

AUSÊNCIA CONGÊNITA DE VESÍCULA BILIAR

(A propósito de um caso clínico)

VIRGILIO NOLL •

A má formação supra é rara dentro das anomalias congênitas da árvore biliar. Tanto assim, em nosso meio, há somente dois casos publicados pelo doutor Mário R. Ballvé, em 1949 (Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre) sendo que, um, corresponde à agenesia de vesícula biliar, e, outro, diz respeito à ausência de reservatório biliar com persistência do canal cístico. Não sabemos, no entretanto, se há algum outro caso publicado além dos acima mencionados, pois, pesquisas feitas nesse sentido, na literatura médica local, foram improfi- cuas.

Quanto ao âmbito nacional, constata- mos um caso publicado no Rio pelos doutores Mariano de Andrade e A. Pena de Azevedo (Revista Medicina — Cirurgia e Farmácia — maio de 1949) e, mais dois outros casos, de autoria dos doutores Eu- gênio Mauro e Ney Penteado de Castro, de São Paulo, transcritos nos Anais Pau- listas de Medicina e Cirurgia, de agosto 1940 e Junho 1948, respectivamente.

Foi BERGMANN, em 1701, o primei- ro a registrar essa anomalia em uma au- tópsia, na qual, ao lado da agenesia ve- sicular, assinalou a presença de numero- sos canais císticos e ausência de separa- ção entre os dois glóbulos hepáticos direito e esquerdo.

Vários autores, dentre aqueles que se têm preocupado com esse assunto, pro- curaram coligir as observações até hoje publicadas, fazendo, assim, uma revisão da literatura médica mundial. Todavia, nem sempre os dados dessas publicações foram concordantes. DIXON e LICHT- MAN conseguiram reunir 30 observações anteriores a 1900, e, 50 outras, de 1901

a 1944, às quais acrescentaram 10 regis- tradas na MAYO CLINIC, perfazendo, as- sim, um total de 90 casos publicados até 1945. LATIMER, MENDEZ e HAGE só reuniram 74 observações de agenesia ve- sicular até 1947. Em todo o caso, até ho- je, conforme THADDEUS S. RODDA e ROBERT P. MC. BURNEY, a incidência de ausência congênita da vesícula biliar atinge a cifra de 104 casos, mais ou me- nos.

Segundo TAIMADGE, após milhares de autópsias, revelou a incidência dessa anomalia congênita numa percentagem de 0,065.

A ausência congênita da vesícula bi- liar é uma descoberta operatória, duran- te intervenções cirúrgicas realizadas sô- bre a vesícula biliar e dutos biliares, co- mo veremos mais adiante, apresentando nosso caso, operado com o diagnóstico de litíase biliar, ou constitue um achado ca- sual de autópsia.

Isso é verdade, pois os pacientes por- tadores dessa anomalia não apresentam um quadro clínico próprio e alcançam muitas vezes idade proveta sem maiores transtornos para o lado da árvore biliar. Quando essa anomalia congênita apre- senta sintomas clínicos, esses são muito variados e sempre dão a impressão de afecções do reservatório biliar e das vias biliares extra-hepáticas.

Contudo, há autores, entre esses GUI- LHERME F. COTTINI, fala de uma sín- drome semelhante ao denominado — pós-colicistétomia, sendo fatível ainda mais o erro se o enfermo sofreu uma in- tervenção cirúrgica no abdomen supe- rior, cuja natureza não sabe informar. Alguns insistem na semelhança do qua-

dro clínico com o que se observa nas discinesias do esfínter de ODDI. FINNEY e OWEN pretendem bosquejar um quadro clínico anotando o seguinte: dispepsia, síndrome doloroso do hipocôndrio direito e ocasionalmente iteúria.

O certo é, como já foi dito linhas acima, a impossibilidade de feitura de um diagnóstico de certeza ou ao menos de suspeita dessa anomalia congênita baseado na sintomatologia clínica desses doentes. Mas, o interessante, afirma COTTINI, na maioria dos casos, esses pacientes justificam as operações sobre as vias biliares, quer pela presença de cálculos nas mesmas (como é o nosso caso), quer pela coexistência de processos inflamatórios do pâncreas, duodeno, papila de VATER, quer pela infecção dos dutos biliares, tão bem demonstrados por LINTZ em 1927.

EMBRIOLOGIA — Do chamado intestino anterior emerge o divertículo hepático que dá origem ao fígado, vesícula biliar e condutos biliares extra-hepáticos. Dêse divertículo hepático desprende-se um saco externo, expansão ventro-caudal, denominado também "pars cística". Esta, dará nascimento à vesícula biliar e aos dutos cístico e hepáticos; mudanças evolutivas iniciam-se na segunda semana da vida fetal. A falta do referido brôto embrionário explica a ausência congênita da vesícula e do cístico. Esse brôto, no começo, é ôco, para logo obliterar-se e no decorrer de poucas semanas sofrer nova canalização. A falta desta recanalização explica as anomalias possíveis ao nível das vias biliares extra-hepáticas, as atresias em primeiro lugar, as quais, na maioria dos casos, são incompatíveis com a vida. Por outra parte, o que concerne à atresia da vesícula biliar, revela-se esta, pela persistência de um cordão fibroso, ocupando o leito vesicular do fígado, ao passo que, na ausência congênita, há falta de formação fibrosa ou reliquia na fosseta vesicular; esta, está completamente deshabitada.

TEORIAS EXPLICATIVAS — As causas desses transtornos embrionários permanecem obscuros. Sucede isso aqui, como em toda patologia geral, em se tratando de anomalias congênitas. As diver-

sas teorias levantadas, com a finalidade de explicar razoavelmente os fatos, não convenceram de forma absoluta. Assim, foram incriminadas como prováveis causas patológicas: as peritonites fetais; peritonites luéticas; as toxinas de origem materna; angiccolites catarrais; bridas peritoniais e outras causas de natureza mecânica.

ANOMALIAS ANATÔMICAS CONCOMITANTES — Com a agenesia vesicular coexiste muitas vezes alterações anatômicas para o lado do fígado e vias biliares extra-hepáticas. As anomalias hepáticas consistem: ausência de separação dos lóbulos hepáticos; presença de volumoso lóbo de RIEDEL e inexistência de lóbo hepático esquerdo; ausência de fosseta vesicular. As anomalias atinentes às vias biliares são: atresia do canal biliar principal que sabemos ser incompatível com a vida; persistência do canal cístico.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA — Maria M.M., branca, casada, natural do município de Tubarão, Estado de Santa Catarina, com 55 anos de idade, residindo atualmente no município de Gravataí, Estado do Rio Grande do Sul.

Relata a paciente que, há mais ou menos cinco anos, vem notando que certos alimentos lhe fazem mal, principalmente, entre esses, os gordurosos.

Após as refeições apresenta eructações, dores em todo o ventre, tonturas, às vezes vômitos de aspecto aquoso tingido de amarelo-esverdeado. Outras vezes, as dores se localizam no epigástrico, sendo que essas se aliviam após o vômito.

Consultou diversos facultativos, fazendo tratamento médico rigoroso; mesmo assim, diz não ter melhorado e emagrecido muito. Refere, ainda, que ultimamente teve fortes cólicas para o lado do hipocôndrio direito e epigástrico, sendo que essas cólicas acompanhavam-se de calafrios.

Diz que há oito meses atrás teve uma cólica tão forte que viu-se obrigada a baixar no hospital de sua cidade de origem e que após essa cólica ficou amarela (iteúria).

Desde aí a iteúria não desapareceu mais, com a característica de ser mais accentuada à tarde e menos pela manhã.

Desde o aparecimento da iterícia so-
fre de prisão de ventre (sic) rebelde, pas-
sando até doze dias sem evacuar, conse-
guindo só exoneração sob a ação de pur-
gantes fortes. A urina está bastante car-
regada. (sic).



EXAME DO DOENTE — À inspe-
ção, notamos pele e mucosas coradas de
amarelo intenso. Doente emagrecida. Api-
rética: 36°6. Ao exame do aparelho diges-
tivo: língua saburrosa. Palpação do hipo-
côndrio direito: fígado doloroso, ultrapas-
sando dois dedos traveses o rebordo cos-
tal direito. Manobra de Murphy: positi-
vo (++) . Ponto cístico: doloroso. Hipo-
côndrio esquerdo: baço impalpável. Apa-
relho circulatorio: Pulso, 80; Tensão ar-
terial: 14 x 8; Demais aparelhos, sem par-
ticularidades.

EXAMES LABORATORIAIS

- a) **exame comum de urina** — Nota-se:
traços leves de albumina; de pseudo-
albumina; traços de pigmentos bilia-
res; excesso de urobilina; excesso de
escatol. Raros piócitos. Regular bac-
teriúria. Vários cristais de oxalato de
cálcio.
- b) **dosagens de Bilirrubina** — direta i-
mediata: 0,3 mg. por cento; Bilirru-
bina direta total: 1,6 mg. por cento;
Bilirrubina indireta: 2,4 mg. por cen-
to; Bilirrubina total: 4,0 mg. por cen-
to.
- c) **colesterol**: 2,62 g. por litro.
- d) **provas funcionais hepáticas**: Reação
Hanger, positivo (++) .
reação de Timol: Floculação, positi-
va (+) .
turvação: 5,5 unidades.
- e) **Hemograma**: Normal.
- f) **Colecistograma**.

Resultado: Colecistograma N E G A -
T I V O .

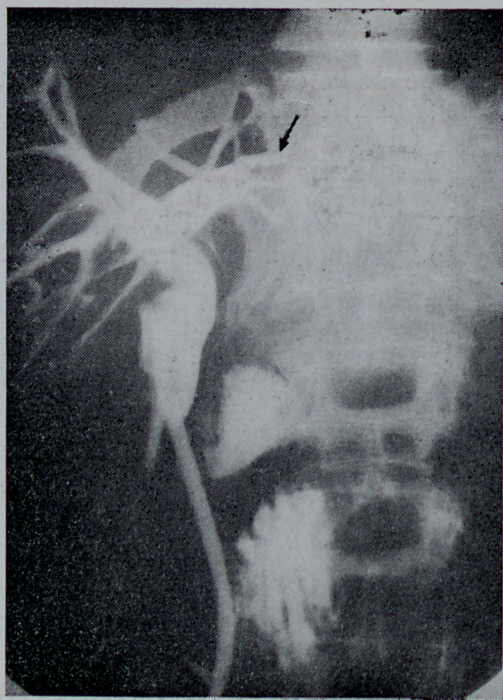
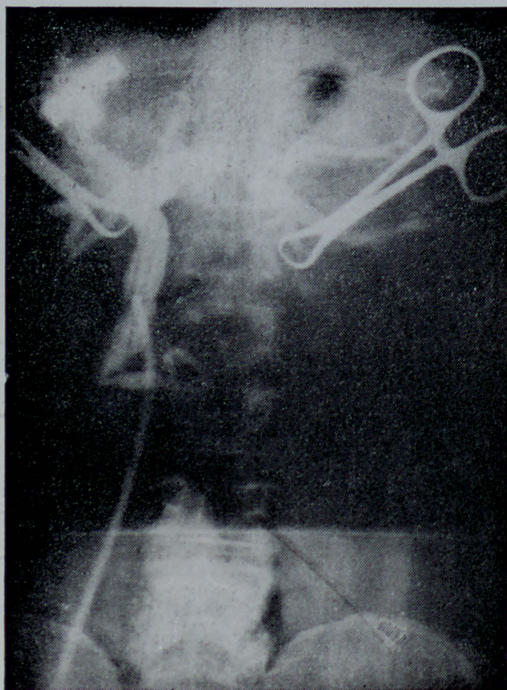
Interpretação: Vesícula não opacifi-
cada, mesmo após dose dupla de con-
traste.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO
— Iterícia obstrutiva por litíase biliar co-
ledociana.

ATO CIRÚRGICO — Realizado em
24 de setembro de 1957. Laparotomia pa-
ramediana direita. Aberta a cavidade ab-
dominal: ausência de vesícula biliar e
canal cístico na face inferior do fígado;
assim como inexistência de leito vesicu-
lar; fígado com face inferior lisa sem a-
presentar sulco de separação entre os ló-
bos hepáticos direito e esquerdo. Colédo-
co volumoso, com mais ou menos 1,1/2
cm. de diâmetro, duro à apalpação, con-
tendo grande número de cálculos. Aber-
tura do colédoco, retirada de 20 cálculos
colesterínicos.

**COLANGIOGRAFIA TRANS - OPE-
RATÓRIA** — À exploração radiológica
trans-operatória notamos, conforme in-
dica o clichê número dois, o seguinte: co-

lédoco, hepáticos e dutos intra-hepáticos aumentados de volume. Não se visualiza vesícula biliar quer extra-hepática, quer intra-hepática, nem tampouco canal cístico. Não havendo passagem do contraste através da papila de VATER, resolvemos explorar a mesma. Após duodenotomia, a papila apresentava-se estenosada, não permitindo a passagem de Beniqué número 26. Executamos a papilotomia cuneiforme com drenagem trans-papilar.

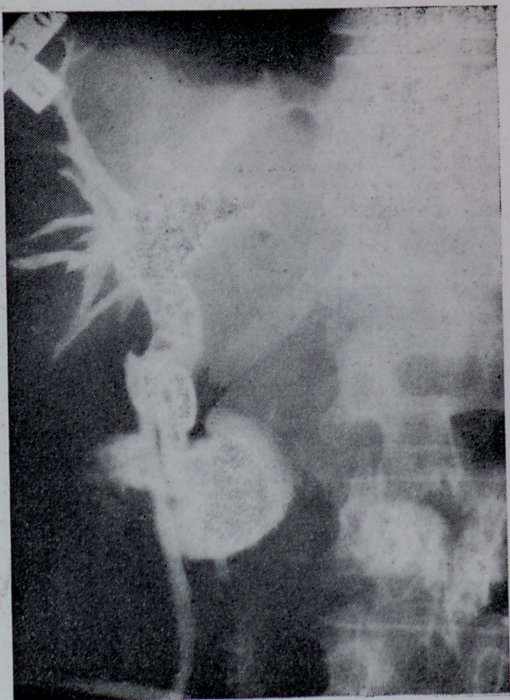


Realizando nova colangiografia, após 8 dias da instilação do éter, vemos, conforme clichê número quatro, o desaparecimento da imagem suspeita de cálculo no hepático esquerdo. Diminuição acentuada no diâmetro dos dutos intra-hepáticos esquerdos. — A melhoria geral da paciente, com o desaparecimento da ite-
rícia, determinou a retirada do dreno. Novos exames laboratoriais realizados, antes da alta, deram o seguinte resultado:

COLANGIOGRAFIA PÓS - OPERATÓRIA — Após 18 dias de drenagem realizamos nova exploração radiológica. Conforme o clichê número três, os canais intra-hepáticos já se apresentam diminuídos de diâmetro. No hepático esquerdo, assinalado por uma seta, nota-se uma imagem suspeita de cálculo remanescente. Boa passagem de contraste para o duodeno. Diante da dúvida de cálculo esquecido no hepático esquerdo, desejando poupar uma nova intervenção à doente, usamos a técnica preconizada por PRIBRAM (ação lito-lítica do éter etílico). Nessa colangiografia pos-operatória, também não aparece vesícula biliar constran-
tada nem canal cístico.

Dosagens:

Bilirrubina direta imediata	: 0
Bilirrubina total	: 0,10 mg. %
Bilirrubina indireta	: 0,80 mg. %
Bilirrubina total	: 0,90 mg. %
Concentração de protrombina	: 90 %



CONCLUSÃO — O exame radiológico pré-operatório — Colecistograma negativo; a exploração cirúrgica infrutífera em relação à existência de vesícula biliar e canal cístico; o estudo colangiográfico trans-e pós operatório não revelando vesícula biliar tópica ou etópica, nem canal cístico ou reliquat dêste — fornecem-nos dados suficientes e certos para ultimação do diagnóstico de AUSÊNCIA CONGÊNITA DE VESÍCULA BILIAR.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, Mariano de e A. Pena de Azevedo — Ausência congênita de vesícula biliar e Coleperitonite — Revista Medicina Cirurgia e Farmácia, n.º 157, Maio 1949.
- AIRD, IAN — Congenital Anomalies of the Gall-Bladder pr. 958. Companion in Surgical Studies. Second Edition, 1957.
- BALLVÉ, Mario Rangel — Alterações congênitas da vesícula biliar — Anais da Faculdade de Medicina — Pôrto Alegre — ano 1949.
- COTTINI — Guilherme F. — Ausência Congênita de Vesícula Biliar — Prensa Médica Argentina — 36, 1792. 1796; 1949.
- RODDA — Thaddeus S. e Robert P. Mc. Burney — Congenital Absence of the Gall Bladder — Report of a Case. Surgery — 41, 5, .957.