

CONDUTA ATUAL NA COLECISTITE AGUDA

ACTUAL MANAGAMENT IN ACUTE CHOLECYSTITIS

ADORISIO BONADIMAN. Médico – Mestre em Ciências da Saúde. Professor adjunto da disciplina de Clínica Cirúrgica do Centro Universitário Ingá/Maringá.

POLLYANA BASAGLIA. Médica – Residente em Cirurgia Geral – Hospital Memorial Uningá/ Maringá.

CARINA DANIELLE FAVA. Médica – Residente em Cirurgia Geral - Hospital Memoria Uningá/ Maringá.

ISABELA PEREIRA ALMEIDA DE JESUS. Médica – Residente em Cirurgia Geral – Hospital Memorial Uningá/ Maringá.

Rod PR 314, 6114, CEP 87035-510, Maringá-PR. E-mail: prof.adorisiobonadiman@uninga.edu.br

RESUMO

A colecistite aguda consiste na inflamação da vesícula biliar, uma das principais complicações da colecistopatia calculosa, acometendo até 20% dos pacientes sintomáticos portadores desta patologia. A correta avaliação do quadro clínico e adequada interpretação de exames laboratoriais e de imagem são fundamentais para um diagnóstico precoce e tratamento preciso. Uma revisão do Guideline de Tokyo, inicialmente publicado em 2007, posteriormente em 2013 e recentemente reformulado em 2018, nos traz um direcionamento em relação à conduta de acordo com a gravidade do quadro.

PALAVRAS-CHAVE: Colecistite Aguda. Colelitíase. Guideline Tokyo 2018.

ABSTRACT

The acute cholecystitis is an inflammation of gallbladder, being one of the main complications of cholelithiasis, affecting up to 20% of symptomatic patients with this pathology. The correct evaluation of the clinical condition and adequate interpretation of laboratory and imaging tests are fundamental for an early diagnosis and accurate treatment. A review according to Tokyo Guideline, initially published in 2007, later in 2013 and recently reformulated in 2018, brings us an orientation in relation the conduct according to gravity.

KEYWORDS: Acute Cholecystitis. Cholelithiasis. Tokyo Guideline 2018.

INTRODUÇÃO

A colecistite aguda é uma causa frequente de atendimento nas unidades de urgência e emergência em todo o mundo. Caracterizada por processo inflamatório da vesícula. Em 90% dos casos é secundária a um cálculo impactado no ducto cístico. A apresentação clínica abrange dor em hipocôndrio

direito, febre e leucocitose. A colecistectomia precoce é o tratamento padrão ouro após o diagnóstico colecistite aguda litiásica, afim de evitar as complicações inerentes à doença (COLLI et al. 2012). Atualmente, na colecistite aguda o manejo clínico é embasado no Guideline Tokyo (TG), que em 2018 teve sua última revisão.

DEFINIÇÃO

De acordo com Baittello et al. (2004), a colecistite aguda é definida como inflamação da vesícula biliar, uma das principais complicações da colelitíase. Na grande maioria dos casos, é causada pela impactação de cálculos no infundíbulo. Outros fatores que levam à oclusão são, lesão iatrogênica durante manipulação cirúrgica abdominal, neoplasias, além de infecção por parasitas. Em 5% dos casos, o espessamento da bile, devido a desidratação, ou estase biliar relacionado à trauma ou doença sistêmica grave (como choque séptico, Diabetes Mellitus descompensada) podem bloquear o ducto cístico, causando uma colecistite aguda acalculosa (FIGUEIREDO et al., 2017).

Quando há persistência da obstrução ductal, geralmente por período superior a 6-8 horas, ocorre aumento da pressão intraluminal, que consequentemente gera edema inflamatório de parede, congestão vascular, levando então, à hemorragia intramural. Em seguida, surgem úlceras e áreas focais de necrose. Na maioria dos casos, o cálculo se desloca e o processo inflamatório melhora. Uma vez que o cálculo não se move, o quadro progride para isquemia e necrose da parede da vesícula em cerca de 10% dos casos. A colecistite aguda é denominada gangrenosa, quando há desenvolvimento de abscesso dentro da vesícula. (LUCENA et al., 2018)

EPIDEMIOLOGIA

Segundo Ansaloni et al. (2016) os cálculos biliares são comuns, acometendo em torno de 10 a 15% da população em países desenvolvidos. A apresentação como colecistite aguda litiásica ocorre em 20% dos pacientes com doença sintomática, podendo ter evoluções clínicas variáveis com relação à gravidade.

Nos pacientes internados por colecistite aguda que recebem alta hospitalar sem abordagem cirúrgica pela doença, as complicações relacionadas ao cálculo biliar aumentam progressivamente. Em um ano a probabilidade de nova ocorrência é de até 29%. Sintomas recorrentes envolvem cólica biliar em 70%, enquanto obstrução biliar ocorre em 24% e pancreatite em 6% dos casos.

Na colecistite alitiásica, a necrose da parede vesicular ocorre em cerca de 60% dos casos e a mortalidade pode variar entre 9 e 66%, fato relacionado com o diagnóstico mais tardio e as morbidades geralmente associadas. (STINTON; SHAFFER, 2012).

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

Clinicamente, a colecistite aguda manifesta-se por dor no hipocôndrio direito, de caráter contínuo, intensidade progressiva e com duração superior a 6

horas, fator que a difere da cólica biliar. Pode apresentar irradiação da dor para epigastro, ombro direito e também região interescapular. Anorexia, náuseas e vômitos associam-se ao quadro. A icterícia presente em 20% dos pacientes, pode indicar migração de um cálculo para via biliar principal, embora não raramente esteja relacionada ao próprio processo inflamatório vesicular. (BAITELLO et al., 2004)

Ainda segundo os autores, achados frequentes no exame físico são a febre e a positividade para o sinal de Murphy. A presença de sinais de irritação peritoneal sugere perfuração com peritonite. Nas situações mais graves, pode cursar com disfunção de outros órgãos e sistemas.

DIAGNÓSTICO

A colecistite aguda implica diagnóstico diferencial com inúmeras situações como: apendicite aguda, úlcera péptica perforada, pancreatite aguda, pielonefrite, pneumonia da base direita, infarto agudo do miocárdio, colangite, isquemia mesentérica, hepatite e abscesso hepático. As alterações laboratoriais mais frequentes são a leucocitose e a elevação da proteína C reativa (PCR). Pode haver aumento de bilirrubina às custas de direta, transaminases, fosfatase alcalina, gama-GT ou amilase (MAYA et al., 2009).

A radiografia simples de abdome pode revelar alguns sinais indiretos: presença de ar na parede vesicular e existência de cálculos radiopacos. A ultrassonografia (USG) de abdome é o exame de primeira escolha por ser pouco invasivo, amplamente disponível, tendo sensibilidade 81% e especificidade de 83%. A presença do sinal de *Murphy ecográfico*, espessamento da parede vesicular, distensão vesicular, cálculo impactado, coleção pericolecística, edema da parede vesicular, caracteriza o processo inflamatório agudo da vesícula biliar (MAYA et al., 2009).

A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética também ajudam na identificação de alterações mal diagnosticadas pelo USG. Se há mais de um sinal de gravidade a TC é recomendada para identificar a colecistite complicada e para melhor direcionar o tratamento. A cintilografia com radionuclídeos pode ser útil, mas é pouco utilizada pela dificuldade de realização em situações emergenciais (JAIN et al., 2017). O Quadro 1 traz os critérios diagnósticos de colecistite aguda atualmente recomendados.

A fim de sistematizar as condutas, no Guideline de Tokyo 2018, propõe-se divisão da colecistite aguda de acordo com a gravidade das apresentações clínicas, segundo demonstrado no Quadro 2. O grau III é considerado o mais grave, onde há disfunção de algum sistema orgânico. Já o grau II evidencia apenas sinais de complicações locais, decorrentes do processo inflamatório vesicular. O grau I (leve), é quando o paciente não preenche critérios do grau II ou III. Vale ressaltar que a partir da classificação de gravidade, na admissão, é possível ter maior predição de mortalidade.

Quadro 1 :Critérios diagnósticos de colecistite aguda segundo TG18

A. Sinais inflamação local (1) Sinal de Murphy (2) Massa, dor, sensibilidade do quadrante superior direito
B. Sinais sistêmicos de inflamação (1) Febre (2) PCR elevado (3) Leucocitose
C. Achados da imagem Sinal de Murphy ecográfico Espessamento da parede vesicular Distensão vesicular Cálculo impactado Coleção pericolecística Edema da parede vesicular
Suspeita diagnóstica: Um item A + um item B Diagnóstico definitivo: Um item A + um item B + C

Fonte: ADAPTADO DE TOKYO GUIDELINES 2018

Quadro 2: Grau de severidade da Colecistite Aguda segundo o TG18

Grau III (Grave) Pelo menos um dos seguintes: 1. Disfunção cardiovascular: hipotensão no tratamento com dopamina $\geq 5\mu\text{g/kg/min}$ ou qualquer dose de norepinefrina 2. Disfunção neurológica: rebaixamento do nível de consciência 3. Disfunção respiratória: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ 4. Disfunção renal: oligúria, creatinina sérica $> 2,0 \text{ mg/dL}$ 5. Disfunção hepática: $\text{INR} > 1,5$ 6. Disfunção hematológica: plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$
Grau II (Moderado) Pelo menos um dos seguintes 1. glóbulos brancos $> 18.000 / \text{mm}^3$ 2. Massa dolorosa palpável no quadrante superior direito 3. Duração dos sintomas > 72 horas 4. Marcador inflamação local (gangrena, colecistite enfisematosa, abscesso pericolecístico, abscesso hepático, coleperitônio)
Grau I (Leve) Não atende aos critérios do Grau II ou Grau III. Pode ser definido como colecistite aguda em paciente hígido, sem disfunção orgânica ou com alterações inflamatórias leves da vesícula, tornando a colecistectomia um procedimento seguro e com baixo risco cirúrgico.

Fonte: ADAPTADO DE TOKYO GUIDELINES 2018

Depois de estabelecer o diagnóstico e a severidade da colecistite aguda, as medidas terapêuticas serão baseadas no estado do paciente usando os escores ASA (American Association of anestesistas) e CCI (Índice de Comorbidade de Charlson) (CHARLSON, 1987). Conforme ilustrado no Quadro 3.

A escala ASA, desenvolvida por anesthesiologistas, determina o estado de saúde do paciente antes da cirurgia. O CCI relaciona o índice de mortalidade a longo prazo com a comorbidez do paciente. Cada categoria de doença recebe

uma pontuação (1–6). À medida que o escore aumenta, a taxa de mortalidade prevista também se eleva. O TG 2018 sugere o uso desses escores juntos para avaliar a condição do paciente depois de ter estabelecido o diagnóstico da colecistite aguda e decidir se é necessário uma colecistectomia precoce, tardia ou mesmo, outra modalidade de tratamento (JAIN et al., 2017).

Quadro 3: Índice de Comorbidades de Charlson e Critérios ASA

ÍNDICE DE COMORBIDADE DE CHARLSON (CCI)	CRITÉRIOS ASA
Pontuação atribuída para doença	ASA I: Paciente saudável
1: infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, demência, DPOC	ASA II; Paciente com doença sistêmica leve.
doença do tecido conjuntivo, úlcera péptica, hepatite leve, Diabetes Mellitus não complicada.	ASA III; Paciente com doença sistêmica severa.
2: Hemiplegia, doença renal crônica moderada a grave, Diabetes mellitus complicada, tumor sólido, leucemia, linfoma maligno	ASA IV: Paciente com doença sistema que ameaça sua vida.
3: Doença hepática grave ou moderada.	ASA V: Paciente morrendo que não tem Expectativa de sobrevida sem cirurgia.
6: Tumor sólido metastático, AIDS.	ASA VI: Morte cerebral declarada cujos órgãos podem ser concedidos para doação.

Fonte: ADAPTADO DE TOKYO GUIDELINES 2018

TRATAMENTO

O tratamento da colecistite aguda deve começar através reposição volêmica, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e monitorização de sinais vitais, além de analgesia e antibioticoterapia dirigida para os agentes patogênicos mais frequentes. No entanto, o tratamento definitivo de eleição é a colecistectomia laparoscópica com colangiografia intra-operatória, no prazo ideal de até 72 horas após o início da sintomatologia, se as condições clínicas do doente forem favoráveis, isto é, doentes ASA ≤ 2 e (CCI) ≤ 5 . Caso contrário, deverá ser realizada drenagem biliar percutânea por meio de colecistostomia ecoguiada (UOKEO et al. 2018).

Grau I: a colecistectomia laparoscópica deve ser precoce se o escores CCI e ASA demonstrarem que o paciente tem um baixo risco cirúrgico. Caso o paciente apresente um risco cirúrgico alto, o tratamento conservador deve ser a primeira opção, para posteriormente programar colecistectomia como tratamento definitivo.

Grau II: a colecistectomia laparoscópica continua sendo o tratamento de escolha, porém deve-se tomar um cuidado maior no intraoperatório com lesões iatrogênicas, devido ao processo inflamatório vigente, sendo prudente considerar conversão para colecistectomia aberta ou sub-total em casos específicos. Caso não haja condições clínicas do paciente para procedimento

cirúrgico, a drenagem biliar deve ser considerada.

Grau III: inicialmente deve ser realizado antibioticoterapia, suporte clínico e correção de disfunção orgânica, para em um segundo momento, se paciente com condições cirúrgica, realizar colecistectomia laparoscópica. Em pacientes sem resposta ao tratamento clínico ou com alto risco cirúrgico a drenagem biliar percutânea trans-hepática guiada por exame de imagem, deve ser realizada precocemente. A Figura 1 mostra um fluxograma que resume a conduta na colecistite aguda.

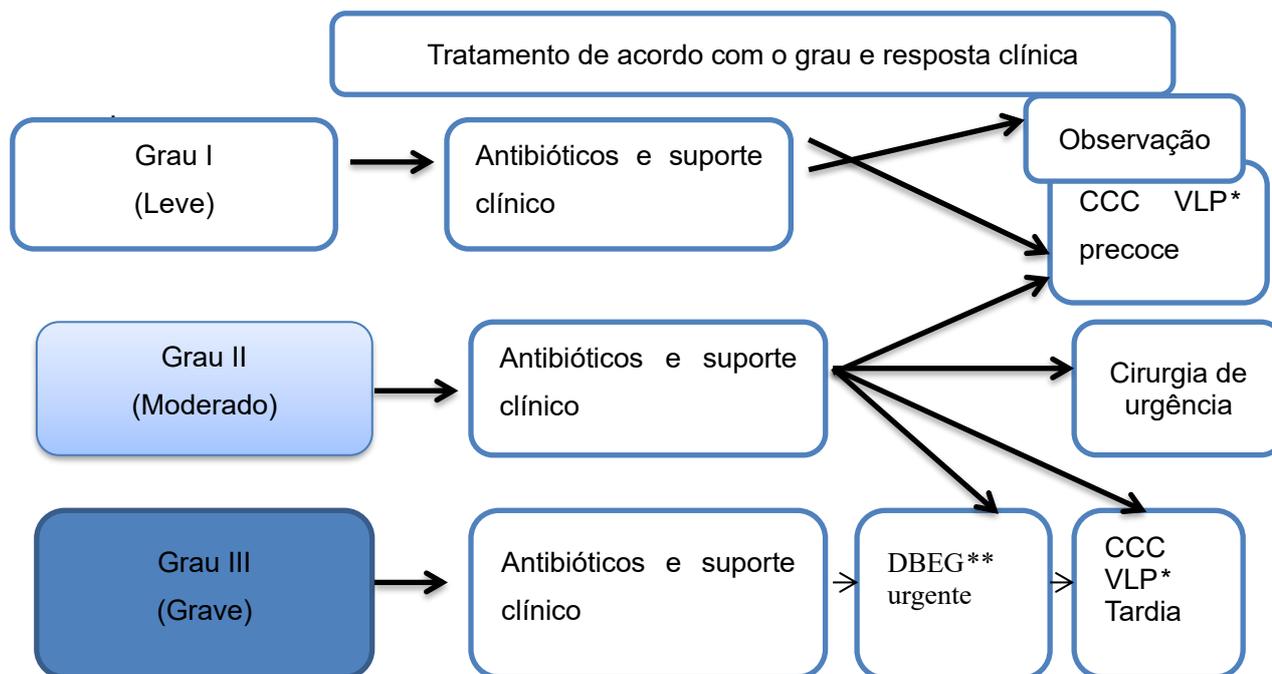


Figura 1- Diagnóstico e Avaliação da Gravidade pelas Diretrizes do TG-18

Fonte: ADAPTADO DE TOKYO GUIDELINES 2018

*CCC VLP: Colecistectomia Videolaparoscópica; **DBEG: Drenagem Biliar Ecoguiada

CONCLUSÃO

As recomendações por meio de TG18 são de extrema relevância para o diagnóstico e planejamento em relação ao tratamento da colecistite aguda, se aplicado de maneira sistemática e atualizada proporciona um manejo correto para as diversas manifestações clínicas da doença.

REFERÊNCIAS

AHMAD, M.; CHEUNG, C. R. Differential Diagnosis of Gallstone-Induced Complications. **Southern Medical Journal**, v.93, n.3, p.261-264, 2002.

ANSALONI, L. et al. WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. **World J Emerg Surg** 2016; 11: 25.

BAITELLO, A.L. et al. Prevalência e fatores associados à bacteremia nos

portadores de colecistite aguda litiásica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 373- 379, Dec. 2004.

BASURTO ONA, X.; ROBLES PEREA, L. [Anti-inflammatory drugs for biliary colics: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials]. **Gastroenterologia y hepatologia**. 2008;31(1):1-7.

COLLI, A. et al. Meta-analysis: nonsteroidal antiinflammatory drugs in biliary colic. **Aliment Pharmacol Ther**. 2012;35(12):1370-8.

FIGUEIREDO, J.C. et al. Sex and ethnic/racial-specific risk factors for gallbladder disease. **BMC Gastroenterol**. 2017.

FONSECA, M.; SILVEIRA, J.; BORGHESI, R. Colecistite aguda enfisematosa: um relato de caso. **Rev da Facul de Ciên Méd de Sorocaba**. São Paulo, 17, dez. 2015.

INDAR, A. A.; BECKINGHAM, U. Acute Cholecystitis. **British Medical Journal**, n.325, p.639-643, 2002.

INSTITUTO PERFORMA. **Estudo do impacto da incorporação de tecnologias nos custos e nos resultados para o paciente – colecistectomia tradicional vs. colecistectomia por videolaparoscopia**, São Paulo, 2010.

JAIN, A. et al. History, Physical Examination, Laboratory Testing, and Emergency Department Ultrasonography for the Diagnosis of Acute Cholecystitis. **Acad Emerg Med**. 2017; 24(3): 281-297.

LOU, M. A. et al. Bacteriology of the human biliary tract and the duodenum. **Archives of Surgery**, n.965, p.112-116, 1997.

LUCENA, L.C. et al. Avaliação necroscópica de choque séptico por complicações de colecistite litiásica aguda. **Revista de Patologia do Tocantins**, 5(3): 28-31, 2018. Disponível em: < file:///C:/Users/User/Downloads/4978-Texto%20do%20artigo-27562-1-10-20180909.pdf >. Acesso em: 13 dez. 2018.

LUPINACCI, R.M.; CHAFAI, N.; TIRET, E. Emphysematous cholecystitis. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 235-236, Dec. 2009.

MADAN, K. A. et al. How early laparoscopic treatment of acute cholecystitis? **American Journal of Surgery**, n.184, p.232-236, 2002.

MAYA, M.C.A. et al. Colecistite aguda: diagnóstico e tratamento. **Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto**. 2009;8(1):52-60. 2.

MIURA, F. et al. Flowcharts for the diagnosis and treatment of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. **J Hepatobiliary Pancreat Surg**. 2007; 14(1):27-34.

STINTON, L.M.; SHAFFER, E.A. Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer. **Gut and Liver**. 2012;6(2):172-187.

TAKADA, T. et al. TG13: Up dated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. **J Hepatobiliary Pancreat Sci**. 2013; 20(1):1-7

YOKOE, M. et al. Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). **Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences**. 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhbp.515>>. Acesso em: 13 dez. 2018.