

COLECISTITE AGUDA CALCULOSA: ASPECTOS ETIOLÓGICOS, FISIOPATOLÓGICOS E MANEJO TERAPÊUTICO

Nerissa Ramalho dos Santos¹
Joana Magalhães Campos¹
Lara Moreira Silva¹
Júlia Alves Lopes¹
Vitor de Souza Soares²

vitorsoares.med@gmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

A colecistite aguda calculosa é a inflamação da vesícula biliar responsável por 90% dos casos de colecistite aguda. Uma porcentagem de 80% dos cálculos são decorrentes do colesterol encontrados na bile, devido a alteração na homeostase do colesterol na bile, supersaturando-a, ou por hiperprodução de colesterol com hipossecreção de sais biliares. Os fatores de risco desta condição são pacientes do sexo feminino, idade maior que 55 anos, que possuem distúrbios hematológicos, predisposição genética e etnia. A impactação dos cálculos causa obstrução do ducto cístico que conseqüentemente gera inflamação e dor abdominal que não cessa e piora após as refeições, principalmente as gordurosas. O manejo terapêutico consiste em jejum, hidratação venosa, analgesia, antibioticoterapia e tratamento cirúrgico como padrão ouro, sendo a videolaparoscopia a forma preferencial.

PALAVRAS-CHAVE: Colecistite; Calculosa; Terapêutico; Videolaparoscopia

INTRODUÇÃO

A colecistite aguda calculosa (CAC) é responsável por 90 a 95% dos casos de colecistite aguda (CA), acometendo, preferencialmente, o sexo feminino, adultos jovens e idosos. A patogenia se dá por impactação de cálculo no ducto cístico, causando irritação e necrose da mucosa e impede a drenagem da bile, a retenção biliar causa compressão dos vasos levando a isquemia da parede que facilita a infecção bacteriana. Macroscopicamente, a inflamação causa espessamento da parede, chegando a 2 centímetros, contendo bile, pus, sangue ou coágulos sanguíneos, em casos severos toda a parede sofre necrose e faz-se verde-escura,

¹ Acadêmicos de Medicina do Centro Universitário Vértice - Univértix

² Médico e Professor do Centro Universitário Vértice - Univértix

quando se trata dos aspectos microscópicos apresentam-se edema marcante, hiperemia, hemorragia e deposição de fibrina (BRASILEIRO FILHO, 2021).

A formação dos cálculos ocorre quando o colesterol, os sais biliares ou os bilirrubinatos são produzidos em excesso pelo fígado, sendo o colesterol responsável por 80% dos casos e os demais que são chamados de pigmentados são resultados da calcificação da bilirrubina. Apresentam como fatores de risco que não são evitáveis além do sexo e idade, a presença de distúrbios hematológicos, predisposição genética e etnia. Porém, existem fatores evitáveis que são de extrema importância na incidência da CAC, sendo eles o diabetes mellitus, a hipercolesterolemia, a hipertrigliceridemia, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e a elevação do estrogênio. Outros fatores etiológicos da CA que apresentam menor incidência são a neoplasia da vesícula biliar, parasitas e corpos estranhos (DAMASCENO *et al.*, 2022).

O quadro clínico típico dos pacientes acometidos são a cólica biliar caracterizando como uma dor abdominal no quadrante superior direito (QSD) com irradiação em faixa para o dorso, além de náuseas e vômitos, anorexia, febre, calafrios e taquicardia. Ao exame físico, é exposta positividade do sinal de Murphy, existente na maioria dos casos, que consiste na parada inspiratória e presença de dor a palpação do QSD durante uma inspiração profunda. Em exames laboratoriais, serão identificados leve leucocitose e níveis séricos de bilirrubina, fosfatase alcalina e aspartato aminotransferase (AST). O exame de imagem mais utilizado é a ultrassonografia, pois apresenta alta sensibilidade para exibir os cálculos e os sinais de inflamação da vesícula (JAMESON *et al.*, 2021).

O manejo terapêutico consiste, inicialmente, em jejum, hidratação venosa, analgesia e antibióticos. Em pacientes com náusea e vômito, utiliza-se a sondagem nasogástrica. A colecistectomia é indicada em pacientes com instabilidade hemodinâmica ou dor intratável e pacientes com complicações, já em indivíduos estáveis, a cirurgia deve ser realizada no mesmo internação, dentro de 3 dias, tendo preferência pela cirurgia laparoscópica, exceto em paciente idosos com comorbidades, que é indicado o tratamento não cirúrgico ou a colecistostomia percutânea (JAMESON *et al.*, 2021).

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes a etiopatogenia, fisiopatologia da colecistite aguda calculosa e seu manejo terapêutico.

METODOLOGIA

Este artigo é de caráter revisional e qualitativo, de natureza pura e bibliográfica, o qual utilizou como base de dados o “Google Scholar” combinando os descritores “Colecistite”, “Aguda” e “Calculosa” associados com o operador booleano “and”. Também foram realizadas pesquisas em livros acadêmicos. No estudo, foram incluídos artigos originais de revisão bibliográfica, estudos de caso, projetos de iniciação científica e capítulos de livros de patologia e medicina interna, todos relacionados à colecistite aguda e/ou calculosa. Foram excluídos os artigos publicados antes do ano de 2019. Ademais, após a vista dos 396 resumos inicialmente selecionados pelos descritores, foi realizada uma nova seleção incluindo os critérios anteriormente relatados, em que somente 5 artigos foram analisados e selecionados. Assim, obtiveram-se resultados sólidos para melhor compreensão e desenvolvimento do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

ETIOLOGIA

A inflamação da vesícula biliar é comumente a manifestação inicial da colelitíase presente nos ductos intra e/ou extra hepáticos, que é a causa subjacente em 90% dos casos. A produção dos cálculos esta ligada a fatores ambientais e a predisposição genética. A progesterona e estrogênio em mulheres jovens e grávidas induz o esvaziamento da vesícula e aumenta a saturação da bile propiciando a formação de cálculos. Medicamentos como estrogênio exógeno, somatostatina, ceftriaxona e clofibrato também demonstram associação com o aparecimento de cálculos. Outro fator importante e que pode ser controlado é a obesidade que causa considerável aumento de da secreção biliar de colesterol, causando hipersaturação da bile, entretanto em contraposição a rápida perda de peso também contribui, por diminuir a absorção ileal dos ácidos biliares. Os fatores genéticos são responsáveis por envolver o metabolismo e o transporte do colesterol, porém existe uma

diversidade de fatores que podem ser evitáveis e que intensificam essa predisposição, sendo eles: o sedentarismo, o tabagismo, a obesidade, a HAS e a diabetes mellitus. Os cálculos refletem a inaptidão em manter os solutos biliares no estado solubilizado (GOLDMAN; SCHAFER, 2022).

FISIOPATOLOGIA

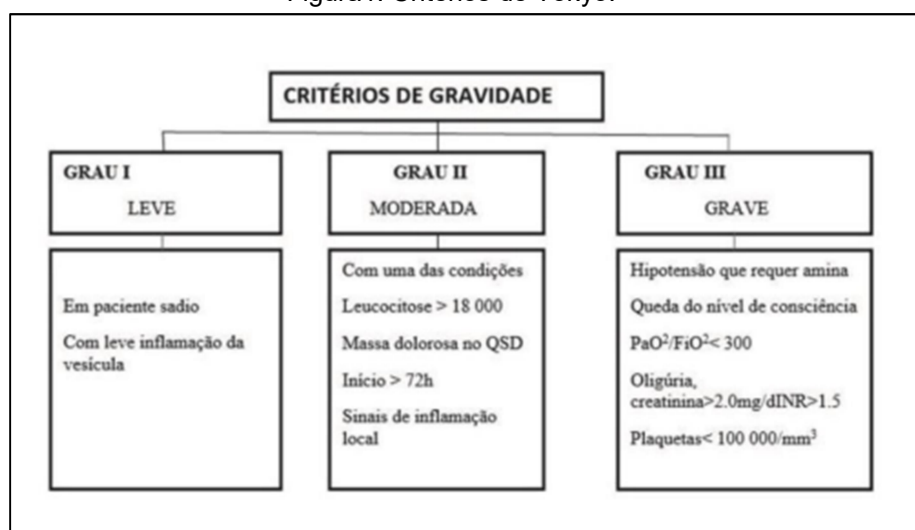
A CAC pode ser causada por cálculos biliares na maioria dos casos, mas também pode ser decorrente de neoplasia da vesícula biliar, pólipos da vesícula biliar, parasitas como *Ascaris Lumbricoides*, *Salmonella* e outros, além da presença de corpos estranhos. Tais fatores causam a obstrução do ducto cístico, gerando hipersecreção de muco, aumentando a pressão intravesicular. Esse aumento causa distensão das paredes que se tornam edematosas acarretando estase venosa, compressão arterial e estase linfática, que inicia o processo inflamatório, resultando em hiperemia e áreas focais de necrose que, em alguns casos, o calculo sofre deslocamento e a inflamação regride. Em caso de evolução, ocorre isquemia e necrose, implicando em dor abdominal. As possíveis complicações são perfuração e empiema. A princípio, ocorre um processo inflamatório, porém, aproximadamente 50% dos pacientes apresentam bacteriobilia secundária comumente causada por *Escherichia coli* (MAYA *et al.*, 2014).

Os pacientes, em sua maioria são assintomáticos, entretanto, com o passar do tempo, a impactação dos cálculos causa cólica biliar, descrita como uma dor flutuante, que se manifesta como uma dor no hipocôndrio direito que irradia para o dorso, geralmente constante e aumenta após as refeições, principalmente as gordurosas. Essa dor se associa a náuseas e vômitos, febre baixa, icterícia leve, anorexia e em 50% dos pacientes apresenta distensão abdominal e eructação. Um achado clínico tradicional é a positividade do Sinal de Murphy durante a palpação profunda em inspiração forçada, gerando dor e interrupção brusca da inspiração (GOLDMAN; SCHAFER, 2022).

O diagnóstico deve sempre ser baseado através de uma anamnese minuciosa, um exame físico bem detalhado e exames complementares. O exame padrão-ouro para o diagnóstico definitivo é o exame anatomopatológico da vesícula biliar. Os exames laboratoriais identificarão leucocitose moderada, velocidade de

hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa aumentados, dosagem de bilirrubina levemente elevados, assim como AST e fosfatasa alcalina. A ultrassonografia abdominal é importante por não ser invasiva, barato e de alta sensibilidade, que identifica espessamento da parede (>4mm) e presença de cálculos, edemas ou lama biliar e líquido pericolecísticos. A tomográfica computadorizada é mais útil no diagnóstico diferencial e para avaliações de complicações (DAMASCENO *et al*, 2022).

Figura1: Critérios de Tokyo.



Fonte:Rodrigues,2018.

MANEJO TERAPÊUTICO

É necessária a hospitalização do paciente e, então mantê-lo em jejum, hidratação venosa, analgesia e antibióticos. Caso necessário, associar o tratamento farmacológico com o cirúrgico. A princípio, é importante definir o risco cirúrgico através da classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) e especificar o grau de gravidade por meio dos Critérios de Tokyo (figura 1) com intuito de determinar a abordagem terapêutica e o tempo de antibióticoterapia (VASCONCELLOS, 2022).

Grau I: tratamento com antibióticos, neste caso, cefalofalosporinas de primeira geração e anti-inflamatórios não esteroidais em caso de cólica biliar. Realizar cirurgia precocemente, dentro de 3 dias, preferencialmente, por videolaparoscopia (RODRIGUES, 2018).

Grau II: indica-se o uso de cefalosporina de segunda geração ou penicilina de amplo espectro com inibidores da β lactamase ou quinolona associada ao metronidazol. Realizar cirurgia (RODRIGUES, 2018).

Grau III: Está indicado o suporte a vida com controle de comorbidades e o uso de antibióticos de largo espectro, cobrindo também anaeróbicos. Os antibióticos prescritos são as cefalosporinas de terceira ou quarta geração. Geralmente acomete pacientes idosos e com comorbidades sendo indicado a colecistostomia percutânea (RODRIGUES, 2018).

A melhor forma de tratamento é a colecistostomia precoce ou urgente, sendo a videolaparoscopia a preferencial e deve ser realizada dentro de 24 horas da admissão. Essa técnica demonstrou melhores resultados quando comparados com a percutânea, ofertando maior economia devido ao menor tempo de internação e custos hospitalares, baixa invasividade e segurança e redução das complicações pós-operatorias. Apenas em casos de comorbidades em idosos é preferível a percutânea ou a drenagem percutânea da vesícula biliar até estabilização do paciente (SCHINDLER JUNIOR, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CAC é definida como uma inflamação da vesícula biliar pela presença de cálculos biliares e, quando apresenta sintomas, estes se apresentam como cólica biliar no QSD, náuseas e vômitos, febre e anorexia, que levam um paciente a procurar atendimento na emergência. O estudo da fisiopatologia e do manejo clínico é importante para atuação dos profissionais de saúde, devido ao alto índice de pacientes que necessitam desse atendimento, pois a CA é a segunda maior causa de busca por atendimento hospitalar, perdendo apenas para a apendicite aguda. A correta abordagem terapêutica diminui gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, principalmente, melhora o tratamento do paciente, minimizando complicações e sucesso cirúrgico. Por fim, fica evidenciada a importância do diagnóstico precoce para melhor abordagem cirúrgica.

REFERÊNCIAS

BONADIMAN, A. *et al.* CONDUTA ATUAL NA COLECISTITE AGUDA. **Revista Uningá**, [S. l.], v. 56, n. 3, p. 60–67, 2019. DOI: 10.46311/2318-0579.56.eUJ2747.
Anais do FAVE – Fórum Acadêmico da Univértix, Matipó, setembro, 2023.

Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2747>. Acesso em: 3 ago. 2023.

DAMASCENO, S. dos S *et al.* Colecistectomia Videolaparoscópica: abordagem técnica, indicações para o tratamento de Colecistite calculosa e prováveis complicações. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 8, n. 7, p. 52464–52483, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n7-252. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/50469>. Acesso em: 3 ago. 2023.

FILHO, Geraldo Brasileiro. **Bogliolo Patologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. 1592 p.

GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew L. **Goldman-Cecil Medicina**. 26. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2022. 2957 p. v. 1.

JAMESON, J. Larry *et al.* **Manual de medicina de Harrison**. 20. ed. Porto Alegre: AMGH EDITORA LTDA, 2021. 1164 p.

MAYA, Maria Cristina *et al.* Colecistite aguda: diagnóstico e tratamento. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)**, [S.l.], v. 8, n. 1, abr. 2014. ISSN 1983-2567. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9233/7127>>. Acesso em: 03 ago. 2023.

SCHINDLER JUNIOR, Emerson *et al.* Abordagem diagnóstica e tratamento da colecistite aguda: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Curitiba, ano 2021, v. 13, n. 9, p. e8772, 1 set. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8772>. Acesso em: 3 ago. 2023.

VASCONCELLOS, Luisa Almeida Sarti *et al.* Colecistite Aguda: aspectos clínicos e manejo terapêutico. **Braslian Journal of Health Review**, Curitiba, ano 2022, v. 8, n. 10, p. 68667-68678, 21 out. 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/53375/39678>. Acesso em: 3 ago. 2023.