

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

ALAN DE CASTRO NABOR
LEONARDO MARTINS ABOIM INGLÊS

Coledocolitíase

MACEIÓ
2024

ALAN DE CASTRO NABOR
LEONARDO MARTINS ABOIM INGLÊS

Coledocolitíase

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do
curso de Medicina da
Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ
2024



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os discentes Alan de Castro Nabor (matrícula número: 19110774) e Leonardo Martins Aboim Inglês (matrícula número: 19110565), cumpriram todas as exigências para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme “Normas para Produção do TCC”, aprovadas pelo colegiado do curso em 24 de julho de 2019. O TCC realizado pelos discentes acima, concluído em 11/07/2023, intitula-se: “Coledocolitíase”, que faz parte do livro “Urgências e Emergências Médicas”.

Maceió, 22 de fevereiro de 2024.

Documento assinado digitalmente
gov.br REGINALDO JOSE PETROLI
Data: 07/06/2024 09:38:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Reginaldo José Petroli
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
Sandrele Carla dos Santos
Tauani Belvis Garcez

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025

23-166323

NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Coledocolitíase

- Alan de Castro Nabor
- Leonardo Martins Aboim Inglês
- Maria Eduarda Lima Santos da Silva
- Poliany Maria de Oliveira

► DEFINIÇÃO

O termo cálculo, que possui o mesmo significado da designação popular pedra, é utilizado para nomear massas sólidas, esféricas, ovais ou facetadas, compactas, de consistência argilosa a pétrea, que se formam em determinados órgãos. A palavra litíase é um sinônimo que, quando usado como sufixo ao nome do órgão afetado, indica condições específicas.

Diante disso, coledocolitíase é a presença de cálculos no ducto biliar comum, também conhecido como ducto colédoco. Trata-se de uma condição que pode ser classificada como primária ou secundária de acordo com o seu ponto de origem. Na coledocolitíase primária, os cálculos surgem inicialmente no ducto biliar comum, enquanto na coledocolitíase secundária, os cálculos surgem na vesícula biliar e migram para o colédoco.

O paciente pode apresentar desde um até vários cálculos. Na coledocolitíase primária, os cálculos são, geralmente, pigmentares marrons e correspondem a pigmentos biliares precipitados associados ao colesterol. Por sua vez, na coledocolitíase secundária, os cálculos são, em sua maior parte, de colesterol.

► EPIDEMIOLOGIA

A forma primária da coledocolitíase corresponde a apenas 10% dos casos dessa condição. Desse modo, a principal etiologia, especialmente nos países ocidentais, é a migração de cálculos originados na vesícula biliar que chegam ao ducto colédoco por meio do ducto cístico.

A coledocolitíase corresponde a uma das principais complicações da colelitíase, que é a presença de cálculos na vesícula biliar, condição mais frequente em indivíduos do sexo feminino, gestantes, idosos e também naqueles com níveis elevados de lipídios

séricos. Assim, deve-se fazer uma boa avaliação dos pacientes com colelitíase, tendo em vista que os portadores de coledocolitíase são assintomáticos em cerca de 50% dos casos.

Nesse contexto, aproximadamente 6 a 10% da população desenvolve colelitíase, e, desses, 10% evoluem apresentando cálculo no colédoco, sendo que essa incidência varia de acordo com a faixa etária do paciente, podendo aumentar cerca de 20 a 25% nos idosos. Ademais, estima-se que a coledocolitíase seja encontrada em 4,6 a 18,8% dos pacientes no momento da realização de colecistectomia.

► FISIOPATOLOGIA

A patologia em questão é caracterizada pelo aparecimento de cálculos formados na vesícula biliar, os quais, antes de chegar até o ducto colédoco, passam pelo ducto cístico. Os cálculos primários são causados pela redução ou pela interrupção do fluxo biliar, o que é chamado de estase biliar, podendo ser causada por tumores, cálculos secundários, estenose biliar e estenose papilar. Os cálculos secundários servem como um alerta cirúrgico.

► QUADRO CLÍNICO

A avaliação clínica é essencial nessa patologia, uma vez que a maior parte dos pacientes não apresenta sintomas; logo, o diagnóstico pode ser incidental. Pode-se observar, na clínica da coledocolitíase, colúria, acolia fecal, colangite (infecção do trato biliar), náuseas, êmese, hiporexia, febre e dor no quadrante superior direito, mas também pode acontecer especificamente no epigástrio. Essa última é referida principalmente após o paciente alimentar-se. O desconforto abdominal pode, ainda, ser classificado como dor constante ou intermitente, além de visceral ou profunda. Alguns pacientes podem manifestar uma pancreatite associada; nestes casos, a dor vai ser irradiada e profusa. Os acometidos com a patologia podem apresentar alterações da função hepática e pancreática, o que pode ser detectado nos exames laboratoriais. A dor referida pelo paciente pode cessar quando os cálculos são expelidos de forma espontânea ou removidos cirurgicamente. O quadro clínico vai depender do tamanho e da quantidade dos cálculos biliares, bem como de outros fatores, como a alimentação.

No exame físico, o paciente pode apresentar icterícia, vesícula biliar palpável e dor à palpação do quadrante superior direito. Também é possível achar febre, hipotensão, taquicardia, desnutrição, perda de peso e escoriações traumáticas, decorrentes de um prurido intenso. A icterícia é um achado importante, pois aproximadamente 33% dos pacientes que a apresentam estão com coledocolitíase.

Como complicações, pode-se ter, por exemplo, colangite, colecistite, abscessos hepáticos, síndrome colestática e pancreatite aguda biliar. Quando não há a retirada dos cálculos, a obstrução das vias biliares pode evoluir para uma condição de destruição do tecido hepático. A cirrose e a hipertensão portal seriam decorrentes de uma obstrução crônica. Em relação à pancreatite, deve-se tomar um cuidado maior, haja

vista que pode ocasionar graves manifestações e até a morte do paciente. Também é importante destacar outras possíveis complicações, como: diabetes, ascite, trombose de vasos do baço, pseudocistos e derrame pleural.

► DIAGNÓSTICO

Para os casos de suspeita, a partir do quadro clínico supracitado de coledocolitíase, o diagnóstico pode ser elucidado com a associação de dados laboratoriais e de imagem.

Como principais alterações laboratoriais, têm-se as elevações nos níveis de fosfatase alcalina, bilirrubina total, gama-glutamilttransferase (gama-GT), transaminase oxalacética (TGO) e transaminase pirúvica (TGP). O aumento das taxas laboratoriais, assim como os sinais e sintomas clínicos, não são específicos e possuem pouco valor para conclusão diagnóstica, servindo na maioria dos casos para complementação da investigação.

Referente à investigação mediante exames de imagem, tem-se como primeiro a ser realizado a ultrassonografia (USG). A USG será utilizada para verificar se há ou não dilatação dos ductos, tratando-se de um exame simples e de baixo custo.

Como seguimento, deve haver a estratificação do paciente em alto risco (1 fator muito forte ou 2 fatores fortes), risco intermediário (1 fator forte ou 1 fator moderado) e baixo risco (sem fatores preditivos associados). Como classificação dos fatores, tem-se: muito forte (coledocolitíase vista em USG, colangite aguda e BT > 4mg/dL), forte (colédoco dilatado e BT 1,8 – 4,0mg/dL) e moderado (alteração de AST/ALT, idade > 55 anos e pancreatite aguda biliar).

Como exemplo de outros exames de imagem, pode-se citar: colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM), ultrassom endoscópico (UE), colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), colangioressonância e, até mesmo, colangiografia intraoperatória (CIO) e ultrassom laparoscópico (UL). A CPRM é muito utilizada para pacientes com risco intermediário, perdendo desempenho de sensibilidade para cálculos menores. A CPRE é mais invasiva, sendo muito indicada para casos de alto risco por já possuir propriedade terapêutica. O UE é muito utilizado para pequenos cálculos e em pacientes com risco intermediário, todavia é um exame invasivo e de custo elevado. A CIO e o UL são exemplos de exames intraoperatórios, sendo reservados a casos mais específicos.

► TRATAMENTO

O tratamento escolhido pode variar conforme a disponibilidade de recursos e métodos, a estratificação do paciente quanto ao risco de coledocolitíase, o momento em que se realiza o diagnóstico e até mesmo a experiência dos profissionais envolvidos na terapêutica, bem como a preferência do paciente. Em função das complicações associadas à coledocolitíase, é imprescindível que todos os pacientes — sintomáticos ou não — sejam tratados. As principais complicações são a colangite aguda, caracterizada por infecção bacteriana das vias biliares, e a pancreatite aguda, que pode ser desencadeada

pela estase do ducto pancreático principal secundária à presença do cálculo na região mais distal do ducto colédoco.

Há situações — menos comuns — em que o cálculo tem origem primária ou intra-hepática. Frente a tal contexto clínico, o tratamento preconizado é a anastomose biliodigestiva. Como já vimos, no entanto, os casos mais prevalentes de coledocolitíase são de cálculos advindos da vesícula biliar, o que os configura como secundários. Sendo assim, a investigação da colelitíase tende a determinar a conduta para pacientes com coledocolitíase, de acordo com o momento da descoberta do acometimento ductal.

Nos casos em que se descobre a presença do cálculo no ducto colédoco *antes* da realização da colecistectomia, está indicada a CPRE pré-operatória; essa abordagem também se aplica ao paciente com alto risco de coledocolitíase, de modo que a CPRE serve tanto para confirmação diagnóstica quanto para intervenção terapêutica. Realiza-se, nesse procedimento, uma papilotomia endoscópica, com uso de eletrocautério, para expandir a papila duodenal e garantir maior abertura à passagem do cálculo.

Alguns pacientes, por outro lado, podem ter a coledocolitíase confirmada apenas *durante* a realização da colecistectomia laparoscópica (diagnóstico intraoperatório). Quando isso ocorre, a conduta consiste em realizar ELVB (exploração laparoscópica de via biliar) ou CPRE, sendo esta intra ou pós-operatória.

► REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. **Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada Pré-cirúrgica no Tratamento de Coledocolitíase**. Secretaria de ciência, tecnologia e Insumos estratégicos, Departamento de gestão e incorporação de tecnologias em saúde, Coordenação de avaliação e monitoramento de tecnologias. Brasília, DF. 2019.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 39, DE 24 DE JULHO DE 2019**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, DF. 2019.
3. BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo**. Patologia Geral. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
4. GULLO, C. *et al.* **Coledocolitíase: da suspeita ao diagnóstico/Choledocholithiasis: from suspicion to diagnose**. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, p. 35–41, 2019.
5. LIMA, Leonardo Santos. **Tratamento da colelitíase com coledocolitíase concomitante, em estágio único, no regime ambulatorial e com análise de custo-efetividade**. 131 f.: il. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Clínica Cirúrgica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.
6. MCNICOLL, CF. PASTORINO, A. FAROOQ, U. FROELICH, MJ. ST HILL, CR. **Choledocholithiasis**. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 15, 2022.
7. MELO, C. G. *et al.* **Coledocolitíase: da suspeita ao diagnóstico**. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 62 (1):35-41. 2017.
8. PINHEIRO, F. E. da S. *et al.* **Acute pancreatitis: pathophysiology, imaging findings, clinical manifestations and diagnosis**. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 12, p. e427111234811, 2022.
9. SABISTON. **Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna**. 19ª ed. Saunders. Elsevier, 2014.
10. SANTANA, J. M. *et al.* **Colecistopathies and the treatment of their complications: a systematic review of literature**. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 1, p. 3597–3606, 24 fev. 2021.