



Empiema de vesícula com perfuração: um relato de caso

DOI: 10.56238/isevjhv3n4-009

Recebimento dos originais: 11/06/2024

Aceitação para publicação: 31/07/2024

Helen Brambila Jorge Pareja

Mestrado em Ciências da Saúde

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 8792800011270177

E-mail: Brambila_hj@hotmail.com

Gersio Cayres Pinheiro Neto

Graduado em Medicina

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 5123791080690605

E-mail: gersio_cayres@hotmail.com

Maria Julia Elias de Freitas

Graduanda de Medicina

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 4745977853913211

E-mail: majueliasf@gmail.com

Tiago Lyria da Silva Pazinato

Graduando de Medicina

Universidade do Oeste Paulista

ID Lattes: 9868197015991108

E-mail: tiagolyria23@gmail.com

Graduanda de Medicina

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 4973696998271949

E-mail: minatti.manu@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A colecistite aguda (CA) é uma inflamação da vesícula biliar frequentemente causada pela obstrução do ducto cístico por cálculos biliares, responsável por 90-95% dos casos. Complicações incluem gangrena, perfuração da vesícula e empiema, que ocorre em 6,3-26,6% dos casos complicados e pode evoluir para sepse se não tratado prontamente. O empiema da vesícula é mais comum em homens e idosos, especialmente com comorbidades. Sintomas incluem dor no quadrante superior direito, febre e náuseas. Diagnóstico envolve ultrassonografia, tomografia computadorizada e exames laboratoriais. Tratamento imediato com antibióticos e remoção ou drenagem da vesícula. Cirurgia laparoscópica é preferida. **Objetivo:** Demonstrar a importância do diagnóstico e tratamento adequado no empiema de vesícula. **Métodos:** A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, e seu prontuário, foram coletadas informações para realização desse relato. **Resultados:** O empiema da vesícula biliar apresenta sintomas como dor aguda no quadrante superior direito, febre, náuseas, irradiação da dor para as

costas e ombro, e sinal de Murphy positivo. Com o agravamento, surgem febre alta, calafrios e sinais de sepse. No caso relatado, a paciente estava afebril, dificultando o diagnóstico de empiema. Foi realizada uma colecistectomia videolaparoscópica, o padrão de tratamento para cálculos biliares. Conclusão: O tratamento imediato com antibióticos parenterais e remoção ou drenagem urgente da vesícula biliar é essencial para evitar complicações graves e morte. A colecistectomia laparoscópica é o padrão de tratamento, oferecendo vantagens como redução e menor custo médico.

Palavras chave: Empiema de vesícula biliar; colecistite aguda; colecistectomia laparoscópica.

1 INTRODUÇÃO

A colecistite aguda (CA) é uma das entidades cirúrgicas mais comuns atendidas no pronto-socorro, é uma doença inflamatória aguda causada após obstrução do ducto cístico por cálculos biliares (ORTIZ-HERNÁNDEZ et al. 2022), responsável por 90% a 95% dos casos de CA (GALLAHER e CHARLES 2022), ou bile litogênica. As Complicações da CA, como gangrena, perfuração da vesícula biliar e CA enfisematosa, podem ocorrer em 7,2–26% dos pacientes com CA (NASSAR et al. 2022); e empiema da vesícula biliar que pode evoluir para sepse se não for tratada imediatamente (ELKBULI et al. 2020), resultando em disfunção orgânica e necessidade de suporte de órgãos, como uma possível consequência da doença grave (NASSAR et al. 2022).

O empiema da vesícula biliar é responsável por 6,3–26,6% das CA complicadas, com mortalidade de quase 3%. Ele está associado à colecistite por cálculo, onde há obstrução do ducto cístico e estase de bile. A bile estagnada na vesícula biliar apresenta superinfecção com microrganismos que levam à supuração em uma vesícula biliar com inflamação aguda (KASHYAP et al. 2023). Os agentes etiológicos mais frequentes são os enteropatógenos Gram-negativos: *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp. e *Streptococcus faecalis*. Entretanto, outros patógenos podem afetar a vesícula biliar e causar complicações (ORTIZ-HERNÁNDEZ et al. 2022). O empiema de vesícula é uma condição mais mórbida quando ocorre na faixa etária mais avançada, e há uma maior preponderância de homens que desenvolvem esta doença. Pacientes com risco aumentado de CA, como aqueles com diabetes associado, terapia imunossupressora ou hemoglobinopatias, têm maior chance de desenvolver empiema da vesícula biliar. A mortalidade é rara, exceto em pacientes com idade avançada, imunidade comprometida ou comorbidades significativas (KASHYAP et al. 2023) e em casos de evolução pra septicemia.

A formação de pus segue-se a esta infecção, preenchendo firmemente o lúmen da vesícula biliar. Em uma vesícula biliar tensa e edemaciada, pode ocorrer necrose da parede e perfuração se

a drenagem ou remoção da vesícula biliar não for realizada imediatamente. Os pacientes não tratados, ou tratados tardiamente podem desenvolver sepse generalizada ou gangrena da vesícula biliar, resultando em perfuração da vesícula biliar. Raramente, uma fístula entre a vesícula biliar e outros órgãos podem ocorrer como uma complicação de empiema da vesícula biliar. No exame anatomopatológico a parede da vesícula biliar pode estar coberta externamente por um exsudato fibrinoso, e secreção purulenta no lúmen da vesícula biliar. Na cultura, esse pus nem sempre pode desenvolver organismos se o paciente estiver em terapia antibiótica. O exame microscópico da mucosa pode revelar ulceração e evidência de inflamação. Pode haver hemorragia mucosa associada (KASHYAP et al. 2023).

Essa patologia geralmente apresenta sinais e sintomas (MURTAZA KHOMUSI et al. 2022), como dor aguda no quadrante superior direito, febre e náuseas que podem estar associadas à alimentação (GALLAHER e CHARLES 2022), irradiação da dor para as costas e ponta do ombro (MURTAZA KHOMUSI et al. 2022), sinal de Murphy positivo; e com o agravamento da doença, ocorrem febre alta, calafrios e sinais de sepse sistêmica. Frequentemente, o paciente apresenta uma contagem elevada de Gama Glutamil Transferase, fosfatase alcalina e glóbulos brancos, indicando uma causa infecciosa subjacente. Deve-se também obter testes de função hepática e renal, perfil de coagulação e hemograma completo (KASHYAP et al. 2023).

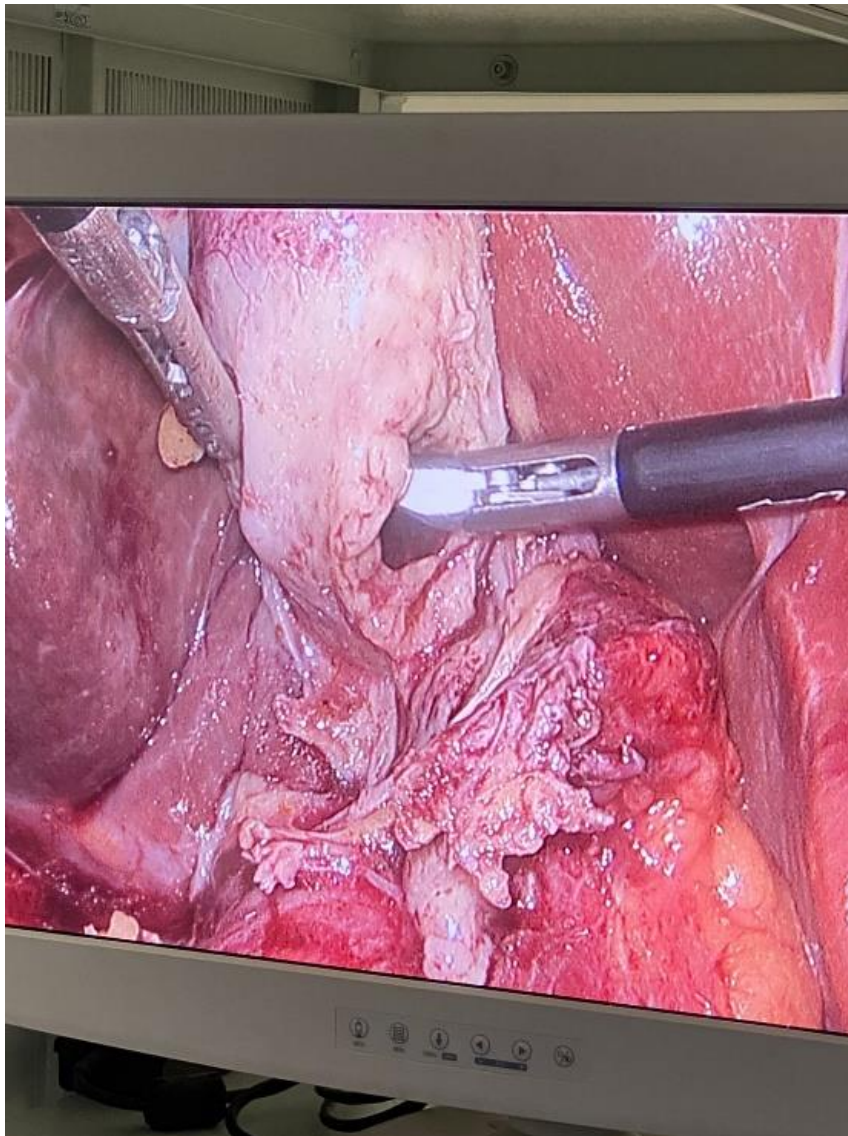
A ultrassonografia do quadrante superior direito tem sensibilidade de aproximadamente 81% e especificidade de aproximadamente 83% para colecistite aguda (GALLAHER e CHARLES 2022), mas não é diagnóstico, porém pode levantar a suspeita de empiema quando há vesícula biliar muito edemaciada ou quando há conteúdo ecogênico na vesícula biliar associado a cálculos biliares. Uma tomografia computadorizada pode ser útil quando uma ultrassonografia não contribui, pois esta pode revelar uma vesícula biliar aumentada ou distendida com paredes edematosas e, às vezes, coleção pericolecística. Quando o diagnóstico é mais difícil, uma ressonância magnética pode ajudar, inclusive no diagnóstico diferencial de uma síndrome de Mirizzi ou coledocolitíase. As outras investigações relevantes são os níveis de enzimas hepáticas e o TP (tempo de protrombina) e o aPTT (tempo de tromboplastina parcial ativada). Os achados radiológicos por si só podem ser insuficientes para um diagnóstico preciso de empiema da vesícula biliar. Uma combinação de achados clínicos, radiológicos e laboratoriais é crucial para chegar a um diagnóstico final correto de empiema da vesícula biliar (KASHYAP et al. 2023).

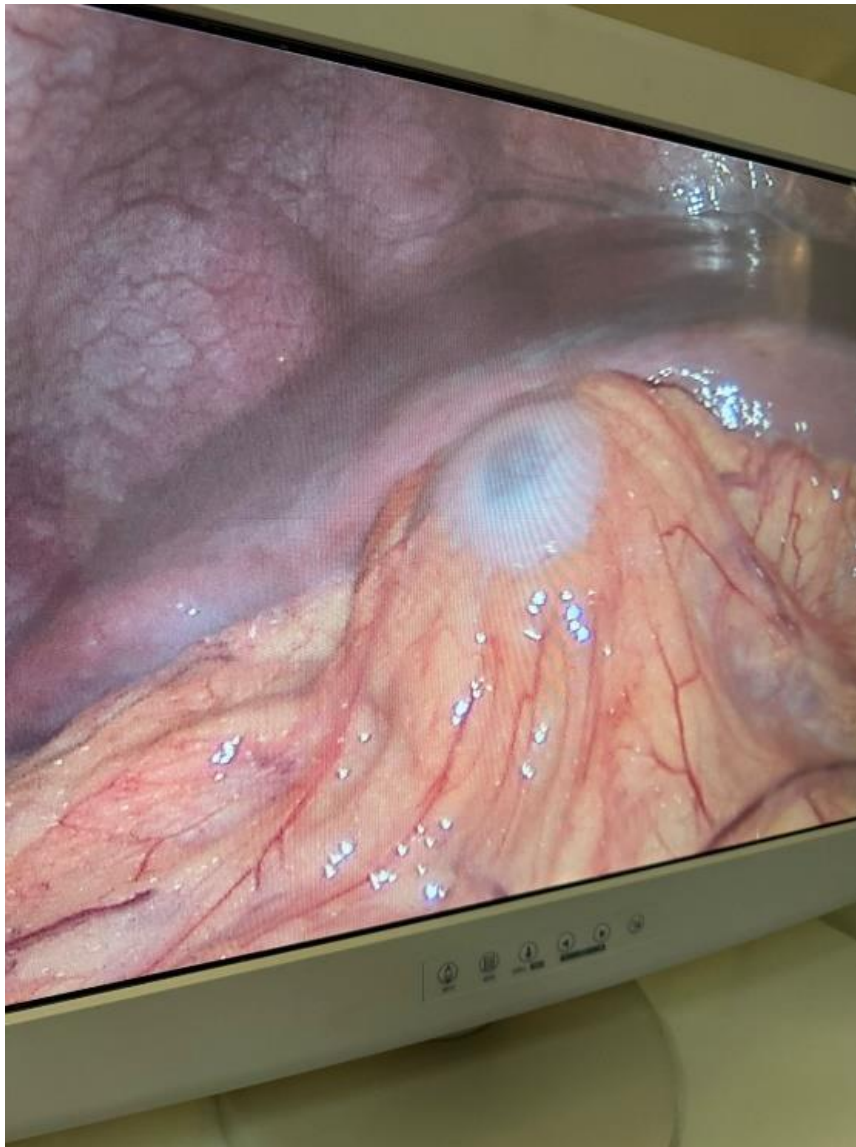
O tratamento imediato com antibióticos por via parenteral, juntamente com a remoção ou drenagem urgente da vesícula biliar, é essencial para evitar complicações graves e até mesmo a morte. É crucial administrar um antibiótico de amplo espectro, garantir a hidratação e preparar o

paciente para a cirurgia o mais rápido possível. Embora a abordagem convencional seja a colecistectomia aberta, cirurgiões experientes podem realizar a remoção laparoscópica da vesícula biliar. No entanto, é importante que os cirurgiões estejam preparados para converter para uma cirurgia aberta se encontrarem dificuldades técnicas. A conversão para uma cirurgia aberta é mais comum em casos de empiema da vesícula biliar devido à redução da visibilidade e ao aumento do sangramento devido à inflamação. A descompressão inicial da vesícula biliar distendida, seja guiada por radiologia ou laparoscopia, facilita a dissecação durante a cirurgia. As taxas de complicações pós-operatórias, como infecção da ferida, sangramento e lesões nos ductos biliares, são mais altas em comparação com casos de colecistite por cálculos biliares. Em pacientes idosos ou comorbidades graves, a drenagem temporária guiada por radiologia pode ser realizada antes da cirurgia. Isso pode levar a uma melhora na condição do paciente, permitindo uma cirurgia eletiva posteriormente. A terapia antibiótica geralmente é mantida até que a febre diminua (KASHYAP et al. 2023).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente M.G.G.T., sexo feminino, 75 anos, hipertensa. Procurou atendimento ambulatorial devido ao quadro de Dor de forte intensidade em hipocôndrio direito com início há \pm 5 dias que irradiava para o dorso associado a náuseas. Relatou que a dor se iniciou e se intensificou após a ingestão de alimentos gorduroso. Nega febre, vômitos e fatores atenuantes. Apresentava um exame anterior diagnosticando colelitíase. Paciente apresentava sinais vitais estáveis; não apresentava sinais de choque e sepse. Exame físico abdominal apresentava dor em hipocôndrio direito e Sinal de Murphy positivo. Foi realizada antibioticoterapia na paciente, que foi submetida a uma cirurgia no 10º dia, devido a boa condição clínica. A cirurgia realizada foi uma colecistectomia videolaparoscópica sem intercorrências. No intraoperatório foi evidenciado vesícula espessa com perfuração e saída de pus, caracterizando um empiema de vesícula. Recebeu dieta no mesmo dia, alta hospitalar no dia seguinte para complementar tratamento clínico com antibioticoterapia em casa. Paciente teve retorno ambulatorial em 15 dias e apresentava sinais vitais estáveis, tendo uma melhora significativa pós operatória.





3 DISCUSSÃO

O empiema da vesícula biliar está associado à colecistite por cálculo, onde há obstrução do ducto cístico e estase de bile (KASHYAP et al. 2023). A história clínica da paciente evidenciava a presença de colelitíase, e seu quadro clínico apresentado era de dor de forte intensidade em hipocôndrio direito associado a náuseas com início há \pm 5 dias, tendo iniciado e se intensificado após a ingestão de alimentos gordurosos, que pode ocorrer neste tipo de patologia e colabora para a descoberta desta condição. Entretanto, o empiema pode evoluir para sepse se não for tratada imediatamente (ELKBULI et al. 2020).

O empiema de vesícula é uma condição mais mórbida quando ocorre na faixa etária mais avançada, e há uma maior preponderância de homens que desenvolvem esta doença. Pacientes com risco aumentado de CA, como aqueles com diabetes associado, terapia imunossupressora ou



hemoglobinopatias, têm maior chance de desenvolver empiema da vesícula biliar. A mortalidade é rara, exceto em pacientes com idade avançada, imunidade comprometida ou comorbidades significativas, no caso a paciente tinha dois agravantes idade avançada 75 anos e ser hipertensa. (KASHYAP et al. 2023)

O tratamento imediato com antibióticos por via parenteral, juntamente com a remoção ou drenagem urgente da vesícula biliar, é essencial para evitar complicações graves e até mesmo a morte. É crucial administrar um antibiótico de amplo espectro, garantir a hidratação e preparar o paciente para a cirurgia o mais rápido possível. Embora a abordagem convencional seja a colecistectomia aberta, cirurgiões experientes podem realizar a remoção laparoscópica da vesícula biliar. A terapia antibiótica geralmente é mantida até que a febre diminua (KASHYAP et al. 2023). No entanto, no caso relatado, a paciente se apresentava afebril, o que dificultou o diagnóstico primário de empiema, por esse motivo, foi realizada uma colecistectomia videolaparoscópica, A colecistectomia laparoscópica é considerada o padrão de tratamento para o tratamento de cálculos biliares. O sucesso dessa técnica se deve à redução demonstrada na dor pós-operatória e no tempo de internação hospitalar, recuperação rápida, cicatrizes mínimas e redução geral dos custos médicos (PATEL et al. 2022). O Diagnóstico de Empiema foi confirmado através da videolaparoscopia, seguida de uma colecistectomia. Com esse procedimento, a paciente teve seus sintomas resolvidos e alta hospitalar 1 dia após o procedimento cirúrgico.



4 METODOLOGIA

A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, juntamente com seu prontuário médico, foram coletadas informações para realização desse relato de caso. Além disso, foi realizada uma busca de informações em bases de dados.

5 RESULTADOS

O empiema da vesícula biliar é responsável por 6,3–26,6% das CA complicadas, com mortalidade de quase 3%. Ele está associado à colecistite por cálculo, onde há obstrução do ducto cístico e estase de bile. No exame anatomopatológico a parede da vesícula biliar pode estar coberta externamente por um exsudato fibrinoso, e secreção purulenta no lúmen da vesícula biliar. Essa patologia geralmente apresenta sinais e sintomas, como dor aguda no quadrante superior direito, febre e náuseas que podem estar associadas à alimentação, irradiação da dor para as costas e ponta do ombro, sinal de Murphy positivo; e com o agravamento da doença, ocorrem febre alta, calafrios e sinais de sepse sistêmica. No caso relatado, a paciente se apresentava afebril, o que dificultou o diagnóstico primário de empiema, por esse motivo, foi realizada uma colecistectomia videolaparoscópica. A colecistectomia laparoscópica é considerada o padrão de tratamento para o tratamento de cálculos biliares.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que o tratamento imediato com antibióticos por via parenteral, juntamente com a remoção ou drenagem urgente da vesícula biliar, é essencial para evitar complicações graves e até mesmo a morte. É crucial preparar o paciente para a cirurgia o mais rápido possível, E optar pela colecistectomia laparoscópica considerada o padrão de tratamento. O sucesso dessa técnica se deve à redução demonstrada na dor pós-operatória e no tempo de internação hospitalar, recuperação rápida, cicatrizes mínimas e redução geral dos custos médicos.



REFERÊNCIAS

- ELKIBULI, A. et al. Uncommon presentation of severe empyema of the gallbladder: Case report and literature review. *The American journal of case reports*, v. 21, 2020
- GALLAHER, J. R.; CHARLES, A. Acute cholecystitis: A review. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, v. 327, n. 10, p. 965, 2022.
- KASHYAP, S.; MATHEW, G.; KING, K. C. Gallbladder Empyema. [s.l.] StatPearls Publishing, 2023.
- MURTAZA KHOMUSI, M. et al. Prevalence of empyema or mucocele or other histological diagnoses in patients undergoing cholecystectomy with diagnosis of chronic cholecystitis. *Cureus*, 2022.
- NASSAR, A. et al. Outcome of early cholecystectomy compared to percutaneous drainage of gallbladder and delayed cholecystectomy for patients with acute cholecystitis: systematic review and meta-analysis. *HPB: the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, v. 24, n. 10, p. 1622–1633, 2022.
- ORTIZ-HERNÁNDEZ, A. et al. Acute cholecystitis complicated with gallbladder empyema due to *Mycobacterium tuberculosis* in a patient with diabetes mellitus: a case report. *Therapeutic advances in infectious disease*, v. 9, p. 204993612211291, 2022.
- PATEL, N. et al. Imagem multimodal de complicações de colecistectomia. *Radiographics: uma publicação de revisão da Radiological Society of North America, Inc*, v. 42, n. 5, p. 1303–1319, 2022.