



MARCELO OLIVEIRA MAGALHÃES  
MICHELLE GONÇALVES MAUÉS  
PAULA REGINA DA SILVA TAVARES

**TUMOR DE KLATSKIN: RELATO DE CASO**

MARCELO OLIVEIRA MAGALHÃES  
MICHELLE GONÇALVES MAUÉS  
PAULA REGINA DA SILVA TAVARES

## **TUMOR DE KLATSKIN: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado  
à Comissão de Residência Médica (COREME) da  
FHCGV, para a obtenção título em Cirurgia Geral.

Orientador: Dr Marinaldo Oliveira da Silva

Data da aprovação:

Banca Examinadora

\_\_\_\_\_ - Orientador (a)  
Dr. Marinaldo Oliveira da Silva  
Cirurgião Geral

\_\_\_\_\_ - Avaliador (a)  
Dra. Jessica Seibert dos Santos  
Cirurgiã Geral

\_\_\_\_\_ - Avaliador (a)  
Dr. Arismarcos Romerio Alves Santos Junior  
Cirurgião Geral

## **TUMOR DE KLATSKIN: RELATO DE CASO**

### **KLATSKIN TUMOR: CASE REPORT**

Paula Regina Da Silva Tavares<sup>1</sup>; Marcelo Oliveira Magalhães<sup>1</sup>; Michelle Gonçalves Maués<sup>1</sup>; Marinaldo Oliveira da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Cirurgia Geral – Belém – PA – Brasil

#### **RESUMO:**

**Introdução:** O colangiocarcinoma (CCA) é uma neoplasia que se origina nas células epiteliais dos ductos biliares. Este tumor é raro, representa 3% das neoplasias gastrointestinais e é a segunda causa primária de malignidade hepática. Embora a ressecção cirúrgica seja o único tratamento potencialmente curativo, apenas cerca de um em cada cinco pacientes com CCA é elegível para cirurgia no momento da apresentação, principalmente por causa da doença metastática ou localmente avançada no momento do diagnóstico. **Relato de caso:** Paciente masculino, 77 anos, portador de colangiocarcinoma Bismuth II (Tumor de Klatskin) confirmado. Submetido a tratamento cirúrgico e seguimento com quimio e radioterapia. **Conclusão:** Devido complexidade do tratamento cirúrgico do tumor de Klatskin, deve-se considerar o equilíbrio entre segurança e radicalidade do tratamento utilizado.

**Palavras-chave:** Tumor de klatskin; Colangiocarcinoma; Neoplasias do Sistema Biliar; Margens de Excisão.

#### **ABSTRACT:**

**Introduction:** Cholangiocarcinoma (CCA) is a neoplasm that originates in the epithelial cells of the bile ducts. This tumor is rare, represents 3% of gastrointestinal neoplasms and is the second primary cause of liver malignancy. Although surgical resection is the only potentially curative treatment, only about one in five patients with CCA is eligible for surgery at the time of presentation, mainly because of metastatic or locally advanced disease at the time of diagnosis. **Case report:** Male patient, 77 years old, with confirmed Bismuth II cholangiocarcinoma (Klatskin's tumor). He underwent surgical treatment and follow-up with chemo and radiotherapy. **Conclusion:** Due to the complexity of the surgical treatment of Klatskin's tumor, the balance between safety and radicality of the treatment used must be considered.

**Key-words:** Klatskin tumor; Cholangiocarcinoma; Biliary Tract Neoplasms; Margins of Excision.

#### **INTRODUÇÃO**

O colangiocarcinoma (CCA) é uma neoplasia que se origina nas células epiteliais dos ductos biliares. Este tumor é raro, representa 3% das neoplasias gastrointestinais e é a segunda causa primária de malignidade hepática (González Chavarría et al, 2020).

Originalmente descrito por Klatskin em 1965, o colangiocarcinoma hilar representa um dos tumores mais desafiadores para os cirurgiões hepatobiliares, principalmente pelas relações

vasculares anatômicas da confluência biliar no hilo hepático (Lauterio et al, 2021). Portanto, para tentar definir a abordagem cirúrgica correta desse tumor, a classificação de Bismuth, após modificada por Corlette, é bem conhecida entre os cirurgiões gerais e baseia-se na aparência macroscópica do tumor na imagem pré-cirúrgica (Dondossola et al, 2020).

Embora a ressecção cirúrgica seja o único tratamento potencialmente curativo, apenas cerca de um em cada cinco pacientes com CCA é elegível para cirurgia no momento da apresentação, principalmente por causa da doença metastática ou localmente avançada no momento do diagnóstico (Cillo et al, 2019). O tratamento cirúrgico geralmente requer a dissecação do ligamento hepatoduodenal, linfadenectomia, ressecção do ducto biliar extra-hepático, ressecção hepática maior e hepaticojejunostomia em Y de Roux (Stremitzer et al, 2020), apresentando altas taxas de mortalidade, até 69,6% em alguns estudos, principalmente por insuficiência hepática (Van Keulen et al, 2021).

Portanto, a ressecção apenas do ducto biliar extra-hepático pode ser considerada para o Bismuth I CCA e em pacientes frágeis (Cillo et al, 2019). No entanto, em um estudo de pacientes com tumores de Bismuth I ou II, a taxa de sobrevida em 5 anos foi de 30% com ressecção do ducto biliar extra-hepático isoladamente versus 50% com ressecção hepática em bloco (Lim et al, 2013).

Assim, de acordo com a complexidade da abordagem cirúrgica, a decisão de ressecabilidade está estritamente ligada a uma avaliação criteriosa do estado de desempenho do paciente, função hepática, cardíaca, respiratória e renal (Dondossola et al, 2020). Portanto, os cirurgiões devem considerar o equilíbrio entre segurança e radicalidade ao planejar a cirurgia.

Dada a raridade e complexidade do tratamento do tumor de Klatskin, o objetivo do presente estudo foi relatar um caso de tumor de Klatskin submetido a ressecção cirúrgica bem como realizar breve revisão de literatura acerca deste tema.

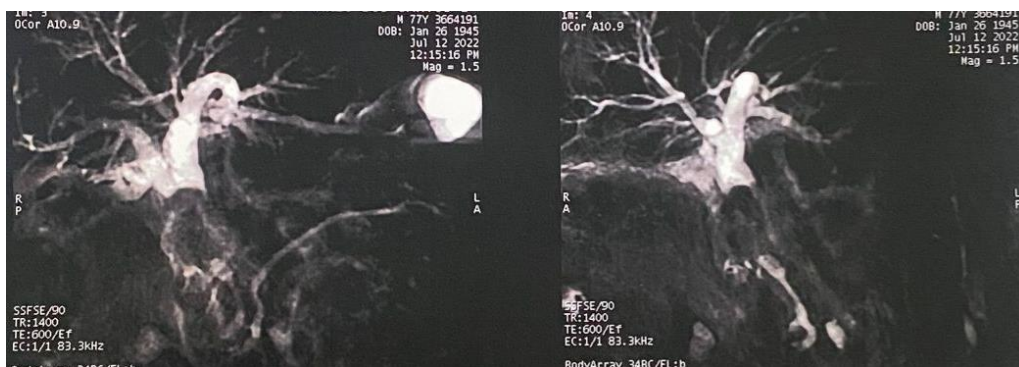
## **RELATO DE CASO**

Um homem de 77 anos procurou atendimento médico com relato de perda de peso (aproximadamente 10 kg) no período de abril a junho de 2022, associado a sinais colestáticos (icterícia, colúria e acolia fecal) iniciados em junho do mesmo ano. Não apresentava dor abdominal ou outras queixas.

Na época, paciente apresentava-se icteríco 3+/4+, e possuía exames laboratoriais

recentes: Gama GT 885, Fosfatase alcalina 1059, Bilirrubina Total 20.6, Bilirrubina direta 10.6, Bilirrubina indireta 10.0, TGO 217, TGP 145, CA 19-9 1409. A colangiressonância demonstrou dilatação dos ductos biliares intra-hepáticos com obstrução abrupta de um padrão semilunar na bifurcação dos ductos biliares hepáticos na placa hilar. O hepatocolédoco distal e intrapancreático estavam normais (Figura 1). Foi solicitada internação hospitalar, bem como tomografia de tórax e abdome com contraste.

Figura 1: Colangiressonância identificando obstrução na confluência dos ductos hepáticos associada a importante dilatação de via biliar.

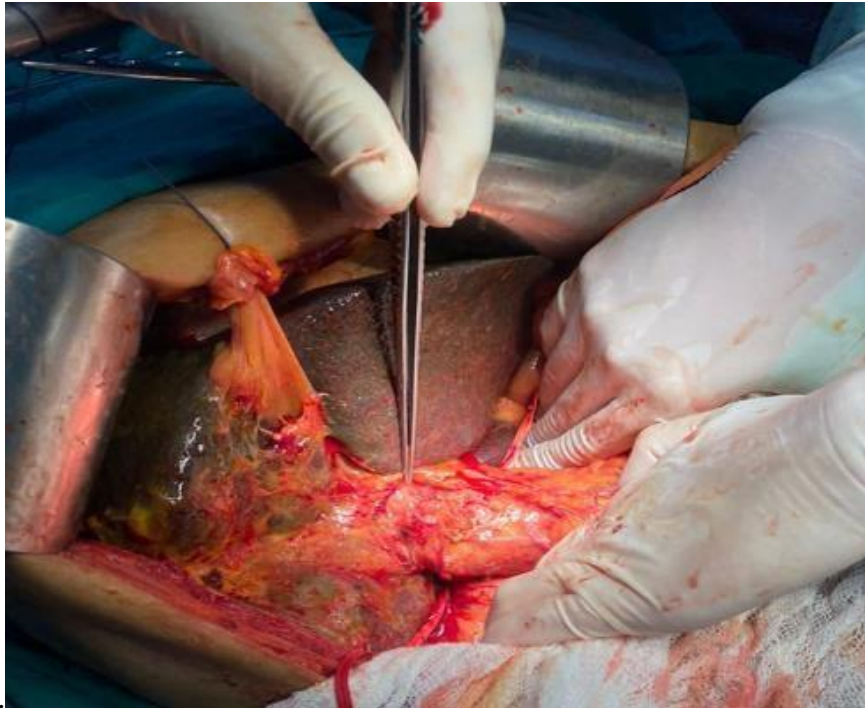


Fonte: Arquivo de imagens da Fundação Hospital das Clínicas Gaspar Vianna

A tomografia abdominal confirmou tumor na bifurcação dos ductos hepáticos (tumor de Klatskin), além de extensas linfonomegalias no hilo hepático e retrocava. Não foram encontrados sinais de implantes hepáticos ou outros órgãos abdominais. A tomografia de tórax também não demonstrou implantes pulmonares.

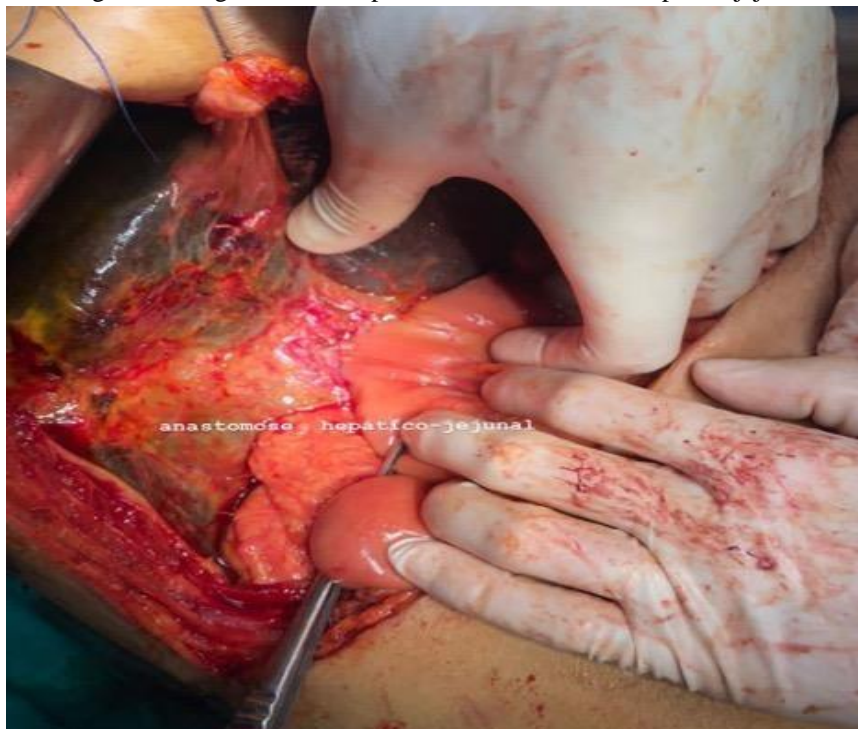
Submetido à laparotomia exploratória com incisão subcostal direita, identificou-se uma massa na confluência dos ductos hepáticos (Bismuth II) sem invasão portal, hepática e do complexo duodenopancreático (Figura 2). Também foi encontrado um aumento linfonodal pré-portal e da artéria hepática comum. A ressecção tumoral foi realizada com margem macroscópica de segurança (desde a bifurcação dos ductos hepáticos direito e esquerdo até o ducto biliar comum distal), com reconstrução em Y de Roux e anastomose hepaticojejunal (Figura 3), além de linfadenectomia da cadeia pré-cava e artéria hepática comum.

Figura 2. Imagem no intra-operatório de tumoração em via biliar.



Fonte: Arquivo pessoal dos pesquisadores.

Figura 3: Imagem no intra-operatório de anastomose hepatico-jejunal



Fonte: Arquivo pessoal dos pesquisadores.

O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com redução da icterícia, aceitação da dieta oferecida e funções de eliminação preservadas. O paciente recebeu alta hospitalar no 12º PO, com retorno ambulatorial agendado em 7 dias para reavaliação e verificação anatomopatológica.

Quando o paciente retornou em consulta ambulatorial, manteve-se em melhora clínica, apresentando também resultado de exame anatomopatológico com achados de: adenocarcinoma moderadamente diferenciado e invasivo, invasão neoplásica linfovascular e perineural presente, margens cirúrgicas comprometidas por neoplasia. Foi encaminhado à oncologia clínica para acompanhamento.

Além disso, também foi submetido à PET/CT, que mostrou linfonodomegalias abdominais retroperitoneais hipermetabólicas nas cadeias do forame omental, interaortocava e para-aórtico esquerdo, suspeitas de disseminação secundária. Foi determinado que ele realizará de 25 a 30 sessões de radioterapia e aguarda agendamento de quimioterapia.

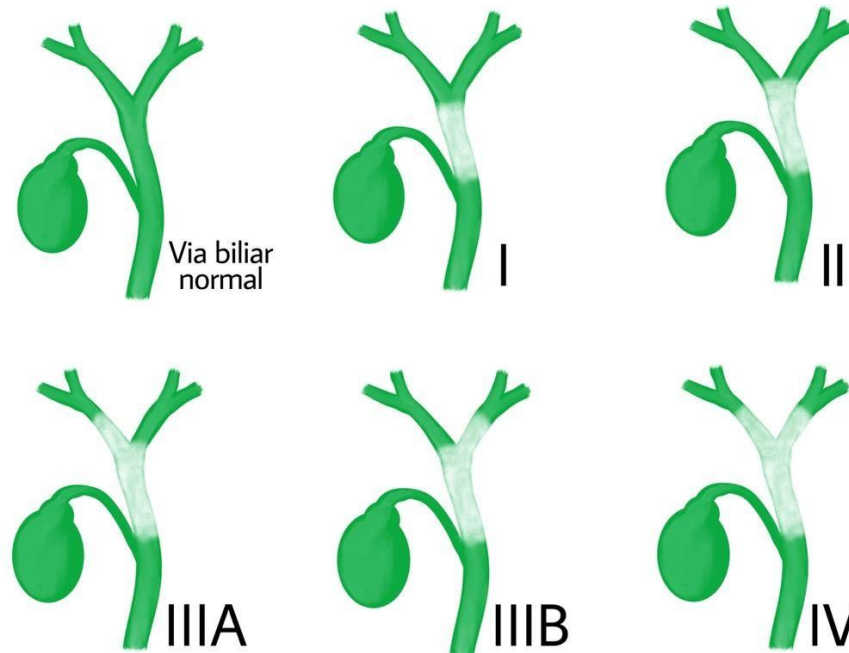
## **DISCUSSÃO**

Os tumores do trato biliar representam menos de 1% de todos os tumores e 10-20% dos tumores hepáticos primários (Braz et al 2020). O colangiocarcinoma é um grupo heterogêneo de neoplasias que se originam de células epiteliais dos ductos biliares e representa o segundo câncer hepático mais comum, sendo o primeiro o carcinoma hepatocelular (Banalis et al, 2016).

O colangiocarcinoma é classificado como intra-hepático, responsável por 10-20% dos casos, e extra-hepático, fora do parênquima hepático. No último grupo, está incluído o colangiocarcinoma peri-hilar, denominado tumor de Klatskin, (aproximadamente 50% dos casos) e o colangiocarcinoma distal com aproximadamente 30-40% dos casos (Valle et al, 2016).

De acordo com a classificação de Bismuth-Corlette, o colangiocarcinoma pode ser dividido em 4 tipos: tumores tipo I que se infiltram no ducto hepático comum, abaixo da confluência dos ductos hepáticos; tumores tipo II acometendo a confluência dos ductos hepáticos (tumor de Klatskin); tumores tipo III que envolvem o ducto hepático comum e ducto hepático direito (IIIA) ou ducto hepático comum e ducto hepático esquerdo (IIIB); e tumores tipo IV que invadem a confluência e se estendem não apenas aos ductos hepáticos direito e esquerdo, mas seus subsegmentos (Figura 4) (Battom et al, 2007).

Fig. 4: Classificação de Bismuth-Corlette



Fonte: Pesquisadores

Há uma série de fatores de risco que predisõem, notadamente, ao desenvolvimento de colangiocarcinoma. São elas: Colangite esclerosante primária, malformações biliares (síndrome de Caroli, fibrose hepática congênita, cisto colédoco), infecção parasitária, coledocolitíase crônica, adenoma ductal, hepatites crônicas pelo vírus B e C (HBV e HCV), esteatohepatite não-alcoólica (NASH), cirrose e exposição prolongada a substâncias cancerígenas (Chapman, 1999).

O processo inflamatório e irritativo crônico do epitélio das vias biliares associado a mutações de oncogenes e genes supressores de tumor, leva a mudança histológica de hiperplasia à metaplasia e displasia, culminando com modificação deste epitélio para carcinoma (Zamani et al).

Dentre estas mutações, podem ser citados mutações dos Genes Isocitrato Desidrogenase (IDH) – IDH1 e IDH2, alterações na fusão e translocação do Fator de Crescimento de Fibroblastos (FGFR), encontrados em tumores de vias biliares intra-hepáticos. Em relação aos tumores de vias biliares extra-hepáticos (peri-hilar e distal), foram encontrados mutações nos genes PAKACA e PRKACB. Mutações na proteína tumoral do gene supressor de tumor (Tp53) também foram encontrados em cerca de 40% dos colangiocarcinomas extra-hepáticos e 25% em colangiocarcinomas intra-hepáticos; mutações no proto-oncogene KRAS, presente em



cerca de 22% dos colangiocarcinomas intra-hepáticos e 42% dos colangiocarcinomas distais e peri-hilares. (Zamani et al; Pellino et al).

A média de idade dos pacientes diagnosticados com colangiocarcinoma varia entre 50-70 anos, com discreta predominância de homens em relação às mulheres. Em 90% dos casos, apresentam-se com icterícia de intensidade variável, geralmente indolor. Outros sintomas são prurido, dor abdominal e perda de peso (Kostov, 2016).

Mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágio avançado, no qual os pacientes podem apresentar sintomas como perda de peso, mal-estar, desconforto abdominal, icterícia, hepatomegalia e até massa abdominal palpável. Alguns sinais sugerem pior prognóstico: presença de icterícia obstrutiva, nível sérico de albumina <35g/L, tumores localizados próximos ao ducto biliar principal (Lucchese et al, 2019).

Os exames laboratoriais demonstram um padrão colestático, com aumento da fosfatase alcalina, gama GT e hiperbilirrubinemia. Os marcadores tumorais são inespecíficos. O antígeno carcinoembrionário (CEA) e o antígeno de carboidratos (CA) 19.9 geralmente são elevados, que podem ser usados para monitorar a resposta ao tratamento (Horvat et al,2018).

Os principais exames de diagnóstico por imagem são: Ultrassonografia, com pouco valor diagnóstico. A dilatação dos ductos biliares pode ser identificada, o que torna possível orientar uma causa extra-hepática em um paciente com icterícia e excluir colelitíase, no entanto, tem baixa sensibilidade para tumores menores que 3 cm, além disto, deve-se levar em consideração que a ultrassonografia é um estudo examinador-dependente, ou seja, a qualidade do exame depende das competências e habilidades de quem está executando. A tomografia computadorizada com contraste é útil para estadiamento de pacientes já diagnosticados. Tem baixa sensibilidade para pequenas lesões hepáticas e condições peritoneais (Michael et al, 2018).

A tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) tem maior sensibilidade para detecção de metástases. Pode modificar o manejo clínico em pacientes estadiados com tomografia em 11% dos casos. A ultrassonografia endoscópica tem 90% de sensibilidade e 96% de especificidade, sendo muito útil para definir a agressividade de lesões inespecíficas e sua relação com estruturas adjacentes (Hara et al, 2016).

A ressonância magnética é a escolha tanto para o diagnóstico quanto para o estadiamento tumoral, pois permite uma reconstrução tridimensional da árvore biliar, do fígado e das

estruturas vasculares, definindo a anatomia e o grau de infiltração tumoral de cada estrutura. A exploração laparoscópica pode ser usada para avaliar metástases peritoneais e ocultas. Esse método pode revelar até 45% das metástases (Capobianco et al, 2018).

A ressecção radical (ressecção R0) parece ser a melhor abordagem para alcançar uma melhor taxa de sobrevida a longo prazo em pacientes com colangiocarcinoma hilar. Poruk et al demonstram que, quando as taxas de ressecção radical são de 19-75%, as taxas de sobrevida em 5 anos variam de 10-44% (Poruk et al, 2015).

Seyama et al relatam que a ressecção radical é o tratamento padrão e é o único método de sobrevida em longo prazo para pacientes com colangiocarcinoma hilar. Há casos que necessitam de hemi-hepatectomia e lobectomia caudada para atingir a ressecção R0. Ratti et al relatam que um grupo de cirurgiões defende a realização da drenagem do ducto biliar antes do procedimento cirúrgico. O método de drenagem biliar inclui principalmente drenagem biliar transhepática percutânea, drenagem nasobiliar endoscópica e implante de stent biliar endoscópico, tendo como complicação, a indução de colangite.

A drenagem de via biliar pré-operatória é um ponto importante antes de iniciar o tratamento cirúrgico de ressecção do tumor, visto que grande parte dessas ressecções envolve algum grau de hepatectomia, a descompressão das vias biliares de um remanescente hepático icterico reduz o risco de morbidade e morbimortalidade pós ressecção, já que promove uma regeneração hepática pós-operatória mais adequada, permitindo certo grau de normalização da função hepática (Soares et al, 2021).

Estudos mostram que a colangite pré-operatória é considerada um preditor independente de morbidade pós-operatória, associada a piores desfechos em curto prazo para pacientes com colangiocarcinoma hilar após ressecção radical. No entanto, mais estudos são necessários, pois não está claro se a colangite pré-operatória levará a um prognóstico desfavorável (Sano et al 2006 e Ratti et al,2013).

Após a ressecção cirúrgica, a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e a European Society for Medical Oncology (ESMO) relatam que a radioterapia adjuvante sozinha não demonstra nenhum benefício de sobrevida a longo prazo. No colangiocarcinoma extra-hepático, especialmente em casos com infiltração cirúrgica na margem ou linfonodos positivos, recomenda-se quimioterapia com fluoropirimidinas, gemcitabina ou uma combinação de ambos, seguida de fluoropirimidinas com radioterapia. Nos colangiocarcinomas intra-

hepáticos, a quimioterapia adjuvante só é recomendada quando a doença residual é identificada. Quando as margens cirúrgicas estão comprometidas, recomenda-se o aumento através de um procedimento cirúrgico, ablação por radiofrequência das margens, quimioterapia com gemcitabina ou fluoropirimidinas ou QT-RT com fluoropirimidinas (Katayose et al, 2011).

O grau de acometimento/atrofia do parênquima hepático, invasão vascular e envolvimento ductal são fatores que devem ser levados em consideração para determinar ressecabilidade tumoral. A doença metastática à distância impede a ressecção, e embora seja ainda viável na doença nodal regional (N1), seus resultados de sobrevida são baixos. (Soares et al).

Segundo Weber et al, a laparoscopia mostra-se ferramenta útil para evitar laparotomias não curativas desnecessárias. Em seu estudo, a laparoscopia identificou doença metastática em 36% dos pacientes com colangiocarcinoma hilar localmente avançado, potencialmente ressecáveis (tumores T2/T3) e 9% (tumores T1), dado que corrobora para a realização da laparoscopia de estadiamento antes da exploração cirúrgica em pacientes com estadiamento T2/T3.

O transplante hepático é uma terapia emergente para colangiocarcinomas irresssecáveis sem evidência de metástases. Estes são reservados para pacientes que precisariam de uma hepatectomia total por margens livres e que tinham insuficiência hepática subjacente que não permite a ressecção total. No entanto, essa estratégia terapêutica é realizada apenas em alguns centros devido aos seus resultados questionáveis e também à não consideração da maioria dos grupos de transplante (Ajiliffry, 2009).

## **CONCLUSÃO**

O caso relatado e a revisão da literatura destacam a complexidade do tratamento cirúrgico do tumor de Klatskin, além de considerar o equilíbrio entre segurança e radicalidade do tratamento utilizado.

## REFERÊNCIAS

Ajliffry M, Walsh MJ, Molinari M. Avanços no diagnóstico, tratamento e palição do colangiocarcinoma:1990-2009. *World J Gastroenterol.*2009;15 (34): 4240-4262.)

Banales JM, Cardinale V, Carpino G, Marzioni M, Andersen JB, Invernizzi P et al. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 13 (2016), pp. 261-280, 10.1038/nrgastro.2016.51)

Baton O, Azoulay D, Adam DV, et al. Hepatectomia principal para colangiocarcinoma hilar tipo 3 e 4: fatores prognósticos e desfechos a longo prazo. *J Am Coll Surg* 2007;204:250–60.)  
*Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 6, p16896-16902nov./dez.2020. versão impressa ISSN 2595-6825

CILLO, Umberto; FONDEVILA, Constantino; DONADON, Matteo; et al. Cirurgia para colangiocarcinoma. *Liver International*, v. 39, n. S1, p. 143–155, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/liv.14089>>. Acesso em: 13 ago. 2022.

Ivan Capobianco, Jens Rolinger, Silvio Nadalin. Ressecção para tumores de Klatskin: complexidades técnicas e resultados. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2018;03:69. <https://doi.org/10.21037/tgh.2018.09.01>)

Chapman RW. Fatores de risco para carcinogênese do trato biliar. *Ana Oncol* .999; 10 (4):308-311.)

DONDOSSOLA, Daniele; GHIDINI, Michele; GROSSI, Francesco; et al. Revisão prática para diagnóstico e manejo clínico do colangiocarcinoma peri-hilar. *Revista Mundial de Gastroenterologia*, v. 26, n. 25, p. 3542–3561, 2020. Disponível em: <<https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v26/i25/3542.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

GONZÁLEZ CHAVARRÍA, Andrey; RIVERA FUMERO, Silvana; CHACÓN GONZÁLEZ, Constança. Tumor de Klatskin en el adulto. *Revista Medica Sinergia*, v. 5, n. 8, p. e553, 2020. Disponível em: <<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/553>>. Acesso

em: 13 ago. 2022.

Hara K, Yamao K, Mizuno N, et al. Drenagem biliar guiada por ultrassonografia endoscópica: Quem, quando, qual e como? *Mundo J Gastroenterol* 2016;22:1297-303. doi: 10.3748/wjg.v22.i3.1297. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i3.1297>)

Horvat N, Nikolovski I, Long N, et al. Características de imagem do carcinoma hepatocelular em comparação com o colangiocarcinoma intra-hepático e tumor combinado na RM usando o sistema de dados e imagens hepáticas (LIRADS) versão 2014. *Abdom radiol (NY)*.2018;43:169-178. <https://doi.org/10.1007/s00261-017-1261-x>

Kostov D. Klatskin Tumores. *Clínicas em Oncologia*. Publicado em: 29 dez, 2016. *Clin Oncol*. 2016;1:1172.

LAUTERIO, Andréa; DE CARLIS, Riccardo; CENTONZE, Leonardo; et al. Manejo Cirúrgico Atual do Colangiocarcinoma Peri-Hilar e Intra-Hepático. *Cânceres*, v. 13, n. 15, p. 3657, 2021. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2072-6694/13/15/3657>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

Lucchese AM, Oliveira AF, Laporte GA et al. Colangiocarcinoma. In: Santos M, Côrrea TS et al. *Diretrizes Oncológicas 2*. São Paulo: Editora Científica; 2019. 219-25)

Lim JH, Choi GH, Choi SH, Kim KS, Choi JS, Lee WJ. Ressecção hepática para colangiocarcinoma hilar de bismuto tipo I e tipo II. *World J Surg*. 2013;37:829-837.

Michael E. Lidsky, William R. Jarnagin. Manejo cirúrgico do colangiocarcinoma hilar no Memorial Sloan Kattering Cancer Center. *Ann Gastroneterol Surg* 2018 Jul; 2(4): 304-312. <https://doi.org/10.1002/ags3.12181>

Pellino A, Loupakis F, Cadamuro M, Dadduzio V, Fassan M, Guido M, Cillo U, Indraccolo S, Fabris L. Precision medicine in cholangiocarcinoma. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2018;3:40.  
Poruk KE, Pawlik TM, Weiss MJ. Manejo perioperatório do colangiocarcinoma hilar. *J*

Gastrointest Surgn 2015;19:1889–99.)

Ratti F, Cipriani F, Ferla F, et al. Colangiocarcinoma hilar: otimização hepática pré-operatória com abordagem multidisciplinar. Rumo a um resultado melhor. *World J Surg* 2013;37:1388–96.

Sano T, Shimada K, Sakamoto Y, et al. Cento e duas ressecções hepatobiliares consecutivas para colangiocarcinoma peri-hilar com mortalidade zero. *Ann Surg* 2006;244:240.)

Seyama Y, Makuuchi M. Tratamento cirúrgico atual para câncer do ducto biliar. *Mundo J Gastroenterol* 2007;13:1505–15

Soares KC, Jarnagin WR. The Landmark Series: Hilar Cholangiocarcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2021 Aug;28(8):4158-4170. doi: 10.1245/s10434-021-09871-6. Epub 2021 Apr 7. PMID: 33829358; PMCID: PMC9273057.)

STREMITZER, Stefan; STIFT, Judite; LAENGLER, Johannes; et al. Prognóstico e Margem Circunferencial em Pacientes com Colangiocarcinoma Hilar Resecado. *Anais de Oncologia Cirúrgica*, v. 28, n. 3, p. 1493-1498, 2021. Disponível em: <<https://link.springer.com/10.1245/s10434-020-09105-1>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

JW Valle, I Borbath, SA Khan, F Huguet, T Gruenberger, D Arnold et al. *Ann Oncol*, 27 (2016), pp. v28-v37, 10.1093/annonc/mdw324)

Y Katayose, T Rikiyama, F Motoi, K Yamamoto, H Yoshida, T Morikawa et al. *Hepatogastroenterologia*, 58 (2011), pp. 1866-1872, 10.5754/hge10106

VAN KEULEN, Anne-Marleen; BUETTNER, Stefan; BESSELINK, Marc G.; et al. Insuficiência hepática primária e secundária após ressecção hepática maior para colangiocarcinoma peri-hilar. *Cirurgia*, v. 170, n. 4, p. 1024–1030, 2021. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003960602100338X>>. Acesso em: 22

ago. 2022.

Weber SM, DeMatteo RP, Fong Y, Blumgart LH, Jarnagin WR. Staging laparoscopy in patients with extrahepatic biliary carcinoma. Analysis of 100 patients. *Ann Surg.* 2002;235(3):392–399.

Zamani Z, Fatima S. Biliary Tract Cancer. 2022 Jul 17. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 32809385.

## ANEXO 1 - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO EM REVISTA

Brazilian Journal of Health Review 🔔 👤


##navigation.backTo##

56054 / OLIVEIRA MAGALHÃES / TUMOR DE KLATSKIN: RELATO DE CASO Biblioteca da Submissão

Fluxo de Trabalho **Publicação**

Submissão **Avaliação** Edição de Texto Editoração

### Arquivos da Submissão 🔍 Buscar

▶	 136668	Tumor de Klatskin pub.docx	janeiro 6, 2023	Texto do Artigo
---	--	----------------------------	-----------------	-----------------



[Baixar Todos os Arquivos](#)

### Discussão da pré-avaliação Adicionar comentários

Nome	De	Última resposta	Respostas	Fechado
Nenhum item				



## ANEXO 2 – COMPROVANTE CEP

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ				
	FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA				
	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA				
	Formulário				
Declaração De Participação Em Reunião Do CEP					
Código: PRES.CEP – FO.003	Emissão: 23/10/2020	Última Revisão:	Versão: 01	Página: 01/ 01	

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o pesquisador responsável **MARCELO OLIVEIRA MAGALHÃES**, submeteu o seu projeto intitulado: **TUMOR DE KLATSKIN:UM RELATO DE CASO** no **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS** da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, e que o referido projeto encontra-se em fase inicial de tramitação neste CEP.

Belém, 05 de janeiro de 2023.

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Aldair da Silva Guterres**  
Coordenadora do CEP/FHCGV  
*Dra. Aldair Guterres*  
Coordenadora do CEP  
FHCGV

Elaborado por: CEP.	Aprovado por: PRES/AQSH	Data de Elaboração: 10/11/2020	Data da Próxima Revisão: 10/11/2022
------------------------	----------------------------	-----------------------------------	--

## APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE TUMOR DE KLATSKIN: UM RELATO DE CASO

Você está sendo convidado a participar como voluntário do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração nesta pesquisa será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Fique ciente que não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa no decorrer da pesquisa, sendo sua participação voluntária.

A proposta em estudo consiste na elaboração de um relato de caso clínico com diagnóstico raro de Tumor de Klatskin. Desenvolvido por meio de revisão de prontuário médico e banco de dados de imagem da instituição responsável pela execução da pesquisa.

#### **Você deve estar ciente:**

- I) Participar desse projeto poderá ou não submetê-lo a um tratamento bem como não lhe causará nenhum gasto com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo.
- II) Não será submetido a um novo tratamento além da indicação terapêutica prévia em decorrência de sua participação nesta pesquisa;

#### **São direitos seus:**

- I) Responder ou não as perguntas contidas no instrumento de coleta dos dados da pesquisa;
- II) Desistir ou interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização e sem prejuízo a sua saúde ou bem estar físico;
- III) A indenização por danos decorrentes da participação na pesquisa deve estar de acordo com a Resolução CNS 466/12 - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa;
- IV) Garantia de Ressarcimento: Item 2.21 da Resolução CNS 466/12 – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transportes e alimentação;

V) **Benefícios:** Os benefícios para os pesquisadores envolve o incremento de seus conhecimentos sobre o tema em questão e aplicação de estratégias para melhoria e redução dos riscos relacionados as complicações estudadas, servindo de modelo para os demais , como um exercício de integração entre pesquisa, ensino e saúde para um serviço de saúde pública mais eficiente. Aos pacientes, benefícios incluem a possibilidade de melhoria no processo de informação sobre os riscos envolvidos no procedimento.

VI) **Riscos:** Em relação aos riscos aos participantes da pesquisa, caberá o risco de sentirem-se desconfortáveis pela possibilidade de ter sua identidade revelada durante o tempo da pesquisa. As informações obtidas durante a pesquisa não terão o nome dos pesquisados. Além disso, valerá o comprometimento ético dos pesquisadores em manter a confidencialidade das informações, bem como a privacidade de seus conteúdos.

VII) Decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu as que podem ser tratadas de forma pública, com divulgação dos resultados da pesquisa em publicações científicas;

VII) Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais, assegurando sua privacidade;

IX) Se desejar poderá pessoalmente, ou por telefone, entrar em contato com o pesquisador responsável para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa. Serviço de Cirurgia Geral, FONE (091) 4005-2551.

X) Caso desejar poderá também entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa-CEP** da Fundação Pública Estadual Hospital das Clínicas Gaspar Vianna – FPEHCGV, que fica localizado no endereço: Trav. Alferes Costa n° 2000, Bairro: Pedreira, 1° andar, situado na Gerência de Ensino e Pesquisa, CEP: 666.087.-660, Belém-Pará, Contato: (91) 4005-2676, E-mail: [comitedeetica@gasparvianna.pa.gov.br](mailto:comitedeetica@gasparvianna.pa.gov.br), Horário de atendimento: 08:00 às 14:00 (2ª a 6ª feira). Os CEPs foram criados para defender os direitos e interesses dos participantes das pesquisas, em sua integridade e dignidade, e para contribuir com o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

XI) Receber uma via rubricada (em todas as páginas) e assinada do TCLE, pelo(s) pesquisador(res);

Tendo recebido todos os esclarecimentos acima citados e ciente de meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação dos resultados em periódicos, revistas, apresentação em congressos, workshop e quaisquer eventos de caráter científico. Dessa forma, rubrico todas as páginas e assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Belém, 07 de Dezembro de 2022.

LAURIMARIA DOS SANTOS JARDIM

**Assinatura do Participante da Pesquisa:**

Dr. Marcelo O. Magalhães  
Médico  
CRM/PA. 15.892

Assinatura



**Nome completo do  
pesquisador responsável**

Contatos: 4005-2551.

Assinatura

**Nome completo do  
assistente de pesquisa**

## APÊNDICE 2 – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS




	<b>GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ</b>					
	<b>FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA</b>					
	<b>SERVIÇO DE GRADUAÇÃO, PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA</b>					
<b>Formulário</b>						
<b>Termo de Compromisso de Uso de Dados</b>						
Código: GEP.SEGRAP- FO.010	Emissão: 15/10/2020	Última Revisão:	Versão: 01	Página: 01/01		

### TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS - TCUD

Nós, Marinaldo da Silva Oliveira, Marcelo Oliveira Magalhães e Paula Regina da Silva Tavares, abaixo assinado(s), pesquisador(es) envolvido(s) no projeto de título: "Tumor de Klatskin: um relato de caso", nos comprometemos a manter o sigilo e a confidencialidade sobre os dados coletados em arquivos/prontuários/base de dados referentes a pacientes atendidos na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

Concordam, igualmente que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam a Resolução 466/2012 CNS e suas complementares.

Belém (Pa), 07 de Dezembro de 2022.

Nome dos Pesquisadores	Assinaturas	Contatos
Marinaldo da Silva Oliveira		(91)99982-3081
Marcelo Oliveira Magalhães		(91)98303-4900
Paula Regina da Silva Oliveira		(91)98053-0461

Pesquisador Orientador