

VEZICULA DE PORȚELAN – PREZENTARE DE CAZ

V. Filip¹, N. Vlad¹, Geanina Curcă¹, D. Ferariu²

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

¹ Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

² Laboratorul de anatomie patologică, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

THE PORCELAIN GALLBLADDER – CASE REPORT (Abstract): The porcelain gallbladder is a chronic frequently alithiasic disease of the gallbladder with a 0.1% incidence among the other chronic cholecystitis. It's characteristics are the bluish discoloration and brittle consistency of a gallbladder with an extensively calcified wall. A 71 years-old female with intense pain in the right part of the upper abdomen, with a 12 years history of biliary symptoms was hospitalized in the First Surgical Clinic Iași. Abdominal ultrasonography diagnosis was gallbladder lithiasis. We performed a laparoscopic cholecystectomy; the operation was difficult because of adhesions and problems with grasping the thick gallbladder wall, but the postoperative course was uneventful. The histo-pathologic result of the specimen established the diagnosis of porcelain gallbladder. A calcified gallbladder is associated with an increased risk of gallbladder cancer, so laparoscopic cholecystectomy is indicated as surgical treatment.

KEY WORDS: PORCELAIN GALLBLADDER, LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Correspondență: Dr. Viorel Filip, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței, nr. 1, 70011, Iași, Romania; e-mail: viorel_filip_2006@yahoo.co.uk *

INTRODUCERE

Calcinoza veziculară, vezicula calcară sau vezicula „de porțelan” reprezintă o colecistopatie cronică nelitiazică. Ponderea ei față de celelalte colecistopatii cronice este de 0,1%. Calcinoza veziculară se caracterizează prin calcificarea parțială sau completă a peretelui vezicular. Calciul se depune în perete sub formă de fosfat și/sau oxalat de calciu. Vezicula calcară nu trebuie confundată cu bila calcică, în care conținutul veziculei este alb-lăptos și conține carbonat de calciu [1].

Diagnosticul este uneori dificil de stabilit pe baza datelor clinice și paraclinice, fiind o surpriză intraoperatorie.

Scopul acestei prezentări de caz este de a semnala existența acestei forme anatomo-patologice de colecistită cronică la o pacientă cu simptomatologie biliară îndelungată, precum și de a discuta despre tratamentul chirurgical adecvat.

MATERIAL ȘI METODĂ

Pacienta B.A. în vârstă de 71 de ani a fost spitalizată în Clinica I Chirurgie Iași în perioada 12-17 februarie 2006. Simptomele la internare au fost: dureri persistente în hipocondrul drept, grețuri, vărsături bilioase, astenie psihică și inapetență. Din istoricul bolii menționăm că simptomatologia a debutat insidios în urmă cu 12 ani. În această perioadă pacienta nu a efectuat nici un consult medical și a efectuat tratament naturist.

Examenul clinic general evidențiază o pacientă normoponderală, cu tegumente palide, uscate. La examenul local al abdomenului se constată țesut adipos bine reprezentat, dureri în hipocondrul drept care se intensifică la palpare și semnul Murphy pozitiv. Probele de laborator au evidențiat doar un grad de anemie (Hb = 11,2 g%; Ht = 36%).

Ecografia abdominală (Fig. 1) a evidențiat un ficat cu structură granulară, iar colecistul fără conținut lichidian, înlocuit de con de umbră (diagnosticul inițial a fost de litiază

* received date: 25.03.2006
accepted date: 18.04.2006

colecistică). Vena portă, calea biliară principală, pancreasul, rinichii și splina de aspect ecografic normal.



Fig. 1 Aspectul ecografic

Diagnosticul preoperator a fost de colecistită cronică litiazică. S-a intervenit chirurgical laparoscopic, pneumoperitoneul fiind efectuat cu acul Veress. După introducerea trocarului optic, la explorarea celioscopică, s-a constatat un colecist cu perete sifoiu, dur, prehensiunea peretelui vezicular realizându-se cu dificultate. Expunerea colecistului a fost dificilă, datorită aderențelor dintre vezicula biliară și organele din jur (unghiul hepatic al colonului și duoden). Colecistectomia s-a efectuat retrograd, disecția elementelor pediculului și a colecistului din pat, fiind dificile, datorită fenomenelor inflamatorii. Vezicula biliară a fost extrasă din cavitatea peritoneală într-o pungă de plastic. După controlul hemostazei, s-a plasat un tub de dren subhepatic. Evacuarea pneumoperitoneului și sutura pielii au încheiat operația. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă iar pacienta s-a externat la 3 zile postoperator.

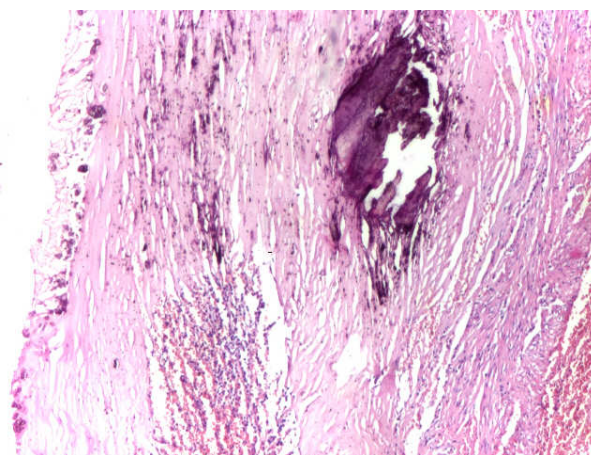


Fig. 2 Examenul histo-patologic (hematoxilină – eozină)
hialinizarea peretelui și depozite de calciu

Examenul anatomo-patologic (Fig. 2) a evidențiat colecistită cronică cu hialinizarea peretelui și depozite de calciu (veziculă „de porțelan”).

DISCUȚII

Etiopatogenia calcinozei veziculare nu este complet elucidată. Sunt incriminați 3 factori: inflamația colecistului cu hialinizare și sclerozare a peretelui; obstrucția cisticului cu distensia veziculei și absorbția calciului biliar; ischemia cronică difuză a veziculei [1].

Clinic această patologie se manifestă prin dureri persistente în hipocondrul drept și sindrom dispeptic. Palpativ se poate evidenția o tumoră rotundă, dură, sensibilă (semn evocator al veziculei de porțelan) [2]. Uneori semnul Murphy este pozitiv. În cazul prezentat, pacienta a avut un sindrom dispeptic de tip biliar, iar semnul Murphy a fost pozitiv.

Pentru confirmarea diagnosticului sunt necesare explorări imagistice: radiografia abdominală pe gol evidențiază o veziculă biliară radioopacă [1]. Ecografia abdominală poate arăta o imagine rotundă, hiperecogenă cu con de umbră posterior. În cazul pacientei prezentate, ecografia a suspiciat o litiază veziculară. Colangiografia intravenoasă poate confirma diagnosticul preoperator de veziculă de porțelan, prin „excluderea colecistului”. Alte explorări utile în precizarea diagnosticului pot fi computer tomografia și imagistica prin rezonanță magnetică. [3-5]

Morfopatologic vezicula calcară are macroscopic un aspect caracteristic: perete alb-sidefiu, dur sau fragil – „coajă de ou”. La percuția cu o pensă apare un sunet asemănător celui de porțelan. Microscopic, mucoasa este absentă, peretele are o structură uniformă, sclerohialină și depuneri calcare. În lumen pot exista calculi. [1]

Tratamentul calcinozei veziculare este exclusiv chirurgical – colecistectomie pe cale laparoscopică sau clasică [1-6]. Colecistectomia laparoscopică este dificilă din cauza durității peretelui și imposibilității de prehensiune instrumentală, rata conversiilor fiind ridicată [6]. Vezicula de porțelan este o stare precanceroasă având un risc de malignizare estimat la 25 - 61% [1,6-8]. Pe statistica Clinicii I Chirurgie, în cele 46 cazuri de cancer de colecist, doar într-un singur caz examenul histo-patologic a evidențiat asocierea carcinomului de veziculă biliară cu vezicula de porțelan [9].

CONCLUZII

Calcinoza veziculară este o colecistopatie rară. Se poate asocia cu litiaza veziculară. În cele mai multe cazuri, explorările paraclinice accesibile (radiografia abdominală simplă, ecografia abdominală) pot confirma diagnosticul, dar surprizele intraoperatorii și histopatologice nu sunt excluse. Colecistectomia este indicată de fiecare dată când se stabilește diagnosticul datorită riscului crescut de malignizare. Colecistectomia laparoscopică este dificilă, iar rata conversiilor este ridicată.

BIBLIOGRAFIE

1. Funariu G. *Chirurgie abdominală*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 2002.
2. Puia IC, Vlad L, Iancu C, Al-Hajjar N, Pop F, Bala O, Munteanu D. Colecistectomie laparoscopică pentru veziculă de porțelan. *Chirurgia*. 2005;100 (2): 187-189.
3. Voicu F, Voicu Lucia, Laky D. Confruntări radioclinice și morfologice în colecistitele nelitiazice. *Chirurgia*, 1975; 24 (2): 123-129.
4. Opatrny Lucie. Porcelain gallbladder. *CMAJ*. 2002; 166(7): 933.
5. Nawaz KA., Aird, Margaret, Sherlock D. Porcelain gallbladder. *eMedicine*. 2002; <http://www.emedicine.com/radio/topic569.htm>
6. Jones DB, Soper NJ, Brewer SM, Quashbarth MA, Swanson PE, Strasberg SM, Brunt LM. Chronic acalculous cholecystitis: laparoscopic treatment. *Surg. Laparoscopy & Endoscopy*. 1996; 6 (2): 114-122.
7. Stephen AE, Berger DL. Carcinoma in the porcelain gallbladder: a relationship revisited. *Surgery*. 2001; 129(6): 699-703.
8. Vereanu I. Tumorile căilor biliare extrahepatice. In: Angelescu N, edior. *Tratat de patologie chirurgicală*. București: Ed. Medicală 2001. p. 1970-1974.
9. Târcoveanu E, Lupașcu C, Bradea C, Moldovanu R. Cancerul de veziculă biliară în era chirurgiei laparoscopice. *Ars Medica*. 2006; [in press 2006].