

## Síndrome Sump: um relato de caso

### *Sump Syndrome: a case report*

Carlos Kupski<sup>1</sup>, Ari Ben-Hur Stefani Leão<sup>2</sup>, Felipe Mazzoleni<sup>3</sup>, Luciana Polett<sup>4</sup>,  
Camila Ractz Batista Martins<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Doutor em Medicina. Professor da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital São Lucas da PUCRS.

<sup>2</sup> Médico gastroenterologista do Serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital São Lucas da PUCRS.

<sup>3</sup> Médico residente do Serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital São Lucas da PUCRS.

<sup>4</sup> Médica cursista do Serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital São Lucas PUCRS.

<sup>5</sup> Acadêmica da Faculdade Federal de Medicina de Pelotas.

---

### RESUMO

**Objetivos:** descrever o diagnóstico e tratamento de um caso de Síndrome Sump. **Descrição do Caso:** uma mulher de 33 anos vinha apresentando episódios recorrentes de dor abdominal, acompanhados de febre e calafrios. A paciente havia sido submetida previamente à cirurgia de vias biliares, sendo realizado o diagnóstico atual de Síndrome Sump. Optou-se pelo tratamento cirúrgico, diante da impossibilidade de tratamento endoscópico. **Conclusões:** a Síndrome Sump, entidade rara na atualidade, consiste em uma complicação da coledocoduodenostomose, causada pelo contato de resíduos gástricos com o colédoco distal, levando à sua obstrução. Deve ser lembrada como causa de colangite de repetição.

**Descritores:** SÍNDROME SUMP; SÍNDROME PÓS-COLECISTECTOMIA; COLANGITE; COLECISTECTOMIA/complicações; COLEDODUODENOSTOMIA; ANASTOMOSE EM-Y DE ROUX; DOR ABDOMINAL/etiologia; COLANGIOPANCREATOGRÁFIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

### ABSTRACT

**Aims:** To describe the diagnosis and treatment of a case of Sump Syndrome. **Case Description:** A 33 years old woman presented recurrent episodes of abdominal pain accompanied by fever and chills. The patient had previously undergone surgery of the biliary tract, and the current diagnosis of Sump Syndrome was performed. A surgical treatment was indicated given the impossibility of endoscopic treatment. **Conclusions:** The Sump Syndrome, rare nowadays, consists of a complication of choledocoduodenostomosis caused by contact of gastric residues with the distal common bile duct, causing obstruction. It should be considered as a cause of recurrent cholangitis.

**Keywords:** SUMP SYNDROME; POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME; CHOLECYSTECTOMY/complications; CHOLEDOCHODUODENOSTOMY; CHOLANGITIS; ANASTOMOSIS, ROUX-EN-Y; ABDOMINAL PAIN/etiology; CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY, MAGNETIC RESONANCE.

---

## INTRODUÇÃO

A Síndrome Sump, ou Síndrome do Colédoco Distal, como também é denominada, foi primeiramente descrita por Smith,<sup>1</sup> em 1964, que observou que pacientes submetidos a coledocoduodenostomia latero-lateral não raramente apresentavam coledocolitíase, pancreatite aguda e inflamação local causadas por resíduos alimentares encontrados no coto distal do colédoco.<sup>1</sup> Em 1978, Jones<sup>2</sup> descreveu episódios recorrentes de

colangite após coledocoduodenostomia latero-lateral e seu tratamento através da esfínteroplastia.<sup>2</sup> A Síndrome Sump é caracterizada pela formação de uma bolsa em fundo cego no colédoco terminal e consiste em uma rara complicação, usualmente associada a anastomoses coledocoduodenais, apresentando-se com uma variedade de sintomas, entre eles dor abdominal recorrente e icterícia. Podem ocorrer colangites e pancreatite. Essas manifestações são decorrentes do refluxo do conteúdo gástrico para dentro da anastomose biliar e seu acúmulo acima do esfíncter de Oddi.<sup>3,4</sup>

O tratamento da Síndrome Sump visa eliminar o reservatório que constitui o colédoco distal através da esfínterectomia endoscópica, ou por intervenção cirúrgica corrigindo a coledocoduodenostomose

#### Endereço para correspondência/Corresponding Author:

ARI BEN-HUR STEFANI LEÃO  
Travessa Vileta 230, ap 404 – Jardim Botânico  
CEP 90690-150, Porto Alegre, RS, Brasil  
Telefone: (51) 99946511  
E-mail: absleao@hotmail.com

latero-lateral para anastomose biliodigestiva em *Y-de-Roux*.<sup>3</sup>

O presente relato de caso refere-se a uma paciente internada aos cuidados do Serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital São Lucas da PUCRS. A publicação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP 10/05102).

## RELATO DO CASO

Uma mulher de 33 anos procurou o serviço de emergência em outubro de 2009, com quadro de dor em abdômen superior, febre alta e calafrios, com evolução de uma semana. Referia apresentar há um ano episódios diários de dor epigástrica em aperto, a qual se agravava com as refeições e aliviava com analgésicos. Há nove meses os eventos de dor passaram a ser frequentemente associados a febre alta e calafrios. Durante esse período, a paciente procurou diversos serviços, sendo que em algumas ocasiões recebeu antibioticoterapia. Em sua história pregressa, relatou que há 13 anos havia sido submetida a uma cirurgia abdominal aberta com colecistectomia e anastomose biliodigestiva visando tratamento de litíase na via biliar, porém, não possuía documentos relativos ao procedimento.

Durante a investigação, uma ecografia abdominal demonstrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas, principalmente do lobo esquerdo, e dilatação do canal hepatocolédoco (1,8 cm). Entre os exames laboratoriais, os valores de gama-glutaril-transferase, fosfatase alcalina e bilirrubina conjugada encontravam-se elevados.

Foi realizada então uma colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, a qual demonstrou coledocoduodenostomia com obstrução no terço médio do colédoco, não permitindo a passagem do fio guia nem a adequada cateterização da papila e contrastação do hepatocolédoco distal e das vias biliares intra-hepáticas. Para complementação diagnóstica, optou-se por realizar uma colangiorressonância, que evidenciou importante dilatação da via biliar intra-hepática a partir do segmento proximal do colédoco, identificando grande defeito de enchimento com cerca de 3 cm no seu maior diâmetro. Também foi realizada uma seriografia de esôfago, estômago e duodeno (SEED), evidenciando deformidade na primeira e segunda porção do duodeno e refluxo do meio de contraste para o sistema biliar.

Diante desses achados clínicos, laboratoriais, endoscópicos e radiológicos, firmou-se o diagnóstico de Síndrome Sump. Em vista da tentativa prévia e da impossibilidade de tratamento por via endoscópica, a paciente foi avaliada pela equipe da cirurgia, sendo

submetida à correção cirúrgica da anastomose prévia e realização de nova anastomose biliodigestiva em *Y-de-Roux*. Durante o procedimento cirúrgico, identificou-se coledocoduodenostomia latero-lateral com resíduos alimentares e cálculos biliares em sua luz.

## DISCUSSÃO

Atualmente é cada vez mais rara a ocorrência da Síndrome Sump, visto que a coledocoduodenostomia é cada vez menos utilizada para o tratamento das doenças que acometem as vias biliares, tendo perdido seu espaço para os procedimentos minimamente invasivos, sejam endoscópicos ou radiológicos. É importante salientar que o tempo entre o procedimento cirúrgico e o início dos sintomas é variável, podendo ocorrer até vários anos após a coledocoduodenostomia.<sup>5,6</sup> Caroli-Bosc et al.<sup>3</sup> demonstraram que o tempo médio entre a cirurgia e o correto diagnóstico da complicação leva em torno de seis anos.<sup>3</sup> No presente caso chama a atenção o prolongado período, em torno de 12 anos, entre a cirurgia e o início dos sintomas.

Atualmente tem-se bem estabelecido que o tratamento preferencial para a Síndrome Sump é a esfínterectomia por via endoscópica.<sup>3-6</sup> Porém, como no caso exposto, por vezes a deposição de grande quantidade de debris, intensamente aderidos à parede do colédoco, impede a realização do procedimento por via endoscópica. O tratamento cirúrgico com a realização da correção da anastomose prévia, para anastomose biliodigestiva em *Y-de-Roux*, visando evitar o contato de resíduos alimentares com a via biliar, configura-se em uma alternativa definitiva.

## REFERÊNCIAS

1. Smith RB. The short circuiting operations in biliary tract surgery. In: Smith R, Sherlock S. Surgery to the gallbladder and bile ducts. London: Butterworth; 1964.
2. Jones SA. The prevention and treatment of recurrent bile duct stones by transduodenal sphincteroplasty. *World J Surg.* 1978;2:473-85.
3. Caroli-Bosc FX, Demarquay JF, Peten EP, et al. Endoscopic management of sump syndrome after choledochoduodenostomy: retrospective analysis of 30 cases. *Gastrointest. Endosc.* 2000;51:180-3.
4. Polydorou A, Dowsett JF, Vaira D, et al. Endoscopic therapy of the sump syndrome. *Endoscopy.* 1989;21:126-30.
5. Marbet UA, Stalder GA, Faust H, Harder F, Gyr K. Endoscopic sphincterotomy and surgical approaches in the treatment of the "sump syndrome". *Gut.* 1987;28:142-5.
6. Lopes Jr A, Fuganti PE, Spinosa SR. Sump syndrome: relato de caso. *Rev Col Bras Cir.* [Internet] 2007 [acesso em 2010 jun];34(5):354-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n5/v34n5a16.pdf>