

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

JOSUÉ DE OLIVEIRA LEITÃO

COLECISTITE AGUDA

MACEIÓ
2024

JOSUÉ DE OLIVEIRA LEITÃO

Colecistite aguda

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(a) discentes Josué de Oliveira Leitão (matrícula número:19110561) cumpriu 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: Colecistite aguda, que faz parte do livro Urgências e Emergências Médicas.

Maceió, 23 de fevereiro de 2024.



Documento assinado digitalmente
REGINALDO JOSE PETROLI
Data: 28/08/2024 18:41:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Reginaldo José Petrolí
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL.



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

SIAPE: 1108003

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

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



sarvier

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

Colecistite Aguda

- Leonardo Martins Aboim Inglês
- João Alberto Feijó França
- Josué de Oliveira Leitão
- Renato Barbosa Ferreira

► DEFINIÇÃO

A colecistite aguda é uma doença inflamatória da vesícula biliar que pode ocorrer pela obstrução do ducto cístico por colelitíase, com prevalência de 90-95%, a qual remete a etiologia calculosa, ou, ainda, pode ocorrer colecistite aguda de natureza acalculosa em 5-10% dos casos (GALLAHER, 2022).

► EPIDEMIOLOGIA

Quanto à epidemiologia, a colecistite aguda é um dos principais diagnósticos gastrointestinais presentes nos atendimentos emergenciais, mais de 90% das colecistites agudas estão associadas à colelitíase, sua complicação mais comum, já os outros 10% correspondem à sua forma alitiásica, que também corresponde a uma maior morbimortalidade. Essa doença possui maior prevalência em mulheres até os 50 anos, posteriormente a prevalência se iguala para ambos os sexos, e em pessoas com fatores de risco como idade, obesidade, doença hepática, exposição hormonal e diabetes (GRACIANO, 2019).

► FISIOPATOLOGIA

Os cálculos biliares são bastante comuns, tendo uma prevalência de 10 a 15% nos adultos, sendo os cálculos de colesterol mais comuns e aparecendo de acordo com o avanço da idade, sexo, raça, história familiar, gravidez e paridade. Porém, cerca de 80% dos cálculos biliares são assintomáticos (WILKINS, T. *et al.*, 2017).

A colecistite aguda litiásica ocorre devido à obstrução do ducto cístico, que acarretará em um aumento da pressão intraluminal da vesícula biliar, que, em concomitância à supersaturação de colesterol na bile, leva a uma resposta inflamatória aguda, a qual, em 20% dos casos, pode progredir com infecção bacteriana secundária, sendo as mais comuns a *Escherichia coli*, *Klebsiella* e *Streptococcus faecalis*. Já a colecistite alitiásica

tem origem multifatorial e é associada a estase biliar, bem como pode ocorrer por micro oclusões da vasculatura da vesícula biliar. A estase é relacionada a casos de íleo paralítico e jejum prolongado, enquanto a isquemia advém de lesões endoteliais secundárias em pacientes críticos. Além disso, a colecistite alitiásica pode progredir com gangrena, empiema e perfuração em até 50% dos casos (GALLAHER, 2022).

A progressão da colecistite aguda litiásica pode ser dividida em três etapas.

1. Fase inflamatória: caracterizada por congestão e edema da parede da vesícula biliar, aparecendo entre 2 a 4 dias após o início dos primeiros sintomas.
2. Fase hemorrágica: a necrose inicial e hemorragia da parede da vesícula podem levar a sua perfuração, e, por sua vez, peritonite biliar. Essa fase costuma ocorrer após 3 a 5 dias do início dos sintomas.
3. Fase crônica ou purulenta: é caracterizada pela infiltração leucocitária, tecido necrótico em estado mais avançado e supuração, a qual pode aparecer após 6 dias do início dos sintomas.

Também pode-se apresentar quadro de colecistite aguda nas formas enfisematosa, devido a formação de gás na parede da vesícula biliar, por anaeróbios formadores de gás. Além de colecistite aguda por torção da vesícula biliar, levando a um comprometimento do suprimento sanguíneo ao órgão, a qual ocorre mais em idosos (WILKINS, T. *et al.*, 2017).

► DIAGNÓSTICO

A suspeita clínica para os casos de colecistite aguda consiste nos quadros com sinais e sintomas de dor constante do quadrante superior direito, febre (podendo apresentar complicações ou não), náusea e vômitos (por volta de 50% dos casos). Ao exame físico, pode-se observar icterícia (potencialmente estando associada a coledocolitíase, colangite, pancreatite, hepatite e peritonite biliar filtrante); Sinal de Murphy (patognomônico de colecistite, apresentando sensibilidade entre 62 e 79% e uma especificidade de cerca de 96%); plastrão, defesa e dor em hipocôndrio direito; e vesícula palpável.

Para a devida análise laboratorial, deve ser investigada a contagem de células sanguíneas, teste de função hepática, nível de bilirrubina e nível de lipase sérica. Como principais alterações laboratoriais, observa-se leucocitose com desvio para a esquerda ao hemograma e, ao hepatograma, elevação de transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas e amilase. Vale ressaltar que o quadro clínico e as alterações laboratoriais supracitadas podem ser comuns a diversas patologias, portanto servem como complemento ao diagnóstico e não como uma forma de concluí-lo, devendo ser realizada a continuidade da investigação e a análise dos diagnósticos diferenciais.

Referente aos exames de imagem, utiliza-se como método inicial de investigação a ultrassonografia abdominal (USG). A USG é um exame de custo relativamente baixo, fácil acessibilidade, curta duração e ausência de radiação ionizante, apresentando sensibilidade de 80–85% e especificidade de 80–95% para colecistite aguda. Além disso, o método é capaz de detectar a presença de cálculos, o espessamento da parede da vesícula

la, a distensão da vesícula, o Sinal de Murphy ultrassonográfico e a presença de líquido peri-vesicular. Na USG, é possível verificar os achados de 3 grandes cálculos hipereco-gênicos, com sombra acústica posterior, bem como líquido pericolecístico (Figura 1).



Figura 1 Ultrassonografia Transabdominal de um Paciente com Colecistite Aguda. Fonte: WILKINS, T. *et al.*, 2017.

Como exemplos de outros exames de imagem utilizados no procedimento de investigação diagnóstica da colecistite aguda, tem-se: Tomografia computadorizada (TC), cintilografia hepatobiliar com escaneamento de ácido iminodiacético hepático (HIDA), ressonância magnética e ressonância magnética colangiopancreatografia.

Na HIDA de um paciente com colecistite aguda litiásica verifica-se ausência de enchimento da vesícula biliar, o que indica obstrução do ducto cístico (Figura 2).

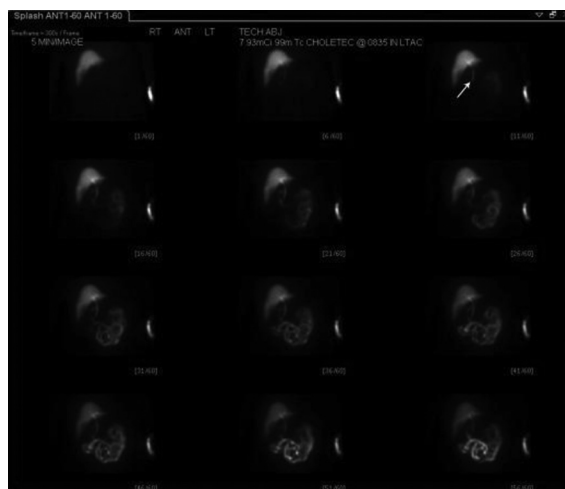


Figura 2 Hida de um Paciente com Colecistite Aguda. Fonte: WILKINS, T. *et al.*, 2017.

Na TC, observa-se a presença de áreas de alta densidade na gordura perivesicular (encalhamento de gordura perivesicular), distensão da vesícula biliar, espessamento mural e fluido perivesicular, sendo esse exame utilizado para auxiliar na identificação de alterações que não foram completamente elucidadas pelo ultrassom e em casos com mais de um sinal de gravidade (Figura 3).



Figura 3 TC de Paciente com Colecistite Aguda. Fonte: WILKINS, T. *et al.*, 2017.

A RM também é utilizada para auxiliar na identificação de alterações que não foram completamente elucidadas pelo ultrassom e para avaliar possíveis complicações, possuindo utilidade na identificação de achados como: cálculos biliares, espessamento ou edema da parede da vesícula biliar, distensão da vesícula biliar e presença de fluido perivesicular ou ao redor do fígado. A cintilografia possui sensibilidade de 96% e especificidade de 90% para colecistite aguda, tornando-se útil para casos de exames de ultrassonografia equivocados e suspeita de colecistite aguda acalculosa.

Assim, através dos exames supracitados será possível concluir o diagnóstico para colecistite aguda. Segundo as diretrizes de Tóquio, um diagnóstico suspeito seria aquele que apresentasse pelo menos um sinal local de inflamação e pelos menos um sinal sistêmico de inflamação. Já um diagnóstico confirmado seria aquele que apresenta pelo menos um sinal local de inflamação e pelos menos um sinal sistêmico de inflamação e um achado através de exame de imagem (sinal de Murphy ecográfico, espessamento da parede vesicular, distensão vesicular, cálculo impactado, coleção pericolecística e edema da parede vesicular). O esquema descrito pode ser observado nas tabelas abaixo.

Tabela 1 Fonte: Adaptado de Tokyo Guidelines 2018, diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis.

Sinais locais de (Critério A)	Sinais sistêmicos de inflamação (Critério B)	Achados dos exames de imagem (Critério C)
- Sinal de Murphy - Massa, dor ou sensibilidade aumentada no quadrante superior direito	- Febre - PCR elevado - Leucocitose	Achados de imagem característicos de colecistite aguda

Tabela 2 Fonte: Adaptado de Tokyo Guidelines 2018, diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis.

Diagnóstico Suspeito	Diagnóstico Confirmado
Sinal local de inflamação + Sinal sistêmico de inflamação (A + B)	Sinal local de inflamação + Sinal sistêmico de inflamação + Achados dos exames de imagem (A + B + C)

► TRATAMENTO

O tratamento da colecistite aguda não complicada consiste na hidratação venosa, antibioticoterapia de sete a dez dias, repouso alimentar, correção eletrolítica, além de analgesia. Sendo que, dentre as opções de antibioticoterapia incluem o uso de ampicilina e um aminoglicosídeo, mas também pode-se lançar mão de cefalosporinas e ampicilina-sulbactam e em pacientes imunossuprimidos necessita de uma cobertura mais ampla com o uso adicional de metronidazol, piperacilina-tazobactam e levofloxacino.

Ademais, o tratamento para colecistite alitiásica é por meio da drenagem percutânea, mas o tratamento cirúrgico tem que ser considerado, pois à alta incidência de gangrena, perfuração e empiema, sendo a cirurgia aberta utilizada com mais frequência.

O tratamento definitivo de eleição é a colecistectomia laparoscópica, dentro de 72h após a apresentação inicial dos sintomas considerando as condições clínicas do paciente. Dentre as indicações de colecistectomia estão a presença de cólica biliar, colecistite aguda ou crônica e a colecistite acalculosa. A colangiografia operatória pode ser realizada durante o procedimento cirúrgico, no qual os cálculos podem ser removidos no processo ou após com a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).

De modo geral a preferência pela colecistectomia videolaparoscópica, consiste em diminuir o trauma cirúrgico, por apresentar um menor índice de reação metabólica, imunológica e inflamatória em relação a cirurgia aberta. Contudo a conversão para cirurgia aberta é maior nos casos de colecistopatia calculosa aguda do que na crônica.

► REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, P. da C. *et al.* **Imaging findings in acute cholecystitis, its complications and treatment.** Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 12, p. e332111234801, 2022.
2. COSTA, Ludmila Rodrigues Oliveira. NETO, Olival Cirilo Lucena da Fonseca. **Colangite aguda: da tríade de Charcot aos critérios de Tóquio.** Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 19 (2):139-44. 2021.
3. GALLAHER, J. R.; CHARLES, A. Acute Cholecystitis: A Review. **JAMA**, v. 327, n. 10, p. 965-975, 8 mar. 2022.
4. GOLDMAN, Lee. AUSIELLO, Dennis. **Cecil Medicina Interna**. 24. ed. Saunders Elsevier, 2012.
5. GRACIANO, Annah Rachel; SQUEFF, Fabiano Alves. **Perfil epidemiológico da colelitíase no Brasil: análise de 10 anos.** Rev. Educ. Saúde, v. 7, n. 2, p. 111-117, 2019.
6. JUNIOR, E. S. *Et al.* **Abordagem diagnóstica e tratamento da colecistite aguda: uma revisão narrativa.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 9, p. e8772, 23 set. 2021.
7. MAYA, Maria Cristina *et al.* **Colecistite aguda: diagnóstico e tratamento.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. [S.l.], v. 8, n. 1, abr. 2014.
8. WILKINS, T. *et al.* Gallbladder Dysfunction: Cholecystitis, Choledocholithiasis, Cholangitis, and Biliary Dyskinesia. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, Gastroenterology. v. 44, n. 4, p. 575-597, 1 dez. 2017.
9. YOKOE, M. HATA, J. TAKADA, T. *Et al.* **Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos).** *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 25 (1):41-54. 2018.