

VESÍCULA BILIAR DUPLICADA EM COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

DUPLICATED GALLBLADER IN LAPAROSCOPIC COLECISTECTOMY

Raíssa Campos D'Amico¹; Luciano Ricardo Sfredo¹; Iúriy Aleksander Graff Kindra¹; Izabela Rodrigues Villela¹; Lucas Thá Nassif¹.

RESUMO

A identificação da vesícula biliar duplicada, com ou sem duplicação do ducto cístico, é um achado cirúrgico raro. O reconhecimento precoce desta anomalia contribui para a diminuição de complicações relacionadas à colecistectomia videolaparoscópica. Neste relato, apresentamos o caso de uma paciente mulher, 35 anos, diagnosticada durante o ato operatório com uma vesícula duplicada. Foi realizada colecistectomia videolaparoscópica, por colelitíase sintomática, sendo necessária a realização de colangiografia intra-operatória devido à identificação de estrutura anômala durante a dissecação do triângulo de Calot. O diagnóstico pré-operatório da vesícula biliar duplicada é de extrema importância, devido aos riscos de complicações caso a anomalia seja negligenciada durante a cirurgia. Apesar disto, neste caso observou-se êxito na abordagem videolaparoscópica, mesmo na ausência de diagnóstico prévio.

Descritores: Vesícula Biliar. Doenças da Vesícula Biliar. Anormalidades Congênitas.

ABSTRACT

The existence of a duplicated gallbladder, with or without duplication of the cystic duct, is a rare surgical finding. The early recognition of this anomaly contributes to the reduction of complications related to laparoscopic cholecystectomy. In this report, we describe the case of a female patient, 35 years old, diagnosed during the operation with a duplicated gallbladder. Videolaparoscopic cholecystectomy was performed due to symptomatic cholelithiasis, requiring intraoperative cholangiography due to the identification of anomalous structure during the dissection of Calot's trigone. The preoperative diagnosis of the duplicated gallbladder is extremely important, because of the risk of complications if the anomaly is neglected during surgery. In spite of this, in this case, the videolaparoscopic approach was successful, even in the absence of previous diagnosis.

Keywords: Gallbladder. Gallbladder Diseases. Congenital Abnormalities.

INTRODUÇÃO

Variações na anatomia biliar são frequentes, no entanto, uma vesícula biliar duplicada, com ou sem duplicação do ducto cístico associada, é um achado cirúrgico muito raro, com uma incidência de aproximadamente um em 4.000 a 5.000 pessoas¹.

O estabelecimento do diagnóstico pré-operatório, com o reconhecimento desta anomalia e seus vários tipos, é importante para evitar lesões inadvertidas durante uma colecistectomia videolaparoscópica, desempenhando um papel crucial no planejamento da cirurgia e na prevenção de possíveis complicações cirúrgicas ou necessidade de reoperação, caso a vesícula acessória tenha sido negligenciada durante a cirurgia inicial. Porém, o diagnóstico normal-

mente não ocorre no pré-operatório, podendo levar a dificuldades durante a cirurgia, com maior probabilidade de conversão para cirurgia aberta e complicações. Os sintomas, quando presentes, estão associados à doença dos cálculos biliares e à colecistite, raramente contendo um carcinoma².

Neste relato, apresentamos um caso de uma vesícula duplicada, diagnosticada durante o ato operatório, sendo realizada colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia intra-operatória. Esta revisão procura determinar os desafios no diagnóstico e no manejo dessa rara anomalia.

RELATO DO CASO

S.F.B.M, feminino, 35 anos, natural e procedente de Curitiba - PR, em acompanhamento pós-operatório de gastroplastia

¹ Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Serviço de Cirurgia Geral, Curitiba, PR, Brasil.

reduzora *bypass* no serviço de Cirurgia Geral e Bariátrica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, vem em consulta ambulatorial com queixa de múltiplos episódios de náuseas após alimentação. Nega história atual ou prévia de sintomas colestáticos. Relata uso diário de polivitamínicos, nega outras medicações de uso contínuo ou comorbidades. Ex-tabagista há sete anos.

Ao exame físico, paciente em bom estado geral, IMC de 32,14, abdome sem particularidades a não ser pela presença de incisão mediana supraumbilical de cerca de 10cm. Restante do exame físico sem alterações.

Ultrassonografia de abdome total recente que evidencia aspectos sugestivos de esteatose hepática grau I, além de vesícula biliar com dimensões normais, com paredes de espessura normal, em sua luz havendo inúmeros cálculos, tendo os maiores em torno de 5mm. Vias biliares intra e extra-hepáticas sem alterações de calibre (Figura 1). Análises laboratoriais pré-operatórias sem alterações, incluindo provas de função hepática, enzimas canaliculares e bilirrubinas. Optado por submissão da paciente a procedimento de colecistectomia videolaparoscópica.



Figura 1. Imagem da US de abdome total, sem visualização da duplicidade da vesícula biliar.

No intra-operatório, durante inventário da cavidade, visualização de vesícula biliar tópica, com múltiplos cálculos em seu interior. Durante a dissecação do triângulo de Calot, foram visualizadas duas estruturas que comunicavam a vesícula biliar com o hilo hepático. Optado, então, pela realização de colangiografia intra-operatória. O

exame demonstrou a presença de duplicação de ductos císticos ambos com drenagem para o ducto hepático comum (Figura 2). Aplicado os clips e a seção dos dois ductos (Figura 3); peça enviada para análise anatomopatológica (Figura 4). Restante da cirurgia sem intercorrências. Optado por deixar a cavidade drenada com dreno de Penrose nº 2.

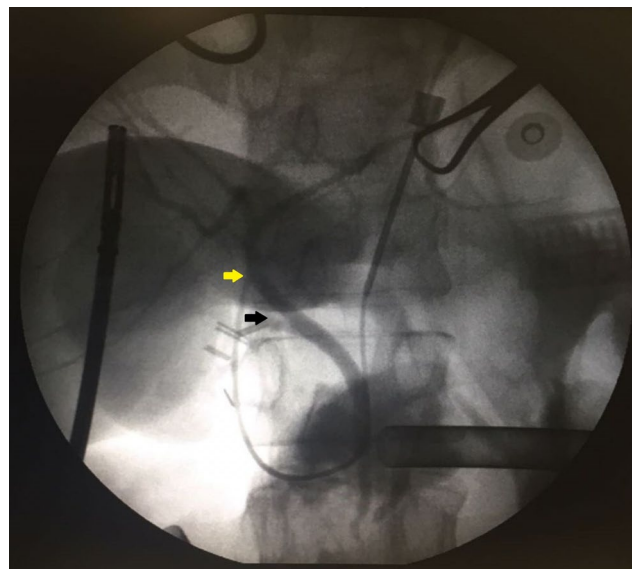


Figura 2. Colangiografia intra-operatória com cauterização do ducto cístico acessório que drenava para o ducto hepático comum.

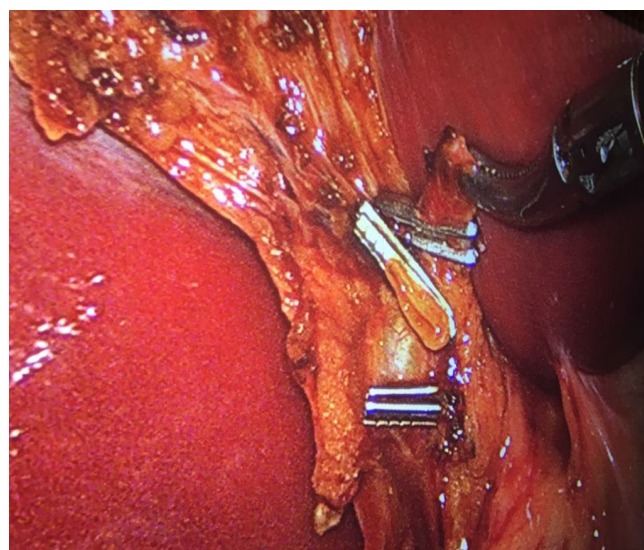


Figura 3. Imagem demonstrando os dois ductos císticos clipados no intra-operatório.

Paciente teve boa evolução, recebendo alta no primeiro dia de pós-operatório, com retirada de dreno de Penrose, com débito de 20ml de secreção sero-hemática em 24 horas. Posteriormente retornou em duas avaliações ambulatoriais, recebendo alta do serviço de Cirurgia Geral no terceiro mês pós-operatório, sem intercorrências.

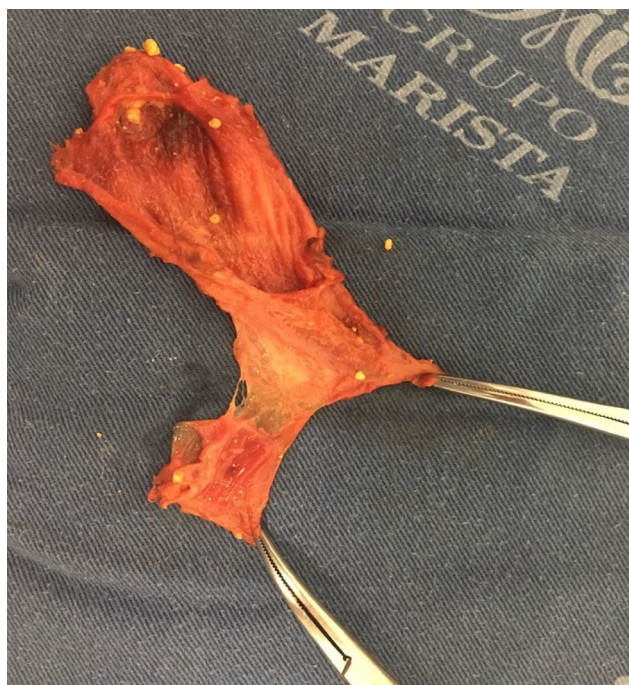


Figura 4. Peça de colecistectomia, com as duas vesículas biliares abertas e os dois ductos císticos reparados com pinças Kelly.

DISCUSSÃO

Variações na anatomia do ducto cístico são comuns. Um quadro anatômico clássico entre o ducto biliar extra-hepático, o ducto cístico e as artérias relacionadas é visto em apenas 33% dos indivíduos³. No entanto, a duplicação da vesícula biliar é uma anomalia congênita rara que apresenta uma incidência de um a cada 4.000 indivíduos, sendo encontrada aproximadamente duas vezes mais em mulheres do que em homens¹. Do ponto de vista embriológico, a duplicação da vesícula biliar ocorre durante a quinta à sexta semana embrionária, período no qual um único primórdio se bifurca. O tempo em que a bifurcação ocorre determina o tipo de duplicação que ocorrerá, isto é, quanto mais cedo à bifurcação, mais completo o grau de duplicação. Uma vesícula biliar acessória verdadeira surge de dois primórdios separados na árvore biliar e possui um ducto cístico separado^{1,3}.

Em 1929, Boyden¹ relatou 20 casos de dupla vesícula biliar que ele encontrou na literatura de 1674 a 1929. Ele descreveu um sistema para classificar as duplicações da vesícula biliar, incluindo vesícula biliar bilobada - que tem um ducto cístico, e duplicação verdadeira da vesícula biliar. Este último é subclassificado em "tipo Y" (dois ductos císticos unindo antes de entrar no ducto biliar comum) e "em forma de H ou

tipo ductular" (dois ductos císticos entram separadamente no ducto biliar comum).

Em 1977, Harlaftis *et al.*⁴ modificaram ainda mais a classificação, descrevendo dois tipos principais baseados em morfologia e embriogênese, sendo essa a classificação mais utilizada atualmente. São dois grupos: anomalia tipo I ou tipo II. O tipo I inclui uma vesícula biliar primordial dividida parcialmente (septada), uma vesícula biliar dividida incompletamente, apresentando forma de V com as duas vesículas biliares unidas no pescoço e, por fim, uma vesícula dividida quase que completamente, apresentando forma de Y, com dois ductos císticos unidos em um ducto cístico comum, mas drenando para o ducto biliar comum através de um único ducto cístico; as anomalias do tipo II, as mais comuns, incluem as vesículas biliares acessórias, ou seja, há duas vesículas biliares separadas, cada uma com seu próprio ducto cístico drenando independentemente para o ducto biliar comum (tipo H) ou com um dos ductos císticos drenando para o ducto hepático direito ou esquerdo (tipo trabecular)^{2,4}.

Não há sinais ou sintomas específicos associados à vesícula biliar duplicada. Colelitíase, colecistite aguda/crônica, empiema, fistula, torção, papiloma e carcinoma, que podem ser observados em uma vesícula biliar comum, também podem afetar a vesícula biliar duplicada. No entanto, a complicação mais comum é a formação de cálculos, com risco similar ao de uma única vesícula biliar. A cirurgia deve ser o tratamento de escolha apenas na duplicação da vesícula biliar sintomática. Recomenda-se a remoção de ambas as vesículas biliares em um único procedimento para evitar doença subsequente no remanescente da vesícula biliar⁵. Não há, atualmente, nenhuma indicação para colecistectomia em pacientes assintomáticos se a duplicação da vesícula biliar for detectada incidentalmente durante a realização de exames de imagem para outras condições não relacionadas².

Tais variações anatômicas estão associadas a maior dificuldade e risco operatório, muitas vezes necessitando de colangiografia intra-operatória - caso inesperado no pré-operatório ou se a anatomia não estiver clara durante o procedimento cirúrgico^{6,7}. Além disso, pode requerer conversão para colecistectomia aberta e potencialmente aumentar o risco de lesão do ducto biliar.

Por estes motivos, o diagnóstico pré-operatório da vesícula biliar duplicada é de extrema importância, pois pode ser negligenciado durante a cirurgia. Fatores que podem levar à dificuldade diagnóstica incluem sinais e sintomas inespecíficos, falta de conhecimento do cirurgião sobre as variações anatômicas e inadequação das técnicas de imagem, podendo resultar em recorrência de sintomas ou complicações biliares⁸.

Embora o diagnóstico pré-operatório bem-sucedido seja relatado em apenas metade dos casos, métodos de imagem para visualizar estruturas anatômicas da árvore biliar e diagnosticar a doença progrediram recentemente. O ultrassom abdominal pode ser útil para o diagnóstico pré-operatório. Pode reconhecer a vesícula biliar duplicada na presença de duas estruturas císticas que ocupam a fossa da vesícula biliar. No entanto, não delinea de forma confiável o detalhe anatômico dos ductos císticos nem suas relações com a árvore biliar. Portanto, complementar a investigação com outros exames é recomendável, sendo a colangiressonância um método válido para a avaliação de pacientes com suspeita de anomalias da vesícula biliar após o exame inicial com US⁵. A colangiografia intra-operatória pode ser usada para definir a anatomia das vias biliares e ajudar a identificar estruturas anômalas adicionais, especialmente se a colangiressonância não tiver sido realizada e uma anomalia for encontrada durante a colecistectomia laparoscópica, como no caso relatado⁹.

Embora alguns autores tenham aconselhado uma abordagem cirúrgica aberta, para evitar a falha diagnóstica, vários autores relataram casos de vesícula biliar duplicada tratados com sucesso por colecistectomia laparoscópica⁵, sendo atualmente o procedimento de escolha. Permite a visualização do hilo hepático, leito da vesícula biliar e estruturas adjacentes com maior facilidade e eficiência do que a cirurgia aberta, além de estar associada a menor dor pós-operatória e tempo de internação, somado a um retorno mais rápido às atividades da vida diária¹⁰.

REFERÊNCIAS

1. Boyden EA. The accessory gallbladder: an embryological and comparative study of aberrant biliary vesicles occurring in man and the domestic mammals. *Am J Anat.* 1926;38(2):177-231.
2. Musleh MG, Burnett H, Rajashanker B, Ammori BJ. Laparoscopic double cholecystectomy for duplicated gallbladder: a case report. *Int J Surg Case Rep [Internet].* 2017;41:502-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.11.046>
3. Shivhare R, Sikora SS. Double cystic duct: a rare biliary anomaly encountered at laparoscopic cholecystectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech.* 2002;12(5):391-2.
4. Harlaftis N, Gray SW, Skandalakis JE. Multiple gallbladders. *Surg Gynecol Obstet.* 1977;145(6):928-34.
5. Al Rawahi A, Al Azri Y, Al Jabri S, Alfadli A, Al Aghbari S. Successful laparoscopic management of duplicate gallbladder: a case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep [Internet].* 2016;21:142-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.03.002>
6. Huston TL, Dakin GF. Double cystic duct. *Can J Surg.* 2008;51(1):E9-E10.
7. Guajardo-Salinas GE, Martinez-Ugarte ML, Abourjaily G. The use of intraoperative cholangiogram during laparoscopic double cholecystectomy. *J Surg Case Rep.* 2010;2010(7):5.
8. Vijayaraghavan R, Belagavi CS. Double gallbladder with different disease entities: a case report. *J Minim Access Surg.* 2006;2(1):23-6.
9. Cummiskey RD, Champagne LP. Duplicate gallbladder during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc.* 1997;7(3):268-70.
10. Crist DW, Gadacz TR. Laparoscopic anatomy of the biliary tree. *Surg Clin North Am [Internet].* 1993;73(4):785-98. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0039-6109\(16\)46085-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0039-6109(16)46085-8)

Recebido em: 01/10/2018

Aceito para publicação: 14/11/2018

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

Raíssa Campos D'Amico

E-mail: rah_damico@hotmail.com