20º CONGRESSO DE CIRURGIA RIO DE JANEIRO
17 a 19/09/2020 | EVENTO VIRTUAL
O cirurgião geral de hoje

Diagnóstico de vesícula residual no pós operatório: relato de caso

MARIA OLIVIA DA SILVA[1], JACQUELINE JÉSSICA DE MARCHI[2], VIVYAN VANESSA DE LIRA ISIDRO[3], VITÓRIA PAGLIONE BALESTERO DE LIMA[2], JOANNA MARIA ALVES MORAIS[2] e JÚLIA RIBEIRO BORGES[2].

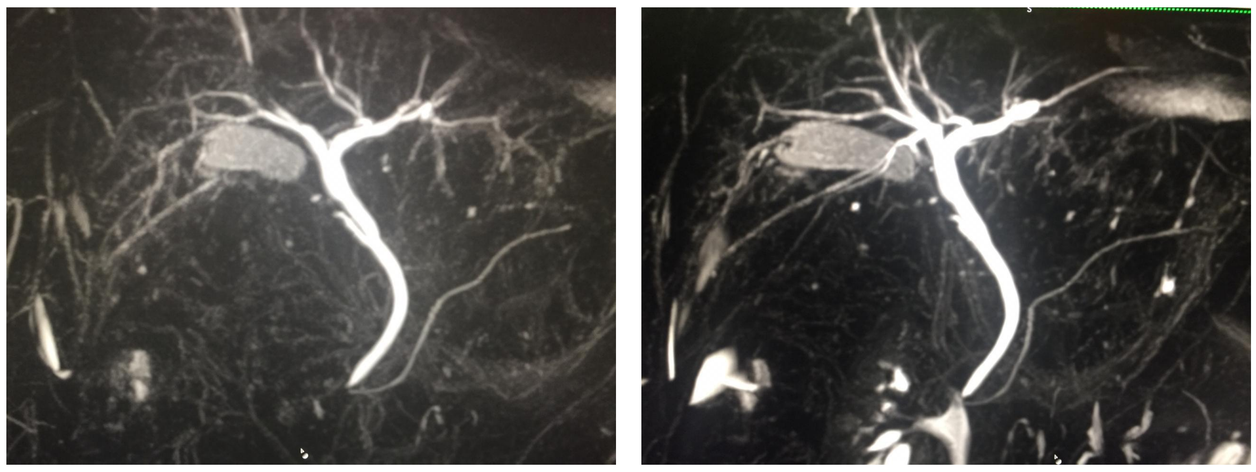
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE- UNIVAG BRASILEIRA, VÁRZEA GRANDE - MT – BRASIL.
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS SINOP, SINOP - MT – BRASIL.
3. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE BRASILEIRA, SANTO AMARO - PE - BRASIL.

INTRODUÇÃO

Colecistite aguda é o processo inflamatório da vesícula biliar. Cerca de 95% casos são por persistente obstrução do ducto cístico devido à impactação por cálculo. Nos 5% restantes, acontece a colecistite acalculosa, decorrente da contratilidade ineficaz da vesícula e a formação de lama biliar, que desencadeia uma inflamação localizada corroborando à congestão da parede, colonização bacteriana e necrose. O diagnóstico é feito pela clínica e Ultrassonografia (USG). A colecistectomia é o tratamento de escolha, associada a antibioticoterapia. O tratamento eficaz dessa patologia é crucial, uma vez que a persistência da inflamação pode causar perfurações, íleo biliar, isquemia e necrose.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 47 anos, obeso, com histórico de Síndrome do Intestino Irritável, em uso de Siilif. Em novembro de 2019, iniciou dor em hipocôndrio direito associada à náuseas e vômitos. Realizado USG de Abdome, sendo constatada litíase biliar com espessamento da parede vesicular, confirmando o diagnóstico de colecistite aguda. Submetido à Colecistectomia Videolaporoscópica (20/01/20), ocorreu sangramento importante, devido a esteatose e friabilidade hepática. A cirurgia seguiu-se com ligadura de artéria cística e ducto cístico, sem presença de alterações anatômicas. O anatomopatológico da vesícula constatou colecistite crônica inespecífica e colesterolose. Paciente evoluiu bem e recebeu alta em 24 horas. Retornou em consulta (31/01/20), assintomático. Em Julho de 2020, em consulta e assintomático, foi solicitado USG de abdome, realizado dia 21/07 (no leito da vesícula biliar uma imagem tubular, anecóica, de paredes espessadas com conteúdo heterogêneo medindo 4,4x2,0x1,6 centímetros nos seus maiores eixos). Impressão diagnóstica: esteatose hepática, vesícula biliar não caracterizada e formação de aspecto cístico tubular, com conteúdo na topografia da vesícula. Para elucidação foi solicitado a Colangiorresonância (13/08) que identificou aspecto cístico alongado no leito vesicular sugestivo de neovesícula, negou a presença cisto de colédoco.



Colangiorresonância realizada no dia 13/08/2020

DISCUSSÃO

Existem poucos relatos referentes a vesícula remanescente e neovesícula biliar pós-colecistectomia. A colecistectomia subtotal é a principal causa de vesícula remanescente, umas das indicações são nos casos de difícil abordagem cirúrgica com comprometimento inflamatório da árvore biliar e visibilidade cirúrgica difícil. Outrossim, nessas situações prioriza-se o clampeio do ducto cístico para que não ocorra sintomas de cólica biliar e deixa somente resquícios da camada serosa da vesícula biliar, na qual mantêm contato com a região hepática. Como diagnóstico diferencial há o cisto de colédoco, patologia rara, que se apresenta como dilatações de origem congênita dos ductos biliares nas vias intra ou extra-hepáticas, manifestação frequente na infância. No caso descrito, ficam-se os questionamentos: o diagnóstico seria de vesícula remanescente ou neovesícula?

REFERÊNCIAS: 1-Coelho JCU, Nassif AE, Campos ACL. Vesícula residual. Rev. Col. Bras. Cir. 2002; 29 (6): 367-369.

2-Filho EL, Silva CAA, Melo FAO, Almeida LA, Benayon JC, Cohen MA. Cisto de colédoco com apresentação na idade adulta. Fundação Hospital Adriano Jorge, Serviço de Cirurgia Geral, Manaus- BR. 2000; 13 (02).

3-Gandolfi JF, Carvalho-Neto FR, Gandolfi H, Paula AC, Guiraldo RPA, Marino Guilherme de Campos. Cisto de colédoco: relato de caso e revisão da literatura. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2007 June ; 20(2): 130-133.

4-LONG, Dan L. et al. Medicina Interna de Harrison. 18 ed. Porto Alegre, RS: AMGH Ed., 2013. 2v.

5-SABISTON. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Saunders. Elsevier