

Relato de caso de coledocolitíase: um guia clínico para identificação e manejo da doença

Case report of choledocholithiasis: a clinical guide for disease identification and management

Livia Dias

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
liviadesousadias@gmail.com

Clara Fontes

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
claraafnts@gmail.com

Agnes Francisca Caminhas

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
afcaminhas@gmail.com

Auriston Ferraz da Costa

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
auristonferraz@yahoo.com.br

RESUMO

A coledocolitíase é uma condição patológica caracterizada pela obstrução do ducto colédoco por cálculos oriundos da vesícula biliar, frequentemente resultando em complicações graves, como colangite e pancreatite biliar, caso não tratada de forma rápida e eficaz. O caso apresentado refere-se a um paciente atendido no Pronto Atendimento do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful, que teve a confirmação dessa doença obstrutiva e com isso, foi mantido sob cuidados multidisciplinares na enfermaria do hospital, aguardando o agendamento e execução do procedimento de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para desobstrução da via biliar. A discussão envolve uma revisão das principais abordagens diagnósticas e terapêuticas, com ênfase na CPRE como método padrão para o tratamento. Ademais, este relato contribui para o aprofundamento da compreensão sobre as manifestações clínicas e o manejo da coledocolitíase, sublinhando a importância de intervenções precoces para evitar complicações associadas.

Palavras-chave: Coledocolitíase, icterícia, vesícula biliar.

ABSTRACT

Choledocholithiasis is a pathological condition characterized by the obstruction of the common bile duct by stones originating from the gallbladder, often resulting in severe complications such as cholangitis and biliary pancreatitis if not promptly and effectively treated. The presented case concerns a patient attended in the Emergency Department at Dr. Munir Rafful Municipal Hospital, where the diagnosis of this obstructive disease was confirmed. Consequently, the patient remained under multidisciplinary care in the hospital ward while awaiting scheduling and execution of an endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) procedure to clear the bile duct obstruction. The discussion includes a review of the main diagnostic and therapeutic approaches, with an emphasis on ERCP as the standard treatment method. Additionally, this case contributes to a deeper understanding of the clinical manifestations and management of choledocholithiasis, highlighting the importance of early interventions to prevent associated complications.

Keywords: Choledocholithiasis, Jaundice, Gallbladder.

1 CONTEXTO

A principal causa da coledocolitíase é a migração de cálculos da vesícula biliar para o ducto colédoco. Em uma determinada população, cerca de 6 a 10% terão colelitíase, e esses, 10% desenvolverão coledocolitíase. Se não tratada, a doença pode resultar em complicações, como colangite, pancreatite aguda e, em casos graves, cirrose e hipertensão portal (MELO et al., 2017).

A coledocolitíase pode ser assintomática, mas também pode apresentar sinais característicos, como icterícia, dor abdominal no hipocôndrio direito e colúria (ESPINEL, 2011).

O diagnóstico é multidisciplinar e, além da avaliação clínica, pode ser realizado por meio de exame físico e exames complementares, como hemograma, testes bioquímicos hepáticos e amilase. Exames de imagem, como a ultrassonografia abdominal, têm grande importância para o diagnóstico, pois podem mostrar sinais de obstrução no ducto biliar comum (ESPINEL, 2011).

O principal tratamento da coledocolitíase é a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), que permite tanto a remoção do cálculo quanto a visualização direta do colédoco. A esfincterotomia endoscópica e a cirurgia também são consideradas opções de tratamento (MARTINS et al., 2024).

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

O presente artigo foi desenvolvido a partir do caso clínico vivenciado na enfermaria de clínica médica do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful, no município de Volta Redonda- RJ, com posterior busca de dados nas bases Pubmed, Scielo e livro Harrison's Principles of Internal Medicine, 20ª edição, através das palavras chaves: coledocolitíase, icterícia obstrutiva, colelitíase, nos idiomas em inglês e português, com período de busca de 2011 a 2024.

E.C.S., sexo masculino, 67 anos, residente da cidade Volta Redonda, compareceu ao Pronto Atendimento do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful no dia 09/10/2024 com queixa de dor em flanco direito com irradiação para região epigástrica há meses com piora há três dias. Além disso, relatou a hematúria, polaciúria e constipação apesar de ter evacuado no dia de sua admissão. Negou febre e outros sintomas associados.

Ao exame físico, o paciente encontrava-se estável, regular estado geral, lúcido, orientado, hidratado, normocorado, eupneico em ar ambiente, afebril, ictérico 3+/4+; aparelho respiratório apresentava murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios e ausência de esforço respiratório; aparelho cardiovascular observava-se ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros e/ou extrassístoles; abdome se encontrava distendido, peristalse positiva, doloroso a palpação superficial e profunda universalmente, sem sinais de irritação peritoneal; membros inferiores sem edemas, panturrilhas livres e pulsos presentes; exame neurológico do paciente com Glasgow 15, pupilas isotorreagentes e ausência de déficit neurológico focal.

Devido ao quadro apresentado, o paciente foi internado. Foi solicitado exames laboratoriais, ultrassonografia de abdome, colangioressonância e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Já na prescrição foi realizado dieta zero, hidratação intravenosa de cloreto de sódio 0,9%, glicose 50%, bromoprida 5mg/ml, omeprazol 20mg, dipirona sódica 500mg/ml e foi iniciado ciprofloxacino 2mg/ml.

Os exames laboratoriais da admissão do paciente, 09/10/2024 tiveram como resultado bilirrubina total: 6,6; bilirrubina direta: 4,9; bilirrubina indireta: 1,7; gama GT: 717; fosfatase alcalina: 368; leucócitos: 11.430; Transaminase glutâmico-oxalacética: 137; transaminase pirúvica: 311. No dia 11/10/2024, a ultrassonografia apresentou fígado com imagem nodular hipoecoica, margem indefinida em segmento II 2,6cm; vesícula com imagem hipoecoica, heterogênea, focos hiperecoicos, 2,7 X 3,9 cm podendo estar colabada, leve dilatação de vias biliares. A colangiografia realizada no dia 18/10/2024 observou-se uma formação expansiva sólida centrada na loja da vesícula biliar que assume aspecto de uma massa, fortemente suspeito para comprometimento neoplásico primário colecístico com infiltração do parênquima hepático no entorno; nódulos hepáticos suspeitos p/ implantes secundários no lobo esquerdo; linfonodomegalias também secundárias no pedículo hepático; coledocolitíase distal obstrutiva.

3 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Após realização de exames complementares, o diagnóstico final foi Coledocolitíase. Devido a isso, fez-se necessário que o paciente permanecesse sob cuidados multidisciplinares na enfermaria do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful até que a CPRE fosse agendada e executada. No dia 04/11/2024, a papilotomia de cálculo foi realizada e o indivíduo foi encaminhado para o acompanhamento ambulatorial no anexo UniFOA do HMMR.

4 DISCUSSÃO

Um paciente que apresenta sintomas clínicos de dor em flanco direito com irradiação para região epigástrica associada a piora, hematúria, polaciúria, constipação, icterícia 3+/4+, abdome distendido e doloroso a palpação superficial e profunda, tem como principal hipótese diagnóstica a obstrução das vias biliares por cálculos.

A coledocolitíase refere-se à ocupação total ou parcial do ducto biliar por cálculos, causando sua obstrução (ESPINEL, 2011). Devido a isso, o fluxo de bile hepática é suprimido e a reabsorção e regurgitação da bilirrubina conjugada para a corrente sanguínea resultam em icterícia acompanhada de colúria e fezes acólicas (HARRISON, 2024).

O melhor método para se fazer o diagnóstico é a colangiografia, sendo a CPRE destaque como a melhor modalidade para o estudo das vias biliares. Após a remoção da coledocolitíase, é possível que, a longo prazo, uma pequena percentagem de pacientes volte a apresentar o quadro. Essa chance é reduzida se aqueles que têm cálculos biliares forem submetidos a uma colecistectomia. A retirada da vesícula biliar está indicada, a menos que o paciente seja muito idoso ou apresente alto risco cirúrgico (ESPINEL, 2011).

5 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1 Quanto a fisiopatologia da coledocolitíase, é correto afirmar:

- a) A maior parte dos cálculos se formam no pâncreas e migram para o colédoco.
- b) Os cálculos são formados no ducto colédoco e associam a estase biliar.

c) Os cálculos se formam inicialmente na vesícula biliar e migram pelo ducto hepático esquerdo para colédoco.

d) A maioria dos cálculos se formam na vesícula biliar e migram através do ducto cístico para o colédoco.

Resp: D) | Fonte: MELO, C. G. DE et al. Coledocolitíase: da suspeita ao diagnóstico / Choledocholithiasis: from suspicion to diagnose. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, p. 35–41, 2017.

2- Caso não diagnosticada e tratada corretamente, quais complicações pode acarretar a coledocolitíase?

a) Complicações, como colangite, pancreatite aguda e, em casos graves, cirrose e hipertensão portal.

b) Complicações como Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial.

c) Complicações doença de refluxo gastroesofágico (DRGE).

d) As únicas complicações são colangite e cirrose.

Resp: A) | Fonte: MELO, C. G. DE et al. Coledocolitíase: da suspeita ao diagnóstico / Choledocholithiasis: from suspicion to diagnose. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, p. 35–41, 2017.

3 Descreva os principais sintomas da coledocolitíase:

Resp: A coledocolitíase pode ser assintomática, mas também pode apresentar sinais característicos, como icterícia, dor abdominal no hipocôndrio direito e colúria. Fonte: Espinel J, Pinedo E. Coledocolithiasis [Choledocolithiasis]. Rev Esp Enferm Dig. 2011 Jul;103(7):383. Spanish. doi: 10.4321/s1130-01082011000700011. PMID: 21770688.

REFERÊNCIAS

Espinel J, Pinedo E. Coledocolithiasis [Choledocolithiasis]. Rev Esp Enferm Dig. 2011 Jul;103(7):383. Spanish. doi: 10.4321/s1130-01082011000700011. PMID: 21770688.

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. **Medicina Interna de Harrison**. 21st ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.2650. ISBN 9786558040231. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/>. Acesso em: 16 nov. 2024.

MARTINS, R. et al. Avanços e desafios nos métodos diagnósticos da coledocolitíase aguda: uma investigação aprofundada. Deleted Journal, v. 3, n. 1, p. 11–18, 13 mar. 2024.

MELO, C. G. DE et al. Coledocolitíase: da suspeita ao diagnóstico / Choledocholithiasis: from suspicion to diagnose. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, p. 35–41, 2017.