na carga do sistema de saúde. A vigilância epidemiológica é crucial para a detecção de surtos e para o planejamento de estratégias preventivas a longo prazo.

Assim, para melhoria da saúde pública e o controle das zoonoses, normas preventivas são de extrema importância como medidas higiênicas como lavagem das mãos, em especial após contato com cães, ovinos e bovinos e antes de manipular alimentos; controle sanitário dos animais abatidos, acompanhamento de seu estado epidemiológico, para identificação das áreas-problema e para apoio ao planejamento e avaliação das medidas de controle; diagnóstico e tratamento com anti-helmíntico de cães em áreas endêmicas, mediante orientação do médico veterinário e, em áreas com ocorrência da doença, evitar o contato das crianças com as fezes desses animais [3].

4. Conclusão

Este relato de caso destaca a importância do diagnóstico precoce e do manejo adequado do cisto hidático em regiões endêmicas, como o Sul do Brasil, onde a doença representa um desafio significativo de saúde pública. A rápida identificação e o tratamento eficaz são fundamentais para evitar complicações graves, como a ruptura do cisto e reações anafiláticas potencialmente fatais. A abordagem cirúrgica associada ao uso de terapias antiparasitárias, como o albendazol, mostrou-se eficaz neste caso, com recuperação total do paciente. A experiência reforça a necessidade de um protocolo clínico bem definido para a detecção e tratamento de cistos hidáticos, considerando os avanços recentes em técnicas de imagem e intervenções menos invasivas.

Do ponto de vista da saúde pública, este caso sublinha a importância de medidas preventivas, como o controle de zoonoses, educação sobre práticas higiênicas, e campanhas de conscientização nas áreas rurais, onde a doença é mais prevalente. O aumento da vigilância epidemiológica também pode ajudar a reduzir a incidência de novos casos. Ademais, em áreas endêmicas o uso do Praziquantel em cães infectados, vacinação em carneiros e impedir o contato entre ambos, tem-se tornado medidas de prevenção adequadas. Por fim, são necessárias mais pesquisas para aperfeiçoar as opções terapêuticas, especialmente no tratamento de cistos inoperáveis ou complicados, e para desenvolver melhores estratégias de prevenção e controle em populações vulneráveis.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande – FURG sobre o número de parecer 7.040.579 de 29 de agosto de 2024.

Agradecimentos: Não se aplica.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Moreira RK, Koppe D, Marconato MC, Zignani JM, Abreu M, Pitrez LH, Genro CH, Furtado AP. Cisto hidático pulmonar gigante: relato de um caso. *Radiol Bras*. 2001 Jun;34(3):175-6. doi:10.1590/s0100-39842001000300012.
2. Ministério da Saúde. Hidatidose Humana. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hidatidose-humana>. Acesso em: 24 jul. 2024.
3. Ministério da Saúde. Hidatidose Humana no Brasil: manual de procedimentos técnicos para o diagnóstico parasitológico e imunológico. Brasília: MS; 2011. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hidratose_humana_brasil.pdf. Acesso em: 25 jul. 2024.
4. Regev A. Diagnosis and management of cystic lesions of the liver. *UpToDate*. 2024 Jul 30. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-cystic-lesions-of-the-liver?search=equinococse&source=search_result&selectedTitle=5%7E35&usage_type=default&display_rank=5. Acesso em: 30 jul. 2024.
5. Moro PL. Echinococcosis: Clinical manifestations and diagnosis. *UpToDate*. 2024 May 21. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/echinococcosis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=equinococse&source=search_result&selectedTitle=1%7E35&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 21 mai. 2024.
6. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA; Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Trop*. 2010 Apr;114(1):1-16. doi:10.1016/j.actatropica.2009.11.001. PMID: 19931502.

7. Moro PL. Echinococcosis: Treatment. UpToDate. 2024 Aug 2. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/echinococcosis-treatment?search=equinococose&source=search_result&selectedTitle=2%7E35&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 2 ago. 2024.
8. Lamy AL, Cameron BH, LeBlanc JG, et al. Giant hydatid lung cysts in the Canadian northwest: outcome of conservative treatment in three children. *J Pediatr Surg*. 1993;28:1140-3.
9. Barret NR, Thomas D. Pulmonary hydatid disease. *Br J Surg*. 1952;40:222-44.
10. Gürses N, Baysal K, Gürses N. Hydatid cyst in the thyroid and submandibular salivary glands in a child. *Z Kinderchir*. 1986;41:362-3.
11. Karnak I, Ciftci AO, Tanyel FC. Hydatid cyst: an unusual etiology for a cystic lesion of the posterior mediastinum. *J Pediatr Surg*. 1998;33:759-60.
12. Halim A, Vaezzadeh K. Hydatid disease of the genitourinary tract. *Br J Urol*. 1980;52:75-8.
13. Halezeroglu S, Celik M, Uysal A, Senol C, Keles M, Arman B. Giant hydatid cysts of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1997;113:712-7.
14. Burgos L, Baquerizo A, Muñoz W, et al. Experience in the surgical treatment of 331 patients with pulmonary hydatidosis. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1991;102:427-30.
15. Marie C. Equinococose: (doença hidatídica). 2023. Disponível em: https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/doencas-infeciosas/cestodeos-vermes-em-fita/equinococose#Fisiopatologia_v1015215_pt. Acesso em: 24 jul. 2024.