

Achados ultrassonográficos na colecistite aguda

Ultrasonographic findings in acute cholecystitis

DOI:10.34119/bjhrv6n2-203

Recebimento dos originais: 01/03/2023

Aceitação para publicação: 05/04/2023

Daiana Lopez Conceição

Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Instituição: Isomed Diagnósticos

Endereço: Rua Geraldo Agostinho Ramos, 378, Campo Grande - MS

E-mail: dai_lopez_@hotmail.com

Thaline Mairace Hernandez das Neves

Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Instituição: Isomed Diagnósticos

Endereço: Rua Geraldo Agostinho Ramos, 378, Campo Grande - MS

E-mail: radiologiaciencia@outlook.com.br

João Paulo Maldonado

Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Instituição: Isomed Diagnósticos

Endereço: Rua Geraldo Agostinho Ramos, 378, Campo Grande - MS

E-mail: radiologiasaude@outlook.com.br

Alan Timoteo Rodrigues Reis

Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Instituição: Isomed Diagnósticos

Endereço: Rua Geraldo Agostinho Ramos, 378, Campo Grande - MS

E-mail: radio.logia@outlook.com.br

Rafael Teodoro Lopes Lalier

Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Instituição: Isomed Diagnósticos

Endereço: Rua Geraldo Agostinho Ramos, 378, Campo Grande - MS

E-mail: radiologia.r@outlook.com.br

RESUMO

A colecistite aguda é uma doença inflamatória da vesícula biliar e se apresenta habitualmente em pacientes com histórico de cálculos biliares sintomáticos, mas algumas vezes pode se apresentar de forma acalculosa. A ultrassonografia auxilia no diagnóstico da suspeita de colecistite aguda, sendo um dos principais exames complementares utilizados na investigação da doença. O alto índice de suspeição desta enfermidade e o diagnóstico correto realizado rapidamente implicam na melhor condução do tratamento.

Palavras-chave: diagnóstico, colecistite, ultrassonografia.

ABSTRACT

Acute cholecystitis is an inflammatory disease of the gallbladder and usually presents in patients with a history of symptomatic gallstones, but sometimes it can present as acalculous cholecystitis. Ultrasound helps in the diagnosis of suspected acute cholecystitis, being one of the main complementary exams used in the investigation of the disease. The high index of suspicion of this disease and the correct diagnosis carried out quickly imply the best management of the treatment.

Keywords: diagnosis, cholecystitis, ultrasound.

1 INTRODUÇÃO

A vesícula biliar é responsável pelo armazenamento da bile, substância originalmente fabricada no fígado, que auxilia no processo da digestão¹. A colecistite aguda se origina devido a uma patologia deste órgão e acontece usualmente como uma complicação da doença do cálculo biliar em pacientes com história de litíase sintomática, a colelitíase, que gera uma inflamação da vesícula biliar. Com menor frequência, a colecistite aguda pode se desenvolver sem cálculos biliares, chamada de colecistite acalculosa^{2,3,4}.

A vesícula biliar possui três partes, que são: infundíbulo, corpo e fundo. As alterações neste órgão na colecistite calculosa aguda podem variar, a impaction de um cálculo no ducto cístico ou no infundíbulo por tempo prolongado pode levar à distensão do órgão^{2,3,4,5}. A maioria dos cálculos biliares são constituídos de colesterol¹.

O aparecimento de cálculos na vesícula biliar afeta predominantemente a população feminina. Alguns fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento dos cálculos biliares são: obesidade, diabetes, gravidez, doença hemolítica, idade superior a 40 anos e perda de peso acelerada^{1,6}.

A pesquisa da colecistite aguda contempla anamnese e exame físico orientados para a enfermidade suspeita, podendo estar presentes dor à palpação do quadrante superior direito do abdome, náuseas, vômitos, febre e sinal de Murphy, isto é, quando o paciente interrompe a respiração devido a palpação abdominal dolorosa. No hemograma a leucocitose pode estar presente^{1,6}.

A correlação da sintomatologia, com dados clínicos, laboratoriais, epidemiológicos e por imagem é de suma importância para a condução clínica do paciente⁷. Dentre as condutas para o manejo dessa afecção destaca-se a indicação cirúrgica para a remoção da vesícula biliar, e inclui o método videolaparoscópico e a colecistectomia aberta⁶. Por isso a importância em disponibilizar um pronto diagnóstico da doença instituindo o tratamento intervencionista adequado⁸.

Neste trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados PubMed, Scielo e documentos oficiais nacionais entre 2004 a 2023. Os descritores utilizados foram: diagnóstico, ultrassonografia, radiologia, colecistite, colecistectomia e vesícula biliar.

2 DISCUSSÃO

A colecistite aguda é um dos diagnósticos mais comuns de abdome agudo inflamatório e se não identificada rapidamente com a instituição de intervenção pode se tornar uma enfermidade potencialmente fatal⁸.

A ultrassonografia é o exame de escolha inicial para a análise do sistema biliar devido a segurança e baixo custo, é um procedimento não invasivo e isento de radiação ionizante^{7,9}.

As características do cálculo biliar no ultrassom são imagens hiperecogênicas arredondadas, produtoras de sombra acústica posterior, podem estar móveis ou sofrer impactação¹⁰.

Na hipótese de colecistite aguda, a ultrassonografia possui considerável sensibilidade. Os achados nesse exame complementar incluem a evidência de um ou mais cálculos intraluminais, geralmente impactados no infundíbulo ou no ducto cístico, aumento das dimensões do órgão, além do sinal de Murphy ultrassonográfico, isto é, a compressão dolorosa sobre a vesícula biliar pela sonda do aparelho de ultrassom¹⁰. Pode estar presente o líquido perivesicular⁹. A espessura habitual da parede da vesícula biliar é de aproximadamente 3 mm em pacientes com jejum adequado, encontra-se com espessamento discreto quando a parede permanece com medidas entre 4 e 7 mm ou acentuado quando excede 7 mm⁷.

O espessamento da parede da vesícula biliar não é exclusividade da colecistopatia aguda, mas também pode se manifestar em outras enfermidades como: pancreatite, hepatite, insuficiência cardíaca e pielonefrite^{7,11}.

3 CONCLUSÃO

Este estudo ilustra a análise imagiológica dos achados ultrassonográficos da colecistite aguda, com destaque para a identificação dos cálculos intraluminais e aspecto da parede da vesícula biliar. Valoriza-se o pronto diagnóstico desta afecção à luz da clínica, exames laboratoriais e de imagem para que seja definida a conduta nos casos confirmados, instituindo o tratamento e evitando possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

- ¹Vasconcellos LAS. Colecistite Aguda: aspectos clínicos e manejo terapêutico. *Brazilian Journal of Development*, v.8, n.10, oct., 2022.
- ²Sankarankutty A, Luz LT, Campos T, Rizoli S, Fraga GP, Nascimento Jr B. Colecistite aguda não complicada: colecistectomia laparoscópica precoce ou tardia?. *Rev Col Bras Cir*. 2012; 39(5).
- ³Bonadiman A, Basaglia P, Fava CD, de Jesus IPA. Conduta atual na colecistite aguda. *Rev. Uningá*. 2019 Sep. 5; 56(3):60-7.
- ⁴Gil SM, Estudo da incidência de coledocolitíase em pacientes com colecistite calculosa aguda e crônica submetidos à colecistectomia vídeolaparoscópica. *Rev. Col. Bras. Cir*, v. 34, n. 4, Jul/Ago, 2007
- ⁵Baitello AL. Prevalência e fatores associados à bacteremia nos portadores de colecistite aguda litíase. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(4): 373-9.
- ⁶Maya MCA. Colecistite Aguda: Diagnóstico e Tratamento. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*. 2009 Jan/Jun.
- ⁷Barbosa ABR. Espessamento parietal da vesícula biliar no exame ultrassonográfico: como interpretar? *Radiol Bras*. 2011 Nov/Dez;44(6):381–387.
- ⁸Junior ES. Abordagem diagnóstica e tratamento da colecistite aguda: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Vol.13(9) 2021.
- ⁹Kreimer F. Comparative analysis of preoperative ultrasonography reports with intraoperative surgical findings in cholelithiasis. *Arq Bras Cir Dig*. 2016;29(1):26-29.
- ¹⁰Araújo PC. Achados de imagem na colecistite aguda, suas complicações e tratamento. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 12, 2022.
- ¹¹Fonseca MSM. Acute emphysematous cholecystitis: a case report. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v. 17, n. 4, p. 236 - 239, 2015.