

COLECISTECTOMIA ABERTA EM PACIENTE COM DUPLO DUCTO CÍSTICO

Vitor Lelis Caldeira Rocha¹, Derley Thiago Silva Ribeiro², Letícia Araújo Machado³, Lucas Nunes Meireles⁴, Yan Heringer de Oliveira⁵, Sérgio Alvim Leite⁶

¹ Graduando em Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, vitorcaldeiralelis@gmail.com

² Graduando em Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, derleytmd@hotmail.com

³ Graduando em Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, leticiaa008@gmail.com

⁴ Graduando em Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, lucas_janunes@hotmail.com

⁵ Graduando em Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, yan_heringer99@icloud.com

⁶ Especialista em Cirurgia Vascular, Hospital Governador Israel Pinheiro, Especialista em Cirurgia Geral, Faculdade de Medicina de Barbacena, Docente do Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, sergioalvimleite@hotmail.com

Resumo- O presente artigo relata uma variação anatômica encontrada em uma paciente de 43 anos, durante uma colecistectomia aberta. Foi encontrada uma duplicação do ducto cístico, que drena apenas uma vesícula, uma anomalia anatômica rara das anomalias da vesícula, sendo de difícil diagnóstico pré-operatório, diagnosticada geralmente no trans-operatório. Desse modo, complicações podem ocorrer como iatrogênicas da vesícula biliar sendo representada, sobretudo, por estenose da via biliar e a possibilidade da cirurgia, quando videolaparoscópica, se transformar em laparotomia. Além disso, fica sobre responsabilidade do cirurgião no momento da cirurgia avaliar não somente os ductos, mas também os vasos que os suprem e é interessante no ato cirúrgico ser feito a colangiografia com o intuito de avaliar a via biliar principal e para método diagnóstico e assim evitar as possíveis complicações.

Palavras-chave: Colecistectomia; Ducto cístico duplo; Variação anatômica; Vesícula biliar; Complicações.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Os ductos biliares conduzem a bile, uma secreção emulsificante, produzida pelo fígado e armazenada pela vesícula biliar, a qual auxilia na digestão de gorduras assim que há presença desta no trato digestório. O entendimento anatômico e topográfico das vias biliares serve para uma intervenção cirúrgica de sucesso, pois são contínuos os relatos de variações anatômicas (DE ANDRADE et al., 2017).

As principais causas na formação dos cálculos biliares são alterações na composição da bile, estase biliar, e a presença de muco e cálcio na vesícula. A formação de cristais devido a bile litogênica, ocasionada por hipercolesterolemia, e o aprisionamento deles no muco vesicular, associado à hipomotilidade vesicular, levam a formação de cálculos (COELHO et al., 2009). A litíase biliar é uma das doenças que é frequentemente encontrada no ser humano, apresenta uma incidência de 10 a 20% de toda a população adulta do planeta o que leva à colecistectomia ser uma das cirurgias mais realizada no mundo. Essa cirurgia é o tratamento curativo indicado em grande parte das afecções da vesícula (LINHARES et al., 2011).

Apesar de anomalias de vesícula e vias biliares serem comuns, a duplicação do ducto cístico é uma anomalia congênita rara e de difícil diagnóstico pré-operatório, sendo geralmente estabelecido no ato operatório. No entanto, pode levar à iatrogenia da via biliar principal, sendo diagnosticada apenas no período pós-operatório mediante sintomas biliares persistentes. Sendo assim o cirurgião deve estar atento às inúmeras variações existentes no sistema biliar extra-hepático (IVANO, 1996).

O objetivo do presente artigo é relatar o caso de uma paciente de 43 anos que apresentou queixa de dor persistente em quadrante superior direito associada a náuseas, vômitos e febre, além de

sinal de Murphy ao exame físico e ultrassonografia evidenciando colelitíase, foi encaminhada a colecistectomia aberta na qual foi constatada duplicação do ducto cístico com septação da vesícula biliar.

2 METODOLOGIA

É um estudo retrospectivo analítico de uma paciente de 43 anos, residente da zona rural do município de Novo Repartimento no estado do Pará, a qual foi admitida em uma clínica médica-cirúrgica no mesmo município onde reside.

Diante disso, foi solicitado a clínica o prontuário médico-cirúrgico da paciente para coleta de dados clínicos e achados operatórios do caso em questão. Foi aplicado um Termo de Compromisso de Utilização de dados (TCUD) a clínica e essa cedeu uma carta de anuência, declarando que a mesma estava de acordo com o fornecimento dos dados.

Por fim, foi realizada uma revisão da literatura sobre as variações anatômicas das vias biliares e suas possíveis complicações no ato cirúrgico.

O artigo apresenta natureza básica e uma abordagem qualitativa, de modo que aborda sobre um relato de caso e estudo bibliográfico com revisão literária de publicações que acrescentam correlações teóricas com a duplicação do ducto cístico. Os artigos revisados foram selecionados nos sites: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual Scielo e UpToDate.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo feminino, 43 anos, negra, apresentou-se com queixa de dor persistente em quadrante superior direito associada a náuseas, vômitos e febre há quatro dias. No exame físico a paciente apresentou febre baixa, com dor localizada em quadrante superior direito, defesa abdominal e sinal de *Murphy*. Foi solicitada ultrassonografia transabdominal que revelou cálculos biliares, líquido pericolecístico e espessamento da parede da vesícula biliar.

A paciente foi submetida a colecistectomia aberta e no ato operatório a paciente estava em decúbito dorsal. Foi realizada assepsia e antissepsia, colocação de campos operatórios, incisão à *Kocher* (oblíqua) e diérese por planos. Em seguida à identificação do fundo vesicular foi identificado o triângulo de *Callothem*, seguida por dissecação do pedículo biliar. A via biliar principal e sua junção com o ducto cístico foram identificadas. Uma vez identificado o ducto cístico foi reparado com fios e por seguinte a artéria cística foi identificada, individualizada de seu tronco e, por fim, seccionada. A vesícula então foi dissecada do seu leito e por obséquio realizado uma peritonização do leito hepático. Posteriormente à liberação da vesícula, o ducto cístico foi seccionado entre as ligaduras, nesse momento foi constatado que o mesmo era duplicado, devido essa anomalia foi realizado uma colangiografia intra-operatória, para avaliar a funcionalidade dos ductos hepáticos, a mesma não evidenciou outras anormalidades ou alguma complicação decorrente do ato cirúrgico. Por fim, foi realizada síntese da parede abdominal por planos e curativos. A dissecação da vesícula evidenciou ducto cístico duplicado com septação completa da vesícula biliar (Figura 1).

No pós-operatório a paciente encontrava-se em bom estado geral, abdome sem alterações e ferida operatória sem sinais flogísticos. Recebeu alta após 2 dias de pós-operatório com orientações para retorno com o cirurgião após uma semana para avaliação do pós-cirúrgico.

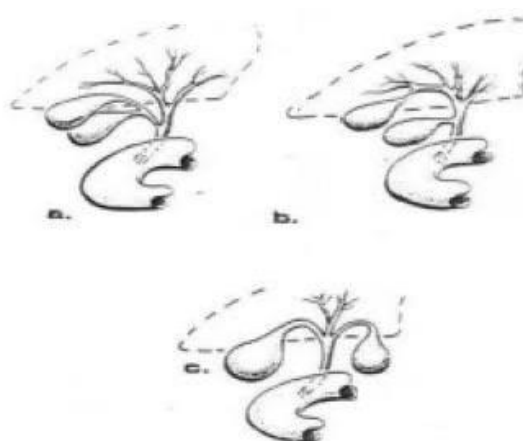
Figura 1 - Vesícula biliar aberta mostrando a septação interna completa e o ducto cístico duplicado.



A duplicação do ducto cístico, aqui relatado, é uma das diferentes variações anatômicas das vias biliares que são encontradas, ao acaso, em autópsias e no ato intra-operatório. Segundo Cavalcanti et al., (2002) é mais comum encontrar dois ductos císticos que drenam duas vesículas, já ductos duplos que drenam apenas uma vesícula são achados menos frequentes, representando menos de 20% dos casos divulgados.

Flannery e Caster (1956) dividiram a duplicação em 3 tipos, quando há presença de vesícula dupla, de acordo com a configuração dos ductos: o tipo em "Y", em "H" e o tipo trabecular (Figura 2). No tipo em "Y" os ductos se unem e formam um canal comum que termina no ducto hepático comum; o tipo "H" possui ductos císticos completamente separados, sendo que qualquer um dos ductos pode entrar nos ductos hepáticos direito ou esquerdo, ou ambos podem entrar no ducto hepático comum; por fim, no tipo trabecular o ducto cístico da vesícula biliar primária se une ao ducto hepático comum e o ducto cístico da vesícula acessória termina no ducto hepático direito, dentro do fígado.

Figura 2 – Tipos de ductos císticos duplos, na presença de duas vesículas: a) tipo "Y"; b) trabecular; c) tipo "H".



Fonte: (JANSON et al., 1992).

As variações anatômicas, nos ductos cístico e hepático, são de grande desafio para os cirurgiões, uma vez que a ausência do conhecimento imediato da desembocadura ou morfologia dos ductos gera ideias confusas e aumenta a possibilidade de obstruir qualquer um dos ductos, causando iatrogenias (CACHOEIRAS et al., 2012).

Além das variações dos ductos biliares, no momento da colecistectomia, o cirurgião deve ter uma cuidadosa observação de estruturas importantes que participam da união e do suprimento arterial das estruturas do triângulo cisto-hepático, o qual é formado pelo ducto cístico, ducto hepático comum e pela face visceral da extremidade direita do fígado. Erros, nesta região, durante a colecistectomia, são causados pelas variações anatômicas comuns não observadas no sistema biliar, sobretudo, na sua vascularização (ALVES; FONSCECA, 2015).

A presença de ducto cístico duplo é comumente associada a complicações como a possibilidade aumentada da cirurgia transformar de videolaparoscópica para laparotomia e maiores chances de ocasionar iatrogenias de via biliar comum (BOER, 2017). Como exemplos dessas podem ser citadas as estenoses de via biliar e as injúrias da via biliar mais comumente (LINHARES, 2011).

Além desses, iatrogenias como lesões das vias biliares ou perfuração da vesícula biliar com extravasamento de cálculo e bile para a cavidade abdominal também podem ocorrer associada mais comumente a cirurgia de videolaparoscópica (SALIM, 2008).

Assim, para se definir a presença de dois ductos no ato cirúrgico o cirurgião deve fazer uso de uma colangiografia com o intuito de avaliar a via biliar principal (COELHO, 2003).

As lesões no ducto biliar podem ser identificadas durante o ato cirúrgico, entretanto, comumente se apresenta no período pós-operatório. Extravasamento de bile na cavidade abdominal, com inflamação do peritônio decorrente do contato com a bile, apresenta-se mais rapidamente do que as estenoses do ducto biliar que esta associada com icterícia. Em casos que ocorra fistulas biliares, os pacientes apresentam-se com quadros febris, dor abdominal, icterícia ao drenagem de bile pelo local da incisão cirúrgica (JACKSON et al., 2014).

4 CONCLUSÃO

Dessa forma, a anomalia aqui descrita é uma condição incomum, representando apenas 20% dos casos de variações anatômicas do trato biliar, sendo essa de difícil identificação pré e intra-operatório. Assim, é necessário um alto conhecimento anatômico por parte do cirurgião, para que uma vez notado algo incomum durante o ato cirúrgico seja feito uma colangiografia intra-operatória para a avaliação dos ductos biliares e prevenção de iatrogenias devido o procedimento operatório.

5 REFERÊNCIAS

BOER, NATHALIA INGRID et al. DUPLO DUCTO CÍSTICO EM PACIENTE COM COLELITÍASE: RELATO DE CASO. **REVISTA UNINGÁ**, v. 52, n. 1, 2018.

COELHO, Julio Cesar Uili; GONÇALVES, Carolina Gomes; MELLO, Daniel Francisco. Laparoscopiccholecystectomy in a patient with duplicated cystic duct. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 30, n. 6, p. 486-488, 2003.

COELHO, Júlio Cesar Uili et al. Prevalência e fisiopatologia da litíase biliar em pacientes submetidos a transplante de órgãos. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 120-123, June 2009.

DE ANDRADE, Iza Beatriz Feitosa; FORTES, Talita Maria Lopes; DE ARAÚJO SOARES, Karinn. Variações anatômicas nas vias biliares presentes em intervenções cirúrgicas. **Jornal Interdisciplinar de Biociências**, v. 2, n. 1, p. 35-39, 2017.

FLANNERY, M. G. et al. **Congenital Abnormalities of Gallbladder: 101 Cases**. Surg. Gynec. & Obst, v.103, n.5, p.439-457, 1956.

GOFFI, F. S. Goffi Junior PS, Sorbello AA. Cirurgia das vias biliares. **Goffi FS. Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia**. 4ª ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 677-86.

IVANO, Flávio Heutaet et al. Ducto cístico duplo: relato de caso e revisão de anomalias da árvore biliar. **Ged: Gastroenterologia Endoscopia Digestiva**. São Paulo, v.15, n.5, p. 183-186, Set/Out. 1996.

JACKSON, Patrick G. Sistemabiliar. In: TOWNSEND, Courtney et al. **Sabiston Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna**. Elsevier Brasil, 2014. p.2613-2696.

JANSON, Jan A.; GULLIVER, David; ALGODÃO, Peter B. Coledocolitíase e uma dupla vesícula biliar. *Endoscopia Gastrointestinal*, v. 38, n. 3, p. 377-379, 1992.

LINHARES, Bruno Lima et al.; LESÃO IATROGÊNICA DE VIA BILIAR PÓS-COLECISTECTOMIA. **Revista Col. Bras. Cir.**, v. 38, n.2, 2011.

SABISTON. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Saunders. Elsevier

SALIH, Abdulwahid M. et al. "Double Cystic Duct, a Review of Literature with Report of a New Case." **International Journal of Surgery Case Reports** v. 38, p.146-148, 2017

SALIM, Marcelo Talasso and CUTAIT, Raul. **Complicações da cirurgia videolaparoscópica no tratamento de doenças da vesícula e vias biliares.** *ABCD, arq. bras. cir. dig.* [online]. 2008, vol.21, n.4, pp.153-157. ISSN 0102-6720. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202008000400001>.