

LITÍASE BILIAR EM PACIENTE OBESA DO SEXO FEMININO: Relato de Caso

Élida Ribeiro de FREITAS¹

Emanuel Magaiver Leite de CASTRO²

Mariana Lima SOUTO³

Richardson Cançado Araújo BARROS⁴

Sílvia Laguardia ROCHA⁵

Sérgio Ricardo MAGALHAES⁶

¹⁻⁵ Acadêmicos de Medicina – UninCor

⁶ Orientador e Professor da disciplina Iniciação Científica do Curso de Medicina – UninCor

RESUMO

Introdução: A colelitíase é a doença mais comum do trato biliar apresentando maior incidência em mulheres. Ela é caracterizada pela formação de cálculos biliares no interior da vesícula biliar ou ductos biliares. A formação ocorre quando o colesterol, os sais biliares ou os bilirrubinatos são produzidos em excesso pelo fígado, o que leva à precipitação formando os cálculos biliares. **Objetivo:** O objetivo deste artigo foi apresentar um caso clínico de colelitíase em paciente mulher, tendo a obesidade, hipertensão e diabetes mellitus como possíveis fatores de risco, além disso, enfatizar a abordagem terapêutica realizada pelo médico com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos por essa doença. **Relato de caso:** Relatou-se um caso de Colelitíase em paciente do sexo feminino, 57 anos, leucoderma, obesa, hipertensa e diabética. A paciente relatou dor intensa de início súbito, constante em região do hipocôndrio direito que irradiava para ombro direito acompanhada de náuseas e vômitos. A paciente foi diagnosticada com colelitíase, esteatose hepática moderada, ateromatose aórtica, conteúdo de vesícula alterada; detectados pela US, resultando numa colecistectomia. **Conclusão:** O caso ressalta a importância de um minucioso acompanhamento da hipertensão, assim como do diabetes a partir de um adequado envolvimento médico resultando no sucesso terapêutico desse acometimento.

Palavras-chave: Colelitíase; Obesidade; Hipertensão; Diabetes mellitus, Colecistectomia.

ABSTRACT

Introduction: Cholelithiasis is the most common disease of the biliary tract with higher incidence in women. It is characterized by the formation of gallstones inside the gallbladder or bile ducts. The formation occurs when cholesterol, bile salts or bilirubinates are produced by the liver in excess, which leads to precipitation forming gallstones. **Objective:** The objective of this paper was to present a case of cholelithiasis in a patient woman, with obesity, hypertension and diabetes mellitus as potential risk factors also emphasize the therapeutic approach taken by the doctor in order to improve the quality of life of patients affected by this disease. **Case report:** It was reported a case of Cholelithiasis in a female patient, 57 years, Caucasian, obese, hypertensive and diabetic. Reported severe pain of sudden onset, constant region of the right upper quadrant radiating to right shoulder accompanied by nausea and vomiting for 15 days. The patient was diagnosed cholelithiasis, moderate hepatic steatosis, Aortic atheromatosis, altered vesicle content, detected by U.S., resulting in cholecystectomy. **Conclusion:** This case demonstrates the importance of careful monitoring of hypertension, and diabetes from a physician appropriate involvement resulting in successful treatment of this condition.

Keywords: Cholelithiasis; Obesity; Hypertension; Diabetes mellitus; Cholecystectomy.

INTRODUÇÃO

A colelitíase é a doença mais comum do trato biliar. Ela é caracterizada pela formação de cálculos biliares no interior da vesícula ou ductos biliares. A formação ocorre quando o colesterol, os sais biliares ou os bilirrubinatos são produzidos em excesso pelo fígado, o que leva à precipitação formando os cálculos biliares.

Os cálculos podem ser de dois tipos principais: cálculos de colesterol, que contém cristais de colesterol monoidratado, o qual corresponde cerca de 80% dos cálculos; e os demais são resultados da calcificação da bilirrubina e são chamados cálculos de pigmentos. Os cristais de colesterol se formam quando a capacidade de solubilizar o colesterol é ultrapassada pela sua concentração na bile, supersaturação. Para sua formação ocorrem as seguintes condições: supersaturação da bile com colesterol, formação de sítios de nucleação a partir de microprecipitados de sais de cálcio, hipomobilidade da vesícula biliar, hipersecreção de muco, que aprisiona os cristais, facilitando a formação dos cálculos. A formação dos cálculos pigmentares está relacionada a presença de bilirrubina não conjugada na bile. Essa forma da bilirrubina se precipita como sais insolúveis de bilirrubinato de cálcio, que origina o cálculo.

Mediante estudos epidemiológicos de necrópsia e de investigação clínica a

prevalência de cálculos biliares, nos adultos, varia de 15 a 20%. A litíase vesicular apresenta um marcado acréscimo na incidência a partir dos 55 anos. De uma forma geral, em pacientes pediátricos é raro colelitíase, porém as crianças com distúrbios hematológicos, alguns tipos de anemia, como a anemia falciforme, e com dificuldade de absorção de sais biliares estão predispostas à formação de cálculos biliares. A incidência da litíase biliar é maior nas mulheres com múltiplas gestações e está discretamente aumentada em pacientes obesos. A variação hormonal altera a motilidade da vesícula biliar, causando uma dificuldade de esvaziamento, assim como a alteração do metabolismo do colesterol, pois o estrógeno aumenta a síntese e captação hepática de colesterol, levando a uma secreção biliar excessiva desse composto. A diabetes também causa um aumento na incidência dos cálculos na vesícula biliar, devido à supersaturação do colesterol.

Cerca de 70% dos casos são assintomáticos, e quando sintomáticos provocam dor no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e intolerância a alimentos gordurosos.

Aproximadamente 15% dos cálculos biliares contêm cálcio suficiente para serem observados em radiografias simples do abdome, mas, sem estudos adicionais, não é possível ter certeza de que os cálculos estão realmente dentro da vesícula biliar. Os

principais métodos para visualização dos cálculos biliares são a ultra-sonografia e o colecistograma oral. A especificidade e a sensibilidade de ambos os exames são muito altas, superando 95%.

Entretanto, os principais fatores de risco são: obesidade, hormônios sexuais femininos, infecção biliar, síndrome de hiperlipidemia.

A colecistectomia é o único tratamento definitivo para a colelitíase e é indicada para a maioria dos pacientes sintomáticos. A colecistectomia não é indicada como operação profilática para pacientes assintomáticos.

RELATO DE CASO

Paciente C.I.S, do sexo feminino, 57 anos, branca, solteira, dona de casa, procedente de Santa Luzia, Minas Gerais, relatou dor intensa de início súbito, constante em região do hipocôndrio direito que irradia para ombro direito acompanhada de náuseas e vômitos há 15 dias.

A paciente é hipertensa, diabética, e nega outras comorbidades. Alérgica a Buscopan e Plasil intra-venosa. Alimentava-se de verduras, frutas e alimentos ricos em lipídios; nega etilismo e tabagismo, porém havia fumado durante 5 anos, em média 40 cigarros por dia, tendo cessado o vício havia 30 anos. Relatou que o pai era diabético e apresentou trombose no final da vida. Já a mãe, apresentou aneurisma, derrame, colelitíase e hipertireoidismo.

Ao exame físico apresentou pressão arterial (PA) de 140/90 mmHg, frequência cardíaca (FC) de 69 batimentos por minuto e frequência respiratória (FR) de 12 incursões respiratórias por minuto. Durante o exame físico a paciente apresentou bom estado geral, LOTE (lúcida, orientada em tempo e espaço) perfusão capilar normal, mucosa ocular corada e hidratada, anictérica, acianótica, afebril. A ausculta cardiovascular revelou bulhas normo-rítmicas e normo-fonéticas em dois tempos sem sopro, pulso cheio, regular e simétrico. Na ausculta pulmonar verificou-se murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios. Observou-se abdome globoso, sem presença de hematomas e aranhas vasculares, presença de ruídos hidroaéreos, abdome timpânico, flácido, livre, sem massas, sem visceromegalias. Apresentou dor à palpação superficial e profunda em hipocôndrio direito. Em relação ao aparelho linfático e locomotor houve presença de edema e má perfusão em membros inferiores.

Paciente apresentou um diagnóstico de esteatose hepática moderada, colelitíase (cálculos maiores de 6,6 mm), ateromatose aórtica, conteúdo da vesícula alterada, detectados pela Ultrassonografia.

Prescreveram-se medicamentos para controle pressórico, bem como glicêmico. Foi realizado o encaminhamento para avaliação e realização da colecistectomia pela cirurgia geral.

DISCUSSÃO

A litíase da vesícula biliar, vias biliares e suas complicações são conhecidas desde a antiguidade. Em 1678, o anatomista inglês Francis Glisson dizia: “O único remédio para o cálculo biliar era a morte”. [3]

A incidência da litíase biliar é maior nas mulheres com múltiplas gestações e está, discretamente, aumentada em pacientes obesos. Apresenta maior incidência entre os 35 e 55 anos e aumenta, gradualmente, a partir dos 55 anos. [5]

Vários outros fatores podem levar à colelitíase como, por exemplo, hemólise, diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, cirrose, doença de Crohn e gastrectomia parcial. [3]

Os defeitos metabólicos e da secreção de lipídios biliares, a disfunção da vesícula biliar e a precipitação de colesterol e sais de cálcio são fatores envolvidos na formação dos cálculos biliares. O aumento da síntese de colesterol ocorre nos obesos, nas usuárias de anticoncepcionais orais, na gravidez, no envelhecimento, na diabetes mellitus, e na perda ponderal acentuada. [5]

A colelitíase apresenta-se nas seguintes formas clínicas: assintomática, sintomática e complicada. O estado assintomático é muitas vezes um achado incidental cada vez mais freqüente. A atitude a ser adotada é assunto controvertido. [3] Na história natural da litíase biliar, 40 a 60% dos portadores de colelitíase são assintomáticos. [5]

A dor biliar é a principal queixa na maioria dos pacientes sintomáticos com cálculos biliares. A dor biliar é visceral, localiza-se no epigástrio ou hipocôndrio direito, com freqüência, irradia-se para o ombro direito e a escápula e resulta da obstrução transitória do canal cístico pelos cálculos, seguida de espasmo. A dor pode ser precipitada por uma refeição, porém, mais comumente, não há evento estimulante e a dor pode começar até mesmo à noite. A dor biliar é constante, e não intermitente, assim o termo "cólica" é inadequado. Uma crise típica consiste em dor que aumenta durante 15 minutos a 1 hora, que permanece em um platô durante 1 hora ou mais e, depois, diminui lentamente. Em um terço dos pacientes, a dor tem início súbito e, menos freqüentemente, o alívio também é súbito. A dor que dura mais de 5 a 6 horas deve sugerir colecistite aguda. [5]

A crise está associada a vômitos e sudorese na maioria dos pacientes, e o vômito geralmente produz certo alívio. [5]

O exame físico geralmente é normal, mas alguns pacientes apresentam dor no epigástrio e no hipocôndrio direito durante uma crise de dor biliar. [5]

Os principais métodos para visualização dos cálculos biliares são a ultra-sonografia. Se os resultados da ultrassonografia forem negativos e a litíase ainda for considerada uma possibilidade, deve ser realizado um colecistograma oral. Se tanto a ultra-sonografia abdominal quanto o

colecistograma oral forem normais e os sintomas forem altamente sugestivos, a ultrasonografia endoscópica é uma opção para concluir a investigação. [5]

A colecistectomia é o único tratamento definitivo para a colelitíase e é indicada para a maioria dos pacientes sintomáticos. A colecistectomia não é indicada como operação profilática para pacientes assintomáticos. [5]

As complicações da colelitíase, como colecistite aguda, íleo biliar coledocolitíase com ou sem colangite ou pancreatite, íleo paralítico e câncer de vesícula, são afecções que colocam a vida em risco e merecem pronto tratamento. [3]

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

1. BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolio. Patologia. 7ª edição. Editora Guanabara Koogan, 2006.
2. COTRAN, R.S; KUMAR, Vinay; COLLINS, T. Robbins. Bases patológicas das doenças. Patologia. 7ª edição. Editora Guanabara Koogan, 2005.
3. NUNES, S. I., et al. **Colelitíase assintomática: quando operar?** HU revista, Juiz de Fora, v.33, n.3, p.69-73, jul./set. 2007.
4. Prontuário médico de atendimento realizado no Hospital São João de Deus em Santa Luzia, Minas Gerais.

A Colelitíase compreende anormalidades (complicações) em diversos setores do organismo, incluindo o fígado e a vesícula biliar, que desempenham importantes papéis na fisiologia e biologia do ser humano.

Portanto, a interdisciplinaridade, com envolvimento do médico, é de extrema importância para o sucesso terapêutico desta doença. Em virtude disso, foi possível concluir o fechamento do diagnóstico, resultando na solicitação de uma colecistectomia, sendo que esta foi realizada após o risco cirúrgico.

5. SANTOS, J. S. dos, et al. **Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações Para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias.** HU revista. Ribeirão Preto. 41 (4): p449-464. 2008.