



FACULDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

ADRIANO SALES DE AZEVEDO MELO NETO

**COLECISTECTOMIA ELETIVA DE COLECISTITE CRÔNICA / VESÍCULA EM
PORCELANA – RELATO DE CASO**

JABOATÃO DOS GUARARAPES

2023

FACULDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

ADRIANO SALES DE AZEVEDO MELO NETO

**COLECISTECTOMIA ELETIVA DE COLECISTITE CRÔNICA / VESÍCULA EM
PORCELANA – RELATO DE CASO**

TCC apresentado na faculdade Tiradentes como requisito
médica em área cirúrgica básica.

Orientador: Prof. Dr. Antônio de Almeida Pereira

JABOATÃO DOS GUARARAPES

2023

ADRIANO SALES DE AZEVEDO MELO NETO

**COLECISTECTOMIA ELETIVA DE COLECISTITE CRÔNICA / VESÍCULA EM
PORCELANA – RELATO DE CASO**

TCC apresentado na faculdade Tiradentes como requisito
médica em área cirúrgica básica.

Orientador: Prof. Dr. Antônio de Almeida Pereira

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Antônio de Almeida Pereira (Orientador)

Profº. Dra. Thaciana Figueiredo Lima Peixoto (Examinador Interno)

Profº. Dra. Tatiana de Paula Santana da Silva (Examinador Externo)

RESUMO

Tema: Colecistectomia eletiva de colecistite crônica / vesícula em porcelana – Relato de caso. **Procedimentos:** Relatar o caso de uma paciente portadora de vesícula em porcelana e colecistite crônica. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário eletrônico, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e da peça cirúrgica. **Resultados:** Este relato trouxe informações relacionadas ao diagnóstico, procedimento cirúrgico e manejo clínico da doença descrita. **Conclusão:** o caso relatado levanta a discussão do manejo de uma doença complexa e rara que é a vesícula em porcelana. Demonstra do diagnóstico ao tratamento; a colecistectomia realizada é um procedimento cirúrgico que alivia os sintomas e diminui consideravelmente o risco câncer, com consequente melhoria na qualidade de vida da paciente acometida.

Palavras-chave: Vesícula biliar. Porcelana. Colecistite crônica. Adenocarcinoma.

ABSTRACT

Theme: Elective cholecystectomy for chronic cholecystitis / porcelain gallbladder – Case report. **Procedures:** To report the case of a patient with a porcelain gallbladder and chronic cholecystitis. Information was obtained by reviewing the electronic medical record, interviewing the patient, photographing the diagnostic methods and the surgical specimen. **Results:** This report brought information related to the diagnosis, surgical procedure and clinical management of the disease described. **Conclusion:** the reported case raises the discussion of the management of a complex and rare disease that is the porcelain gallbladder. Demonstration from diagnosis to treatment; the cholecystectomy performed is a surgical procedure that alleviates the symptoms and considerably reduces the risk of cancer, with a consequent improvement in the quality of life of the affected patient.

Keywords: Gallbladder. Porcelain. Chronic cholecystitis. Adenocarcinoma.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	PÁGINA 07
2- RELATO DE CASO	PÁGINA 08
3- RESULTADOS	PÁGINA 10
3- DISCUSSÃO	PÁGINA 11
4- CONCLUSÃO	PÁGINA 13
5- REFERÊNCIAS	PÁGINA 14

1 INTRODUÇÃO

O tema vesícula em porcelana / colecistite crônica é um tema pertinente na rotina do médico cirurgião, sendo a colecistectomia a cirurgia gastrointestinal mais realizada no mundo¹¹. Pela alta taxa cirúrgica de colecistectomia, casos raros, como a vesícula em porcelana, têm grande importância para o meio médico.

A vesícula em porcelana consiste em uma doença das vias biliares na qual as paredes da vesícula biliar encontram-se calcificadas total ou parcialmente¹. É considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de câncer de vesícula biliar ^{1,2}.

Pacientes portadores desta doença possuem uma vesícula de consistência e aparência semelhante a um objeto de porcelana¹. Não é infrequente encontrar pacientes assintomáticos, muitas vezes o diagnóstico só é possível através de exames de imagem ou avaliação da peça cirúrgica^{1,2,4}.

É relatado neste trabalho um caso de uma paciente que foi diagnosticada com vesícula em porcelana no pós-operatório de colecistectomia convencional eletiva.

2- RELATO DE CASO:

Anamnese: A.F.C., 48 anos, sexo feminino, procurou o serviço de cirurgia geral do Hospital Memorial Jaboatão no dia 11 de abril de 2022, encaminhada do posto de saúde Comportas 1, relatando dor intensa e intermitente em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos frequentes há mais de um ano. Relata dois parentes de primeiro grau colecistectomizados por colelitíase. Apresenta de comorbidades obesidade grau 1.

Exame físico: Bom estado geral, com sinais vitais normais; o exame físico do abdome demonstrava um abdome com ruídos hidroaéreos presentes e normais, flácido, depressível, indolor à palpação e com sinal de Murphy negativo. Não apresentava alteração no exame dos outros sistemas.

Hipótese diagnóstica: Feita no ambulatório a hipótese diagnóstica de colelitíase com colecistite crônica.

Conduta: Paciente foi aconselhada a dietas leves, com pouco teor de gordura, frituras e ingestão fracionada dos alimentos.

Uma ultrassonografia de abdome total, exames laboratoriais e parecer cardiológico com risco cirúrgico foram solicitados na ocasião. Foi orientada a retorno ambulatorial assim que os resultados estivessem prontos ou alguma mudança no padrão dos sintomas. Retornou ao ambulatório em 30 de maio de 2022 com todos os resultados e mesmo padrão de sintomas.

Exames complementares: Trouxe ultrassonografia de abdome total realizada em 26 de maio de 2022, três meses e dezoito dias antes da operação, que revelou complexo curvo-linear em parte da parede da vesícula biliar com sombra acústica posterior, sugerindo calcificação da parede da vesícula biliar (figura 1). Os exames laboratoriais mostraram-se normais, bem como o parecer cardiológico com baixo risco cirúrgico. Exames laboratoriais pré-operatórios de 26 de abril de 2022 mostravam-se dentro da normalidade.



Figura 1 – Presença de complexo curvo-linear hiperecóticos acompanhada de sombra acústica posterior.

Conduta cirúrgica: A paciente foi colecistectomizada em 13 de setembro de 2022.

O acesso à cavidade foi obtido pela incisão de Kocher. Chamou atenção da equipe cirúrgica que a vesícula biliar se encontrava com as paredes espessadas, endurecidas e lisas à palpação; não sendo possível sua apreensão com pinça de Foester ou pinça de Duval. Realizada abertura da vesícula em seu fundo com bisturi elétrico e esvaziamento de cálculos desta porção. Após retirada de grande quantidade de cálculos, foi possível a apreensão com pinça de Foester e dissecação *top-down* cuidadosa. Realizada dupla ligadura do ducto cístico, que encontrava-se encurtado e fibrosado, com fio de algodão 0.

Após a retirada da peça cirúrgica, chamou atenção o espessamento e endurecimento das paredes da vesícula, bem como grande quantidade de cálculos e secreção purulenta em seu interior (figura 2). A peça foi enviada para histopatológico.



Figura 2 – Vesícula biliar repleta de cálculos, de paredes lisas, espessadas e endurecidas.

3- RESULTADOS

Paciente evoluiu bem, aceitando bem dieta branda via oral após a recuperação anestésica. Recebeu alta no 2º dia pós-operatório com estado geral bom, boa aceitação de dieta, deambulando e com sinais vitais normais.

Retornou para o ambulatório de cirurgia geral no sexto dia de pós-operatório apresentando pequena flogose em ferida operatória, com pequena saída de secreção serosa. Orientada uso de cefalosporina de 1º geração por 07 dias (cefalexina). Apresentou boa evolução da infecção de ferida operatória, com melhora da flogose e parada da saída de secreção, procedendo com retirada dos pontos no 13º dia de pós-operatório.

Recebeu anatomopatológico dia 02/11/2022 com resultado à macroscopia: vesícula biliar deformada, recebida fechada, medindo 10cm x 2,5cm; serosa acinzentada, recobrimdo a vesícula biliar; bile acastanhada e gelatinosa; 02 cálculos acastanhados, o maior medindo 2,0cm x 1,5cm; mucosa pardo-acastanhada e trabeculada; à microscopia relata cortes histológicos corados pela hematoxilina e eosina revelam vesícula biliar revestida por epitélio típico, exibindo em sua parede discreta fibroplasia e infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e como conclusão uma colecistite crônica litiásica e ausência de malignidade nos cortes histológicos examinados.

Recebeu alta da equipe de cirurgia geral do hospital Memorial Jaboatão sem queixas, bem clinicamente, com evolução satisfatória; orientada seguimento ambulatorial em unidade básica de saúde próximo ao domicílio.

4- DISCUSSÃO

A vesícula em porcelana é uma doença pouco frequente; é fruto de um processo atípico de colecistite crônica¹. O diagnóstico na maioria das vezes é realizado por meio da radiologia, no pré-operatório, sendo a ultrassonografia transabdominal um teste sensível, barato, confiável e reproduzível para avaliar a maior parte da árvore biliar e vesícula biliar; por sua localização superficial e sem gases facilita o diagnóstico^{1,4}.

A vesícula em porcelana, com presença de cálcio em sua parede, pode ser vista como foco ecogênico curvo-linear por toda a parede da vesícula, com sombreamento posterior. A cintilografia hepática por ácido iminodiacético é capaz de estabelecer dúvidas diagnósticas e avaliar a secreção fisiológica da vesícula biliar, por ter seu fármaco processado no fígado e secretado na bile, pode ser útil para identificar lesões de vias biliares, colecistite aguda ou esvaziamento lentificado da bile, não tendo papel importante no diagnóstico da vesícula em porcelana, por ser um exame de medicina nuclear e fornecer imagem com poucos detalhes anatômicos. Pode também ser utilizada a tomografia, por proporcionar informações anatômicas superiores e está indicada quando é necessário um maior delineamento anatômico; é muito útil em casos de neoplasia, sendo fundamento no planejamento pré-operatório. A ressonância magnética e colangiopancreatografia por ressonância magnética utiliza a água da bile para delimitar a árvore biliar e fornecer uma definição anatômica com imagens de qualidade superior as demais; é um exame não invasivo, não requer exposição à radiação e pode mostrar-se extremamente útil em casos de planejamento de ressecções neoplásicas / vesícula em porcelana¹.

A árvore biliar é inserida no duodeno, portanto, não pode ser considerada estéril. Mediante uma baixa carga bacteriana com fluxo pérvio de bile, dificilmente é vista infecção na ausência de obstruções. As bactérias mais comumente encontradas são as enterobactérias, como a *Escherichia coli*, *Klebsiella* e *Enterobacter*, seguidas por *Enterococcus spp*¹.

A indicação cirúrgica é absoluta, inclusive em casos oligossintomáticos ou assintomáticos, por possuir grande relação com o adenocarcinoma. É relatado até 1/5 de associação com malignidade nos achados de anatomopatológico no pós-operatório, sendo bastante discutida a via de acesso, se convencional ou videolaparoscópica pelo alto índice de malignidade^{1,5,7,8}.

A prevalência no pós-operatório de colecistectomia varia entre 0,06 a 0,08%. É mais frequente a partir da quinta década de vida. Foi visto que acomete mais as mulheres, sendo

responsáveis por até 80% dos casos de vesícula em porcelana. A colelitíase tem forte relação com a doença, estando presente em 95% dos casos^{5,9,10}.

Este relato tem como função contribuir para o conhecimento dos cirurgiões a cerca da vesícula biliar em porcelana. O cirurgião é o profissional que deve reconhecer e tratar esta doença de forma efetiva.

5- CONCLUSÃO

Os esforços sempre devem ser voltados para melhoria da vida dos pacientes. A colecistectomia é uma cirurgia amplamente difundida, sendo uma das cirurgias mais realizadas no Brasil e no mundo, com indicação bem definida.

O melhor momento para fechar diagnóstico de vesícula em porcelana é o pré-operatório, visto ser possível uma programação ágil de colecistectomia pelo risco aumentado de malignidade.

A via de acesso deve ser a que o cirurgião se sinta mais confortável, uma vez que há literatura que sustente a via laparoscópica e a via laparotômica, pelo risco aumentado de malignidade.

É importante não perder o segmento com o paciente, sendo o histopatológico muito importante na detecção de malignidade, devendo sempre constar no prontuário do paciente.

Este trabalho de conclusão de residência médica levanta a discussão para um tema pouco frequente de uma doença considerada rara. O cirurgião deve estar atento para saber reconhecer, conduzir e tratar a vesícula em porcelana da melhor forma.

6- BIBLIOGRAFIA

- 1-SABISTON JR., D. C., TOWNSEND, M. C. Tratado de Cirurgia.
- 2- Machado NO. Porcelain Gallbladder: Decoding the malignant truth. Sultan Qaboos Univ Med J. 2016 Nov;16(4):e416-e421. doi: 10.18295/squmj.2016.16.04.003. Epub 2016 Nov 30. PMID: 28003886; PMCID: PMC5135451.
- 3- Rohde, Luiz et al. Cirurgia videolaparoscópica nas doenças biliopancreáticas. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]. 2000, v. 27, n. 5 [Acessado 29 Setembro 2022] , pp. 338-342. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-69912000000500010>>. Epub 18 Dez 2008. ISSN 1809-4546. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912000000500010>.
- 4- Barbosa, Aldo Benjamim Rodrigues et al. Espessamento parietal da vesícula biliar no exame ultrassonográfico: como interpretar?. Radiologia Brasileira [online]. 2011, v. 44, n. 6 [Acessado 29 Setembro 2022] , pp. 381-387. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-39842011000600010>>. Epub 04 Jan 2012. ISSN 1678-7099. <https://doi.org/10.1590/S0100-39842011000600010>.
- 5- Stephen AE, Berger DL. Carcinoma in the porcelain gallbladder: A relationship revisited. Surgery. 2001;129:699–703. doi: 10.1067/msy.2001.113888.
- 6- Pouvourville G; Ribet-Reinhart N; Fendrick M et al. A prospective comparison of costs and morbidity of laparoscopic versus open cholecystectomy. Hepatogastroenterology 1997; 44:35-9.
- 7- Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. Gut Liver. 2012;6(2):172-87
- 8- Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. Clin Epidemiol. 2014;6:99-109
- 9- Lazcano-Ponce EC, Miquel JF, Muñoz N, Herrero R, Ferrecio C, Wistuba II, et al. Epidemiology and molecular pathology of gallbladder cancer. CA Cancer J Clin. 2001;51(6):349-64.
- 10- Randi G, Franceschi S, La Vecchia C. Gallbladder cancer worldwide: geographical distribution and risk factors. Int J Cancer. 2006;118(7):1591-602.
- 11- Wanessa MB. Visão crítica de segurança na colecistectomia laparoscópica: diminui complicações? [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de Ribeirão Preto, 2021.