

# ALTERAÇÕES CONGÊNITAS DA VESÍCULA BILIAR

Por

*Dr. Mario Rangel Ballvé*

No decurso destes últimos cinco anos, tive-mos ocasião de observar três casos de anomalia congênita da vesícula biliar que, devido à seu raro aparecimento, achamos interessante publicar.

Dois de nossos pacientes apresentavam agen-esia vesicular e, o terceiro, vesícula biliar bífida.

Rothman (5) refere que a frequência da vesícula dupla, no homem, é de 1 para 4.000, enquanto que na literatura médica foram publi-cados aproximadamente só 98 casos de agenésia da vesícula biliar.

Mariano de Andrade e Pena de Azevedo (4) publicam um caso de ausência congênita da vesí-cula e coleperitonite. Revisando a bibliografia sobre este assunto, aqueles autores dizem que "Latimer, Mendez e Hage, em 1947, após cui-dadosa pesquisa, só reuniram 71 observações de agenésia vesicular, afora os 3 novos casos por eles mesmos apresentados". "Vemos, portanto, continuam os autores brasileiros, que apesar da divergência de algumas revisões feitas sobre o assunto, o número de casos de agenésia não deve exceder de 100".

\*  
\* \*

## EMBRIOLOGIA E ANATOMIA COMPARADA

O fígado, o pâncreas, a vesícula biliar e os canais biliares extra-hepáticos, como partes inte-grantes do aparelho digestivo, formam-se em-briologicamente a expensas da fôlha germinativa interna.

Quando o corpo embrionário, no decorrer de seu desenvolvimento, levanta-se sobre o saco vite-lino, o endodermo introduz-se nesta porção le-vantada, formando um seio ou chanfradura com duas porções: uma anterior e outra posterior, as quais são denominadas de seio intestinal cranial ou anterior e seio intestinal caudal ou posterior, e também de intestino anterior e intestino pos-terior.

Entretanto, estes dois seios continuam em comunicação com a região endodérmica central e seus pontos de comunicação com esta última são chamados de abertura intestinal anterior e abertura intestinal posterior, respectivamente.

A primeira destas aberturas converte-se pos-teriormente no duodeno, em cujo endodermo, por

sua vez, produz-se uma evaginação que constitui o seio ou divertículo hepático, o qual já aparece em embriões de 5 mm. de longitude.

No fundo do seio hepático, surgem nova-mente duas evaginações, uma com sentido cra-nial e outra, caudal, as quais se desenvolvem em direção ventral para formar o canal hepático a primeira e o cístico, a segunda.

Contudo, embora estes canais continuem sua evolução, eles mantêm ligação com o duodeno por intermédio de uma porção inicial comum, a qual constitui o canal colédoco.

A vesícula biliar forma-se pela porção caudal do divertículo hepático que, como já vimos em linhas atrás, também constitui o canal cístico. No embrião de 15 mm. ela é representada por um tubo longo e sólido, enquanto que os condutos biliares já possuem permeabilização de seus canais.

A luz vesicular aparece devido ao fenômeno da vacuolização de sua parte interior sólida que, com a formação e fusão dos vacúolos, processadas ao mesmo tempo em porções diferentes do tubo, transforma-o em uma cavidade. Ao mesmo tem-po, se se detém o processo em algumas de suas fases, sobrevém uma ou outra anomalia vesicular.

"Se não se produz vacuolização completa, diz Rothman (5), ou se existe um prolonga-mento do estado maciço de um modo total ou parcial, pode sobrevir a resolução". "Esta re-gressão pode explicar as estenoses ou ausências congênitas dos condutos ou da vesícula, ao passo que a divisão do tubo sólido pode originar uma vesícula biliar biloculada, dupla, em relógio de areia ou um divertículo".

A agenésia ou ausência congênita de vesí-cula possui pouca ou nenhuma significação clí-nica e geralmente o diagnóstico desta anomalia é feito pelo cirurgião ou pelo anátomo-patologista.

Gross (2) oferece duas explicações para esta anormalidade vesicular:

1) — a vesícula e o canal cístico formam-se normalmente, no embrião, de uma evaginação do divertículo hepático, a qual deixa de se desen-volver, ocasionando a ausência daquele órgão.

2) — durante a chamada fase sólida da vida embrionária, o lúmen da vesícula está temporá-riamente obliterado e o brôto vesicular subse-qüentemente não se desenvolve.

No que diz respeito à vesícula dupla, cada uma delas pode possuir seu próprio canal cístico ou pode existir um único cístico, estando a vesícula, neste caso, dividida por um septo, formando o tipo *bífido*.

Boyden (1) distingue as quatro formas seguintes:

1) — vesículas separadas que se originam da subdivisão inicial do divertículo cístico primário;

2) — vesículas diverticulares que se apresentam diferentes, nascendo de um prolongamento da vesícula embrionária e possuindo habitualmente canais císticos;

3) — vesículas canaliculares ou supranumerárias, derivadas dos canais cístico-hepático e colédoco;

4) — vesículas trabeculares, brôtos ampolares do fígado, que circundam o leito da vesícula.

É interessante notar que as anomalias congênitas da vesícula e canais biliares encontrados no homem são observados como situações normais na escala zoológica, no que se refere ao desenvolvimento filo e ontogenético daqueles órgãos.

Nos invertebrados superiores não existe vesícula e o fígado e o pâncreas constituem uma única glândula que possui as propriedades fisiológicas destes dois órgãos.

Somente nos vertebrados aparece a vesícula biliar, mas sua existência varia nas diversas espécies animais. O homem, embora apresente anomalias das vias biliares, pode ser considerado como possuidor da anatomia mais estável e regular, no que diz respeito àqueles condutos. (H. Roux, 6).

Enquanto que no ser humano é de constatação raríssima a ausência de vesícula, a girafa e o hipopótamo freqüentemente não a possuem.

Horácio Roux (6), estudando as formações hepatopancreáticas nos vertebrados, expõe uma classificação baseada na embriogenia destes órgãos. Ele faz uma divisão em 2 grupos e 4 subgrupos, que são:

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
|                         | { a) tipo Homo       |
| 1) — Vesiculados . . .  | { b) tipo Ramphastos |
|                         | { a) tipo Cervus     |
| 2) — Avesiculados . . . | { b) tipo Psittacus  |

*Tipo Homo:* um esbôço hepático que dará lugar ao brôto cístico e este à vesícula. Encontra-se em: homem, corvina, tartaruga de rio, pingüim, canguru, urso, tamanduá, hipopótamo, zebu, vaca, macaco, roedores, cânídos e felinos em geral.

*Tipo Ramphastos:* dois esboços hepáticos, sendo que o proximal formará o colédoco, cístico e vesícula e o distal, a glândula hepática. Encontra-se em: jacaré, tucano, albatroz, cegonha.

*Tipo Cervus:* um esbôço hepatopancreático único com um ducto excretor comum. Não existe vesícula. Encontra-se no cervo.

*Tipo Psittacus:* um esbôço hepatopancreático único com dois, três ou quatro ductos pancreáticos e dois ductos biliares. Não existe vesícula. Encontra-se nos papagaios.

Tôdas as espécies de vertebrados podem ser incluídas nos 4 subgrupos citados acima, com exceção, entretanto, destes dois:

1) — a zêbra, o cavalo e o burro, que têm uma disposição tipo homo, mas sem vesícula biliar;

2) — o bontebok (um tipo de cervo) e o visão, que têm uma disposição tipo cervus, mas com vesícula biliar.

A questão da ausência ou presença da vesícula biliar é muito discutida, pois que pode existir ou faltar em gêneros muito vizinhos. Assim, refere Hollard, que ela encontra-se nos ruminantes com cornos e falta nos ruminantes com hastes.

Holmberg e Soler (3) classificando as espécies animais em zoófagas e fitófagas, observam que costuma faltar a vesícula mais freqüentemente naquelas espécies de hábitos fitófago-puros, enquanto que sua ausência nas espécies zoófagas só foi constatada no delfim branco.

Horácio Roux cita as seguintes espécies animais como não possuindo vesícula biliar: delfim branco; caturrita australiana; papagaio; pombas; beija-flor; lhama; vicunha, guanaco; antílope; cervo; zêbra; cavalo e tapir.

Milne-Edwards coloca o elefante e o rinoceronte entre os avesiculados.

\*  
\* \*

## NOSSO MATERIAL.

Passamos a referir sinteticamente nossas três observações de anomalia congênita da vesícula.

### CASO I

J. O., branco, solteiro, 40 anos de idade, operário, polonês, residente nesta Capital.

Desde há quatro anos, tendo sido antes sempre sadio, começou a sofrer de cólicas hepáticas que se repetiam muito seguidamente. Em dezembro de 1948, após nova cólica, surgiram icterícia, acolia, colúria e prurido intenso. Foi levado à enfermaria 30 da Santa Casa.

Fígado ultrapassando de 3 dedos o rebôrd costal direito, liso, elástico e não doloroso. Baço normal. Os demais aparelhos e sistemas estavam normais. Tensão arterial:  $100 \times 60$ . Pulso: 79 batimentos por minuto.

#### Exames laboratoriais:

|                                              |                                                                              |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Colesterol total . . . . .                   | mg. 200,0%                                                                   |
| Bilirrubina total . . . . .                  | mg. 29,4%                                                                    |
| Bilirrubina direta . . . . .                 | mg. 23,5%                                                                    |
| Bilirrubina indireta . . . . .               | mg. 5,9%                                                                     |
| Reação de Hanger . . . . .                   | negativa                                                                     |
| Prova do ácido hipúrico endovenosa . . . . . | gr. 0,74 de ácido benzóico                                                   |
| Exame de urina . . . . .                     | grande quantidade de pigmentos e ácidos biliares. Excesso leve de urobilina. |

Com o diagnóstico de icterícia obstrutiva, por provável litíase vesicular e coledociana, foi submetido a tratamento cirúrgico.

*Ato cirúrgico:* operador dr. Hamílton Pereira.

Exploração da cavidade abdominal, encontrando-se fortes aderências entre o fígado e o duodeno. Desfeitas estas, identifica-se o colédoco grandemente dilatado e apresentando um cálculo volumoso facilmente identificável. Não se encontrou vesícula biliar. Fêz-se coledocotomia, retirada do cálculo que possuía um diâmetro de-cêrca de 1,5 cm., exploraram-se as vias biliares e drenou-se com um tubo de Kehr.

Post-operatório muito bom. Fêz-se colangiografia post-operatória (Figura n. 1) o paciente completamente restabelecido, teve alta em 3-3-49.

#### CASO 2

O. T. N., 57 anos, sexo feminino, branca, casada, doméstica, brasileira, residente nesta Capital.

Desde há muitos anos sofre de cólicas hepáticas, sendo que ultimamente elas se acompanhavam de leve subicterícia. Em agosto do corrente ano, depois de uma cólica hepática, surge icterícia que se acentua cada vez mais, hipertermia, colúria, acolia e prurido.

No exame objetivo constata-se coloração amarela intensa das mucosas e tegumentos, defesa no hipocôndrio direito com dor, fígado ultrapassando de três dedos o rebôrd costal direito. Taquicardia e taquisfigmia. Hipertermia de 39 graus.

Diagnostica icterícia obstrutiva e colangite. Aconselha-se a intervenção e drenagem do cole-

cisto em vista da hipertermia não haver cedido com antibióticos.

*Ato cirúrgico:* operador dr. Luiz Barata.

Aberta a cavidade abdominal, constata-se algumas aderências entre o fígado e o duodeno. Desfeitas estas, não se localiza nem a vesícula nem o colédoco. Depois de algumas manobras,



Fig. 1

Agenesia de vesícula biliar, mas com canal cístico.

consegue-se identificar êste último. Faz-se coledocotomia e retira-se um grande cálculo. Verifica-se a existência de supuração neste canal. Não se encontrou vesícula biliar. Drenagem com tubo em T.

Post-operatório mais ou menos acidentado. Fêz-se colangiografia post-operatória (Fig. n. 2).

A paciente, ainda com um pequeno dreno, teve alta em 28-11-1949.

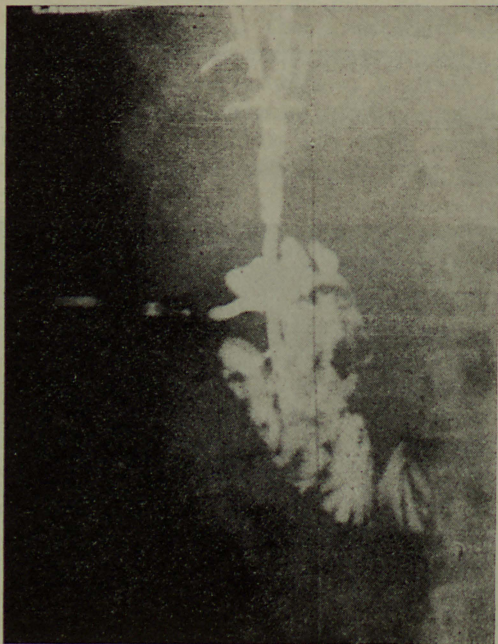


Fig. 2

Agenesia de vesícula biliar

## CASO 3

F. P., do sexo feminino, branca, solteira, com 55 anos de idade, doméstica, brasileira, residente nesta Capital. Consultou em 23-8-1943.

Há 20 anos, inicia dores no hipocôndrio direito e no epigástrio, com irradiação ora para o ombro e seio direitos, ora para a esquerda, que aliviam com os vômitos, que são muito amargos e de cor verde. Em 1942, sofre violenta cólica hepática que a prostra na cama durante vários dias, mas sem icterícia. Diz que atualmente o que mais a incomoda é a epigastralgia e leve dor no hipocôndrio direito.

No exame objetivo, a única anormalidade que se constata é o sinal de Murphy intensamente positivo.

Colecistograma, em 18-8-1943: (Figuras ns. 3 e 4).

Colecistograma positivo (método oral, dose fracionada). Vesícula bífida (anomalia congênita bastante rara), com ótimo poder de concentração.

Prova de Boyden: esvaziamento satisfatório.

Ass. Dr. Osório Lopes.

Pode observar-se, nas colangiografias 1 e 2 que, embora em ambas não exista vesícula biliar, na primeira ainda se formou um coto de canal cístico e o desenvolvimento embrionário então se

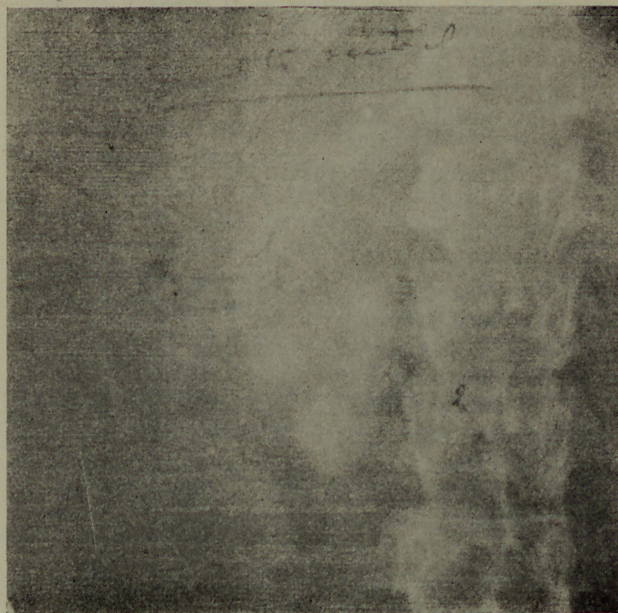


Figura 3

Vesícula bífida (Caso 3)



Figura 4

Vesícula bífida (Caso 3)

deteve, enquanto que na segunda não há o menor esboço deste canal.

Estes dois casos de agenesia vesicular caracterizaram-se por um passado de cólicas hepáticas e icterícia final, o que os levou à mesa cirúrgica. Ambos apresentavam coledocolitíase e possuíam

um único e volumoso cálculo que, em vista da ausência de vesícula, não pode deixar a mínima dúvida sobre sua formação e desenvolvimento no próprio colédoco.

O caso 3 revela um passado de cólicas hepáticas repetidas. O colecistograma demonstrou a existência de vesícula bífida em forma de Y invertido e com um único cístico, mas em boas condições fisiológicas tanto de seu poder de contração quanto de esvaziamento.

\*  
\*   \*  
\*

Para melhor verificar a questão das anomalias congênitas da vesícula biliar em nosso meio, fizemos um levantamento colecistográfico, no qual não se acham incluídos nossos casos recém citados. Esta revisão de colecistogramas só foi possível devido à bondade especial dos Drs. Carlos Osório Lopes, Darcy Ilha, Paul Saint-Pastous e José Job que permitiram a revisão do fichário do Instituto Radiológico pertencente ao primeiro daqueles médicos, e do Instituto de Radiologia Clínica pertencente aos três últimos.

Foram revisados 2.640 colecistogramas, desde o ano de 1943 até setembro de 1949, e encontramos, nesta quantidade, 48 casos de anomalia congênita da vesícula biliar, cifra que representa uma porcentagem total de 1,81%, repartida do seguinte modo:

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| 1) Vesícula em gorro frígido..... | 0,45% |
| 2) Vesícula dupla ou bífida.....  | 0,11% |
| 3) Vesícula biloculada.....       | 0,45% |
| 4) Divertículo da vesícula.....   | 0,15% |
| 5) Brida congênita.....           | 0,64% |

Em relação ao sexo, estas anormalidades distribuem-se da seguinte maneira, em números absolutos:

| Anomalia                       | Homens | Mulheres |
|--------------------------------|--------|----------|
| 1) — Vesícula em gorro frígido | 4..... | 8        |
| 2) — Vesícula dupla ou bífida  | 2..... | 1        |
| 3) — Vesícula biloculada....   | 2..... | 10       |
| 4) — Divertículo da vesícula.  | 0..... | 4        |
| 5) — Brida congênita.....      | 8..... | 9        |
| Total homens .....             | 16     |          |
| Total mulheres.....            | 32     |          |

Pelo quadro acima, observa-se que as anomalias descritas são duas vezes mais frequentes no sexo feminino do que no masculino.

\*  
\*   \*  
\*

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) — Boyden: apud Weiss, Clínica da vesícula e dos canais biliares. — Trad. Bras., Ed. Gertum Carneiro, Rio, 1946.
- 2) — Gross: apud Weiss, Clínica da vesícula e dos canais biliares. — Trad. Bras., Ed. Gertum Carneiro, Rio, 1946.
- 3) — Holmberger e Soler: apud. Roux, La vesícula biliar. — Ed. Lopez & Etchegoyen, S. R. L., Buenos Aires, 1946.
- 4) — Andrade, M. e Pena de Azevedo, A.: Ausência congênita de vesícula biliar. Coleperitonite, Med. Cir. Farm., maio de 1949.
- 5) — Rothman, M. M.: Anomalias e anormalidades congênitas de la vesícula y las vías biliares, in Bockus, H., Gastroenterologia, vol. III, Trad. Espanh., Salvat Editores, Barcelona, 1948.
- 6) — Roux, H.: La vesícula biliar. — Ed. Lopez & Etchegoyen, Buenos Aires, 1946.