



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 3 • Dezembro 2007

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Rotura isolada da vesícula biliar por traumatismo abdominal fechado caso clínico

Isolated gallbladder rupture due to closed abdominal trauma – clinical case

M. Mendes, J. Penedo, J. Guedes da Silva

Centro Hospitalar de Lisboa Central – E.P.E: Hospital de Santo António dos Capuchos – Serviço 6

Homem de 17 anos, vítima de acidente taumático em Benavente do qual resultou traumatismo abdominal fechado por cornada de touro no abdómen.

Transportado à sala de emergência do nosso hospital apresentava-se, à entrada, consciente e orientado, *Glasgow Coma Score* de 15, com pupilas isocóricas e reactivas. Apesar de taquicárdico, os restantes parâmetros hemodinâmicos eram normais. No restante exame objectivo não foram detectadas alterações ventilatórias apreciáveis, apesar do traumatismo contuso do tronco que envolvia a face anterior do hemitórax direito e o hipocôndrio ipsilateral. A parede torácica apresentava múltiplas feridas abrasivas e o doente referia dor abdominal espontânea no hipocôndrio direito e epigastro, agravada pela palpação e percussão, com defesa evidente no hipocôndrio direito.

As análises realizadas na admissão não revelaram alterações.

A radiografia simples de abdómen (fig. 1) demonstrou uma opacificação dos quadrantes direitos com ausência de gás intestinal nessa região e ausência de pneumoperitoneu.

A repetição do hemograma permitiu constatar uma descida do valor da hemoglobina de 1g/dl por comparação com os valores iniciais na admissão. A clínica de abdómen agudo com defesa e dor abdominal de intensidade progressiva associada ao resultado imagiológico e à descida da hemoglobina determinaram a opção por proceder a exploração cirúrgica. Procedeu-se a laparotomia mediana que revelou coleperitoneu generalizado, por rotura do fundo da vesícula. Procedeu-se a lavagem peritoneal abundante e exame siste-



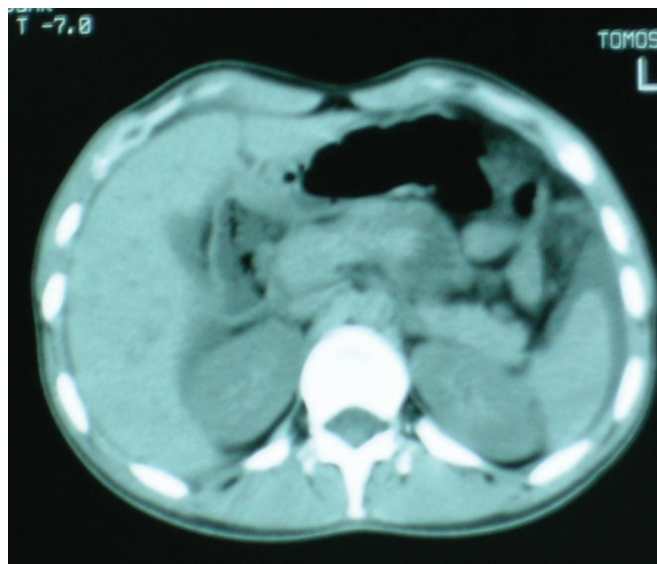
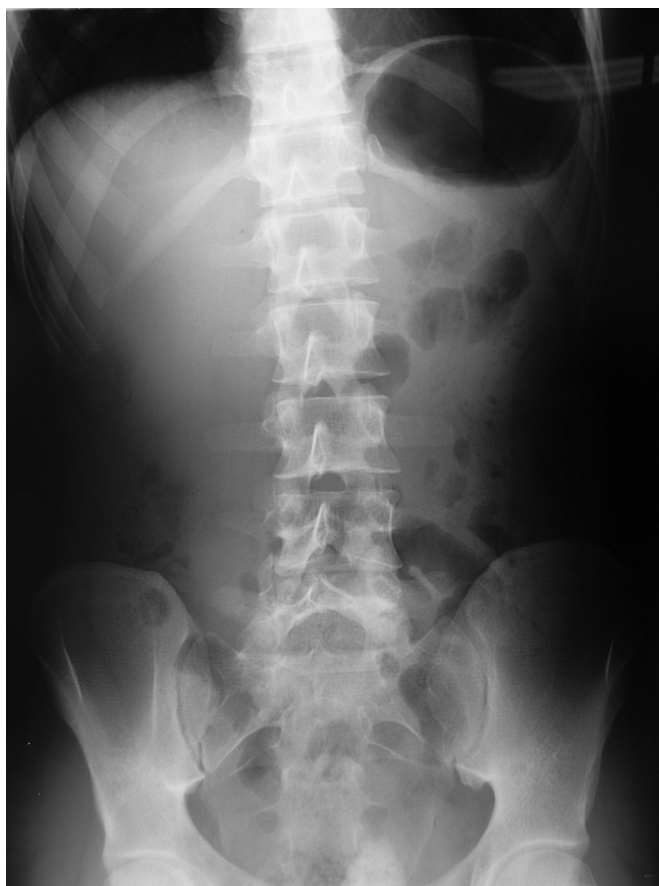


Fig. 1 – Rx simples de Abdomen

matizado dos órgãos da cavidade abdominal para exclusão de outras lesões potenciais.

O doente foi seguido em regime de consulta externa tendo-se mantido assintomático.

O traumatismo fechado da vesícula biliar é raro por comparação com o penetrante. Tal raridade deve-se fundamentalmente a razões anatómicas regionais, uma vez que a vesícula se encontra localizada num recesso protegido. As maiores séries envolvendo traumatismos da vesícula, referem-se a traumatismos abertos e fechados. No entanto a de Soderstrom et al. ⁽²⁾ com 1449 doentes inclui apenas traumatismos fechados. A incidência de traumatismo fechado da vesícula é diminuta cerca de 2%. Mais raro ainda é o traumatismo isolado da vesícula biliar, não associado a traumatismo da árvore biliar, hepático ou duodeno-pancreático.

Os factores etiológicos mais preponderantes incluem as quedas, acidentes desportivos – *rugby*, fute-

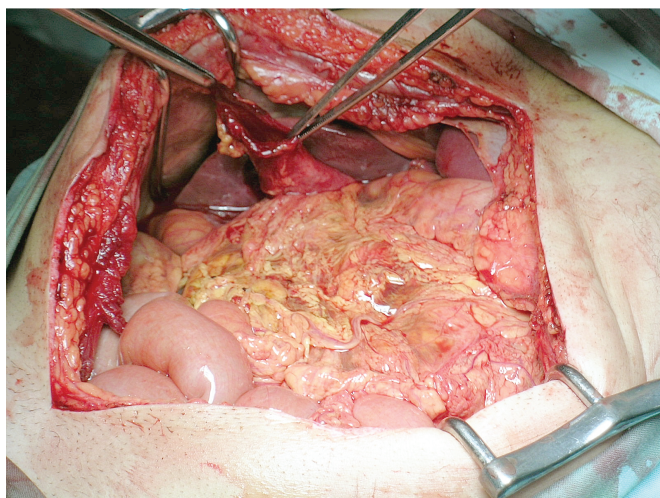
bol, agressões e, actualmente, acidentes rodoviários por mecanismo de desaceleração. O traumatismo fechado predomina na criança e jovem, e o penetrante aumenta no adulto.

Os traumatismos que envolvem a vesícula biliar são por vezes diagnosticados durante uma laparotomia realizada por outras lesões abdominais associadas ⁽¹⁾. Dada a variabilidade de apresentação clínica, algumas lesões são diagnosticadas e tratadas tardiamente com as consequentes implicações na evolução e agravamento.

A radiografia simples do abdómen, embora inespecífica, pode alertar para a rotura pela presença de opacificação no hipocôndrio com indentação cólica. ⁽⁴⁾

A ecografia, convencional ou pelo método *FAST*, embora possa não diagnosticar de forma inequívoca a lesão traumática da vesícula, particularmente na litíase biliar ou em lesões contusas sem perfuração, pode ser útil se houver lesão associada da VBP e a dilatação a





montante pode ser bem apreciada. A lavagem peritoneal diagnóstica em doentes instáveis, pode revelar bÍlis no líquido de lavagem peritoneal, embora não discrimine a sua origem. ⁽¹⁾

A TC abdominal pode demonstrar a fuga de contraste da vesícula ou da árvore biliar, lesada. Alguns autores ⁽³⁾ têm ainda descrito sinais TC de hiperdensidade peri-vesicular que durante a cirurgia, vêm a ser identificados como coágulos luminiais ou sub-serosos.

A cintigrafia com HIDA pode confirmar a fuga biliar intra-abdominal. ⁽⁴⁾

A RMN pode ajudar a distinguir sangue de bÍlis e a CPRE pode eventualmente complementar a evidência de lesões associadas. Resta saber se os custos inerentes a estas técnicas justificam o benefício da informação adicional.

A laparoscopia como método adicional de diagnós-

tico só se justifica plenamente perante sinais inequívocos de abdómen agudo, ⁽⁴⁾ embora no caso que reportamos, por razões logísticas, não tivesse sido essa a opção.

Actualmente, a classificação dos traumatismos da vesícula é a do quadro em baixo. ⁽³⁾

A rotura pode acontecer em qualquer vesícula submetida a forças de tracção, torção ou avulsão, mas a maior tendência à lesão verifica-se na vesícula com parede fina. Na colecistite crónica, pensa-se que são forças tangenciais dirigidas à superfície inferior do fígado, as responsáveis por estas lesões ⁽⁷⁾. Entre outros factores predisponentes salientam-se a vesícula distendida após a refeição e a ingestão de álcool. ⁽¹⁾

O tratamento do traumatismo fechado da vesícula depende da gravidade global das lesões detectadas, da precocidade do diagnóstico e pode variar entre a vigilância expectante e a colecistectomia convencional clássica, associada eventualmente a outros procedimentos. A laparoscopia é uma via de abordagem terapêutica, ^(4,8) em centros com experiência.

No entanto, em lesões pequenas, recentes e sem isquémia considera-se a sutura e até a colecistopexia em casos de avulsão parcial. ^(4,8) A colecistostomia e a drenagem sub-hepática em doentes muito instáveis ⁽⁸⁾ representam uma alternativa.

O prognóstico é habitualmente bom se o diagnóstico for precoce e não houver lesões associadas. Prontamente reconhecida a mortalidade é inferior a 10% mas em lesões extensas e com tratamento adiado pode chegar aos 40% ⁽⁸⁾.

Tipo	Subtipo	Descrição
1. Contusão	1A	Hematoma intramural
	1B	Hematoma intramural com necrose e perfuração
	1C	Hematoma intraluminal não resolvido
2. Laceração		Rotura imediata
3. Avulsão	3A	Avulsão parcial da vesícula do leito hepático
	3B	Avulsão total mas mantendo ligação ao ligamento hepato-duodenal
	3C	Arrancamento só do ligamento hepato-duodenal
	3D	Avulsão completa (colecistectomia traumática)
4. Colecistite Traumática	4A	Secundária a hemobilia em trauma hepático
	4B	Colecistite Aguda Alitiásica traumática
5. Rasgadura incompleta		



BIBLIOGRAFIA

1. Sharma Om, Toledo Hospital Ohio, USA: Blunt Gallbladder Injuries: Presentation of 22 cases with review of literature, *The Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care* 39:3 1995
2. Soderstrom CA, Maeka K, DuPriest RW Jr: Gallbladder injuries resulting from blunt abdominal trauma. *Ann Surg* 193:60, 1981
3. Jeffrey RB, Federle MP, Laing FC, Wing VW. Computed tomography of blunt trauma to the gallbladder. *J Comput Assist Tomogr*; 10:756-758 1986
4. Kohler R, Millin R, Bonner B, Louw A: Laparoscopic treatments of an isolated gallbladder rupture following blunt abdominal trauma in a schoolboy rugby player. *Br J Sports Med* 36: 378-379 2002
5. Losanoff JE, Kjossev KT. Complete Traumatic Avulsion of the gallbladder. *Injury* 30:365-368 1999
6. Nishiwaki m, Ashida h, Nishimura T, et al. Post-traumatic intra-gallbladder hemorrhage in a patient with liver cirrhosis. *J Gastroenterol* 34:282-285 1999
6. Xeropotamos N, Baltoyannis G, Nastos D, Ginnovkas A, Cassioumis A. Traumatic cholecystectomy. *Eur J Surg*. 158:249-250 1992
7. Konstantakos AK, Ponsky JL, Biliary Trauma *Medline* 2004

Correspondência:

MÁRIO MENDES
Hospital de Santo António dos Capuchos – Serviço 6
1169 - 050 Lisboa
Telef. 351 21 3136300

