

Diverticulite aguda de vesícula biliar – um relato de caso

Acute gallbladder diverticulitis – a case report

DOI:10.34119/bjhrv6n4-229

Recebimento dos originais: 10/07/2023

Aceitação para publicação: 07/08/2023

Lívia Roberta Costa do Nascimento

Residência Médica em Cirurgia Geral

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife - PE, CEP: 50670-901

E-mail: liviarobertanascimento@gmail.com

Fernanda Elizabete dos Ramos Alves

Doutora em Bioquímica e Fisiologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço: Av. Gov. Agamenon Magalhães, Santo Amaro, Recife – PE, CEP: 50100-010

E-mail: fernanda.eran1@gmail.com

Gustavo Cavalcanti Arruda

Residência Médica em Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife - PE, CEP: 50670-901

E-mail: guga_arruda@hotmail.com

José Tarcísio Dias da Silva

Mestre em Cirurgia

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife - PE, CEP: 50670-901

E-mail: josetarcisiodias@gmail.com

Álvaro Antônio Bandeira Ferraz

Pós-Doutor em Cirurgia, Transplante de Órgãos

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife - PE, CEP: 50670-901

E-mail: alvaroabferraz@gmail.com

Rodrigo Alves Ataíde

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, CEP: 50670-901

E-mail: rodrigoataidemed@gmail.com

RESUMO

O divertículo da vesícula biliar é um achado incomum durante investigação de doenças relacionadas a esse órgão, de difícil documentação em exames de imagem, geralmente encontrado apenas em peças cirúrgicas após a colecistectomia, e assim, pouco discutido na literatura. O diagnóstico de diverticulite aguda da vesícula biliar chega a ser ainda mais raro. O

presente caso tem como objetivo mostrar o quadro de uma paciente do sexo feminino com diverticulite aguda de vesícula biliar com detalhes clínicos de pré, intra e pós-operatório assim como os exames complementares relacionados. Uma paciente do sexo feminino, deu entrada com história de dor abdominal localizada em hipocôndrio direito há 2 dias da admissão. Durante avaliação do exame físico do abdome, identificado sinal de Murphy positivo. Os exames laboratoriais vieram dentro da normalidade. Realizada ultrassonografia de abdome com um conjunto de achados que favorece a hipótese de diverticulite do fundo da vesícula biliar. Para complementação, foi realizada uma tomografia de abdome superior sem contraste que ratificou a mesma hipótese diagnóstica. A conduta curativa adotada foi a realização da colecistectomia convencional. Após retirada da peça, foi feita sua abertura com achado macroscópico interno de estrutura sacular de paredes espessadas no fundo da vesícula preenchida por cálculos. A explicação mais aceitável para o surgimento da diverticulose da vesícula biliar consiste na presença de alguma obstrução ao fluxo de saída da bile com consequente aumento da pressão intra-cística. No caso em questão, pode-se observar macro e microscopicamente fatores que podem ser implicados no surgimento do divertículo que foram a presença de inúmeros cálculos no interior do órgão além de um ducto cístico fino e longo. Para a construção deste relato de caso foi feita uma revisão de literatura de casos de diverticulite de vesícula biliar com poucos achados, pouco detalhamento e conseqüentemente, poucas informações quanto ao seguimento desta patologia cirúrgica. Entretanto com o caso supracitado, foi possível uma boa caracterização clínica e complementar que levou a um alto grau de suspeição diagnóstico já no ambiente pré-operatório, o que pode ser uma vantagem para os cirurgiões durante o planejamento da intervenção. Além disso, o quadro de diverticulite aguda da vesícula biliar, ainda não havia sido descrito com esses achados específicos na literatura. Os exames de imagem complementares foram essenciais para o levantamento das hipóteses do caso, assim, se mais diagnósticos fossem feitos no pré-operatório, saberíamos a real frequência e a importância clínica desta patologia.

Palavras-chave: diverticulite, vesícula biliar, colecistectomia, colelitíase, relato de caso, adenomiomatose de vesícula biliar.

ABSTRACT

Gallbladder diverticulum is an unusual finding during investigation of diseases related to this organ, difficult to document in imaging studies, usually found only in surgical parts after cholecystectomy, and thus little discussed in the literature. Diagnosis of acute gallbladder diverticulitis is even rarer. The present case aims to show the picture of a female patient with acute gallbladder diverticulitis with clinical details of pre, intra and postoperative as well as the related complementary examinations. A female patient checked in with a history of abdominal pain located in the right hypochondrium two days before admission. During evaluation of the physical examination of the abdomen, positive Murphy's sign was identified. The lab tests came back to normal. Ultrasonography of the abdomen with a set of findings that favors the hypothesis of diverticulitis of the gallbladder floor. For complementation, a non-contrast superior abdominal tomography was performed that ratified the same diagnostic hypothesis. The curative behavior adopted was the realization of conventional cholecystectomy. After the removal of the part, its opening was made with an internal macroscopic finding of sacular structure of thickened walls at the bottom of the vesicle filled by calculations. The most acceptable explanation for gallbladder diverticulosis is the presence of some obstruction of the outflow of bile with consequent increase in intracystic pressure. In the case in question, one can observe macroscopically and microscopically factors that can be implicated in the emergence of the diverticulum that were the presence of numerous calculi inside the organ in addition to a thin and long cystic duct. For the construction of this case report a literature review of cases of

gallbladder diverticulitis was done with few findings, little detail and consequently little information on the follow-up of this surgical pathology. However, with the case mentioned above, it was possible to have a good clinical and complementary characterization that led to a high degree of diagnostic suspicion already in the preoperative environment, which may be an advantage for surgeons during the planning of the intervention. In addition, the condition of acute gallbladder diverticulitis had not yet been described with these specific findings in the literature. The complementary imaging tests were essential for the case hypothesis survey, so if more diagnoses were done in the preoperative period, we would know the actual frequency and clinical importance of this pathology.

Keywords: diverticulitis, gallbladder, cholecystectomy, cholelithiasis, case report, gallbladder adenomyomatosis.

1 INTRODUÇÃO

O divertículo da vesícula biliar surge decorrente do crescimento exacerbado da mucosa vesicular e espessamento da musculatura pela adenomiomatose. É um acontecimento raro, com prevalência maior em mulheres que em homens, de difícil visualização em exames de imagem, encontrado geralmente após a realização da colecistectomia onde a vesícula tem internamente um aspecto sacular formado por sinuosidades (Sinos de Rokitansky-Aschoff) [7].

Apesar de causar um espessamento da vesícula biliar, que é um achado frequente em exame de ultrassonografia e é um dos principais sinais de colecistite aguda, a diverticulose da vesícula pode fazer diagnóstico diferencial com uma série de outras situações clínicas [1]. A adequada caracterização e interpretação desse aumento de espessura é de grande importância, pois o diagnóstico correto tem impacto direto no tratamento.

Sabe-se que o quadro clássico de colecistite se dá pela impactação do cálculo no ducto cístico que ocasiona sua obstrução e leva a inflamação da vesícula biliar. Em situações de maior raridade, a inflamação pode inicialmente ou unicamente estar relacionada ao divertículo, esta apresentação pode mimetizar em exames de imagem colecistite aguda complicada com abscesso peri vesicular ou até mesmo neoplasias malignas pelo espessamento localizado da parede diverticular.

O presente caso tem como objetivo mostrar o quadro de uma paciente do sexo feminino com diverticulite aguda de vesícula biliar, de apresentação incomum, pouco descrita em literatura, com detalhes clínicos de pré, intra e pós-operatório assim como os exames complementares relacionados.

2 OBJETIVO

O presente caso tem como objetivo relatar o quadro clínico e sua evolução de uma paciente do sexo feminino com diverticulite aguda de vesícula biliar com detalhes clínicos de pré, intra e pós-operatório assim como os exames complementares relacionados.

Além de realizar levantamento bibliográfico acerca do assunto divertículos de vesícula biliar e dessa forma colaborar com a comunidade científica para elaboração de protocolos que tanto influenciam no diagnóstico quanto nas condutas cirúrgicas e terapêuticas na condução de casos semelhantes.

3 METODOLOGIA

Este é um estudo observacional e descritivo do tipo relato de caso com informações obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e da intervenção terapêutica. Utilizadas as orientações do CARE (case report guidelines), obtido através da equator network [8]. A coleta dos dados foi realizada durante o mês de julho de 2021 no próprio Hospital Miguel Arraes.

Para a elaboração da revisão de literatura, foram utilizadas as principais bases de dados científicos (PUBMED, BIREME, SCIELO, LILACS) com as palavras-chaves diverticulite aguda, vesícula biliar e divertículo de vesícula biliar.

4 RELATO DO CASO:

4.1 INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Paciente, M.F.S, 56 anos, sexo feminino, deu entrada num serviço de pronto atendimento com história de dor abdominal encaminhada para o Hospital Miguel Arraes, em Paulista-PE, para avaliação da cirurgia geral.

Informou a equipe de cirurgia geral história de dor abdominal de forte intensidade, persistente, localizada em hipocôndrio direito associada a vômitos que piorava após a ingestão de alimentos, iniciada há 2 dias da admissão. Já tinha relato de dores na mesma localização há aproximadamente 20 dias que aliviavam com analgésicos comuns, porém desta vez, não estava apresentando melhora mesmo com opióides. Negou febre, rebaixamento do nível de consciência, icterícia, colúria e acolia fecal.

Paciente hipertensa bem controlada com hidroclorotiazida, atenolol e losartana. Faz tratamento para quadro de depressão psicótica com risperidona, amitriptilina e clonazepam há 2 anos. Nega internamentos prévios. É tabagista (36 maços-ano) e consome bebidas alcoólicas

em moderada quantidade nos finais de semana (cerveja e destilados). Trabalha como auxiliar de cuidados numa residência terapêutica. Foi submetida a laqueadura tubária há 34 anos.

4.2 ACHADOS CLÍNICOS

Ao exame físico, apresentava-se com estado geral regular, consciente, orientada, hidratada, normocorada, anictérica, acianótica e afebril. Deambulava com marcha antálgica. Sem alterações na avaliação do aparelho respiratório e cardiovascular. Abdome semigloboso, menos depressível e doloroso a palpação de andar superior, principalmente em hipocôndrio direito com inspiração profunda interrompida pela dor a palpação (sinal de Murphy positivo), sem visceromegalias palpáveis, ruídos hidroaéreo hipoativos.

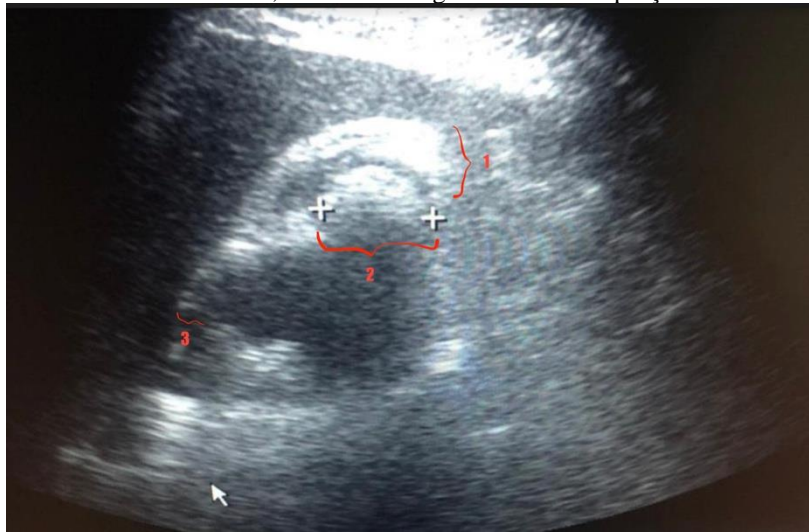
4.3 DIAGNÓSTICO

Foi admitida com história clínica de dois dias e exame físico sugestivo de colecistite aguda, assim foram solicitados exames complementares como ultrassonografia de abdome e exames laboratoriais para avaliar indicação cirúrgica de urgência.

Os exames laboratoriais vieram com contagem de leucócitos dentro dos valores de referência, bilirrubinas total e frações, amilase, lipase, enzimas canaliculares (fosfatase alcalina e gama glutamiltransferase) e transaminases hepáticas também se mostraram sem alterações.

O exame de imagem solicitado inicialmente foi a ultrassonografia de abdome (figura 1) com achado de imagem cística de paredes bem delimitadas em comunicação com o fundo da vesícula biliar, mede cerca de 3 cm, com cálculo obstrutivo de 2,3 cm localizado em seu óstio; associa-se aumento da ecogenicidade dos planos adiposos circunjacentes. O conjunto de achados favorece a hipótese de diverticulite da vesícula biliar, porém participa do diagnóstico diferencial menos provável, colecistite focal perfurada e bloqueada neste sítio. Demais porções da vesícula biliar de paredes finas contendo alguns microcálculos em seu interior não obstrutivos, medem em torno de 0,5 cm.

Fig. 1: Ultrassonografia de abdome (12/07/2021): imagem da vesícula biliar: 1 - parede espessada do divertículo; 2 - Cálculo no óstio diverticular; 3 - Parede delgada nas demais porções da vesícula biliar.



Para complementação, foi realizada uma tomografia de abdome superior sem contraste onde também foi possível observar a imagem sacular no fundo da vesícula, bem delimitada, com paredes espessadas, com aumento da densificação dos planos adiposos circunjacente a ela e material heterogêneo em seu interior podendo corresponder a cálculo. Demais segmentos da vesícula biliar com paredes finas com material heterogêneo em seu interior com ducto cístico sem sinais de obstrução.

Fig. 2: TAC de abdome sem contraste (12/07/2021): A e B: Corte axial do abdome superior: 1- Paredes delgadas da vesícula biliar hidrópica; Seta vermelha: divertículo; Seta azul - borramento de planos adjacentes ao divertículo;

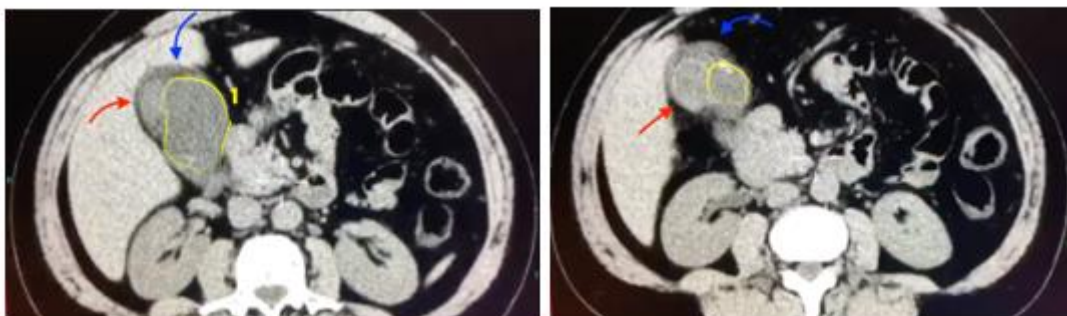
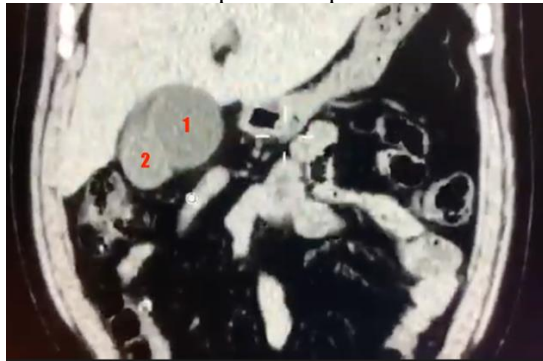


Fig. 3: TAC de abdome sem contraste: Plano coronal do abdome superior: 1 - Óstio da vesícula biliar com paredes finas; 2 - Óstio do divertículo com paredes espessadas e borramento de planos adjacentes.



De acordo com a história clínica, exame físico e complementação com exames laboratoriais e de imagem, a principal hipótese diagnóstica para o caso supracitado foi de diverticulite aguda da vesícula biliar, indicada assim a abordagem cirúrgica, colecistectomia, com perspectiva de bom prognóstico e boa recuperação para a paciente.

O principal diagnóstico diferencial foi o de colecistite aguda localizada em fundo vesicular com perfuração e bloqueio local, menos provável já que as paredes da imagem cística era bem delimitada de contornos regulares, os demais segmentos da parede da vesícula eram finos e não havia obstrução do ducto cístico.

A complementação com exames de imagem e laboratoriais auxilia tanto na definição diagnóstica quanto na avaliação da existência de complicações associadas ao quadro, mas nem sempre está disponível em todos os centros de emergência em Cirurgia Geral.

4.4 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Definido o diagnóstico da paciente, a primeira conduta adotada foi o início de antibioticoterapia com ceftriaxona e metronidazol para cobertura de germes gram negativos entéricos e anaeróbios.

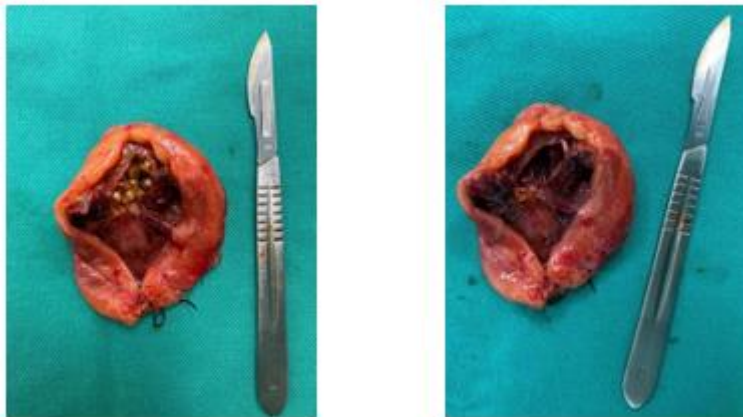
A segunda e principal conduta foi a realização da colecistectomia pelo método convencional com os achados de vesícula biliar túrgida com fundo de paredes espessadas com bloqueio omental, via biliar comum sem ectasias com ducto cístico longo e fino. (Figura 4) Sem achado de líquido livre ou coleções intracavitárias. Foi feita a abertura da peça (Figura 5) com achado macroscópico de estrutura sacular de paredes espessadas no fundo da vesícula preenchida por cálculos.

O procedimento foi sem intercorrências ou efeitos adversos, realizado por via aberta pela indisponibilidade de material para realização via laparoscópica segura.

Figura 4: Vesícula biliar íntegra com fundo espessado e de coloração pardacenta.



Figura 5: Vesícula biliar aberta onde é possível notar espessamento localizado da parede do fundo além de estrutura sacular no seu interior. A: repleta de cálculos. B: após a retirada dos cálculos.



4.5 ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Paciente desde o pós-operatório imediato, apresentou boa evolução clínica e recebeu alta no primeiro dia pós-operatório após deambular sem dificuldade, aceitar dieta branda via oral sem náuseas, eliminar flatos e ter melhora significativa da dor abdominal. Foi orientado o uso de sintomáticos nos primeiros dias após a cirurgia e a antibioticoterapia foi suspensa.

A primeira consulta no ambulatório de egresso, foi feita com 15 dias na qual a paciente apresentava boa evolução clínica com bom estado geral, boa aceitação de dieta via oral, ausência de dor abdominal, sem sinais de infecção de sítio cirúrgico.

O laudo histopatológico da peça cirúrgica, na macroscopia, evidenciou constar de vesícula biliar, já seccionada e vazia, sacular, medindo aproximadamente 8,0 x 4,0 cm. A serosa é pardo-acastanhada. A mucosa é finamente granular e de cor castanho-escura. O lúmen se acha vazio. A parede tem espessura máxima de 1,0 cm, elástica. Na microscopia, fragmentos de parede da vesícula biliar com mucosa parcialmente destruída e substituída por tecido necrótico. Observa-se intenso infiltrado inflamatório transmural rico em polimorfonucleares.

5 DISCUSSÃO

Para a construção deste relato de caso foi feita uma revisão de literatura com busca nas principais bases de dados científicos de casos de divertículos de vesícula biliar com poucos achados e pouco detalhamento. Entretanto para o caso supracitado, foi possível uma boa caracterização clínica e complementar o que levou a um alto grau de suspeição diagnóstica já no ambiente pré-operatório e isso pode ser uma vantagem para os cirurgiões durante o planejamento da intervenção. Além disso, o quadro de inflamação do divertículo, ou seja, diverticulite aguda da vesícula biliar, ainda não havia sido descrito com esses achados específicos na literatura. Se mais diagnósticos fossem feitos no pré-operatório, saberíamos a real frequência e a importância clínica desta patologia [6].

A explicação mais aceitável para o surgimento da diverticulose da vesícula biliar consiste na presença de alguma obstrução ao fluxo de saída da bile com consequente aumento da pressão intra-cística [2]. No caso em questão, pode-se observar macro e microscopicamente fatores que podem ser implicados no surgimento do divertículo que foram a presença de inúmeros cálculos no interior do órgão além de um ducto cístico fino e longo.

No entanto, sabe-se que há outros fatores envolvidos no aparecimento dos divertículos, tais como ausência de uma camada mucosa da muscular e um rearranjo frouxo dos feixes musculares [3]. Casos de diverticulite de vesícula biliar são pouco descritos em laudos histopatológicos e dados da literatura (ROSS et al. 1954). Adicionalmente, já foi demonstrado que características adquiridas durante a embriogênese, como rotação inadequada da vesícula e vascularização incompleta, fazem parte da etiologia para o aparecimento de divertículo [3]. Portanto, são escassos os estudos recentes que demonstram uma correlação entre o aparecimento de divertículo de vesícula biliar e achados de colecistite [4].

6 CONCLUSÃO

O real conhecimento da frequência e da relevância clínica da diverticulite aguda de vesícula biliar poderia ser obtido, caso os diagnósticos de tal patologia fossem feitos no pré-operatório. Para tanto, é importante a expertise médica, no sentido de saber quais exames complementares adequados para confirmar a hipótese diagnóstica, sejam eles laboratoriais ou de imagem.

REFERÊNCIAS

- 1- BARBOSA A B R, et al. Gallbladder wall thickening at ultrasonography: how to interpret it?. Review Articles, Radiol Bras, v. 44 (6), 2011.
- 2- GUPTA P, et al. Imaging-based algorithmic approach to gallbladder wall thickening. World J Gastroenterol. 28;26(40):6163-6181, 2020
- 3- KRAMER A J et al. Gallbladder diverticulum: a case report and review of the literature. Am Surg. 1998
- 4- Thaís Printes et al. Left-sided gallbladder (LSG) associated with true diverticulum, a case report. AME Case Rep. 2020.
- 5- Doganay S, Kocakoc E, Esen M, et al. True diverticulum of the gallbladder. J Ultrasound Med 2010;29:121-3, 2010.
- 6- Basaranoglu M, Balci NC. A true fundic diverticulum of the gallbladder. J Gastroenterol Hepatol 2006; 21:1222–1223.
- 7- Crocella A. La diverticolosi intramurale della cistifellea [intramural diverticulosis of the gallbladder]. Nunt Radiol. 1964 Nov;30:1068-77. Italian. PMID: 14307714.
- 8- Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, Kiene H, Helfand M, Altman DG, Sox H, Werthmann PG, Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch CA, Sun GH, Hanaway P, Sudak NL, Kaszkin-Bettag M, Carpenter JE, Gagnier JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol. 2017 May 18. pii: S0895-4356(17)30037-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026.