

# Colecistectomia videolaparoscópica em paciente idosa

*Videolaparoscopic cholecystectomy in an elderly patient*

Anne Caroline Rogienfisz Mendes  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[annerogienfisz@hotmail.com](mailto:annerogienfisz@hotmail.com)

Carolina de Souza Fernandes Correias  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[carolinasfcorrea@gmail.com](mailto:carolinasfcorrea@gmail.com)

Wilson de Oliveira Junior  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[annerogienfisz@hotmail.com](mailto:annerogienfisz@hotmail.com)

## RESUMO

Paciente do sexo feminino, 83 anos, deu entrada no Pronto-Socorro do Hospital São João Batista com queixa de epigastralgia, náuseas e vômitos. Uma ultrassonografia de abdome, que revelou uma vesícula biliar preenchida por cálculos compatível com colelitíase. Realizou-se uma colangiorressonância que apresentou falha de enchimento na porção distal intra-pancreática do hepatocolédoco, representando um cálculo. A conduta foi a realização da CPRE que mostrou coledocolitíase múltipla e a realização de papilotomia ampla, varredura biliar e retirada dos cálculos. Ao fim, a paciente foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica (CVL), que ocorreu sem intercorrências

**Palavras-chave:** Colelitíase; Colecistectomia; Síndrome icterícia

## ABSTRACT

An 83-year-old female patient was admitted to the Emergency Room of Hospital São João Batista complaining of epigastralgia, nausea and vomiting. An ultrasound of the abdomen, which revealed a gallbladder filled with stones compatible with cholelithiasis. A resonance cholangiography was performed, which showed a filling failure in the intrapancreatic distal portion of the hepatocholedochal, representing a stone. The conduct was ERCP, which showed multiple choledocholithiasis, and extensive papillotomy, biliary scan and stone removal. Finally, the patient underwent laparoscopic cholecystectomy (CVL), which was uneventful.

**Keywords:** Cholelithiasis; Cholecystectomy; Jaundice syndrome

## 1 CONTEXTO

A colelitíase é a presença de cálculos no interior da vesícula biliar formando um processo inflamatório. É uma das patologias gastrointestinais mais prevalentes no mundo e acomete até 10% da população. A relação homem - mulher da colelitíase ajustada para idade é de 2,9 no intervalo de 30 a 39 anos, 1,2 no intervalo de 50 a 59 anos. Além do sexo feminino, a gravidez também é um fator de risco para colelitíase em mulheres jovens, aumentando de 1,3% em nulíparas, para 13% em múltiparas. O avançar da idade e a etnia caucasiana e asiática também são fatores de predisposição à litíase biliar (MARTINS MA, et al., 2016).

A partir da formação dos cálculos biliares, tem-se um longo período assintomático até que sintomas inespecíficos começam a aparecer, como náuseas, abdome distendido e dor no quadrante superior direito que na maioria das vezes não são motivos de procura médica. Muito comum e de grande importância para o paciente é a chamada cólica biliar, que é a dor epigástrica ou no quadrante superior direito que ocorre de 15 a 30 minutos após uma refeição, imprevisível, podendo irradiar-se para o dorso e durar até 3 a 4 horas, tem caráter constante e intenso, podendo estar associada a vômitos e náuseas (JUNIOR WS, et al., 2012).

Na literatura, recomenda-se a colecistectomia para pacientes sintomáticos já na primeira ocorrência de cólica biliar. Outras indicações para a extração da vesícula biliar são colecistite crônica e colelitíase acalculosa. Com a evolução das técnicas cirúrgicas a colecistectomia convencional aberta foi substituída pela colecistectomia laparoscópica como procedimento de escolha para cálculos pelas vantagens da via laparoscópica, a qual inclui alta precoce, menos infecções das incisões, menor custo, retorno precoce ao trabalho e menor dor.

Durante a colecistectomia laparoscópica pode-se realizar a colangiografia operatória e os cálculos identificados nos ductos biliares podem ser removidos no próprio ato ou anteriormente por uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) (GOLDMAN; AUSIELLO, 2011).

## 2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Este trabalho foi autorizado pela paciente apresentada no caso clínico e 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.

Paciente do sexo feminino, 83 anos, diabética e hipertensa, deu entrada no Pronto-Socorro do Hospital São João Batista no dia 09/08/2022 com queixa de epigastralgia de início há uma semana após ter comido feijoada, evoluindo com náuseas e vômitos. Além disso, queixava-se de prurido no corpo todo, xerostomia e urina escura. Ao exame físico, encontrava-se icterícia 3+/4+, sem mais alterações.

Foi solicitado uma ultrassonografia de abdome superior, realizado no dia 11/08, que revelou uma vesícula biliar de paredes moderadamente espessas, conteúdo heterogêneo, preenchido por cálculos compatível com colelitíase, sem outras alterações ao exame.

Por conta da icterícia, no dia 19/08/2022, realizou-se uma colangiorressonância que apresentou falha de enchimento endoluminal na porção distal intra-pancreática do hepatocolédoco, representando um cálculo de 0,4cm. A conduta foi a realização da Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), que foi realizada no dia 09/09/2022, que mostrou coledocolitíase múltipla e a realização de papilotomia ampla, varredura biliar com auxílio de cateter balão e retirada dos cálculos. Ao fim, foi solicitado a realização de uma colecistectomia videolaparoscópica como conduta terapêutica.

### 3 TRATAMENTO

Após 26 dias de internação hospitalar a proposta terapêutica cirúrgica foi realizada. A paciente foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica (CVL), cuja descrição cirúrgica foi a seguinte: assepsia e antissepsia, insuflação de pneumoperitônio com agulha de Veress em ponto de Palmer, incisão lateral em cicatriz umbilical, passagem de trocarter 11mm, passagem de demais portais de 10, 5 e 5mm, sob visualização direta por ótica. Identificação da vesícula biliar séssil com intensas aderências para omento, cólon transversal e delgado, possível fístula colecistoduodenal, paredes espessadas e friáveis, dilatada próximo ao infundíbulo às custas de múltiplos microcálculos. Realizada a dissecação de ducto cístico e artéria cística com identificação de triângulo de Callot, clipagem e secção de ducto e artéria cística. Dissecação de vesícula de leito hepático. Retirada de vesícula por portal de 10mm, colocado dreno de Penrose em leito de vesícula biliar. Revisão da hemostasia e revisão da cavidade. A CVL ocorreu sem intercorrências. Prescrição pós-operatória: iniciar antibioticoterapia profilática com Cefazolina, quantificar débito do dreno, trocar curativo de 12/12 horas.

### 4 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

No pós-operatório imediato, e no 1º e 2º dia pós-operatório, a paciente esteve hipocorada (+/4+), hipodratada (+/4+), afebril, constipada, abdome globoso, peristáltico, doloroso difusamente, sem sinais de irritação peritoneal com curativo cirúrgico limpo e dreno de Penrose funcionando com secreção sanguinolenta com débito de 150mL. Do 3º dia pós-operatório até a alta hospitalar a ferida operatória esteve limpa, seca e com bom aspecto, com o dreno de Penrose com 50mL de secreção biliosa. No 5º dia pós-operatório, a paciente recebeu alta hospitalar com o dreno de Penrose, orientações para assepsia da ferida, prescrição de sintomáticos e consulta no ambulatório de pós cirurgia agendada para o 8º dia após o procedimento, para avaliar retirada do dreno. No dia da consulta ambulatorial, o dreno foi retirado, a ferida operatória estava limpa, sem sinais de inflamação, em boa fase de cicatrização, ao que a paciente recebeu alta do serviço de cirurgia geral.

### 5 DISCUSSÃO

A prevalência de cálculos biliares aumenta constantemente com a idade, o aumento da incidência deles e suas complicações relacionadas, constituem a correlação mais significativa da função hepatobiliar estar alterada em idosos (SABISTON, 20ª Ed). Eles apresentam formas mais graves de doença da vesícula biliar, como litíase biliar sintomática, colecistite aguda, síndrome Mirizzi, fístula biliar, cálculos no ducto biliar comum, colangite e carcinoma de vesícula biliar (COELHO et al., 2020).

A colelitíase é a doença abdominal cirúrgica mais comum do idoso, afetando cerca de 50% dos indivíduos com mais de 80 anos. A CVL é o procedimento de escolha para a resolução desse problema, mas pode gerar alterações hemodinâmicas devido ao efeito compressivo do pneumoperitônio, a absorção do CO2 e a posição de Trendelenburg reverso (COELHO et al., 2020).

As complicações do tratamento cirúrgico da colecistite aguda e crônica, são piores nos idosos devido à reserva fisiológica reduzida e às comorbidades dessa faixa etária, o risco cirúrgico aumenta (RAMOS et al., 2018).

## 6 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

**1. Paciente em pós-operatório de colecistectomia videolaparoscópica, queixa-se de dor de forte intensidade no ombro direito. Ao conferir a descrição cirúrgica, o médico de plantão no andar, vê que houve perfuração acidental da vesícula e extravasamento de bile na cavidade, porém foi lavada com soro fisiológico. A causa mais provável da dor é:**

- a) Coleperitônio.
- b) Peritonite química.
- c) Irritação frênica pelo pneumoperitônio.**
- d) Peritonite bacteriana

**2. M.A.S,83 anos, diabética, hipertensa em tratamento regular com losartana, crises recorrentes de colelitíase, é submetida à colecistectomia videolaparoscópica. Qual é a principal arritmia cardíaca decorrente da insuflação do pneumoperitônio com CO<sub>2</sub>?**

- a. Flutter atrial
- b. Fibrilação atrial
- c. Bradicardia**
- d. Taquicardia supraventricular
- e. Fibrilação ventricular sem pulso

**3. E.B., 70 anos, masculino, deu entrada em clínica com queixa de “dor abdominal há 15 dias”. Paciente refere história de 15 dias de evolução, com dor abdominal em região de hipocôndrio direito de forte intensidade, com irradiação para dorso, associada a náuseas e vômitos, com início após churrasco. Paciente refere que dor iniciou aproximadamente duas horas após a refeição. Desde então, apresentou vários episódios semelhantes, mesmo em jejum. No momento, queixa leve desconforto local. Nega febre. Mãe e irmã com história de colecistopatia calculosa crônica com necessidade de colecistectomia.**

### **3.1. Qual a hipótese diagnóstica?**

No caso em questão, a cólica biliar foi o sintoma mais sugestivo para o quadro sintomático da colelitíase. Caracteristicamente, a cólica biliar é o sintoma específico de doença na vesícula, sendo descrita como dor epigástrico-hipocondríaca, geralmente 15 a 30 minutos após as refeições, com destaque naquelas ricas em colecistocinéticos (gordurosas), persistindo por até cinco horas, desaparecendo gradual ou repentinamente.

### **3.2. Quais os diagnósticos diferenciais para o quadro apresentado?**

Dentre os diagnósticos diferenciais, cita-se: úlcera duodenal, pancreatite, infarto do miocárdio, síndrome do cólon irritável e cálculos renais.

### **3.3. Baseado na história, quais exames complementares deveriam ser solicitados?**

A ultrassonografia de abdome superior é recomendada para diagnosticar ou completar o diagnóstico de coledolitíase.

### **3.4. Qual seria a melhor conduta terapêutica se a hipótese diagnóstica fosse confirmada?**

A conduta em coledolitíase é a colecistectomia. A maioria dos pacientes são submetidos à colecistectomia videolaparoscópica (CVL).

## **REFERÊNCIAS**

COELHO JCU, et al. Resultado da colecistectomia laparoscópica em idosos. Rev Col Bras Cir 2018; v. 45; n.5. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181659>

GOLDMAN L, AUSIELLO D. Cecil Medicina. 23ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier;2011. 1331-1335p.

JUNIOR WS, SANTOS JS. Protocolo Clínico e de Regulação para Litíase Biliar e suas Complicações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, 805-812p.

MARTINS MA, CARRILHO FJ, ALVES VAF, CASTILHO EA, CERRI GG. Clínica Médica: doenças do aparelho digestivo, nutrição e doenças nutricionais. 2ª ed. Barueri: Manole, 2016; v.4; 263-286p

RAMOS LPJ, et al. Avaliação hemodinâmica de pacientes idosos durante colecistectomia vídeo-laparoscópica. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2018; v.45, n.5. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20182020>