Edição III

Clínica Médica & Cirurgia

Capítulo 1

COLELITÍASE, PANCREATITE E DOENÇAS BILIARES: DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM CIRÚRGICA

SABRINA SOMAVILLA[1]
VALDOIR DOS SANTOS SILVA FILHO1
ALICE RODRIGUES MAZARO1
EDUARDO FERREIRA STORMOVSKI[1]

[1]Discente –Medicina da Universidade Franciscana (UFN).

Palavras-chave: *Colelitíase Pancreatite Biliar; Coledocolitíase.*

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, serão abordadas algumas doenças prevalentes que possuem grande notoriedade no âmbito clínico da gastroenterologia e da cirurgia do aparelho digestivo que são: colelitíase, pancreatite biliar e doenças biliares com ênfase na coledocolitiase. São comumente relacionadas fisiopatologicamente pela presença de cálculos e sua migração para via biliar podendo resultar em obstrução biliar e inflamação pancreática.

Cálculos biliares são depósitos cristalizados que se formam na vesícula biliar ou árvore biliar, compostos principalmente de colesterol, bilirrubina e bile. Essas pedras geralmente permanecem assintomáticas, detectadas incidentalmente durante a imagem, mas podem levar a complicações significativas, como cólica biliar, colecistite aguda, colangite ou pancreatite (JONES *et al.,* 2025).

A maioria dos casos de cálculos biliares são assintomáticos; no entanto, dores abdominais características, náuseas e vômitos podem ocorrer durante um ataque. A febre também é observada em casos de colecistite aguda associada (FUJITA *et al.,* 2023).

O diagnóstico e o manejo imediatos são essenciais para evitar resultados graves, sendo a colecistectomia o tratamento padrão para casos sintomáticos (JONES *et al.,* 2025).

A colecistectomia laparoscópica é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva usada para remover uma vesícula biliar doente. As indicações para colecistectomia laparoscópica incluem colecistite aguda e crônica, colelitíase sintomática, discinesia biliar (hipo ou hiperfuncional), colecistite acalculosa, pancreatite de cálculos biliares e pólipos ou massas da vesícula biliar (ASAD *et al.,* 2025).

Colelitíase

A colelitíase é o termo designado para a presença de cálculos dentro das vias biliares, comumente, localizados dentro da vesícula biliar (colecistolitíase) (DA SILVA *et al.,* 2023).

A fisiopatologia da colelitíase está relacionada à supersaturação da bile com colesterol, pigmentos biliares ou ambos, levando à formação de cálculos (GOMES e*t al.,* 2024).

Caracteriza-se por uma doença comum na população mundial, com prevalência de cerca de 10% a 20% dos indivíduos (DA SILVA *et al.,* 2023).

Os fatores de risco comuns incluem idade avançada, história familiar, sexo feminino e gestação, obesidade, perda de peso rápida e certos medicamentos (SHAFFER, 2025).

A cólica biliar ocorre como dor intermitente, epigástrica pós-prandial ou do quadrante superior direito intermitente, e também pode estar associada à obstrução incompleta dentro do ducto biliar cístico ou comum (JONES *et al.,* 2025).

Pode cursar com sintomas associados, como náuseas, vômitos, hiporexia e etc. No que tange ao diagnóstico, devido ao fato da maioria dos casos serem assintomáticos, esse é, frequentemente, realizado de maneira acidental quando se realizam exames imagiológicos para outros fins (DA SILVA *et al.,* 2023).

Diagnóstico

O ultrassom é a modalidade diagnóstica preferida para detectar cálculos biliares, mas os cálculos biliares podem ser visualizados em tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e, dependendo do conteúdo de cálcio, até mesmo em raios-x (JONES *et al*., 2025).

A ultrassonografia endoscópica é particularmente útil na detecção de cálculos menores que 3 mm e pode ser necessária quando outros exames não confirmarem o diagnóstico. Exames laboratoriais geralmente não auxiliam no diagnóstico (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2025).

Tratamento

O tratamento para cálculos biliares varia de garantias a recomendações dietéticas e de estilo de vida e encaminhamento para gerenciamento operatório. O tratamento não cirúrgico da cólica biliar envolve a manutenção estrita de uma dieta com baixo teor de gordura e tratamento de suporte com antieméticos e controle da dor, e aconselhamento sobre o risco de recorrência (JONES et al., 2025).

No cálculo assintomático a análise de todas as variáveis envolvendo o caso são analisadas para que se possa decidir ou não pela cirurgia (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2025). O manejo terapêutico precoce é imprescindível, a fim de evitar possíveis complicações para o paciente (DA SILVA *et al.,* 2023).

Pancreatite Biliar

A pancreatite por cálculos biliares (GEP) é a principal causa de pancreatite aguda, respondendo por aproximadamente 50% dos casos. A obstrução da ampola de Vater por cálculos provenientes da vesícula leva ao refluxo biliar e ativação intrapancreática de enzimas digestivas, desencadeando inflamação local e resposta inflamatória sistêmica (TENNER, 2024).

Sem tratamento adequado e oportuno, os pacientes correm maior risco de progressão e recorrência da doença (MCDERMOTT *et al.,* 2024).

O paciente apresenta dor abdominal difusa, localizada no andar superior do abdômen, em faixa, irradiada para as costas, de intensidade fraca de início, evoluindo (de minutos a horas) para forte intensidade que não melhora com decúbito ou uso de analgésicos e é frequentemente acompanhada por náuseas e vômitos. Os sinais clínicos presentes podem ser febre, desidratação, taquicardia, hipotensão arterial, dor leve a palpação abdominal até irritação peritoneal e hematoma periumbilical e/ou flancos da parede abdominal (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2026).

Diagnóstico

O diagnóstico de pancreatite aguda é baseado na presença de pelo menos dois dos três critérios que se seguem: 1) dor em abdome superior; 2) amilase e/ ou lípase séricas iguais ou maiores a três vezes o valor normal; 3) achados na TC ou RNM característicos de pancreatite aguda

Tratamento

Os objetivos do tratamento da pancreatite aguda são o suporte clínico com reposição volêmica (hidratação), analgesia, controle de náuseas/vômitos, realimentação precoce e fornecer suporte às complicações sistêmicas quando presentes (infecção, insuficiência respiratória, insuficiência renal, hipotensão arterial, alterações metabólicas). A realização de procedimentos invasivos, incluindo tratamento cirúrgico, está reservada para indicações específicas conforme a etiologia (litíase biliar – colecistectomia) e presença de complicações locais (necrose, abscesso, pseudocisto) (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2026).

Na pancreatite biliar, a CPRE é indicada apenas na presença de colangite ou obstrução evidente do ducto biliar (CAMPOS *et al.,* 2025).

Coledocolitíase

A coledocolitíase é a presença de pedras dentro do ducto biliar comum (CBD). Estimase que pedras comuns do ducto biliar estejam presentes em qualquer lugar de 1-15% dos pacientes com colelitíase (MCNICOLL *et al.,* 2023).

Manifesta-se com dor no quadrante superior direito do abdome. Tipicamente, a dor apresenta um padrão e um momento de ocorrência peculiar para cada paciente. A ingestão de uma refeição gordurosa é um gatilho comum para a contração da vesícula biliar, e a maioria dos pacientes relata dor após esse tipo de refeição. No entanto, em uma parcela significativa dos pacientes, a dor pode ser noturna (MCNICOLL *et al.,* 2025).

Caso não seja diagnosticada e tratada adequadamente, pode levar a consequências mais graves como colangite, pancreatite aguda e, em casos graves, cirrose e hipertensão portal (MELO *et al.,* 2017).

Estase biliar, bactibilia, desequilíbrios químicos, aumento da excreção de bilirrubina, desequilíbrios de pH e formação da lama biliar são alguns dos fatores que levam à formação desses cálculos (MCNICOLL *et al.,* 2025).

O tamanho do ducto biliar aumenta com a idade. Idosos com ductos biliares dilatados e divertículos biliares apresentam risco para a formação de cálculos primários no ducto biliar. As causas menos comuns de coledocolitíase incluem a síndrome de Mirizzi complicada ou hepatolitíase (MCNICOLL *et al.,* 2025).

Diagnóstico

A abordagem para o diagnóstico da coledocolitíase inclui uma avaliação clínica detalhada e exames laboratoriais e de imagem, como ultrassonografia abdominal e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) (NASCIMENTO *et al.,* 2024).

Os exames de imagem podem ser divididos em: pré, intra e pós-operatório. Entre os pré-operatórios destaca-se a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e o ultrassom endoscópico (UE), ambos possuindo elevada especificidade e sensibilidade diagnóstica (acima de 90%) para detectar cálculos no colédoco (ASGE, 2019).

A CPRE, entre os exames intraoperatórios, deve ser reservada para fins terapêuticos, devido aos riscos de pancreatite pós procedimento, perfuração e sangramento (ASGE, 2019).

Como intraoperatórios, a colangiografia intraoperatória (CIO) e o ultrassom laparoscópico (UL) tem sido os mais relatados pela literatura para detecção de cálculos residuais e para orientar a exploração o do ducto biliar durante a colecistectomia laparoscópica. No que tange aos exames laboratoriais os mais utilizados como fatores preditivos de coledocolitíase são bilirrubina total, transaminase oxalacética (TGO), transaminase pirúvica (TGP), gama-glutamiltransferase (GamaGT) e fosfatase alcalina (MELO *et al.,* 2017).

Tratamento

O tratamento atual de cálculos do ducto biliar é a CPRE, ou em alguns casos, a colecistectomia laparoscópica com exploração do ducto biliar (MCNICOLL *et al.,* 2025).

Em centros especializados, a exploração laparoscópica do ducto biliar em dois tempos tem se mostrado eficaz a terapia em dois tempos (CPRE seguida de cirurgia), apresentando taxas semelhantes de sucesso e menor tempo de internação hospitalar (ESGE, 2019).

O prognóstico da coledocolitíase depende da presença e da gravidade das complicações. Se o tratamento for iniciado no momento adequado, o prognóstico é considerado favorável nas estatísticas gerais (MCNICOLL *et al.,* 2025).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASAD, U. *et al.* Laparoscopic cholecystectomy. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2 jul. 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846328/. Acesso em: 19 fev. 2026.

ASGE. Standards of Practice Committee et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. Gastrointestinal Endoscopy, v. 89, n. 6, p. 1075-1105.e15, 2019.

CAMPOS, M.P. *et al.* Colangiopancreatografia endoscópica na colangite e pancreatite induzida por cálculos: indicações e controvérsias. Journal of Social Issues and Health Sciences, v. 2, n. 5, p. 1–9, 2025.

ESGE – Guidelines Committee. Endoscopic management of common bile duct stones: updated guideline. Endoscopy, v. 55, n. 2, p. 109-126, 2019.

FUJITA, N. *et al.* Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis 2021. Journal of Gastroenterology, v. 58, n. 9, p. 801-833, set. 2023.

GOMES, R.N. *et al.* Colelitíase – uma revisão abrangente sobre a epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico, abordagem conservadora e cirúrgica. Brazilian Journal of Health Review, v. 7, n. 2, 2024.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Colelitíase: sintomas, causas e tratamento [Internet]. Glossário de Saúde, 2025. Disponível em: https://www.einstein.br/n/glossario-de-saude/colelitiase. Acesso em: 20 fev. 2026

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Pancreatite aguda: sintomas, causas e tratamentos. Glossário de Saúde [Internet]. Disponível em: https://www.einstein.br/n/glossario-de-saude/pancreatite-aguda. Acesso em: 19 fev. 2026.

JONES, M.W. *et al*. Gallstones (Cholelithiasis). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, Jan. 2025-. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459370/. Acesso em: 19 fev. 2026.

McDERMOTT, J. *et al.* Management of gallstone pancreatitis: a review. JAMA Surgery, v. 159, n. 7, p. 818–825, 1 jul. 2024.

McNICOLL, C.F. *et al*. Choledocholithiasis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025 Jan. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28722990/. Acesso em: 19 fev. 2026.

MELO, G.C *et al.* Coledocolitíase: da suspeita ao diagnóstico. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, v. 62, n. 1, p. 35-41, 2017.

NASCIMENTO, C.R. *et al*. Aspectos clínicos e terapêuticos da colelitíase: uma revisão abrangente. Brazilian Journal of Health Review, v. 7, n. 4, 2024.

SHAFFER, E. Colelitíase. BMJ Best Practice, 2025. Revisado em: 2026. Disponível em: https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/873. Acesso em: 20 fev. 2026.

DA SILVA, C.G.F. *et al.* Colelitíase: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 9, n. 5, p. 16758–16769, maio 2023.

TENNER, S. *et al*. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. American Journal of Gastroenterology, v. 119, n. 2, p. 173-195, 2024.