

Protocolo Clínico e de Regulação para Litíase Biliar e suas Complicações 66

Wilson Salgado Jr
José Sebastião dos Santos

INTRODUÇÃO

A colelitíase é uma doença de elevada prevalência. Estima-se que em torno de 10% a 15% da população dos Estados Unidos da América (25 milhões de habitantes) seja portadora dessa doença. Estudos de necropsia no Brasil apontam que 9,1% a 19,4% da população com mais de 20 anos possui colelitíase.

A maioria dos portadores de colelitíase é assintomática e espera-se que 20% desses pacientes apresentem sintomas biliares típicos ao longo da vida e 1% a 2% evoluam com alguma complicação da doença a cada ano.

A etiologia da colelitíase é múltipla e envolve fatores genéticos, ambientais, obesidade, perda de peso, doenças específicas da vesícula biliar e alterações na composição da bile. É muito mais frequente nas mulheres.

Com o advento da laparoscopia, a colecistectomia passou a ser o procedimento cirúrgico eletivo do abdome mais realizado nos Estados Unidos, com aproximadamente 750 mil cirurgias por ano, devido à grande incidência da doença, às baixas morbidade e mortalidade cirúrgica e também ao grande receio do surgimento de complicações.

Hoje é consenso que a colelitíase sintomática possui indicação cirúrgica, desde que o paciente não possua contra-indicação clínica para ser operado. No entanto não existem estudos comparando colecistectomia *versus* não colecistectomia em doentes com litíase vesicular assintomática, portanto há grande controvérsia e diferentes condutas. Existem, no entanto, algumas recomenda-

ções para que se operem alguns grupos específicos de doentes portadores de colelitíase assintomática, tais como:

- pacientes imunossuprimidos;
- portadores de vesícula em porcelana;
- pacientes com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo;
- pacientes com doença hemolítica crônica;
- moradores em localidades muito distantes de atendimento médico;
- pacientes muito jovens;
- portadores de cálculos muito grandes ($> 2,5$ cm) ou muito pequenos ($< 0,5$ cm);
- pacientes que serão submetidos a algum procedimento cirúrgico no abdome.

CENÁRIOS CLÍNICOS (Fluxograma 66-1)

Cenário I

COLELITÍASE ASSINTOMÁTICA

- Achado casual de colelitíase em exame de imagem do abdômen.
- Ausência de dor biliar típica (ver descrição adiante).
- Ausência de sinais e sintomas de complicação.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Toda dor abdominal merece atenção, mas o médico deve ser cauteloso ao atribuir à colelitíase as queixas abdominais. Há diversas causas de dor abdominal, desde alterações funcionais simples a até muito frequentes, bem como doenças mais graves. Os sinais e sintomas de alerta como natureza, localização, intensidade, frequência e fatores de melhora ou piora da dor, perda de peso, sangramento nas fezes, anemia, disfagia, antecedentes de neoplasia, entre outros, podem nortear a investigação diagnóstica e a conduta.

MEDIDAS REGULATÓRIAS

O paciente portador de colelitíase assintomática pode ser acompanhado clinicamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) desde que muito bem orientado quanto a possíveis sintomas e complicações e quanto à necessidade de procurar assistência médica nesses casos. Aos pacientes imunossuprimidos (transplantados, diabéticos), portadores de doença hemolítica, vesícula em porcelana (achado ultrassonográfico), muito jovens, com pedras $> 2,5$ cm ou $< 0,5$ cm ou cálculos associados a pólipos ≥ 1 cm, ou com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo, recomenda-se encaminhamento para serviço de cirurgia.

Cenário II**COLELITÍASE SINTOMÁTICA SEM COMPLICAÇÕES**

- Presença de colelitíase em exame de imagem do abdômen.
- Presença de dor biliar típica. Esta dor, apesar de ser conhecida como cólica, na verdade não se enquadra nesse tipo, uma vez que cólica representa uma dor intermitente, alternando em questão de segundos ou poucos minutos uma forte intensidade com momentos de intensidade menor ou até mesmo ausência de dor. Já a dor biliar é espástica, progressivamente mais intensa, que dura vários minutos e na maioria das vezes até horas para que seja aliviada espontaneamente ou mesmo com medicamentos. As localizações típicas são o hipocôndrio direito, o epigastro e a região dorsal direita. Menos frequentemente a dor pode surgir no flanco direito ou hipocôndrio esquerdo. Dores em outras localizações sugerem outros diagnósticos diferenciais. A dor pode estar associada à ingestão de alimentos gordurosos (20 a 40 minutos após) e normalmente não tem relação com o hábito intestinal. Geralmente vem acompanhada de náuseas e vômitos.
- Ausência de sinais e sintomas de complicação.

MEDIDAS REGULATÓRIAS

O paciente portador de colelitíase sintomática sem complicações, após a melhora clínica do sintoma da dor, deve ser orientado a abolir alimentos gordurosos e posteriormente ser encaminhado para tratamento cirúrgico de forma eletiva. De acordo com as características clínicas do paciente, o mesmo poderá ser encaminhado para serviço de cirurgia ambulatorial ou então para hospital terciário.

Protocolo de Encaminhamento de Pacientes com Colelitíase

A) Elegibilidade – São elegíveis para tratamento cirúrgico em regime ambulatorial os pacientes que:

- tiverem idade superior a 18 anos e inferior a 70 anos; classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) 1 ou 2 (Tabela 66-1);
- apresentarem o diagnóstico de colelitíase por meio de ultrassom de abdômen (obs.: devem ser levados o laudo e as fotografias do exame no dia da consulta);
- não apresentaram sinais de complicação: pancreatite, colecistite aguda ou coledocolitíase;
- índice de massa corporal (IMC) $< 35 \text{ kg/m}^2$ e $> 18 \text{ kg/m}^2$, sendo $\text{IMC} = \text{peso (kg)}/\text{altura(metros)} \times \text{altura (metros)}$;
- forem sintomáticos ou, nos casos assintomáticos, se forem jovens ou com alguma imunossupressão;

- não apresentarem critérios de exclusão;
 - desejarem tratamento cirúrgico.
- B) Critérios de Exclusão para cirurgia em regime ambulatorial:
- idade > 70 anos;
 - icterícia em qualquer fase da doença;
 - sinais clínicos ou ultrassonográficos de colecistite aguda;
 - achado ultrassonográfico de vesícula escleroatrófica (diminuída de tamanho) ou de vesícula com parede espessada;
 - achado ultrassonográfico de dilatação das vias biliares;
 - quadro infeccioso vigente (pneumonia, infecção urinária ou outro);
 - alteração dos valores de bilirrubinas e/ou fosfatase alcalina;
 - tabagismo nos últimos 30 dias;
 - não desejarem tratamento cirúrgico;
 - não se enquadrarem nos critérios clinicossociais pré-operatórios para cirurgia ambulatorial (*ver critérios clinicossociais de inclusão no programa de cirurgia*).
- C) Exames pré-operatórios específicos:
- Bilirrubinas, fosfatase alcalina, gama-glutamyltransferase (GGT).
 - Ultrassom de abdome superior.

Os pacientes que serão encaminhados para cirurgia ambulatorial deverão trazer, no dia da consulta, os exames de acordo com os protocolos específicos de cada serviço. Segue, como exemplo, o Protocolo de Exames Recomendados pelo Hospital Estadual de Ribeirão Preto-SP.

TABELA 66-1 Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA)

ASA	DESCRIÇÃO
1	Paciente saudável
2	Doença sistêmica moderada, sem limitação das funções vitais
3	Doença sistêmica grave, com funções vitais comprometidas
4	Doença sistêmica grave com ameaça à vida
5	Paciente moribundo, morte esperada nas próximas 24 h com ou sem intervenção cirúrgica
6	Paciente em morte encefálica, possível doador de órgãos
E	Em cirurgias de emergência acrescentar o E ao número

Fonte: ASA Physical Status Classification System <http://www.asahq.org>

Exames Complementares Pré-operatórios (Adultos)

Hospital Estadual de Ribeirão Preto-SP

- A) Paciente sadio, sem comorbidades (ASA -1), idade < 50 anos
- Nenhum exame complementar

- B) Paciente sadio, sem comorbidades (ASA -1), idade > 50 anos
- Eletrocardiograma
 - Hemograma completo
- C) Paciente hipertenso
- Eletrocardiograma
 - Creatinina
- D) Paciente diabético
- Eletrocardiograma
 - Glicemia de jejum
 - Creatinina
- E) Paciente com suspeita de distúrbio de coagulação ou uso de medicação anticoagulante, incluindo aspirina
- Testes de coagulação (razão normalizada internacional/tempo de protrombina [INR/TP], tempo parcial de tromboplastina ativada [TTPA])
 - Hemograma completo
- F) Paciente com suspeita de doença cardiovascular ou diagnóstico de cardiopatia prévia
- Eletrocardiograma
 - Teste de esforço
 - Risco cardiológico pré-operatório
- G) Paciente em uso de diuréticos
- Creatinina
 - Sódio e potássio
- H) Paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia recente, sintomas respiratórios recentes
- Radiografia de tórax (incidências posteroanterior [PA] e perfil)

Nos casos em que o paciente não se enquadrar para tratamento cirúrgico ambulatorial, o mesmo deve ser referenciado para um hospital terciário.

Cenário III

COLECISTITE AGUDA

- A dor passa a ser mais intensa e duradoura (mais que 6 horas).
- A principal característica clínica é a defesa ao exame abdominal no hipocôndrio direito e/ou epigastro, tanto à palpação quanto à percussão. Caracteriza-se como um peritonismo localizado nessa região.
- Podem ou não estar presentes: febre, taquicardia.
- O hemograma, caso tenha sido realizado, pode evidenciar leucocitose.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de Ringer.

- Analgesia.
- Ligar para o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)/192 para referenciar o paciente para hospital.

Cenário IV

COLELITÍASE COM ICTERÍCIA SEM FEBRE

- O paciente com diagnóstico prévio de colelitíase, com dor biliar, que passa a apresentar colúria e icterícia, podendo vir a ter também acolia fecal.
- Ausência de febre, queda do estado geral, ou outros sinais de infecção.
- Obs.: para casos de icterícia sem diagnóstico prévio é necessário que se siga o protocolo específico de icterícia.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Se paciente não está apresentando vômitos de repetição, deve ser encaminhado para o serviço de cirurgia de um hospital terciário, de forma mais rápida, sendo colocada na referência médica uma observação de que existe necessidade de prioridade alta (cerca de duas semanas) para o atendimento.
- Orientar hidratação via oral rigorosa.

Cenário V

COLELITÍASE COM ICTERÍCIA E FEBRE

- O paciente com diagnóstico prévio de colelitíase, com dor biliar, que passa a apresentar colúria e icterícia, podendo vir a ter também acolia fecal e febre.
- Em casos mais graves podem-se associar hipotensão arterial e confusão mental.
- Obs.: para casos de icterícia sem diagnóstico prévio é necessário que se siga o protocolo específico de icterícia.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de Ringer.
- Analgesia.
- Ligar para o SAMU/192 para referenciar o paciente para hospital.
- Em casos de hipotensão arterial ou confusão mental, enquanto se aguarda a ambulância, recomenda-se iniciar antibioticoterapia com ceftriaxona 1 grama endovenoso (EV).

Cenário VI**COLELITÍASE COM PANCREATITE**

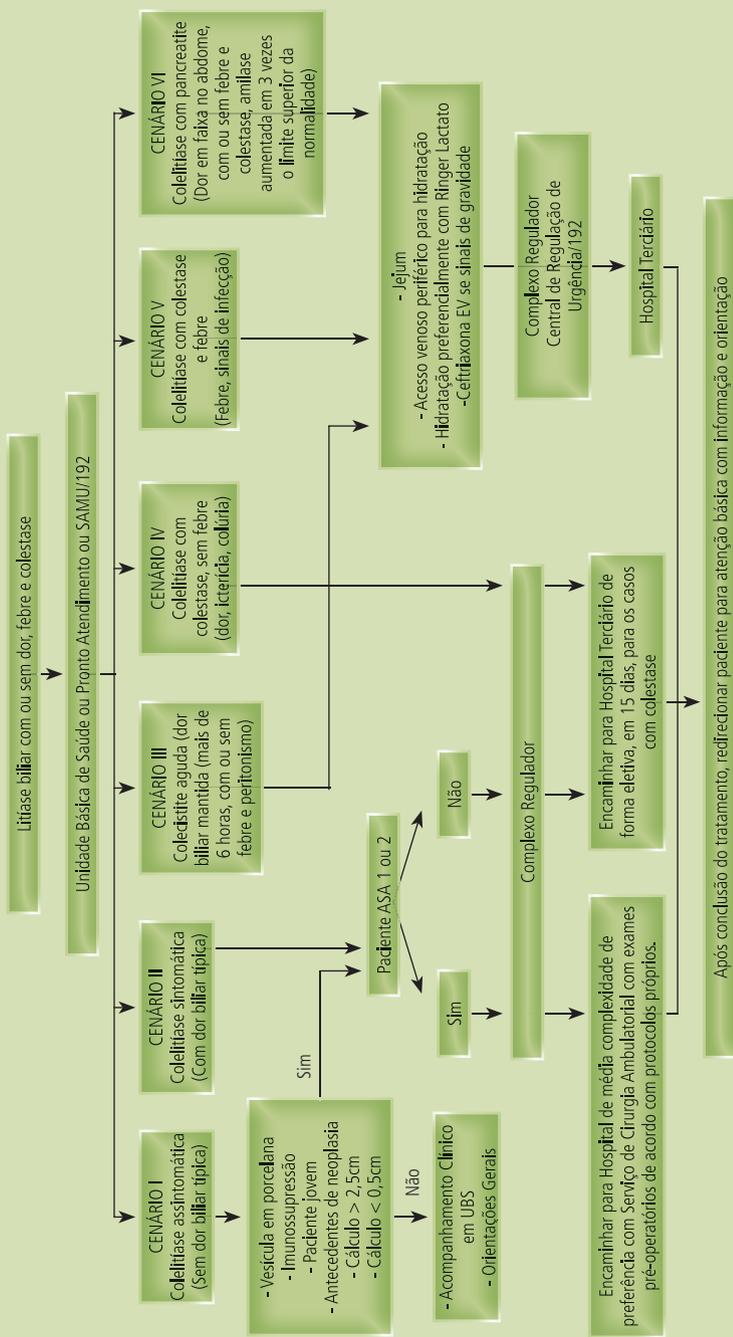
- O paciente com diagnóstico prévio de colelitíase, com dor intensa em faixa no andar superior do abdome, irradiando para o dorso, associada a náuseas e vômitos.
- Amilase sérica igual ou maior que três vezes o valor normal.
- Em casos mais graves podem-se associar hipotensão arterial e confusão mental.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de Ringer.
- Ligar para o SAMU/192 para referenciar o paciente para hospital.
- Em casos de hipotensão arterial ou confusão mental, enquanto se aguarda a ambulância, recomenda-se iniciar antibioticoterapia com ceftriaxona 1 grama EV.

BIBLIOGRAFIA

- Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:2379-400.
- Coelho JC, Bonilha R, Pitaki SA, Cordeiro RM, Salvalaggio PR, Bonin EA, et al. Prevalence of gallstones in a Brazilian population. *Int Surg.* 1999;84:25-8.
- Gonzalez M, Toso C, Zufferey G, Roiron T, MajnoP, Mentha G, et al. When should cholecystectomy be practiced? Not always an easy decision. *Rev Med Suisse.* 2006;2(70):1586-92.
- Gurusamy KS, Samraj K. Cholecystectomy for patients with silent gallstones. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2007;(1):CD006230.
- Halldestam I, Enell EL, Kullman E, Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones. *Br J Surg.* 2004;91:734-8.
- Lima CPJ, Brizolara AA, Tavares DC, Lima JP. Estudo post-mortem da prevalência da litíase vesicular em uma população cirrótica. *Gastroenterol Endosc Dig.* 1990;9:166-70.
- Paterson WG, Depew WT, Pará P, Petrunia D, Switzer C, van Zanten SJV, et al. Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol.* 2006;20:411-23.
- Ransohoff DF, Gracie WA, Wolfenson LB, Neuhauser D. Prophylactic cholecystectomy or expectant management for silent gallstones. A decision analysis to assess survival. *Ann Intern Med.* 1983;99:199-204.
- Santos JS, Sankarankutty AK, Salgado Jr. W, Kemp R, Módena JLP, Elias Jr. J, Silva Jr. OC. Colectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. *Rev Med.* 2008;41(3):429-44.
- Shaffer EA. Gallstone disease: epidemiology of gallbladder Stone disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2006;20:981-96.
- Stinton LM, Myers RP, Shaffer EA. Epidemiology of gallstones. *Gastroenterol Clin N Am.* 2010;39:157-69.



Fluxograma 66-1 Abordagem do paciente com litíase biliar a partir da atenção básica. SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.