

VOLVO DA VESÍCULA BILIAR

GALLBLADDER VOLVULUS

Luiz Antonio Rodrigues, TCBC-RJ¹

Francisco de Assis David Cruz Silva, ACBC-RJ²

INTRODUÇÃO

A necrose da vesícula biliar conseqüente a sua torção é um achado raro. É devido à dificuldade de irrigação sangüínea do órgão, que ocorre, quando há mobilidade do seu pedículo e suas relações anatômicas com o fígado não são as habituais.

Desde o primeiro caso em 1898, descrito por Wendel,¹ aproximadamente trezentos casos foram relatados na literatura. Esta complicação é mais comum em mulheres idosas,² embora tenha sido relatada em todos os grupos etários.

O diagnóstico é difícil, sendo quase sempre resultado da exploração cirúrgica do abdome agudo.^{1,3} Em alguns casos, clinicamente se assemelha à colecistite aguda.²

Quando se diagnostica, e o tratamento é precoce, o prognóstico é bom.⁵ A vesícula biliar em sua situação normal é fixada ao fígado fortemente e ao peritônio por extensão. Nessas condições não há qualquer possibilidade de torção.

RELATO DO CASO

CJS, 19 anos, sexo masculino, pardo, natural do Rio de Janeiro deu entrada no Serviço de Emergência, transferido de outro hospital, com história de dor abdominal difusa há vinte e quatro horas, que no início foi epigástrica e seguida de vômitos. Ao exame clínico na entrada, achava-se ansioso, eupneico, com bom estado geral, mucosas coradas, anictérico, acianótico e afebril.

Pressão arterial (PA) = 130x 80 mmHg, pulso radial cheio regular, com 120 bpm.

O abdome estava doloroso à palpação do epigástrico e do flanco direito e tinha sinais de irritação peritoneal, sendo a vesícula palpável.

Foram solicitados exames complementares.

A rotina radiológica do abdome foi normal.

A ultra-sonografia abdominal não mostrou qualquer alteração.

Hemograma completo:

Hemácias – 5 330 000 hem/mm³

Hematócrito – 45,9%

Leucócitos – 14 600 leuco/mm³

0 eos, 7 bast., 79 seg., 9 linfo, 5 mono.

Glicose – 174 mg/dl

Uréia – 20 mg/dl

Creatinina – 1,1 mg/dl

Amilase – 75 U/l

Lipase – 102 U/l

Sódio – 136 mg/dl

Potássio – 3,8 mg/dl

Urina – sedimento com 2 a 3 piócitos por campo.

Devido à irritação peritoneal, o paciente foi submetido à laparotomia.

Durante a exploração da cavidade, encontrou-se a vesícula biliar necrosada e fixa apenas pelo seu pedículo, que estava torcido. Havia infiltração equimótica no ligamento hepato-duodenal e pequena quantidade de secreção serosa.

Foi realizada a colecistectomia com lavagem da cavidade.

Não houve intercorrência no pós-operatório e o paciente teve alta sete dias após.

O exame histopatológico (LAP 2874/ 98) mostrou “a vesícula biliar de parede pardo-escura, com fundo enegrecido, medindo 6,0 X 3,5 cm. Aos cortes, a parede mede 0,4 cm com saída de bile escura, a mucosa é trabeculada e pardo-escura. Diagnóstico – necrose isquêmica da vesícula biliar”.

DISCUSSÃO

A implantação anormal da vesícula biliar ocorre em 4 % da população. Pode haver um pedículo formado pela artéria e canal císticos que são envolvidos inteiramente pelo peritônio ou um meso que liga a vesícula biliar ao fígado. A torção se daria em conseqüência do peristaltismo dos órgãos contíguos. O peristaltismo gastroduodenal seria o responsável pela rotação horária e a do ângulo hepático e do cólon transversal pela rotação anti-horária.

A necrose é uma complicação rara e manifesta-se com clínica semelhante à colecistite aguda, havendo dor abdominal

1. Cirurgião do Hospital Central do Exército, ex-Diretor do Hospital Estadual Getúlio Vargas.

2. Cirurgião do Hospital Central do Exército.

Recebido em 29/3/99

Aceito para publicação em 20/9/99

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Central do Exército.

intermitente, náuseas, vômitos e massa palpável na reborda costal direita. O seu diagnóstico é difícil, o que pode ser fatal para o paciente.

Em alguns casos, a ultra-sonografia mostra distensão da vesícula biliar. Segundo Hamdi et al, a ultra-sonografia pode mostrar uma vesícula muito grande, que flutua anteriormente e tem paredes muito espessadas.

É necessário que no diagnóstico diferencial nas colecistites agudas se inclua a torção. Os achados clínicos, associados às imagens ultra-sonográficas levarão ao diagnóstico.

Agindo assim haverá uma intervenção precoce, evitando-se a morbi/mortalidade.

Se há retardo no diagnóstico, poderá o quadro clínico ser agravado pela rotura ou coleperitônio.

Em 1934, Short et al publicaram uma série de 39 pacientes com torção em que houve uma taxa de mortalidade de 12,8%. Atualmente, esta taxa é inferior devido aos métodos prope-dêuticos por imagem.

No presente caso, a necrose estava-se iniciando o que contribuiu para a boa evolução após a colecistectomia.

ABSTRACT

A case of torsion of the gallbladder is presented. This is a rare condition that occurs when it is associated with anatomical variants related to abnormal fixation of the gallbladder to the liver bed. The blood irrigation is insufficient and the gallbladder develops necrosis. The abnormal implantation occurs in 4% of the population. If the gallbladder loses its fixations to the inferior margin of the liver with the presence of a long mesocyst a torsion can occur when this gallbladder twists axially with subsequent occlusion of the blood flow. The signs and symptoms are similar to those of severe acute cholecystitis: abrupt onset of the pain and large palpable mass below the right costal margin. The ultrasound can show a very large and anteriorly floating gallbladder. In this case, the ultrasound did not show any abnormal signs, so it is usually diagnosed at laparotomy and the treatment consists of cholecystectomy. This condition should be suspected in acute abdominal pain of unknown origin.

Key Words: Gallbladder volvulus; Torsion.

REFERÊNCIAS

1. Losken A, Wilson BW, Sherman R – Torsion of the gallbladder: a case report and review of the literature. *Am Surg* 1997;63 (11): 975-8
2. Hamdi M, Blondiau JV, Algaba R, Van Gysel JP – Gallbladder volvulus: a case report. Could the ultrasound be the key of the early diagnosis? *Acta Chir Belg* 1996;96 (1):41-3
3. Gugenheim J, Baldini E, Casaccia M, Mouiel – Volvulus of the gallbladder: a difficult diagnosis requiring urgent operation. *Gastroenterol-Clin-Biol* 1997;21 (12):999-1000
4. Garcia Picazo D, Palomares Ortiz G, Capilla F et al – Acute volvulus of the gallbladder. *Gastroenterol Hepatol* 1996;19 (6):334
5. Merriman TE, Houghton G, Ventura R – Torsion of the fundus of the gallbladder. *Aust N Z J Surg* 1993;63 (10): 821-2

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Luiz Antônio Rodrigues
Rua Cardoso de Moraes, 61/526
21032-000 – Rio de Janeiro – RJ