Periódicos Brasil. Pesquisa Científica ISSN 2674-9432

COLECISTITE AGUDA: ABORDAGEM PRÁTICA

Cleidiana Alves de Brito[1], Marcelo Augusto Pereira Baião[2], Max Walber Lima Freitas[3], Márcio de Oliveira Gomes Filho[4], Rafael Lucas Santos Oliveira Gomes[5], Ohana Maria Coelho de Sousa[6], Weslley Barbosa Maia[7], Hildomar Santos Silva Junior[8], Adailberth Serra de Sousa[8], Franciara da Silva Costa Sousa[9], Carlos Eduardo Araújo da Silva[10], Irizon Klecio Pereira Rego[11].

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

Este artigo tem por objetivo revisar sobre a colecistite aguda. Trata-se de uma revisão integrativa utilizando como base de dados a BVS, a SciELO, o LILACS e o PubMed, nos últimos 5 anos. Foram avaliados 252 artigos sobre o tema com ênfase em uma síntese dos conhecimentos mais recentes e de maior consistência científica. Conclui-se que a colelitíase aguda é uma inflamação da vesícula biliar potencialmente grave. Uma avaliação minunciosa baseada em anamnese e exame físico detalhados, associados à solicitação criteriosa de exames complementares, permitem realizar o diagnóstico.

Palavras-chave: Colecistite aguda, diagnóstico, tratamento.

ABSTRACT

This article aims to review acute cholecystitis. This is an integrative review using the BVS, SciELO, LILACS and PubMed as databases over the last 5 years. 252 articles on the topic were evaluated with an emphasis on a synthesis of the most recent knowledge and greater scientific consistency. It is concluded that acute cholelithiasis is a potentially serious inflammation of the gallbladder. A thorough evaluation based on detailed history and physical examination, associated with the careful request of complementary exams, allows the diagnosis to be made.

Keywords: Acute Cholecystitis, diagnosis, treatment.

Instituição afiliada – [1]Faculdade Unifranz Tomayo. [2]Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). [3]Residente em Cirurgia Geral pelo Hospital Nilton Lins. [4]Universidade Federal de Goiás. [5]Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). [6]Centro Universitário UNINOVAFAPI. [7]Universidade CEUMA. [8]Universidade Federal Do Maranhão (UFMA). [9]Centro Universitário de Ciências e Tecnologias Do Maranhão. [10]Faculdade De Ciências Médicas Da Paraíba. [11]Universidade Federal do Piauí.

Dados da publicação: Artigo publicado em Maio de 2024

DOI: https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i1.21

Autor correspondente: *Cleidiana Alves de Brito - leidianamedice@gmail.com*

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

1 INTRODUÇÃO

A colecistite aguda é a complicação mais comum da colelitíase. Atualmente, mais de 95% dos pacientes com colecistite aguda tem colelitíase. Quando um cálculo impacta no ducto cístico e causa obstrução persistente, ocorre um processo inflamatório agudo. A estase biliar provoca liberação de enzimas inflamatórias que podem mediar a inflamação (ESCARTÍN et al., 2019).

A mucosa danificada secreta ainda mais líquidos para dentro da vesícula. A distensão resultante leva à liberação de mais mediadores inflamatórios (p. ex., prostaglandinas), o que piora a lesão de mucosa e resulta em isquemia, perpetuando a inflamação. Pode haver infecção bacteriana. Esse círculo vicioso, se não quebrado, poderá provocar necrose e perfuração da parede (GALLAHER; CHARLES, 2022).

Se a inflamação aguda desaparecer e então continuar a recorrer, a vesícula torna-se fibrótica e contraída e passa a não mais concentrar ou eliminar a bile de forma apropriada — características da colecistite crônica (CIROCCHI et al., 2023).

A maioria dos pacientes tem antecedentes de cólicas biliares ou colecistite aguda. A dor causada pela colecistite aguda apresenta qualidade e localização similares à da cólica biliar, mas com duração maior (isto é, > 6 horas) e com maior intensidade. É comum haver vômitos, bem como dor à palpação subcostal. Após algumas horas, pode surgir o sinal de Murphy (a inspiração profunda exacerba a dor durante a palpação do hipocôndrio direito, interrompendo a inspiração), juntamente com reação de defesa involuntária dos músculos do hipocôndrio direito. Febre, em níveis não elevados, é comum (LOOZEN et al., 2016).

Em idosos, pode não haver febre e os primeiros e únicos sinais podem ser sistêmicos e não específicos (p. ex., anorexia, vômitos, mal-estar, fraqueza e febre). Às vezes, não há febre. A colecistite aguda começa a regredir em 2 a 3 dias e remite completamente em 1 semana em 85% dos pacientes, mesmo sem tratamento (PISANO et al., 2020).

Sem tratamento, os pacientes podem desenvolver perfuração e peritonite localizadas ou livres. Dor abdominal crescente, febre alta e calafrios com sensibilidade por rebote ou íleo sugerem empiema na vesícula biliar (pus), gangrena ou perfuração.

Se a colecistite aguda for acompanhada de icterícia ou colestase, pode haver obstrução parcial do ducto biliar comum, geralmente como resultado de cálculos ou inflamação (ABDULRAHMAN; HASHEM; WALSH, 2022).

Outras complicações incluem: síndrome de Mirizzi – complicação rara em que um cálculo torna-se impactado no ducto cístico e comprime e obstrui o ducto biliar comum, causando colestase; pancreatite biliar – cálculos biliares no ducto hepático comum originados da vesícula biliar podem obstruir, estreitar, ou inflamar o ducto pancreático, provocando pancreatite; e, fístula colecistoentérica – algumas vezes, um cálculo grande perfura a parede da vesícula, criando uma fístula colecistoentérica; o cálculo pode migrar íntegro para o intestino delgado ou obstruí-lo (íleo biliar) (BAGLA; SARRIA; RIALL, 2016).

Diante disso, o objetivo geral deste trabalho é, por meio da análise da produção científica nacional e internacional indexadas às bases de dados eletrônicas, o conhecimento em torno da colecistite aguda.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que possui caráter amplo e se propõe a descrever o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, mediante análise e interpretação da produção científica existente. Essa síntese de conhecimentos a partir da descrição de temas abrangentes favorece a identificação de lacunas de conhecimento para subsidiar a realização de novas pesquisas. Ademais, sua operacionalização pode se dar de forma sistematizadas com rigor metodológico.

Para responder à questão norteadora "*O que a literatura especializada em saúde, dos últimos cinco anos, traz a respeito da colecistite aguda?*" foi acessada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica Scientific Eletronic Liberary Online (SciELO) e na USA National Library of Medicine (PubMed).

Por meio da busca avançada, realizada em 15 de maio de 2024, utilizando-se dos seguintes termos delimitadores de pesquisa, como descritores para o levantamento de dados dos últimos 5 anos: "colecistite and diagnóstico and tratamento". Este processo

envolveu atividades de busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e análise. O recorte temporal justifica-se pelo fato de que estudos de avaliação a respeito da colecistite e os fatores que as influenciam, no Brasil, são pouco realizados.

Os dados coletados para a seleção dos artigos analisados neste estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: tratar-se de um artigo original, cujo objeto de estudo seja de interesse desta revisão integrativa, publicado nos últimos cinco anos. Já os critérios de exclusão foram: artigos de revisão; tese ou dissertação, relato de experiência; e, artigo que, embora sobre a colecistite, tratasse de situações específicas.

Inicialmente, foram encontradas 252 produções científicas. Desses, forma selecionados 84 produções científicas que apresentavam o texto na íntegra ou não, sendo que apenas 44 atenderam ao critério de inclusão relativo ao idioma que era língua portuguesa e inglês.

Das 44 produções selecionadas, 39 atenderam ao critério de inclusão ao serem classificadas como artigos. Quando se aplicou o filtro relativo ao recorte temporal dos últimos cinco anos, foram selecionados 20 artigos. Desses, nove estavam duplicados por integrarem mais de uma base de dados, motivo pelo qual foram excluídos, restando 11 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos dessas produções, 6 foram excluídos por não responderam à questão norteadora desse estudo, uma vez que se tratava a patologias específicas, que se encontra ilustrado na figura 1.

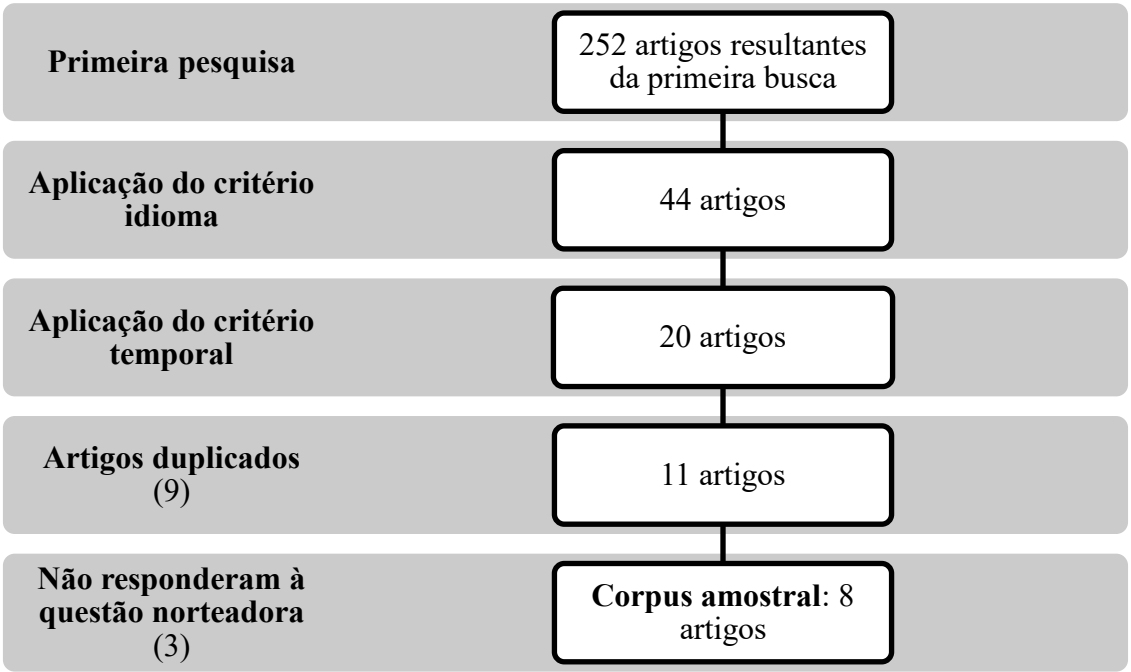

Figura 1. Fluxograma da Escolha dos Artigos

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A colecistite aguda deve ser suspeitada em pacientes com sinais e sintomas sugestivos.

Ultrassonografia transabdominal é o melhor teste para detectar cálculos biliares. O teste também pode provocar dor abdominal local ao longo da vesícula biliar (sinal ultrassonográfico de Murphy). Líquido ao redor da vesícula ou espessamento de sua parede indica inflamação aguda (UKEGJINI; SCHMIED, 2020).

A cintilografia biliar é útil quando os resultados são ruins; o insucesso no preenchimento da vesícula com o isótopo indica obstrução do ducto cístico (isto é, um cálculo impactado). Resultados falso-positivos podem ocorrer em: pacientes em estado crítico; pacientes que estejam recebendo nutrição parenteral total em jejum (porque a estase da vesícula biliar evita o preenchimento); pacientes com doenças hepáticas graves (porque o fígado não secreta o radionuclídeo); e, pacientes que passaram por esfincterotomia prévia (a qual facilita a saída para o duodeno, em vez de para a vesícula biliar) (KATABATHINA; ZAFAR; SURI, 2015).

O uso de morfina como “agente provocador”, por aumentar o tônus da ampola hepatopancreática, ajuda a eliminar os resultados falso-positivos (LEE; YIM, 2018).

A TC de abdome identifca complicações como perfuração de vesícula ou pancreatite.

Hemograma completo, perfil hepático, amilase e lipase são geralmente colhidos, mas raramente afirmam o diagnóstico. É comum haver leucocitose com desvio à esquerda. Na colecistite aguda não complicada, não costuma haver alterações nos testes hepáticos ou na lipase. Anormalidades colestáticas leves (bilirrubina até 4 mg/dL e fosfatase alcalina moderadamente elevada) são comuns, provavelmente indicando mediadores inflamatórios que afetam o fígado em vez de obstrução mecânica. Aumentos mais acentuados, especialmente lipase (se > 3 vezes o normal), sugerem obstrução biliar. A passagem de cálculos pela via biliar aumenta os níveis séricos de aminotransferases (alanina, aspartato) (MOU et al., 2019).

O tratamento é a internação hospitalar com reposição volêmica intravenosa e analgesia, como um anti-inflamatório não esteroide (AINE) (cetorolaco) ou opioides. Nada é administrado por via oral e institui-se passagem de sonda nasogástrica e

aspiração gástrica se houver vômitos intensos. Antibioticoterapia intravenosa é administrada para tratar possíveis processos infecciosos, mas não há comprovação clara do benefício desta conduta. A cobertura empírica, direcionada a organismos entéricos gram-negativos, envolve esquemas IV como ceftriaxona mais metronidazol, piperacilina/tazobactam ou ticarcilina/clavulanato (ADACHI; EGUCHI; MUTO, 2021).

A colecistectomia cura a colecistite aguda e a cólica biliar. A colecistectomia deve ser realizada nas primeiras 24 a 48 horas nas seguintes situações: quando o diagnóstico for claro e o paciente apresentar baixo risco clínico cirúrgico; pacientes idosos e/ou diabéticos e, portanto, mais suscetíveis a complicações infecciosas; presença de empiema, gangrena, ou perfuração, ou, ainda, colecistite acalculosa (RRUPA et al., 2023).

A cirurgia pode ser adiada quando os pacientes apresentam doença crônica grave subjacente (p. ex., doença cardiopulmonar ou doença hepática grave) que aumenta os riscos cirúrgicos. Nesses pacientes, a colecistectomia é adiada até que a terapia médica estabilize os distúrbios comórbidos ou até que a colecistite se resolva. Se a colecistite desaparecer, a colecistectomia pode ser feita ≥ 6 semanas mais tarde. Cirurgia retardada tem o risco de complicações biliares recorrentes (JONES; GENOVA; O'ROURKE, 2021).

A colecistostomia percutânea é uma alternativa à colecistostomia para pacientes com alto risco cirúrgico, como idosos, aqueles com colecistite acalculosa, aqueles com doença hepática grave e aqueles em uma unidade de terapia intensiva por causa de queimaduras, trauma ou insuficiência respiratória (BURMEISTER; HINZ; SCHAFMAYER, 2018).

4 CONCLUSÃO

A colelitíase aguda é uma inflamação da vesícula biliar potencialmente grave. Uma avaliação minunciosa baseada em anamnese e exame físico detalhados, associados à solicitação criteriosa de exames complementares, permitem realizar o diagnóstico.

Diante dos resultados da revisão, os autores aconselham que os futuros trabalhos visem o desenvolvimento de uma ferramenta preditora de gravidade para a colecistite aguda que possa ser facilmente aplicada à admissão hospitalar, de baixo

custo, específica, simples de ser executada, com um alto valor preditivo positivo e reprodutível.

5 REFERÊNCIAS

ABDULRAHMAN, R.; HASHEM, J.; WALSH, T. N. A Review of Acute Cholecystitis. **JAMA**, v. 328, n. 1, p. 76, 5 jul. 2022.

ADACHI, T.; EGUCHI, S.; MUTO, Y. Pathophysiology and pathology of acute cholecystitis: A secondary publication of the Japanese version from 1992. **Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences**, v. 29, n. 2, 27 mar. 2021.

BAGLA, P.; SARRIA, J. C.; RIALL, T. S. Management of acute cholecystitis. **Current Opinion in Infectious Diseases**, v. 29, n. 5, p. 508–513, out. 2016.

BURMEISTER, G.; HINZ, S.; SCHAFMAYER, C. Die akute Cholezystitis. **Zentralblatt für Chirurgie - Zeitschrift für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie**, v. 143, n. 04, p. 392–399, ago. 2018.

CIROCCHI, R. et al. Management of Acute Cholecystitis in High-Risk Patients: Percutaneous Gallbladder Drainage as a Definitive Treatment vs. Emergency Cholecystectomy—Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 15, p. 4903–4903, 26 jul. 2023.

ESCARTÍN, A. et al. Acute Cholecystitis in Very Elderly Patients: Disease Management, Outcomes, and Risk Factors for Complications. **Surgery Research and Practice**, v. 2019, p. 1–8, 3 fev. 2019.

GALLAHER, J. R.; CHARLES, A. Acute Cholecystitis: A Review. **JAMA**, v. 327, n. 10, p. 965–975, 2022.

JONES, M. W.; GENOVA, R.; O'ROURKE, M. C. **Acute Cholecystitis**. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083809/>.

KATABATHINA, V. S.; ZAFAR, A. M.; SURI, R. Clinical Presentation, Imaging, and Management of Acute Cholecystitis. **Techniques in Vascular and Interventional Radiology**, v. 18, n. 4, p. 256–265, dez. 2015.

LEE, S. O.; YIM, S. K. [Management of Acute Cholecystitis]. **The Korean Journal of Gastroenterology = Taehan Sohwagi Hakhoe Chi**, v. 71, n. 5, p. 264–268, 25 maio 2018.

LOOZEN, C. S. et al. Conservative treatment of acute cholecystitis: a systematic review and pooled analysis. **Surgical Endoscopy**, v. 31, n. 2, p. 504–515, 17 jun. 2016.

MOU, D. et al. Advances in the management of acute cholecystitis. **Annals of**

Gastroenterological Surgery, v. 3, n. 3, p. 247–253, 2019.

PISANO, M. et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 15, n. 1, 5 nov. 2020.

RRUPA, D. et al. [Management of acute cholecystitis]. **Revue Medicale Suisse**, v. 19, n. 831, p. 1175–1179, 14 jun. 2023.

UKEGJINI, K.; SCHMIED, B. M. [Diagnosis and treatment of acute cholecystitis]. **Therapeutische Umschau. Revue Therapeutique**, v. 77, n. 4, p. 133–146, 2020.