

L. M. Betini^{1 2}; H. C. Mateus¹; A. A. Casaroli¹; C. N. Mancini^{1 2}; D. Germini²; J.M. Arie²; S.S.G. Favero².

1. Hospital São Luiz Gonzaga - ISCMSP - São Paulo, Brasil.

2. Hospital Cruz Azul - São Paulo, Brasil.

Introdução: A vesícula biliar se localiza na superfície visceral do lobo direito hepático e é protegida pelo cólon transversal e gradil costal. Sua posição anatômica é responsável pela incidência consideravelmente baixa de lesões traumáticas da vesícula biliar após trauma contuso¹. Quando há lesão da vesícula biliar, os mecanismos associados são contusão direta e de forte energia no hipocôndrio direito ou desaceleração por isso, esta associada à outras lesões abdominais, sendo raro seu trauma isolado. Em revisão retrospectiva com 1449 pacientes com trauma abdominal fechado, a incidência da lesão isolada de vesícula foi em torno de 0,067%². Os fatores que predispoem a lesão desse órgão são: vesícula com paredes normais, jejum, fígado cirrótico e ingestão de álcool⁴. O diagnóstico é feito com a tomografia computadorizada de abdome⁵, mas pode ser tardio, com peritonite biliar, devido aos sintomas iniciais vagos e alterações sutis nos exames de imagem. O tratamento recomendado é a colecistectomia^{1,3,5}. Apresentamos um caso de lesão traumática isolada de vesícula biliar, tratado com colecistectomia videolaparoscópica.

Relato de caso: CAADL, masculino, 19 anos, queda indireta de 12 metros após tentativa de assalto, com trauma de crânio e escoriação em hemitórax e hipocôndrio direito, realizou TC de crânio e radiografia de tórax na admissão, sendo liberado com resultados de exames normais. Após 3 dias do trauma evoluiu com dor abdominal, náuseas e icterícia. Retorna ao pronto socorro estável hemodinamicamente, com dor abdominal e icterícia 1+/4. Abdome: flácido, doloroso à palpação de hipocôndrio direito, sem peritonite. Hb: 13,7, leuco: 10,640 sem desvios, Gamagt: 356, inr: 1,45, bilirrubina total: 3,4(direta: 2,5).

Tomografia de abdome com contraste (Figura 1): vesícula biliar com edema e hiperealce parietal, de provável natureza reacional, sem cálculos. Moderado edema periportal. Fígado sem alterações. Sem dilatação de vias biliares. Baço de aspecto normal.

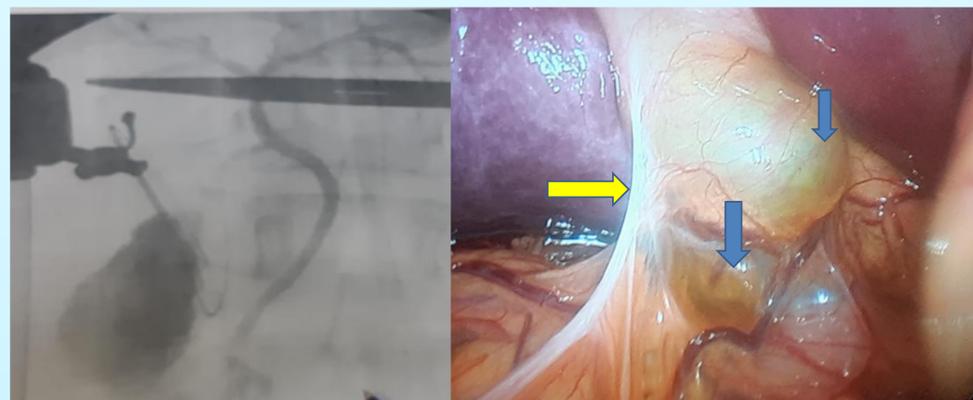


Figura 2: Imagem à esquerda: colangiografia intraoperatória normal. À direita: Nota-se aderência de peritônio ao infundíbulo da vesícula (seta amarela) e presença de bile infiltrando o peritônio que reveste a vesícula biliar (setas azuis).

Indicado videolaparoscopia exploradora. Achados intraoperatórios (Figura 2): pequena quantidade de líquido serobilioso livre, sem sangue. Sem lesões intestinais. Vesícula biliar com infiltrado biliar em seu peritônio. Trave fibrótica de peritônio periinfundibular. Tática cirúrgica: procedido à colecistectomia videolaparoscópica, colangiografia intraoperatória, com vias biliares intra e extra hepáticas normais. Realizado azul de metileno via sonda nasogástrica, sem extravasamento intestinal. Evolução: paciente com resolução da icterícia e boa evolução, recebendo alta no 3º pós operatório. No 20º pós operatório paciente com boa recuperação. Anatomopatológico: hemorragia transmural recente. Foi liberado para as atividades da vida cotidiana.

Discussão: Lesões isoladas da vesícula biliar por traumatismo fechado são eventos raros. Contudo, a apresentação deste caso pode auxiliar no reconhecimento e tratamento precoce destes tipos de ferimentos. Além de demonstrar a aplicabilidade do tratamento videolaparoscópico nos pacientes com lesão isolada de vesícula biliar sem instabilidade hemodinâmica.

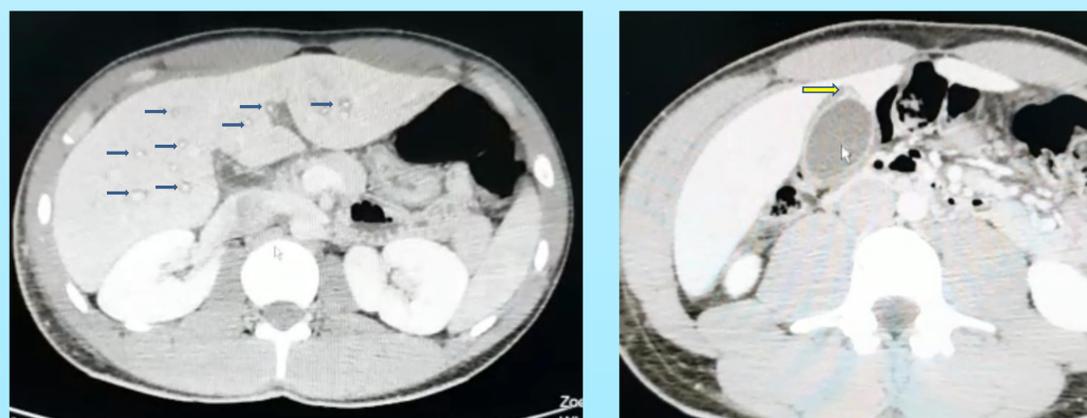


Figura 1 - Tomografia computadorizada de abdome: Imagem à esquerda demonstrando edema periportal em ramificações da tríade (setas). À direita: edema da parede da vesícula biliar com aparente ponto de descontinuidade em fundo (Seta).

1 Philipoff AC, Lumsdaine W, Weber DG. Traumatic gallbladder rupture: a patient with multiple risk factors. *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2016216811. Published 2016 Oct 18. doi:10.1136/bcr-2016-216811

2 Soderstrom CA, Maekawa K, DuPriest RW Jr, Cowley RA. Gallbladder injuries resulting from blunt abdominal trauma: An experience and review. *Ann Surg* 1981;193:60-6.

3 Zantut LF, Machado MA, Volpe P, Poggetti RS, Birolini D. Lesões traumáticas da vesícula e trato biliar extra-hepático: análise de 45 casos [Traumatic injuries of the gallbladder and of the extrahepatic biliary tract: analysis of 45 cases]. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 1995;41(1):53-59.

4 Malek M, Bjordahl P. A Case Report of Isolated Blunt Traumatic Gallbladder Perforation and Review of the Literature. *S D Med.* 2020;73(3):102-105

5 Epstein MG, Silva DL, Elias NC, Sica GT, Fávaro Mde L, Ribeiro Junior MA. Isolated rupture of the gallbladder following blunt abdominal trauma: case report. *Einstein (Sao Paulo).* 2013;11(2):227-228. doi:10.1590/s1679-45082013000200016