LUMEN ET VIRTUS

Bilioma após uma colecistectomia em paciente jovem: Um relato de caso

https://doi.org/10.56238/levv15n39-143

Natália Cervantes Uzeloto Guazi
Graduanda de Medicina
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE

Bruna Muniz Gonçalves de Oliveira
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

Fernanda Mello Valverde
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

Iramaia Fernanda Kataoka
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

Lara Fernanda Cappi
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

Manuela Mello Guerra
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

Nathalia Giovana Capiotto e Silva
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

Vanessa Vieira Hamada
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

RESUMO

Introdução: Os cálculos biliares não são incomuns, com uma prevalência de aproximadamente 10% na população em geral e tem duas vezes mais probabilidade de se desenvolver em mulheres. As lesões do ducto biliar (BDIs) após colecistectomia continuam sendo uma complicação temida. A incidência de BDIs após colecistectomia aberta é de 0,1% a 0,2% e é de 0 a 1% para colecistectomia laparoscópica. Biliomas são coleções encapsuladas intra ou extra-hepáticas de fluido biliar causada por uma lesão do ducto biliar resultando em vazamentos biliares. O tratamento bem-sucedido de lesões do ducto biliar depende de múltiplos fatores, como identificação precoce, avaliação, momento da intervenção, procedimento escolhido, experiência do centro e condição geral do paciente. Discussão: Lesões do

ducto biliar (BDIs) que ocorrem após colecistectomia são uma catástrofe iatrogênica que requer uma abordagem multidisciplinar para um tratamento ideal. Como relatado no caso exposto, o paciente teve uma lesão do ducto cístico por uma cirurgia iatrogênica de colecistectomia. Abordagens de drenagem intervencionista de bilomas, incluindo ERC, PTCD, punção guiada por TC ou ultrassonografia (SGP) e intervenção de encontro parecem ser seguras e eficazes. Conclusão: A incidência de lesões nos ductos biliares é muito baixa, ou seja, é considerado um caso raro de acontecer. Os biliomas ocorrem após uma lesão nos ductos, onde a chave para o sucesso do tratamento reside na identificação precoce do problema e no encaminhamento para o centro cirúgico a fim de uma melhor abordagem, onde o principal objetivo do reparo é obter drenagem biliar adequada.

Palavras-chave: Bilioma, Colecistectomia, Lesões do Ducto Biliar.

1 INTRODUÇÃO

Os cálculos biliares não são incomuns, com uma prevalência de aproximadamente 10% na população em geral e tem duas vezes mais probabilidade de se desenvolver em mulheres (2020. YU et al., 2020). São formados principalmente na vesícula biliar, menos frequentemente nos ductos biliares intra-hepáticos ou extra-hepáticos (ZDANOWICZ et al., 2022). A colelitíase (doença do cálculo biliar) afeta cerca de 10% a 20% dos adultos em todo o mundo, e pode ser categorizada em dois tipos, incluindo cálculos biliares de colesterol e pigmentados. Os cálculos pigmentares são observados principalmente em doenças hemolíticas, e sua incidência permanece estável, e resultam do metabolismo anormal da bilirrubina. Os cálculos biliares de colesterol são causados por fatores genéticos e ambientais que levam a uma concentração elevada de colesterol na bile, e são causados pela perturbação da homeostase do colesterol biliar (CHEN et al., 2021) (ZDANOWICZ et al., 2022).

O colesterol desempenha um papel estrutural e metabólico. É um componente das células da membrana, hormônios esteroides e um precursor do ácido biliar. A formação de cálculos biliares de colesterol é desencadeada pela concentração excessiva de colesterol na bile (ZDANOWICZ et al., 2022). Geralmente, o colesterol circulante é transportado por lipoproteínas e absorvido pelo fígado, metabolizado e, eventualmente, secretado na bile. A supersaturação biliar com colesterol é um importante fator predisponente para a precipitação de cálculos biliares (PAK e LINDSETH, 2016).

Ademais, Idade avançada, sexo, comorbidades, dieta, obesidade, perda rápida de peso, gravidez, atividade física e estrogênio são fatores de risco conhecidos para cálculos biliares (ZDANOWICZ et al., 2022) (2020. YU et al., 2020). A maioria dos indivíduos afetados permanece assintomática ao longo da vida (aproximadamente 80%), enquanto 20% apresentarão sintomas de cólica biliar (2020. YU et al., 2020). Pacientes sintomáticos apresentam dispepsia e cólicas biliares causadas principalmente pela obstrução do ducto cístico (ZDANOWICZ et al., 2022). É uma dor constante, repentina, intensa, no quadrante superior direito, com duração de mais de 30 minutos. Algumas características associadas incluem início noturno de náusea, vômito e dor irradiando para as costas com duração de 1 a 4 horas (PAK e LINDSETH, 2016). Os cálculos biliares podem levar a complicações graves, como colecistite, colangite aguda, perfuração e pancreatite (ZDANOWICZ et al., 2022).

As perfurações da vesícula biliar podem ser espontâneas ou traumáticas. Perfurações espontâneas da vesícula biliar são incomuns, ocorrendo em 2–10% dos pacientes com colecistite. Em geral, isso ocorre em pacientes com quadro agudo de colecistite que não respondem ao tratamento padrão. As perfurações de vesícula biliar e as complicações associadas são consideradas emergências cirúrgicas. O diagnóstico e o tratamento precoces são cruciais para diminuir a morbidade e mortalidade dos pacientes (TANEJA et al., 2011).

Na avaliação da vesícula biliar, uma variedade de modalidades de imagem é útil. Tradicionalmente, a ultrassonografia (US) tem sido a técnica de imagem de primeira linha preferida para suspeita de doença da vesícula biliar. Dada sua rápida ascensão, a tomografia computadorizada (TC) também se tornou um pilar na avaliação da doença da vesícula biliar, enquanto a ressonância magnética (RM) é geralmente considerada uma ferramenta de solução de problemas. Avanços tecnológicos recentes agora estimularam o uso de US com contraste (CEUS), ultrassom de alta resolução (HRUS) e sequências avançadas de RNM para avaliações da vesícula biliar, permitindo maior precisão diagnóstica (2020. YU et al., 2020). O tratamento clínico da doença do cálculo biliar quase exclusivamente ocorre na colecistectomia e no tratamento endoscópico ou médico das complicações. A colecistectomia é considerada o tratamento padrão para colelitíase sintomática (PAK e LINDSETH, 2016).

As lesões do ducto biliar (BDIs) após colecistectomia continuam sendo uma complicação temida. A incidência de BDIs após colecistectomia aberta é de 0,1% a 0,2% e é de 0 a 1% para colecistectomia laparoscópica, conforme relatado em vários estudos (VENKKATESH SREEPATHI et al., 2024). A lesão biliar é categorizada em formas maiores e menores, a primeira envolvendo o ducto biliar comum ou o ducto hepático comum, enquanto a última envolvendo os ductos periféricos. Os sinais e sintomas mais comuns incluem dor abdominal, icterícia, febre, ascite e biliomas. A maioria dos casos com vazamento de bile se apresenta dentro de 1 semana após a cirurgia, embora esse período possa se estender até 3 meses (SAYAR, 2016). Intervenções cirúrgicas como colecistectomia ou transplante de fígado são a causa mais comum (S. WÜRSTLE et al., 2019).

Biliomas são coleções encapsuladas intra ou extra-hepáticas de fluido biliar causada por uma lesão do ducto biliar resultando em vazamentos biliares. Vazamentos biliares do ducto biliar frequentemente fecham espontaneamente, entretanto vazamentos maiores podem resultar em bilomas (S. WÜRSTLE et al., 2019). Inicialmente, vazamentos de bile são geralmente associados a hematomas, mas, com o tempo, coágulos sanguíneos são substituídos por bile. A maioria dos biliomas são coleções únicas e bem definidas dentro do fígado e podem levar tempo para se desenvolver (M. RAGAVAN et al., 2014). Os sintomas do biloma incluem icterícia, dor abdominal, perda de apetite, náusea e vômito (S. WÜRSTLE et al., 2019).

O vazamento de bile pode ser diagnosticado por ultrassonografia, tomografia computadorizada, colangiopancreotografia por ressonância magnética (CPRM), cintilografia, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), fistulografia, colangiopancreatografia trans-hepática percutânea (CPT) e laparotomia. A CPRE tem sido recentemente o método mais amplamente empregado para diagnóstico e tratamento. Os princípios básicos do método endoscópico incluem aliviar o excesso de pressão dentro do sistema biliar (via ES e/ou prótese biliar [stent ou NBD]) e remover a bile do local do vazamento por próteses biliares. O fator mais comum para o sucesso da terapia endoscópica é se a

árvore biliar perdeu sua continuidade (SAYAR, 2016). Em caso de infecção, a diferenciação de bilomas de abscessos hepáticos é desafiadora, embora os abscessos sejam menos causados por intervenções e tendam a ser mais encapsulados em comparação aos bilomas (S. WÜRSTLE et al., 2019).

O tratamento bem-sucedido de lesões do ducto biliar depende de múltiplos fatores, como identificação precoce, avaliação, momento da intervenção, procedimento escolhido, experiência do centro e condição geral do paciente. O principal objetivo do reparo é obter drenagem biliar adequada sem causar sintomas pós-operatórios ou distúrbios da função hepática (VENKKATESH SREEPATHI et al., 2024).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

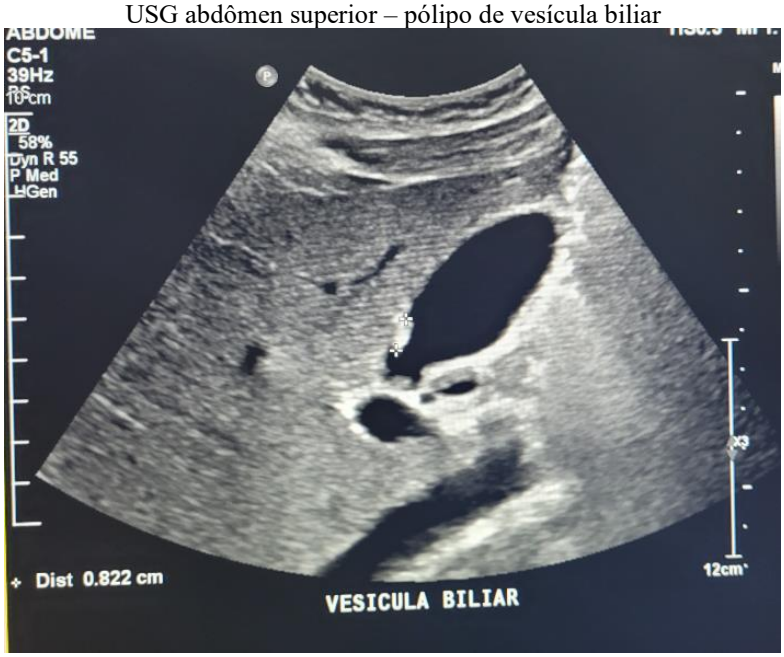
Paciente, A.I.W.D, sexo masculino, 35 anos, sem comorbidades. Procurou atendimento com queixa de dor abdominal ao lado direito superior do abdômen. Realizada ultrassonografia de abdômen total, onde foram visualizadas imagens polipoides hiperecogênicas aderidas às paredes da vesícula, medindo de 0,4 a 0,8 cm, dado o diagnóstico de pólipos na vesícula biliar. Realizada cirurgia eletiva, onde se optou pela colecistectomia por videolaparoscopia. Paciente recebeu alta hospitalar logo no segundo dia pós-cirurgia. No 7° dia pós-operatório, paciente volta ao pronto socorro relatando dor intensa em hipocôndrio direito há um dia. Realizada ultrassonografia do abdômen superior, em que o mesmo voltou sem alterações, assim como a tomografia computadorizada do tórax. Ficou 3 dias sob analgesia, com melhora da dor, porém devido síndrome do pânico pediu alta, e paciente foi liberado. Uma semana após ser liberado, realizou exames de sangue e ressonância magnética do abdômen superior por estar com dor novamente. Ao exame de sangue, constatou aumento da bilirrubina, e ressonância com moderada quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal e espessamento peritoneal difuso sugerindo processo inflamatório agudo. Realizada drenagem guiada para avaliação do líquido, com saída de 1500 ml de bili. Realizada laparoscopia com exploração de via biliar + colocação de Kher + coledocoplastia + lise de bridas + lavagem da cavidade devida soltura de clip com laceração da inserção do cístico no colédoco. Feito ultrassonografia do abdômen superior um dia depois, com ausência de líquido livre na cavidade abdominal. 5 dias pós operatório, paciente recebeu alta hospitalar.

Colangiografia de abdômen superior



Imagens fornecidas pelo doutor Fernando Pereira de Almeida, Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente.

USG abdômen superior – pólipo de vesícula biliar



Imagens fornecidas pelo doutor Fernando Pereira de Almeida, Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente.

TC abdômen total



Imagens fornecidas pelo doutor Fernando Pereira de Almeida, Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente

Intra-operatório



Presença de bili na cavidade abdominal

3 DISCUSSÃO

Os principais fatores de risco para cálculos biliares têm sido associados ao envelhecimento, ao gênero feminino, à etnia, à obesidade, à hiperinsulinemia, à dislipidemia e à dieta ocidentalizada (PAK e LINDSETH, 2016). No caso do paciente relatado, é possível observar que por ser uma pessoa jovem e do sexo masculino, já é considerado uma exceção à regra. Vários estudos indicam que até 72% dos pacientes com cálculos biliares sintomáticos apresentam dor biliar contínua ou complicações resultantes de colecistite, uma inflamação da vesícula biliar; pancreatite, uma inflamação do pâncreas; íleo biliar, uma obstrução do intestino à impactação de cálculos biliares; obstrução do trato biliar, um bloqueio dos ductos biliares; enfisema da vesícula biliar, uma forma grave de colecistite resultando na

ruptura da parede da vesícula biliar; ou perfuração, uma ruptura da vesícula biliar (PAK e LINDSETH, 2016).

O USG (ultrassonografia) é amplamente utilizado como modalidade primária de imagem para avaliar suspeita de doença da vesícula biliar em pacientes com dor no quadrante superior direito ou icterícia. É uma modalidade de imagem segura, não invasiva e em tempo real, com boa relação custo-benefício, resolução espacial superior e fácil de realizar. O US endoscópico (EUS) é geralmente realizado para doenças gastrointestinais, mas também é usado para avaliar pólipos ou espessamento da parede da vesícula biliar. No entanto, a invasividade dos procedimentos de EUS, sua baixa tolerabilidade, alto custo, maior duração e necessidade de sedação são todas desvantagens e não é usado rotineiramente para avaliação da vesícula biliar (YU et al., 2020). Por ser considerado um excelente para avaliação de suspeita de doença da vesícula biliar, o paciente do caso foi avaliado e diagnosticado corretamente com cálculos na vesícula através do USG.

Lesões do ducto biliar (BDIs) que ocorrem após colecistectomia são uma catástrofe iatrogênica que requer uma abordagem multidisciplinar para um tratamento ideal (VENKKATESH SREEPATHI et al., 2024). Como relatado no caso exposto, o paciente teve uma lesão do ducto cístico por uma cirurgia iatrogênica de colecistectomia. Biliomas são coleções localizadas de bile que ocorrem após lesão dos ductos biliares intra-hepáticos ou extra-hepáticos. Bilioma intra-hepático persistente pode ser controlado por aspiração por agulha, drenagem (como feito no caso desse estudo) ou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e colocação de stent (M. RAGAVAN et al., 2014).

A gênese do bilioma é principalmente lesão iatrogênica do sistema do ducto biliar, enquanto bilomas espontâneos são muito raros e principalmente associados à coledocolitíase. Intervenções cirúrgicas como colecistectomia ou transplante de fígado são a causa mais comum de biliomas, porém apesar de comum, ainda continua com uma prevalência baixa, visto que A incidência de BDIs após colecistectomia laparoscópica é de 0 a 1%, conforme relatado em vários estudos. Os sintomas do bilioma incluem icterícia, dor abdominal, perda de apetite, náusea e vômito (S. WÜRSTLE et al., 2019) (VENKKATESH SREEPATHI et al., 2024).

De acordo com S. WÜRSTLE et al, abordagens de drenagem intervencionista de bilomas, incluindo ERC, PTCD, punção guiada por TC ou ultrassonografia (SGP) e intervenção de encontro parecem ser seguras e eficazes. Antibióticos em caso de infecção e drenagem de bilomas, ou seja, usando colangiodrenagem trans-hepática percutânea, colangiografia retrógrada endoscópica (ERC) ou punção guiada por TC ou ultrassonografia são a base do tratamento (S. WÜRSTLE et al., 2019).

4 METODOLOGIA

A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, juntamente com seu prontuário médico, foram coletadas informações para realização desse relato de caso. Além disso, foi realizada uma busca de informações em bases de dados.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que a incidência de lesões nos ductos biliares é muito baixa, visto que após colecistectomia aberta é de até 0,2% e de 0 a 1% para colecistectomia laparoscópica, ou seja, é considerado um caso raro de acontecer. Os biliomas ocorrem após uma lesão nos ductos, onde a chave para o sucesso do tratamento reside na identificação precoce do problema e no encaminhamento para o centro cirúgico a fim de uma melhor abordagem, onde o principal objetivo do reparo é obter drenagem biliar adequada.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores concordam que não houve nenhum conflito de interesses ao decorrer desse relato de caso.

REFERÊNCIAS

YU, M. H. et al. Benign gallbladder diseases: Imaging techniques and tips for differentiating with malignant gallbladder diseases. World Journal of Gastroenterology, v. 26, n. 22, p. 2967–2986, 14 jun. https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v26/i22/2967.htm

ZDANOWICZ, K. et al. The Etiology of Cholelithiasis in Children and Adolescents-A Literature Review. International Journal of Molecular Sciences, v. 23, n. 21, p. 13376, 2 nov. 2022. https://www.mdpi.com/1422-0067/23/21/13376

CHEN, L. et al. Novel insights into modifiable risk factors of cholelithiasis: A Mendelian randomization study. Hepatology, 8 out. 2021. https://journals.lww.com/hep/fulltext/2022/04000/insights_into_modifiable_risk_factors_of.5.aspx

PAK, M.; LINDSETH, G. Risk Factors for Cholelithiasis. Gastroenterology Nursing, v. 39, n. 4, p. 297–309, 2016. https://journals.lww.com/gastroenterologynursing/abstract/2016/07000/risk_factors_for_cholelithiasis.6.aspx

TANEJA, S. et al. Spontaneous Perforation of Gallbladder with Intrahepatic Bilioma. Journal of Clinical and Experimental Hepatology, v. 1, n. 3, p. 210–211, dez. 2011. https://www.jcehepatology.com/article/S0973-6883(11)60240-5/abstract

VENKKATESH SREEPATHI et al. Long-Term Outcomes Following Surgical Repair for Post-cholecystectomy Biliary Strictures. Cureus, 12 jul. 2024. https://www.cureus.com/articles/255003-long-term-outcomes-following-surgical-repair-for-post-cholecystectomy-biliary-strictures#!/

SAYAR, S. A Retrospective Analysis of Endoscopic Treatment Outcomes in patients with Postoperative Bile Leakage. Northern Clinics of Istanbul, 2016. https://jag.journalagent.com/nci/pdfs/NCI_3_2_104_110.pdf

S. WÜRSTLE et al. A retrospective clinical and microbial analysis of 32 patients with bilomas. BMC Gastroenterology, v. 19, n. 1, 4 abr. 2019. https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-019-0968-2

M. RAGAVAN et al. Posttraumatic Intrahepatic Bilioma. Indian Journal of Surgery, v. 77, n. S3, p. 1399–1400, 20 abr. 2014. https://link.springer.com/article/10.1007/s12262-014-1071-0