Epidemiologia:
- Cálculos de colesterol: 80% dos casos de colelitíase (mais no ocidente)
- Cálculos pretos: 20% dos casos de colelitíase
- Cálculos castanhos: 10% dos casos de coledocolitíase (primária)

Etiologia

Cálculos de colesterol: grandes e amarelos
- excesso de colesterol
- déficit de sal biliar

Fatores de risco:
- sexo feminino: estrógeno aumenta síntese de colesterol no fígado
- ACO: estrógeno aumenta síntese de colesterol no fígado
- medicamento fibrato: aumenta excreção biliar de colesterol
- emagrecimento rápido: mobilização de colesterol para o fígado
- gravidez: hipomotilidade da vesícula
- ressecção ileal: diminuição do ciclo entero-hepático dos sais biliares
- doença de Crohn: diminuição do ciclo entero-hepático dos sais biliares
- obesidade
- pós-cirurgia de vagotomia

Cálculos de bilirrubinato de cálcio

Pretos (composição exclusiva de bilirrubinato): pequenos e pretos
- hemólise crônica: aumento de bilirrubina indireta

Fatores de risco:
- Anemia falciforme
- Esferocitose hereditária
- Talassemia

Castanhos: tamanho médio e friáveis
- nucleação por bactérias

Fatores de risco: para infecção crônica da bile
- obstrução prévia da vias biliares
- parasitismo das vilas biliares pelo verme Chloronorchis sinensis

Patogênese:
- supersaturação: excesso de colesterol ou bilirrubina indireta
- nucleação: formação de cristais, facilitada por estase biliar
- crescimento do cálculo: aposição de cristais sobre o núcleo, facilitada pela hipomotilidade da vesícula

Alteração

Fisiologia:
- Composição da bile: sais biliares, pigmento biliar, colesterol
- Função da bile: emulsificar de gorduras no intestino
- Estimulo à secreção: CCK e Secretina

Fisiopatologia: cálculo na vesícula

Manifestações clínicas

Sintomático: dor episódica de moderá intensidade, localizada no quadrante superior direito que pode ou não irradiar pada escápula direita ou ombro direito com duração menor de 6 horas (cólica biliar)

Assintomático: 20-30% dos casos

Propedêutica complementar: USG abdominal

- Imagens arredondadas hiperecogênicas com sombra acústica
- Ausência de dilatação das vias biliares

Diagnóstico: Colelitíase

Tratamento cirúrgico: para casos sintomáticos
- CVL

Complicações:
- conversão para Laparotomia: 1,95%
- hemorragia: < 2%
- lesão ductal iatrogênica da vesícula: 15,9%
- lesão das vias biliares: 0,1%
- abscesso subhepático: 0,1%
- fístula biliar: 0,3%

Tratamento para casos assintomáticos
- expectante

Expectante

Se:
- vesícula em porcelana
- pólipos de alto risco
- cálculos grandes: > 2,5-3cm
- cálculos pequenos mas em população alta incidência de neoplasia de vesícula
- vesículas com anomalias congênitas
- anemias hemolítica

Cirurgia profilática

Complicações

Relacionadas à

Obstrucao da árvore biliar

Principalmente nos casos de:
- Coledolitíase
- Estenose benigna das vias biliares
- Estenoses malignas das vias biliares
- Pós-procedimentos
- Presença de vermes
- Presença de próteses

Seguida de infecção aguda bacteriana

Manifestações clínicas: Tríade de Charcot
- Icterícia
- Dor biliar
- Febre alta

Exames complementares:
- leucocitose com desvio
- hiperbilirrubinemia
- aumento da FA
- aumento de transaminases
- USGA com dilatação das vias biliares

Diagnóstico: Colangite bacteriana aguda

Tratamento:
- ATB parenteral: Ceftriaxone + Metronidazol ou Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol
- Descompressão de urgência: Papilotomia endoscópica ou drenagem percutânea trans-hepática

Se péntade de Reynolds:
- tríade de Charcot
- hipotensão
- estado confusional

Tratamento:
- ATB parenteral: Ceftriaxone + Metronidazol ou Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol
- Descompressão eletiva: Papilotomia endoscópica ou drenagem percutânea trans-hepática

Ao nível do ducto colédoco

Manifestações clínicas: sintomático em 50% dos casos
- dor em quadrante superior direito
- icterícia intermitente
- ausência de emagrecimento
- vesícula impalpável (escleroatrófica)
- ausência de emagrecimento

Exames complementares:
- USGA
- Bilirrubinas
- Transaminases

- presença de cálculo no colédoco no USG ou
- clínica de colangite ou
- BT > 4 ou
- colédoco dilatado na USG + BT entre 1,8-4

CPRE

Diagnóstico: Coledocolitíase

Tratamento

- Papilotomia endoscópica

Se:
- colédoco muito dilatado (>1,5cm)
- múltiplos cálculos (>5)
- cálculo intrahepático
- coledocolitíase primária (cálculos pigmentados castanhos)
- dificuldade para cateterizar ampola
- diverticulo duodenal

Cirurgia de derivação biliodigestiva:
- Coledocoduodenostomia
- Coledocojejunostomia em Y de Roux
- Hepaticojejunostomia em Y de Roux

- Colédoco dilatado na USG ou
- BT entre 1,8-4 ou
- Idade > 65 anos ou
- Pancreatite biliar

Paciente irá operar de colecistectomia

Exames complementares:
Colecistectomia laparoscópica com Colangiografia ou USG intraoperatória

Diagnóstico intraoperatório: Coledocolitíase

Tratamento: Exploração cirúrgica do colédoco:
- Via transcística com cateteres balonados ou providos de cesta
- Se cálculos acima do ducto cístico: coledocotomia com dreno de Kehr
- Se cálculos residuais: papilotomia endoscópica

Paciente não pode operar de colecistectomia ou já operou da colecistectomia

Exames complementares:
Colangio-RM ou USG endoscópico

Se positivo, CPRE

Diagnóstico : Coledocolitíase

Tratamento:
Papilotomia endoscópica

Ao nível ducto hepático comum

Manifestações clínicas
- síndrome colestática
- episódios recorrentes de colangite bacteriana aguda

Exames complementares:
- USGA com vesícula biliar contraída com dilatação da árvore biliar acima da junção com ducto cístico

Diagnóstico:
Síndrome de Mirizzi

Tratamento: cirúrgico
- exploração do ducto colédoco
- coledocoplastia
- sutura ou não da fístula

Ao nível do ducto cístico

Manifestações clínicas:
- dor abdominal de intensidade crescente localizada no QSD e irradiada para dorso por mais de 6 hr
- sinal de Murphy
- presença de febre baixa
- anorexia, nausea e vômitos

Exames complementares:
- leucocitose com desvio
- aumento discreto de Bb
- aumento discreto de FA, TGO e amilase
- US com espessamento da parede da vesícula, coleção pericolecística, cálculo impactado, sinal de Murphy ultrassonográfico

Diagnóstico: Colecistite aguda calculosa

Tratamento:
- Internação hospitalar
- hidratação venosa
- analgesia
- dieta zero
- ATB parenteral: Ceftriaxone + Metronidazol ou Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol
- Colecistectomia laparoscópica precoce (em 24-72hr)

Se complicações (10-20% dos pacientes)

- febre alta
- calafrios
- prostração intensa
- leucocitose > 15.000

Empiema de vesícula

- peritonite generalizada (abdome em tábua)
- choque séptico

Gangrena com perfuração livre

- massa palpável
- quadro abrandado

Grangrena de vesícula com perfuração tamponada

- diabéticos e idosos
- RxA com ar no interior da vesícula

Colecistite enfisematoso

- alívio dos sintomas de Colecistite
- obstrução intestinal súbita
- RxA com pneumobilia
- USG evidenciando fistula
- TCA evidenciando cálculo

Fistula colecistoentérica com íleo biliar

Tratamento:
- Enterolitotomia
- Colecistectomia e correção da fístula

Cirurgia de urgência

- paciente imunodeprimido
- paciente séptico
- paciente em UTI
- paciente em uso de NPT
- paciente politraumatizado
- grandes queimados
- paciente em VM
- SIDA com CMV

Exames complementares:
- USGA com espessamento da parede da vesícula, coleção pericolecística, sinal de Murphy ultrassonográfico mas ausência de cálculo

Diagnóstico: Colecistite aguda alitiásica

Tratamento:
- hidratação venosa
- analgesia
- dieta zero
- ATB parenteral: Ceftriaxone + Metronidazol ou Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol
- Colecistectomia laparotômica ou Drenagem percutânea