



XXIV
Mostra
de Iniciação
Científica

SEMANA DO
CONHECIMENTO

A Universidade em movimento

De **7 a 10** de outubro de 2014



RELATO DE CASO

AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR, SEM ATRESIA DE DUCTOS BILIARES

AUTOR PRINCIPAL:

Ariane Sponchiado Assoni

E-MAIL:

arianeassoni@hotmail.com

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

Luiz Pedro Palma Hendges; Marcelo Lopes Dias Kolling; Rafaella Scuzziato Dubiela; Taisa Mentges; Leilane Dropp Appel; Juarez Antonio Dal Vesco.

ORIENTADOR:

Lucas Duda Schmitz

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

Ciências da Saúde

UNIVERSIDADE:

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

INTRODUÇÃO:

Agnesia de vesicular biliar (AVB) é uma condição rara que resulta da falha no desenvolvimento do broto ventral na 4ª semana da vida intrauterina¹. Quase sempre o diagnóstico ocorre durante exploração cirúrgica, por sua baixa frequência, possível apresentação clínica de dor abdominal e/ou dispepsia e a evidência ecográfica de colelitíase². A incidência é de 0.01-0.04% das intervenções cirúrgicas de vias biliares². Intervenções desnecessárias ocorrem devido à sintomatologia indistinguível de quadros de cólicas biliares em 23-50% dos casos¹. O diagnóstico por imagem é controverso, já que a ultrassonografia (US) e a tomografia (TC) abdominal podem fornecer um diagnóstico errôneo de colelitíase ou colecistite alitiásica. A colangiografia por ressonância magnética (ColangioRM) permite uma visualização das vias biliares com altas taxas de sensibilidade e especificidade, podendo ser considerada padrão-ouro no diagnóstico de AVB¹.

RELATO DO CASO:

Paciente FRL, feminino, 55 anos, é encaminhada ao Serviço de Cirurgia Geral com diagnóstico ecográfico de colelitíase sintomática, com presença de cálculo de 2.7cm. Queixava-se de epigastria há 12 meses, com irradiação para hipocôndrio direito, de média intensidade, acompanhada de náuseas, fezes marrons, sem sangue. Hábitos urinários sem alterações. Apetite preservado. Sem febre. Em laudo de US trazido pela paciente, se evidenciou colelitíase.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral; aparelho respiratório com murmúrio vesicular presente e sem ruídos adventícios; aparelho cardiovascular com ritmo sinusal e presença de extrassístoles ventriculares; abdome globoso, RHA presentes e normais, indolor a palpação profunda, ausência de sinais de peritonite.

Com a análise do quadro clínico e dos exames complementares, optou-se por videocolecistectomia. Durante o procedimento, notou-se uma retração posterior da superfície visceral do fígado, entre segmentos 4 e 5, sendo realizada conversão para laparotomia devido dificuldade técnica. Via biliar extra-hepática foi dissecada, sem evidência de vesícula biliar, optando-se por colangiografia intra-operatória, para melhor caracterização anatômica, na qual foi identificado estreitamento da via biliar extra-hepática e nenhum sinal da vesícula biliar. Foram realizadas biópsias e ColangioRM no pós-operatório, para complementação anatômica, tratando-se de um caso de AVB e evidenciando a atresia de ductos biliares como artefato.

A AVB é uma anomalia rara, de difícil diagnóstico clínico, com sintomatologia indistinguível à colelitíase em até 50% dos casos¹. Bennion et al classificaram esses pacientes em três grupos: sintomáticos, assintomáticos e aqueles com anomalias fetais múltiplas. AVB isolada ocorre em 70-87.2% dos casos (31.6% são assintomáticos e 55.6% são sintomáticos). Ocorrem em associação com outras má-formações nos 12.8-30% remanentes, que são divididos em dois subgrupos: um com atresia de ductos biliares

RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:

ou cisto de colédoco (9%), e outro com ductos biliares normais mas com anomalias fetais múltiplas a distância (12.8-21%)³. Apesar dos avanços dos métodos de imagem para diagnóstico de doenças gastrointestinais, o diagnóstico de AVB ainda é extremamente difícil. O cirurgião deve confirmar a agenesia pela exploração da cavidade abdominal para excluir vesícula ectópica e pelo uso da colangiografia intra-operatória. Atualmente, somente achados durante a colangiografia podem ser considerados como diagnóstico de agenesia de vesícula¹.

Se o diagnóstico é realizado no pré-operatório, o paciente com coledocolitíase deve ser submetido a extração do cálculo por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) ou coledocolitotomia. Se o paciente se apresenta assintomático nenhum tratamento ou procedimento definitivo é requerido. Para pacientes sintomáticos com AVB isoladas, tratamento conservador é adequado, em ausência de outras doenças biliares³.

CONCLUSÃO:

AVB é uma condição congênita de rara incidência, cujo diagnóstico definitivo só é possível por estudos de maior complexidade, como ColangioRM. A conversão para laparotomia confirmou o diagnóstico de AVB e excluiu vesícula ectópica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Pastore R, Tiveron GRC, Rasteiro R, Simoni ALB, Marais BBO. Agenesia verdadeira de vesícula biliar: dificuldades no diagnóstico pré-operatório. GED, 2009;29(2):56-58
2. Cerda JI, Palmisano E, Dominguez MJ, Bianco S, Gonzalez H. Agenesia de vesícula biliar importancia del diagnóstico preoperatorio. Rev argent cir, 2013;104(1):14-16
3. Bani-Hani KE. Agenesis of the gallbladder: Difficulties in management. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2005;20:671-675

Assinatura do aluno

Assinatura do orientador