

Vesícula biliar intra-hepática com abscesso hepático em colecistectomia: relato de caso

Intrahepatic gallbladder with liver abscesses in cholecystectomy: a case report

Larissa dos Reis Rodrigues de Lima¹
Nimer Ratib Medrei²

¹Residente do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS); Brasília, DF, Brasil.

²Cirurgião Geral do Hospital da Região Leste, Supervisor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS); Brasília, DF, Brasil.

Correspondência: Larissa dos R. R. de Lima
E-mails: lrs.reisrodrigues@gmail.com;
cirurgia.escs@gmail.com

Recebido: 11/06/21
Aceito: 20/07/21

RESUMO

Introdução: A vesícula biliar pode apresentar vários locais de ectopia e sua identificação corresponde a uma alteração anatômica rara.

Objetivo: Apresentar um caso clínico sobre vesícula biliar intra-hepática associado a complicação, uma condição clínica rara, e demonstrar o tratamento utilizado.

Método: estudo descritivo, por meio de relato de caso, de um paciente submetido a colecistectomia em que foi verificado a presença de vesícula biliar intra-hepática associada a abscesso hepático.

Conclusão: O diagnóstico pré-operatório da vesícula biliar ectópica é de extrema importância, devido aos riscos de complicações caso a anomalia seja negligenciada durante a cirurgia. Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

Palavras-chave: Vesícula Biliar; Doenças da vesícula biliar; Colecistectomia; Colecistectomiavesícula biliar intra-hepática

ABSTRACT

Introduction: The gallbladder can present several locations of ectopy and your identification corresponds to a rare anatomical alteration.

Objective: To present a clinical case about intrahepatic gallbladder associated with complication, a rare clinical condition, and demonstrate the treatment used.

Method: a descriptive study, by means of a case report, of a patient who underwent cholecystectomy in which the presence of an intrahepatic gallbladder associated with liver abscess was verified.

Conclusion: The preoperative diagnosis of ectopy gallbladder is highly important due to the risks of complications in case of anomaly negligence during the surgery. We declare that there was no conflict of interest in the conception of this work.

Keywords: Gallbladder; Gallbladder disease; Cholecystectomy; Intrahepatic gallbladder

INTRODUÇÃO

Variações ectópicas na anatomia da vesícula biliar são infrequentes¹, correspondendo a um achado cirúrgico muito raro. O estabelecimento do diagnóstico pré-operatório, com o reconhecimento desta variação e seus diferentes tipos, é importante para evitar lesões inadvertidas durante uma colecistectomia, desempenhando um papel crucial no planejamento da cirurgia e na prevenção de possíveis complicações cirúrgicas ou necessidade de reoperação, caso a vesícula intra-hepática seja negligenciada durante a cirurgia inicial. Porém, o diagnóstico normalmente não ocorre no pré-operatório, podendo levar a dificuldades durante a cirurgia com maior probabilidade de complicações.

Neste relato, apresentamos um caso de uma vesícula biliar totalmente intra-hepática, diagnosticada durante o ato operatório, sendo realizada inicialmente uma videolaparoscopia com necessidade de conversão para laparotomia e realização de colangiografia intra-operatória. Esta revisão procura determinar os desafios no diagnóstico e no manejo dessa rara anomalia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com análise do prontuário de um paciente submetido a colecistectomia em que foi verificado a presença de vesícula biliar intra-hepática associada a abscesso hepático, uma situação clínica rara. Este estudo é apresentado na forma de um relato de caso, que consiste na descrição detalhada de um caso clínico com características específicas do caso em questão, relatando os procedimentos estudados.

Esse trabalho foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado através do parecer substanciado 4.720.179.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato do Caso

Paciente masculino, 55 anos, procurou o serviço de urgência de um hospital da rede pública de saúde do Distrito Federal devido dor em cólica de forte intensidade localizada em hipocôndrio direito associado a vários episódios de náuseas e vômitos após a alimentação, além de calafrios. Negava história atual ou prévia de sintomas colestáticos. Na história médica progressa, apresentava

como comorbidades prévias: hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus tipo II, fazendo uso diário de anlodipino e insulina NPH.

Ao exame físico: paciente em regular estado geral, discretamente desidratado com presença de hepatomegalia e sinal de Murphy positivo na avaliação abdominal. Demais aspectos do exame geral sem alterações.

Com base na história e nos achados clínicos, suspeitou-se de um diagnóstico provisório de doença biliar calculosa, portanto, foi realizada uma tomografia computadorizada de abdome total (devido indisponibilidade de ultrassonografia abdominal no serviço) que evidenciou aspectos sugestivos de esteatose hepática moderada, além de vesícula biliar sobredistendida, repleta de pequenos cálculos, apresentando espessamento parietal difuso, com densificação dos planos adiposos adjacentes, aparente descontinuidade da sua parede anterior, associada a coleção líquido-gasosa com cálculos de permeio acometendo o segmento IV hepático em contiguidade, medindo cerca de 11,1 x 6,8 x 10,0 cm (T x AP x L), com volume estimado de 392,5 cm³ (Figura 1).

Análises laboratoriais iniciais mostraram leucocitose de 25.400 mm³, alanina aminotransferase de 103 U/L, aspartato aminotransferase de 116 U/L, fosfatase alcalina de 719 U/L e gama glutamil transferase de 294 U/L, sem alteração das bilirrubinas e da função renal. Optado pelo tratamento cirúrgico por via laparoscópica para o paciente.

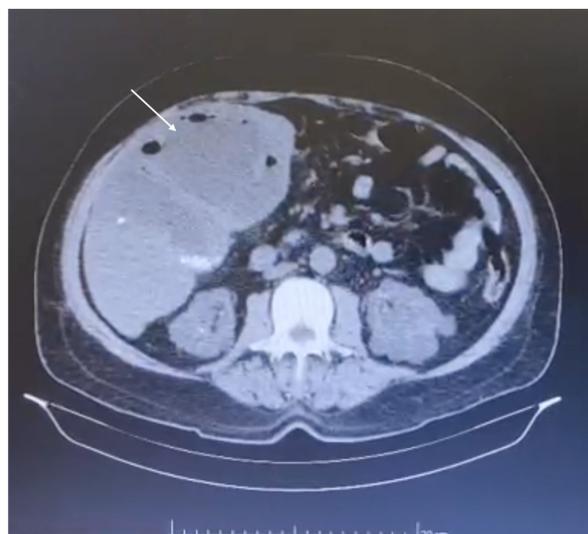


Figura 1: Tomografia computadorizada de abdome mostrando coleção em topografia de segmento hepático IV (seta branca). Fonte: arquivo pessoal.

No intra-operatório, durante inventário da cavidade, visualizado bloqueio em leito hepático por alças intestinais, sem identificação da vesícula biliar. Durante dissecação do bloqueio houve dificuldades técnicas com sangramento importante e optado por conversão para laparotomia através de incisão de Kocher. Após dissecação cuidadosa, visualizado abscesso hepático em segmento IV, sendo prosseguido com drenagem do conteúdo e limpeza do mesmo, observando saída de cálculos biliares e presença de vesícula biliar intra-hepática com necrose liquefeita da parede. Identificado um orifício com saída de secreção biliar e optado por colocação de um cateter nesse local com realização de colangiografia intra-operatória. O exame demonstrou a presença do ducto hepático comum com drenagem para ducto colédoco e duodeno (Figura 2).

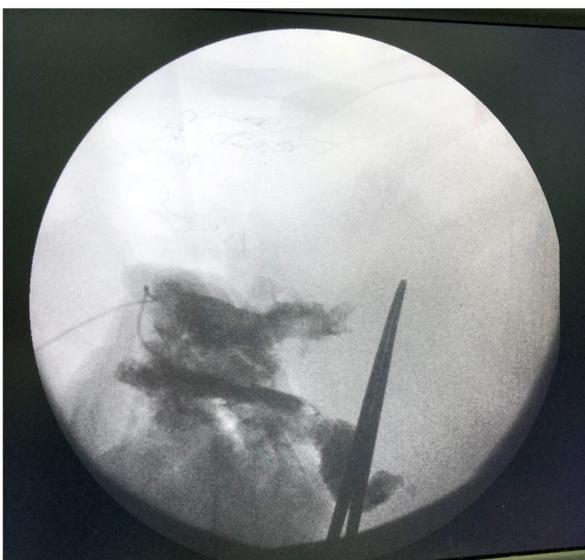


Figura 2:
Colangiografia intra-operatória mostrando a drenagem das vias biliares com saída em papila duodenal.

Fonte: arquivo pessoal.

Prosseguido com lavagem da loja vesicular em leito hepático (Figura 3). Realizado segmentectomia hepática do segmento IV e colecistectomia em monobloco e enviada peça para análise anatomopatológica. Restante da cirurgia sem intercorrências. Optado por deixar um dreno túbulo-laminar (confeccionado com sonda de Foley nº 20 revestido por um dreno de Penrose nº 2) no leito operatório.



Figura 3:
Foto intra-operatória mostrando vesícula biliar intra-hepática com parede vesicular liquefeita.

Fonte: arquivo pessoal.

Paciente apresentou boa evolução após o procedimento com retirada do dreno túbulo-laminar no 3º dia de pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório depois de completar a terapia medicamentosa com antibiótico endovenoso. Posteriormente, retornou em três avaliações ambulatoriais, recebendo alta do serviço de Cirurgia Geral no terceiro mês de pós-operatório, sem intercorrências.

DISCUSSÃO

As variações anatómicas da vesícula biliar são achados clínicos muito raros², podendo ser encontradas em alguns locais como: intra-hepáticas, transversas, retrolocadas, “flutuantes” no lobo esquerdo, no ligamento falciforme e na parede abdominal anterior³⁻⁴. A localização intra-hepática é a segunda localização de ectopia mais comum, sendo encontrada dentro do parênquima hepático ou com uma localização subcapsular ao longo do lobo anterior inferior direito do fígado⁴.

No período embriológico, esse órgão origina-se do botão caudal que procede do divertículo hepático do intestino médio primitivo durante a organogênese do fígado, vias biliares e pâncreas ventral por volta da 4ª semana de gestação. Uma vesícula biliar intra-hepática pode estar parcial ou completamente circundada pelo parênquima hepático e é produto de uma falha de

desenvolvimento ou falha de translocação de sua posição intra-hepática no primeiro trimestre da gestação⁵. O posicionamento ectópico da vesícula biliar é de grande significado clínico, pois pode confundir os sinais e sintomas de infecção e / ou inflamação e criar problemas técnicos durante a colecistectomia e outros procedimentos biliares, além de induzir diagnósticos errôneos nos exames de imagem.

A vesícula biliar intra-hepática não se esvazia completamente, levando ao comprometimento da função, contribuindo para estase e colelitíase. Pacientes com vesícula biliar intra-hepática, portanto, são mais suscetíveis à colecistite e outras complicações⁶⁻⁷, como migração de cálculos, isquemia e necrose da parede vesicular, perfuração da vesícula, abscessos hepáticos, sepse. No caso do nosso paciente, ele apresentou quadro de colecistite aguda complicada com a presença de necrose da parede vesicular e abscesso hepático.

As alterações na anatomia biliar podem ser um desafio para o cirurgião geral, principalmente se não houver consciência da possibilidade de uma anormalidade da anatomia da vesícula biliar. Dessa forma, é importante que cirurgiões e radiologistas conheçam essas variações anatômicas⁸. Nos casos de falha em encontrar a vesícula biliar em sua localização usual com ultrassonografia abdominal ou tomografia computadorizada pré-operatória, devemos pensar na existência desta rara anomalia congênita⁴. Um exame que pode detectar a presença de vesícula ectópica no período pré-operatório é a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica pois permite o estudo da anatomia da árvore biliar com exatidão.

No caso do nosso paciente, a vesícula intra-hepática não era uma condição conhecida previamente pois o exame realizado não demonstrou alteração na anatomia da vesícula biliar. Caso a vesícula

biliar não seja visualizada durante o procedimento cirúrgico é importante que não se confunda a situação com uma possível agenesia de vesícula biliar⁹. Uma alternativa a ser realizada em casos semelhantes é a investigação por meio da colangiografia intra-operatória, como executado no nosso caso descrito, para verificar se existe algum tipo de anormalidade na anatomia da vesícula e vias biliares. A localização precisa da vesícula biliar é de suma importância para evitar diagnósticos equivocados e planejar uma abordagem cirúrgica adequada.

Quando a localização da vesícula biliar é identificada no intra-operatório, mesmo que a técnica utilizada seja laparoscópica ou por laparotomia, a aplicação de uma abordagem retrógrada pode ser realizada com resultados muito bem-sucedidos.

Os avanços nas técnicas e tecnologias cirúrgicas cada vez mais permitem o reconhecimento pré-operatório da anatomia anômala e um planejamento cirúrgico aprimorado¹⁰. Embora o uso da colecistectomia laparoscópica pareça estar se tornando a técnica mais usada para ressecção das vesículas biliares ectópicas¹¹, ainda há casos em que pode haver a necessidade de conversão para o procedimento aberto para melhor identificação da anatomia biliar durante um estudo intraoperatório afim de que possamos reduzir as possibilidades de lesões de vias biliares e/ou complicações significativas que podem ser catastróficas na vida do paciente.

CONCLUSÃO

Embora raras, as anomalias congênicas da vesícula biliar devem ser conhecidas pelos cirurgiões, pois podem se apresentar de forma inesperada e representar desafios diagnósticos e cirúrgicos com sérias implicações clínicas.

REFERÊNCIAS

1. Monib, Sherif et al. "Intrahepatic Gallbladder." *European journal of case reports in internal medicine*. 2019. May, 27; vol. 6,6: 11-23. Available from: https://doi:10.12890/2019_001123.
2. Lobo SW, Menezes RG, Mamata S, Baral P, Kanchan T, Hunnargi SA, Bodhe AV, Bhat NB. Ectopic partial intrahepatic gall bladder with cholelithiasis--a rare anomaly. *Nepal Med Coll J*. 2007, Dec; 9(4): 286-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18298024/>
3. Blanton DE, Bream CA, Mandel SR. Gallbladder ectopia. A review of anomalies of position. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*. 1974 Jun; 121(2): 396-400. Available from: <https://doi:10.2214/ajr.121.2.396>.
4. Chung CC, Leung KL, Lau WY, Li AK. Ectopic gallbladder revisited, laparoscopically: a case report. *Can J Surg*. 1997 Dec; 40(6): 464-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3950042/>
5. Ali MF, Friedel D, Levin G. Two Anomalies in One: A Rare Case of an Intrahepatic Gallbladder with a Cholecystogastric Fistula. *Case Rep Gastroenterol*. 2017 Mar 21; 11(1): 148-154. Available from: <https://doi:10.1159/000462964>.
6. Schulz RC, Shields JB, Fletcher JW, Donati RM. Liver scanning and the intrahepatic gallbladder: Case report. *J Nucl Med*. 1975 Nov; 16(11): 1029-30. Available from: <https://jnm.snmjournals.org/content/16/11/1029.long>
7. Guiteau JJ, Fisher M, Cotton RT, Goss JA. Intrahepatic gallbladder. *J Am Coll Surg*. 2009 Nov; 209(5): 672. Available from: <https://doi:10.1016/j.jamcollsurg.2009.03.027>.
8. Audi P, Noronha F, Rodrigues J. Intrahepatic gallbladder: a case report and review of literature. *The Int J of Surg*. 2009; 24(4): 127. Available from: <https://ispub.com/IJS/24/1/4957>.
9. Boufettal R, Khaiz D, Jai SR, Chehab F, Bouzidi A. Agénésie du foie droit avec ectopie vésiculaire et empiérement cholédocien [Right liver agenesis with ectopic gallbladder and bile duct calculi]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2008 Apr; 32(4):405-7. Available from: <https://doi:10.1016/j.gcb.2008.01.039>.
10. Mathis R, Stodghill J, Shaver T, Younan G. Cholecystectomy of an Intrahepatic Gallbladder in an Ectopic Pelvic Liver: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Surg*. 2017; 2017:356-87. Available from: <https://doi:10.1155/2017/3568768>.
11. Segura-Sampedro JJ, Navarro-Sánchez A, Ashrafian H, Martínez-Isla A. Laparoscopic approach to the intrahepatic gallbladder. A case report. *Rev Esp Enferm Dig*. 2015 Feb; 107(2):122-3. Available from: <http://www.grupoaran.com/mrmUpdate/lecturaPDFfromXML.asp?IdArt=4621099&TO=RVN&Eng=1>
12. Faure JP, Doucet C, Scepi M et al. Abnormalities of the gallbladder, clinical effects. *Surg Radiol Anat*. 2008; 30: 285-290. Available from: <https://doi:10.1007/s00276-008-0332-7>.
13. Hope WW, Vrochides DV, Newcomb WL et al. Optimal treatment of hepatic abscess. *Am Surg*. 2008; 74: 178-182. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18306874/>
14. Muguti EG, Muchuweti D, Munyika AA. Congenital duplex gallbladder anomaly presenting as gangrenous perforated intrahepatic cholecystitis mimicking a gas forming liver abscess: A case report and literature review. *Cent Afr J Med*. 2012 Sep-Dec; 58(9-12): 44-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26255329/>