

**COLECISTITE AGUDA CALCULOSA**

Camilla Maganhin Luquetti1; Michel Patrik de Sousa Arruda2; Rodrigo Massucato Mossambani3; Thales Andrade Coutinho4; Layane Duarte Silva5; Maurício Barros de Arruda Mendes Gonçalves6; Rolando Gutierrez Rosales7; Darlan Lopes Fernandes8; Laura Simões Bernardes9; Matheus Mendes Cotrim10

**Introdução:** Colecistite refere-se à inflamação da vesícula biliar. A colecistite aguda ocorre predominantemente como complicação da doença do cálculo biliar e normalmente se desenvolve em pacientes com histórico de cálculos biliares sintomáticos. Menos frequente, pode se desenvolver sem cálculos biliares (colecistite acalculosa). É uma síndrome de dor no quadrante superior direito, febre e leucocitose associada à inflamação da vesícula biliar. Em uma revisão sistemática, a colecistite aguda se desenvolveu em 6 a 11% dos pacientes com cálculos biliares sintomáticos ao longo de um acompanhamento mediano de 7 a 11 anos. Quanto à patogênese, há obstrução do ducto cístico e mediadores inflamatórios em resposta à inflamação da vesícula biliar. **Objetivo:** discutir aspectos clínicos e diagnósticos da colecistite aguda calculosa. **Metodologia:** Revisão de literatura a partir de bases de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, de abril a junho de 2024, com descritores “Acute cholecystitis”, “Clinic”, “Adults” e “Treatment”. Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 48), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** Clinicamente, pacientes com colecistite aguda normalmente se queixam de dor abdominal, mais no quadrante superior direito ou no epigástrio. A dor é constante e grave e normalmente prolongada (mais de quatro a seis horas), podendo irradiar para ombro direito ou para as costas. As queixas associadas podem incluir febre, náuseas, vômitos e anorexia. Muitas vezes há um histórico de ingestão de alimentos gordurosos uma hora ou mais antes do início inicial da dor. Geralmente se apresentam ao médico com mal estado geral, febris, taquicárdico e com inflamação peritoneal do tipo parietal local. O exame abdominal geralmente demonstra proteção voluntária e involuntária. Os pacientes frequentemente terão um sinal de Murphy positivo. Para verificar se há um sinal de Murphy, o paciente é convidado a inspirar profundamente enquanto o examinador palpa a área da fossa da vesícula biliar logo abaixo da borda do fígado. A inspiração profunda faz com que a vesícula biliar desça em direção e pressione contra os dedos examinadores, o que em pacientes com colecistite aguda geralmente leva ao aumento do desconforto e ao paciente recuperando o fôlego. O sinal de Murphy tem uma alta sensibilidade para colecistite aguda, mas não é específico. Pacientes com complicações podem ter sinais de sepse (gangrena), peritonite generalizada (perfuração), crepitação abdominal (colecistite enfisematosa) ou obstrução intestinal (íleo de cálculo biliar). Laboratorialmente, há leucocitose com desvio à esquerda, elevação das aminotransferases séricas e amilase, juntamente com hiperbilirrubinemia e icterícia.

O diagnóstico de colecistite aguda requer demonstração de espessamento ou edema da parede da vesícula biliar, um sinal sonográfico de Murphy ou falha do preenchimento da vesícula biliar durante a colescintilografia.. Na maioria dos casos, o diagnóstico pode ser estabelecido com ultrassom abdominal. Fazemos colescintilografia se o diagnóstico não estiver claro, apesar do ultrassom. A coledocolitíase deve ser suspeitada em pacientes com colecistite aguda e elevações de transaminases hepáticas, bilirrubina total ou evidência de dilatação comum do ducto biliar no ultrassom. Pacientes suspeitos de ter coledocolitíase são diagnosticados com uma combinação de testes laboratoriais e estudos de imagem. O primeiro estudo de imagem obtido é tipicamente um ultrassom transabdominal. Testes adicionais podem incluir colangiopancreatografia de ressonância magnética (MRCP) e ultrassom endoscópico (EUS). A colangiopancreatografia retroscópica (ERCP) é o padrão ouro, mas é reservada para procedimentos terapêuticos, dado o risco de pancreatite pós-ERCP. Indica-se tomografia abdominal para descartar complicações de colecistite aguda em pacientes com sepse (gangrena), peritonite generalizada (perfuração), crepito abdominal (colecistite enfisematosa) ou obstrução intestinal (íleo de cálculo biliar).

Se não forem tratados, os sintomas da colecistite podem diminuir dentro de 7 a 10 dias. No entanto, como as complicações são frequentes e têm o potencial de serem graves, os pacientes com suspeita de colecistite aguda precisam de tratamento definitivo com colecistectomia. A colecistite gangrenosa é a complicação mais frequente da colecistite aguda (até 20% dos casos). Outras complicações incluem perfuração, colecistite enfisematosa, fístula colecistentérica e íleo de cálculo biliar.

**Conclusão:** A colecistite aguda ocorre predominantemente como uma complicação da doença dos cálculos biliares e normalmente se desenvolve em pacientes com histórico de cálculos biliares sintomáticos. A colecistite calculosa aguda ocorre no cenário da obstrução do ducto cístico. No entanto, o desenvolvimento de colecistite aguda não é totalmente explicado apenas pela obstrução do ducto cístico e um irritante adicional pode ser necessário para desenvolver inflamação da vesícula biliar. Em alguns casos, a infecção da bile dentro do sistema biliar também pode ter um papel no desenvolvimento de colecistite aguda.

**Palavras-chave: Colecistite aguda; Clínica; Adultos; Tratamento.**

**E-mail do autor principal:** **cmaganhinmed@gmail.com**

**REFERÊNCIAS:**

1. Gallaher JR, Charles A. Colecistite Aguda: Uma Revisão. JAMA 2022; 327:965.
2. Ziessman HA. Colecistocinografia de colecistocinina: indicações clínicas e metodologia adequada. Radiol Clin North Am 2001; 39:997.
3. Kalloo AN, Kantsevoy SV. Cálculos biliares e doenças biliares. Prim Care 2001; 28:591.
4. Ahmed A, Cheung RC, Keeffe EB. Gerenciamento de cálculos biliares e suas complicações. Am Fam Physician 2000; 61:1673.
5. Nahrwold DL, Rose RC, Ward SP. Anormalidades na morfologia e função da vesícula biliar em pacientes com colelitíase. Ann Surg 1976; 184:415.

1: Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein; cmaganhinmed@gmail.com

2: Faculdade de Ensino Superior da Amazonia Reunida (FESAR / AFYA);

michel\_arruda\_@hotmail.com

3: Centro Universitário Ingá – Uningá; rodrigomossambani@outlook.com

4: Faculdade de Medicina de Itajubá; thalesandradecoutinho@hotmail.com

5: Hospital Santa Maria de Teresina – PI; layaneduda01@gmail.com

6: Estácio (Idomed)Citta; mauriciobamg@gmail.com

7: Hospital Regional de Ceilândia -DF; drrolandogutierrez@yahoo.com

8: Universidad Privada Maria Serrana; darlanlopescms@gmail.com

9: Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS BH; Lsbernardes28@gmail.com

10: Centro Universitário FIPMoc; matheuspsn@hotmail.com

