



Colecistite por continuidade secundária a perfuração de úlcera péptica: uma apresentação incomum: Relato de caso

Continuity cholecystitis secondary to peptic ulcer perforation: an unusual presentation: Case report

DOI: 10.56238/isevjhv3n1-011

Recebimento dos originais: 29/12/2023

Aceitação para publicação: 18/01/2024

Helen Brambila Jorge Pareja

Especialista em cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo e cirurgia oncológica do aparelho digestivo

Mestre em ciências da saúde, UNOESTE/ SUS SP/ Hospital São Vicente

Zimar Tavares Borges Junior

Especialista em cirurgia geral, União Brasileira de Faculdades

Matheus de Souza Camargo

Graduando em Medicina, Faculdade de Medicina de Presidente Prudente

RESUMO

O diagnóstico de colecistite aguda é baseado em sinais e sintomas apresentados pelo paciente e também por exames de imagem. Como o quadro clínico pode ter apresentação distintas a depender das condições de saúde e idade do paciente e sua idade, por vezes a confirmação fica totalmente dependente dos laudos radiológicos, que nesse caso são examinador-dependentes, o que possui inerência de erro humano, podendo acarretar em diagnósticos incorretos. Foi analisado o histórico contido em prontuário de uma paciente que deu entrada no serviço de emergência com queixa de dor abdominal e uma carta escrito pelo seu médico, recomendando cirurgia de emergência para abordagem de colecistite aguda. Foram realizados novos exames, que terminaram por descartar o diagnóstico anterior e, no procedimento cirúrgico se evidenciou uma perfuração de úlcera péptica, o que levou ao quadro de colecistite, e, sobrepostos, ambos os diagnósticos tornaram o caso incomum e de apresentação atípica.

Palavras-chave: Colecistite, Úlcera péptica, Diagnóstico.

1 INTRODUÇÃO

A colecistite aguda consiste num quadro de urgência cirúrgica, decorrente da inflamação da vesícula e, por vezes, do trato biliar, o que resulta em dor abdominal intensa, sobretudo em hipocôndrio direito ¹. Cerca de 3 a 10% de todos os pacientes que dão entrada em serviços de emergência com queixa de dor abdominal tem diagnóstico final de colecistite aguda de etiologia litiásica ².

A colecistite possui estágios evolutivos que podem interferir na tomada de decisão cirúrgica. A evolução patológica do quadro se divide em três momentos: colecistite edematosa (até

4 dias após instalação do quadro), necrosante (após a fase edematosa e até no máximo 5 a 7 dias após a instalação do quadro agudo) e supurativa (se inicia cerca de 1 semana a 10 dias após início do quadro clínico agudo). O melhor momento para instituir a abordagem cirúrgica é na fase edematosa².

A apresentação do paciente que desenvolveu uma colecistite aguda litiásica é marcado por dor abdominal de forte intensidade, mas localizada em hipocôndrio direito, o que torna o diagnóstico dependente de auxílio de exames de imagem, uma vez que o principal sintoma é inespecífico. Existem critérios que envolvem sinais clínicos e de imagem para auxiliar na correta determinação da etiologia da dor. Entre eles, estão os critérios de Tokyo (Tabela 1), que avaliam a dor, achados de exame físico abdominal, achados laboratoriais e de imagem¹.

Tabela 1 – Critérios de Tokyo para diagnóstico de colecistite aguda

A: sinais locais de inflamação	B: sinais sistêmicos de inflamação	C: imagem
Sinal de Murphy	Febre > 37,5°	Achados típicos de colecistite aguda: espessamento de parede > 5mm, vesícula distendida, Murphy radiológico, líquido perivascular, presença de cálculos.
Massa, dor ou defesa a palpação em hipocôndrio direito.	Aumento de proteína C reativa	
	Leucócitos > 10 x 10 ⁹ /L	

Fonte: adaptado de Escartín et al, 2021.

De acordo com os critérios de Tokyo para diagnóstico de colecistite aguda, haverá suspeita diagnóstica quando houver a presença de um critério A associado a um critério B. A confirmação ocorrerá na presença de pelo menos um critério de cada classe, ou seja, os mesmos da suspeita associados ao achado dos exames de imagem¹.

Para que seja feito o manejo correto, é preciso que os médicos assistentes saibam reconhecer e caracterizar os achados na anamnese e exame físico, bem como os exames de imagem, que são avaliador-dependentes, precisam ser corretamente laudados, para que não haja dúvidas do diagnóstico. O relato de caso a seguir traz a história de uma paciente que deu entrada na emergência do hospital, com uma carta feita pelo seu gastroenterologista particular, na qual o mesmo solicitava atendimento de emergência devido a quadro de colecistite aguda identificado por exame ultrassonográfico.

A paciente foi prontamente acolhida e internada, mas conforme a equipe procedia com exames físicos, foi criando-se dúvida em relação ao diagnóstico dado no primeiro atendimento pelo médico particular da paciente; o laudo do exame de ultrassom de abdome também era pouco



preciso nas informações. O presente relato narra a conduta adotada pela equipe e os achados diagnósticos que sucederam a internação da paciente.

2 MÉTODOS

Foi feito um levantamento de dados baseado em prontuários médicos. Além disso, foi feita uma revisão de literatura em bases de dados, como Pubmed e Lilacs, para comparar os achados com o que está disponível na literatura mais atual. A pesquisa foi aprovada pelos responsáveis pelo serviço de prontuários e comitê de ética do Hospital Santa Casa de Dracena.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 61 anos, deu entrada no pronto socorro do hospital com queixa de dor abdominal de leve intensidade, bastante aflita e taquipneica, sem outras queixas relevantes. A mesma trouxe consigo uma carta, feita pelo gastroenterologista consultado mais cedo, no mesmo dia, que levantou a possibilidade de colecistite aguda após realização de um exame de ultrassom. A anamnese e exame físico demonstravam bom estado geral, normalidade do aparelho cardiovascular, neurológico, presença de ruídos hidroaéreos e sem sinal de descompressão brusca, estando o quadro clínico resumido a dor abdominal leve.

A carta trazida pela paciente acompanhava o laudo da ultrassonografia, que não tinha dimensões da vesícula biliar expressas; a equipe de cirurgia geral recomendou a internação e foram solicitados exames laboratoriais pré-operatórios, e radiografias abdominais e torácicas. Pela apresentação da paciente e os achados no exame físico, o diagnóstico de colecistite aguda foi questionado, e a atenção se voltou, também, para diagnósticos diferenciais.

Foi solicitada uma nova ultrassonografia, que revelou um leve espessamento de parede da vesícula biliar, incompatível com quadro de colecistite aguda que exigisse intervenção cirúrgica imediata. O leucograma se apresentou levemente alterado, com padrão infeccioso no primeiro dia de internação, mas a alteração se normalizou já no segundo dia. A paciente foi mantida na enfermaria por 6 dias para acompanhamento, a dor abdominal regrediu com analgésicos e não houveram novas queixas ou intercorrências nesse período.

A cirurgia foi programada para acontecer no sétimo dia de internação, com consentimento de paciente e familiares. O procedimento selecionado foi uma colecistectomia convencional. Após a incisão, foi possível verificar bastante aderência, o epíplon estava aderido a parede abdominal, tornando difícil a entrada na cavidade. A visualização da vesícula estava impedida pela sobreposição de alças do duodeno e cólon transverso, onde também havia aderência. A divulsão



por planos foi feita apostólicos, até que se conseguiu alcançar a vesícula, onde havia um abscesso com grande coleção purulenta e odor intenso.

Após a visualização do abscesso e a presença de odor característico, suspeitou-se de perfuração gástrica; a vesícula foi rebatida para a direita, permitindo visualizar uma descontinuidade da parede do estômago, onde ocorreu tamponamento por alças intestinais e pela própria vesícula biliar, impedindo um transbordamento mais volumoso de conteúdo gástrico para o interior da cavidade abdominal.

Foi feita a colecistectomia, e em seguida foi feita a ulcerarrafia e epiploonplastia para correção da perfuração. Um dreno *Penrose* número 3 foi colocado em flanco direito e, após a limpeza da cavidade, foi feita a síntese por planos e a paciente foi encaminhada para a unidade de terapia intensiva (UTI). A paciente precisou permanecer sob cuidados hospitalares por 12 dias, em decorrência de uma pneumonia hospitalar, tendo alta em seguida. No retorno após 30 dias da cirurgia, a mesma estava se recuperando bem, com boa cicatrização da incisão e não relatando novamente a dor abdominal que a levou a procurar ajuda.

4 RESULTADOS

Após a reavaliação do caso e uma análise minuciosa dos exames físicos, de imagem e laboratório, tanto os trazidos pela paciente quanto os realizados pelo hospital, fica claro que o diagnóstico não remetia a uma colecistite aguda, mas sim um quadro cronicado de inflamação biliar por continuidade, em decorrência de uma úlcera gástrica perfurada. Ter se atentado ao exame físico e a solicitação de novos exames, com laudos mais apurados, foi essencial para evitar uma intervenção cirúrgica de urgência sem necessidade, o que teria exposto a paciente a maiores riscos.

Com o diagnóstico correto foi possível instituir a terapia adequada e fazer a devida preparação para a cirurgia, que resultou em melhores resultados e uma recuperação completa. No retorno ambulatorial para acompanhamento, verificou-se que a paciente havia se recuperado totalmente, e não se queixava mais das dores epigástricas que a incomodavam há tempos.

5 DISCUSSÃO

A doença péptica ulcerosa acomete o trato gastrointestinal, gerando inicialmente uma lesão na superfície da mucosa do estômago. Essa lesão ulcerada pode evoluir com complicações, sendo que em cerca de ¼ dos casos haverá hemorragia, podendo haver ainda perfuração da parede gástrica. Casos de perfuração tem uma apresentação clínica onde a dor no abdome superior é bastante proeminente, podendo ainda irradiar para membros superiores³.



O processo de instalação das lesões consiste na acidificação excessiva do ambiente gástrico e duodenal, sobrepondo os mecanismos de regulação e agredindo a mucosa. A infecção bacteriana pela *Helicobacter pylori* é um dos principais fatores de risco para desenvolvimento dessas lesões e, graças a diminuição de infecções por esse agente etiológico, casos complicados de úlceras tem diminuído no mundo todo ⁴.

Os casos de perfuração comumente acontecem no duodeno, numa proporção de 7:1 em relação a outras áreas gástricas. Geralmente, os pacientes acometidos são adultos com mais de 40 anos e idosos com comorbidades ⁵. A dor se instala repentinamente, a priori no quadrante superior do abdome, podendo irradiar da região epigástrica para abdome inferior; quadros que cursam com dor irradiada para membros superiores indicam presença de gás sob diafragma ^{3,5}.

Comparativamente com o quadro clínico da colecistite aguda, para um profissional, mesmo que não muito experiente, os sítios abdominais acometidos em cada situação são de fácil distinção na teoria: enquanto a patologia que acomete a vesícula produz dor sobretudo no hipocôndrio direito, a que acomete o trato gastrointestinal afeta mais os quadrantes superiores ¹⁻⁴. Entretanto, casos que não são atendidos de pronto, ou perfurações menores, podem acabar tamponadas ou serem autolimitadas, gerando quadros de dor que, quando descritos pelo paciente, podem confundir o raciocínio clínico.

Acredita-se que o equívoco diagnóstico cometido pelo primeiro médico que atendeu a paciente deste relato tenha ocorrido sobretudo pela inespecificidade dos sintomas e pelo quadro atípico que se seguiu, sendo possível fazer o diagnóstico final apenas após visualização das estruturas comprometidas durante o procedimento cirúrgico. Existem poucos textos na literatura que tangenciem a colecistite por continuidade como uma complicação da perfuração de úlceras gástricas, o que certamente torna o diagnóstico ainda mais obscuro de se fazer através apenas de critérios clínicos.

Outra característica que torna o diagnóstico clínico da perfuração das úlceras gástricas mais complicado é o fato de que em pacientes idosos a apresentação clínica pode ser distinta do esperado em jovens. Cerca de metade dos pacientes não apresentarão dor abdominal, e a ausência de rigidez abdominal, indicando peritonite, pode estar ausente em até 80% dos casos ³. No caso da paciente relatada, havia presença de dor abdominal arrastada, iniciada dias antes, mas não de intensidade que a fizesse procurar um serviço médico de urgência, e sim uma consulta eletiva no consultório de seu médico particular.

Em relação ao diagnóstico por imagem, a radiografia de tórax e abdome pode ser útil se for capaz de detectar presença de ar livre na cavidade abdominal ou sob o diafragma, entretanto, esse



sinal é de baixa sensibilidade, podendo estar presente em apenas cerca de 60% dos casos. A tomografia computadorizada é um exame mais sensível, que além de detectar ar livre, é capaz de determinar onde está a perda de continuidade por onde está havendo escape de fluidos, auxiliando no planejamento da abordagem terapêutica ^{3,5}.

Para auxiliar no diagnóstico de casos de colecistite aguda, o exame de imagem amplamente disponível e que possui boa sensibilidade e especificidade é a ultrassonografia (USG). Pelos critérios de Tokyo (tabela 1), os achados das imagens desse exame são variados, sendo necessário não mais que um deles para que uma suspeita diagnóstica seja confirmada ¹. No caso descrito, foi necessário repetir a USG, pela pobreza de detalhes que a primeira, realizada antes da internação.

Em relação a causa de base que levou ao desenvolvimento da úlcera péptica, que posteriormente se rompeu, é altamente recomendado pela literatura que se institua um tratamento específico para erradicação da *Helicobacter pylori*, para evitar novas lesões e recidivas do quadro clínico ⁶.

Conclui-se, por fim, que há necessidade de recursos de imagem para diagnóstico de certeza em relação a quadros suspeitos de colecistite. Além disso, é necessário estar ciente que o exame de USG é examinador-dependente, o que afeta a sensibilidade e especificidade em alguns casos particulares, como foi o caso da paciente deste relato de caso. Em relação a perfuração devido a úlcera, o exame não detectou a presença de ar na cavidade abdominal e nem alterações que fizessem surgir suspeita desse tipo de lesão, o que vai ao encontro da literatura no tocante a métodos de imagem adequados ao diagnóstico de perfurações por doença ulcerosa péptica, sendo a tomografia computadorizada mais adequada.

O quadro descrito, afinal, é atípico, e há poucos registros que descrevam colecistite por continuidade secundária a perfuração de úlceras. A atenção aos sintomas e a reavaliação da paciente pela equipe que fez o atendimento no hospital foram determinantes para que se instituisse o tratamento adequado e fosse evitada uma cirurgia de urgência desnecessária. Com novos exames laboratoriais, de imagem e procedimento cirúrgico, foi possível descartar um diagnóstico impreciso, determinar a real causa do quadro clínico e reestabelecer o bem-estar da paciente, que já se apresentava muito bem no primeiro retorno após a alta hospitalar.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.



REFERÊNCIAS

Escartín A, González M, Muriel P, Cuello E, Pinillos A, Santamaría M, et al. Colecistitis aguda litiásica: aplicación de las Guías de Tokyo en los criterios de gravedad. 89. Ed. Cirugía y Cirujanos; 2021.

Sánchez PM, Salinas CL, Salas MA, Cea BM, Carranza AG. Asociación de parámetros analíticos y radiológicos en el diagnóstico de la colecistitis aguda. 84. Ed. Revista de Gastroenterología de México; 2019.

Linhares AMRC. Úlcera péptica complicada: abordagem diagnóstica e terapêutica [trabalho de conclusão de curso]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2011.

Narayanan M, Reddy KM, Marsicano E. Peptic Ulcer Disease and Helicobacter pylori infection. 115. Ed. Missouri Medicine; 2018.

Gonçalves, MJSMP. Tratamento cirúrgico das complicações por úlcera péptica. [trabalho de conclusão de curso]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade de Porto; 2013.

Kamada T, Kiichi S, Itoh T, Ito M, Iwamoto J, Okimoto T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2020. 56. Ed. J Gastroenterol; 2021.