

## RELATO DE CASO

# VÓLVULO DA VESÍCULA BILIAR TRATADO POR COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

## VOLVULUS OF THE GALLBLADDER TREATED BY LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Júlio Cezar Uili Coelho, TCBC-PR<sup>1</sup>  
Eduardo A. Bonin<sup>2</sup>  
Andréia G. P. da Cunha<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

Vólvulo ou torção da vesícula biliar é uma condição muito rara, descrita pela primeira vez em 1898 por Wendel<sup>1</sup>. Desde então, cerca de 300 casos foram relatados na literatura<sup>2</sup>. Caracteriza-se por torção da vesícula biliar em volta do ducto cístico e da artéria cística, com subsequente obstrução tanto biliar quanto do fluxo arterial da vesícula. O nosso objetivo é descrever um caso de vólvulo da vesícula biliar tratado por colecistectomia laparoscópica.

### RELATO DO CASO

Paciente de 87 anos, sexo feminino, foi internada de emergência, apresentando dor em hipocôndrio direito de forte intensidade, com piora progressiva e de início há seis dias. Relatava também anorexia, náuseas e vômitos. Negava febre, icterícia e episódios de dores semelhantes anteriormente. Estava em tratamento para hipertensão arterial por vários anos.

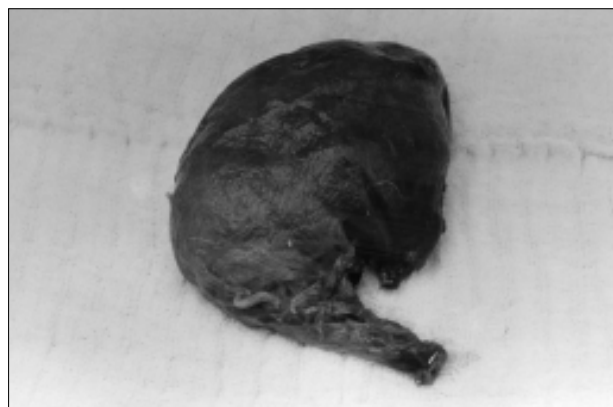
Ao exame físico, apresentava abdome globoso e doloroso à palpação no hipocôndrio direito, com sinal de Murphy presente. Os ruídos hidroaéreos eram normais. O hemograma evidenciava 9.200 leucócitos/mm<sup>3</sup>, com 6 bastões. A ultra-sonografia revelou vesícula biliar distendida, com líquido perivesicular e edema da parede. No seu interior foram observados cálculos com lama biliar, sendo estabelecido o diagnóstico de colecistite aguda calculosa.

A paciente foi submetida à colecistectomia laparoscópica. Durante o procedimento, a vesícula biliar apresentava vólvulo completo com áreas de necrose. Após identificação e ligadura da artéria e do ducto cístico, ob-

servou-se que o peritônio que fixava a vesícula ao leito hepático era longo, mas de base estreita (Figura 1). Esta característica anatômica permitiu que a vesícula sofresse uma torção completa em volta da artéria e ducto cístico. O procedimento cirúrgico e o pós-operatório transcorreram sem complicações e a paciente obteve alta hospitalar dois dias após a operação. O exame anatomopatológico da vesícula biliar evidenciou colecistite aguda calculosa com áreas de gangrena.

### DISCUSSÃO

Vólvulo da vesícula biliar ocorre principalmente em indivíduos com mais de 60 anos de idade, apesar de tam-



**Figura 1** — Vólvulo completo da vesícula biliar com obstrução do ducto cístico e da artéria cística.

1. Professor Titular e Chefe da Cirurgia do Aparelho Digestivo da UFPR e Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital N. S. Graças.
2. Residente do Departamento de Cirurgia do Hospital N. S. Graças.

Recebido em 28/3/2000

Aceito para publicação em 13/7/2000

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora das Graças de Curitiba-PR

bém ter sido descrito em crianças<sup>3</sup>. A incidência nas mulheres é três vezes maior que nos homens<sup>3</sup>.

O fator predisponente necessário para ocorrer esta complicação é a presença de vesícula biliar flutuante ou pediculada, a qual ocorre em até 5% da população e se caracteriza por vesícula extremamente móvel com um pedículo longo, ou seja, do peritônio que fixa a vesícula ao fígado<sup>4</sup>. Assim, a vesícula biliar pode raramente sofrer uma torção incompleta ou completa no sentido horário ou anti-horário. A torção incompleta obstrui somente o ducto cístico enquanto que a completa oclui tanto o ducto cístico como a artéria cística<sup>2</sup>.

A apresentação clínica depende do tipo da torção, se incompleta ou completa<sup>3</sup>. Na forma incompleta, o paciente apresenta dor no quadrante superior direito, náuseas e vômitos, que podem desaparecer espontaneamente se ocorrer distorção do órgão<sup>2</sup>. Na torção completa, o paciente refere dor contínua e intensa no quadrante superior direito, náuseas e vômitos<sup>2</sup>. Não sendo tratado, pode evoluir para

peritonite localizada ou difusa, devida à perfuração da vesícula biliar secundária à isquemia por oclusão da artéria cística<sup>5</sup>. Massa palpável ocorre em 1/3 dos casos<sup>2</sup>. O hemograma evidencia leucocitose com desvio nuclear à esquerda<sup>5</sup>. A ultra-sonografia é sugestiva de colecistite aguda<sup>2</sup>. Nenhum exame pré-operatório é característico de vólculo de vesícula biliar e o diagnóstico é estabelecido somente durante a operação em quase todos casos<sup>2</sup>. No presente caso, tratava-se de uma paciente idosa que apresentava quadro clínico e achados laboratoriais sugestivos de colecistite aguda. O diagnóstico de vólculo da vesícula foi estabelecido somente durante o ato operatório. Cálculo da vesícula biliar pode estar associado, principalmente pela idade elevada dos pacientes, mas não parece ser importante na patogênese do vólculo<sup>2</sup>.

O tratamento consiste de colecistectomia após a distorção da vesícula. O presente caso trata-se do primeiro caso da literatura do vólculo da vesícula biliar tratado pela via laparoscópica.

---

## ABSTRACT

*Our objective is to report a case of gallbladder torsion treated by laparoscopic cholecystectomy. A 87 year old patient presented with intense right upper quadrant pain, anorexia, nausea and vomiting. Murphy's sign was present at physical examination. Hemogram showed 9.200 leukocytes/mm<sup>3</sup>, with six bands. Ultrasonography showed a distended gallbladder, perivesicular fluid collection, wall edema, and sludge with stones inside. At laparoscopic cholecystectomy, there was a complete gallbladder torsion with areas of necrosis. There was no postoperative complication. Pathologic examination confirmed the diagnosis of acute calculous cholecystitis with areas of necrosis.*

**Key Words:** *Volvulus of the gallbladder; Torsion of the gallbladder; Gangrene of the gallbladder; Acute cholecystitis; Cholecystectomy; Laparoscopy.*

---

## REFERÊNCIAS

1. Wendell AV. A case of floating gall-bladder and kidney complicated by cholelithiasis with perforation of the gallbladder. *Ann Surg*, 1898, 27:199-201.
2. Stieber Ac, Bauer JJ. Volvulus of the gallbladder. *Am J Gastroent*, 1983, 78:96-99.
3. Merriman TE, Houghton G, Ventura R. Torsion of the fundus of the gallbladder. *Aust N Z J Surg*, 1993,63:821-824.
4. Gross RE. Congenital anomalies of the gallbladder. *Arch Surg*, 1936, 32:131-135.
5. Ingwang R, Belsham P, Scott H, Barker S, Bearn P. Torsion of the gall-bladder: rare, unrecognized or under-reported? *Aust N Z J Surg*, 1991, 61:717-720.

Endereço para correspondência:  
Dr. Júlio Cezar U. Coelho  
Rua Bento Viana, 1140/2202  
80240-110 — Curitiba-PR