

**ABORDAGEM DA COLELITÍASE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À
SAÚDE.
RELATO DE CASO.**

MARIA MONTSERRAT CAPDEVILA CANDIA

Foz do Iguaçu
2026

**ABORDAGEM DA COLELITÍASE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À
SAÚDE.
RELATO DE CASO.**

MARIA MONTSERRAT CAPDEVILA CANDIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano
de Ciências da Vida e da Natureza da
Universidade Federal da Integração
Latino-Americana, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Alvarez
Callejas

Foz do Iguaçu
2026

MARIA MONSERRAT CAPDEVILA CANDIA

**ABORDAGEM DA COLELITÍASE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À
SAÚDE.
RELATO DE CASO.**

MARIA MONTSERRAT CAPDEVILA CANDIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano
de Ciências da Vida e da Natureza da
Universidade Federal da Integração
Latino-Americana, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Alvarez
Callejas

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Rosana Alvarez Callejas
(UNILA)

Prof.

Prof.

Foz do Iguaçu, ____ de ____ de ____.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder força e sabedoria ao longo desta caminhada. Ao professor orientador, pela orientação segura, pela paciência e pela expertise acadêmica que conduziram a realização deste trabalho. Aos professores avaliadores, e aos membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições e pela seriedade com que examinaram este estudo. Aos professores do curso, pelos ensinamentos, pela dedicação ao ensino e pela contribuição essencial à minha formação acadêmica e profissional. À minha família, pelo apoio, pela compreensão e pelo incentivo constantes. Aos colegas e a todos os membros da comunidade acadêmica, pela convivência e pelos ensinamentos que contribuíram para minha formação.

RESUMO

Este trabalho descreve e analisa um caso clínico de colelitíase com evolução para colecistite aguda leve em paciente jovem atendida por dor abdominal aguda. O estudo tem como objetivo apresentar os achados clínicos, laboratoriais e de imagem, discutir os principais diagnósticos diferenciais e demonstrar a conduta terapêutica adotada, com ênfase na abordagem anestésico-cirúrgica e no desfecho clínico. Para isso, utiliza a metodologia de relato de caso, de caráter descritivo e qualitativo, baseada na análise cronológica da evolução da paciente, na interpretação dos exames complementares e na discussão fundamentada em literatura científica atual. Inicialmente, o caso levanta hipóteses diagnósticas ginecológicas e urológicas. Contudo, a persistência da dor em hipocôndrio direito, associada ao sinal de Murphy positivo, à elevação da proteína C reativa e aos achados ultrassonográficos de microcálculos, permite a definição diagnóstica de colelitíase sintomática com progressão para colecistite aguda leve. Em seguida, o trabalho descreve a realização de colecistectomia videolaparoscópica sob anestesia geral, sem intercorrências, e demonstra evolução pós-operatória satisfatória, com recuperação adequada, ausência de complicações e alta hospitalar sem eventos adversos.

Palavras-chave: colelitíase; colecistite aguda; dor abdominal; colecistectomia videolaparoscópica; abdome agudo.

RESUMEN

Este estudio describe un caso clínico de colelitiasis con progresión a colecistitis aguda leve en una paciente joven atendida por dolor abdominal agudo. El estudio tiene como objetivo presentar los hallazgos clínicos, de laboratorio y de imagen, discutir los principales diagnósticos diferenciales y analizar la conducta terapéutica adoptada, con énfasis en el abordaje anestésico-quirúrgico y en el desenlace clínico. Para ello, utiliza la metodología de reporte de caso, de carácter descriptivo y cualitativo, basada en el análisis cronológico de la evolución clínica de la paciente, en la interpretación de los exámenes complementarios y en la discusión fundamentada en la literatura científica pertinente. Inicialmente, el caso sugiere hipótesis diagnósticas ginecológicas y urológicas. Sin embargo, la persistencia del dolor en hipocondrio derecho, asociada al signo de Murphy positivo, a la elevación de la proteína C reactiva y a los hallazgos ecográficos de microcálculos con impactación en el conducto cístico, confirma el diagnóstico de colelitiasis sintomática con progresión a colecistitis aguda leve. A continuación, el estudio describe la realización de colecistectomía video laparoscópica bajo anestesia general y demuestra una evolución posoperatoria satisfactoria, sin complicaciones inmediatas, con recuperación adecuada y alta hospitalaria sin eventos adversos.

Palabras clave: colelitiasis; colecistitis aguda; dolor abdominal; colecistectomía videolaparoscópica; abdomen agudo.

ABSTRACT

This study describes a clinical case of cholelithiasis with progression to mild acute cholecystitis in a young female patient who presents with acute abdominal pain. The study aims to present the clinical, laboratory, and imaging findings, discuss the main differential diagnoses, and analyze the therapeutic approach adopted, with emphasis on anesthetic-surgical management and clinical outcome. To achieve this, it uses a descriptive and qualitative case report methodology based on the chronological analysis of the patient's clinical evolution, the interpretation of complementary examinations, and the discussion supported by relevant scientific literature. Initially, the case suggests gynecological and urological diagnostic hypotheses. However, the persistence of right upper quadrant pain, associated with a positive Murphy's sign, elevated C-reactive protein levels, and ultrasonographic findings of microcalculi with cystic duct impaction, confirms the diagnosis of symptomatic cholelithiasis with progression to mild acute cholecystitis. The study then describes laparoscopic cholecystectomy under general anesthesia and demonstrates satisfactory postoperative evolution, without immediate complications, with adequate recovery and hospital discharge without adverse events.

Keywords: cholelithiasis; acute cholecystitis; abdominal pain; laparoscopic cholecystectomy; acute abdomen.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE	Anti-Inflamatório Não Esteroidal
ASA	American Society Of Anesthesiologists
AVP	Acesso Venoso Periférico
BD	Bilirrubina Direta
BI	Bilirrubina Indireta
BT	Bilirrubina Total
CO2	Dióxido De Carbono
COX	Cicloxigenase
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
EAS	Elementos Anormais E Sedimentos
FA	Fosfatase Alcalina
FC	Frequência Cardíaca
FID	Fossa Ilíaca Direita
FiO2	Fração Inspirada De Oxigênio
FR	Frequência Respiratória
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
GABA-A	Receptor Do Ácido Gama-Aminobutírico Tipo A
GGT	Gama-Glutamil Transferase
HD	Hipocôndrio Direito
IL-6	Interleucina-6
METs	Equivalentes Metabólicos
MSD	Membro Superior Direito
O-RADS II	Ovarian-Adnexal Reporting And Data System, Categoria II
PA	Pressão Arterial
PCR	Proteína C Reativa
RHA	Ruídos Hidroaéreos
SAGES Surgeons	Society Of American Gastrointestinal And Endoscopic Surgeons
SNC	Sistema Nervoso Central
TGO	Transaminase Glutâmico-Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmico-Pirúvica
USG	Ultrassonografia
VO	Via Oral

SUMÁRIO

BANCA EXAMINADORA.....	3
AGRADECIMENTOS.....	4
RESUMO.....	5
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	8
SUMÁRIO.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 DESENVOLVIMENTO.....	12
2.1 DESCRIÇÃO DE CASO.....	12
2.1.1 Identificação, história da doença e exame físico.....	12
2.1.2 Exames laboratoriais e de imagem:.....	13
2.1.3 Evolução em ordem cronológica:.....	13
2.2- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E DIFERENCIAIS.....	15
2.3- ANESTESIA.....	17
2.4- TECNICA OPERATORIA.....	20
2.5- COMPLICAÇÕES.....	21
2.6- DESFECHO DO CASO.....	23
2.7. DISCUSSÃO.....	23
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A dor abdominal aguda constitui uma das queixas mais frequentes nos serviços de urgência e emergência, exigindo abordagem clínica sistematizada, raciocínio diagnóstico rápido e integração entre dados clínicos, laboratoriais e de imagem. Sua investigação deve considerar diferentes possibilidades etiológicas, incluindo causas inflamatórias, infecciosas, obstrutivas, perfurativas, hemorrágicas e vasculares, uma vez que muitas dessas condições apresentam manifestações clínicas semelhantes nas fases iniciais e podem evoluir com agravamento importante quando não reconhecidas precocemente (FISHMAN; PENNER, 2025).

Entre as causas inflamatórias do abdome agudo, a colelitíase sintomática e a colecistite aguda destacam-se pela elevada relevância clínica e cirúrgica. A fisiopatologia desses quadros está frequentemente associada à obstrução do ducto cístico por cálculos biliares, o que promove distensão vesicular, resposta inflamatória local e dor em hipocôndrio direito, podendo estar acompanhada de náuseas, vômitos e sinal de Murphy positivo. Além disso, fatores como sexo feminino, alterações hormonais, hábitos de vida e distúrbios do metabolismo biliar são descritos como elementos associados ao desenvolvimento da litíase biliar, especialmente em populações ocidentais (AFDHAL; ZAKKO, 2025; MEYER; ZAKKO, 2025).

O diagnóstico da colecistite aguda depende da correlação entre achados clínicos, marcadores inflamatórios e métodos de imagem. Nesse contexto, a ultrassonografia abdominal permanece como exame de primeira linha, sobretudo por sua capacidade de identificar cálculos, espessamento da parede vesicular, distensão da vesícula e sinais indiretos de inflamação. Em contrapartida, a tomografia computadorizada pode apresentar limitações na detecção de microcálculos, especialmente quando utilizada de forma isolada. Em mulheres em idade reprodutiva, a investigação torna-se ainda mais desafiadora, pois diagnósticos diferenciais ginecológicos e urológicos também devem ser cuidadosamente considerados, como cistos ovarianos hemorrágicos, doença inflamatória pélvica e infecções do trato urinário (MEYER; ZAKKO, 2025; ECKLER et al., 2025; GANETSKY et al., 2025).

Uma vez confirmado o diagnóstico, a colecistectomia videolaparoscópica representa o tratamento de escolha nos casos de colecistite aguda leve e colelitíase sintomática, por proporcionar menor trauma cirúrgico, recuperação mais rápida, menor permanência hospitalar e menores taxas de complicações quando comparada às abordagens abertas, desde que realizada com técnica adequada e observância dos princípios de segurança operatória. Nesse cenário, a avaliação anestésica prévia, o manejo perioperatório apropriado e a aplicação da visão crítica de segurança assumem papel central na prevenção de lesões biliares e demais intercorrências intraoperatórias (SAGES, 2024; ROSENBAUM; HIRSCH, 2025; KUSHNER et al., 2025).

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo descrever e discutir um caso clínico de colelitíase com evolução para colecistite aguda leve em paciente jovem, destacando os achados clínicos, laboratoriais e imaginológicos, os principais diagnósticos diferenciais considerados, a conduta anestésico-cirúrgica adotada e o desfecho clínico, à luz da literatura científica atual. A relevância do estudo reside na necessidade de reconhecer, de forma precoce e fundamentada, os quadros de abdome agudo biliar, especialmente quando coexistem achados inespecíficos que podem retardar a definição diagnóstica e terapêutica (FISHMAN; PENNER, 2025; MEYER; ZAKKO, 2025).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 DESCRIÇÃO DE CASO.

2.1.1 Identificação, história da doença e exame físico.

J. B. d. O, feminina, 26 anos, branca, brasileira. Com queixa principal de dor abdominal, História da doença atual indicando que em data 13/05/2024 a paciente realizou busca espontânea, em serviço de urgência, por quadro de dor abdominal intensa com início há 1 dia, com piora da intensidade nas últimas 12hs, localizada na porção superior do abdome. Refere atendimento no Paraguai, com alta após exames apresentando leucocitose de 12.000 mm³, e uso de sintomáticos, sem melhora do quadro, pelo que procurou assistência no Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Refere antecipação do período menstrual. Nega febre ou sintomas urinários. Nega comorbidades clínicas conhecidas. Cirurgias prévias ortopédicas sem intercorrências. Nega alergias. Sem uso contínuo de medicações. Refere tabagismo ativo e etilismo social.

No exame físico a paciente encontrava-se em bom estado geral, normocorada, normo-hidratada, anictérica, afebril. Glasgow 15. Sem alterações neurológicas ou respiratórias. Aparelho cardiovascular estável, bulhas rítmicas, sem sopros. Abdome flácido, depressível, doloroso à palpação em hipocôndrio direito (HD), com sinal de Murphy positivo, dor também em flanco e FID. Sinal de Blumberg duvidoso. Extremidades perfundidas, sem edemas, panturrilhas livres. Com sinais vitais indicando: PA: 120/80 mmHg; FC: 84 bpm; FR: 18 irpm; Temp: 36,8°C. Na avaliação do sistema neurológico com Escala de Coma de Glasgow 15/15, lúcida e orientada, com força muscular preservada e ausência de sinais de irritação meníngea. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. No sistema abdominal com achados de, abdome flácido, depressível, com dor à palpação superficial e profunda de forte intensidade em hipocôndrio direito (HD), flanco e fossa ilíaca direita (FID). Sinal de Murphy positivo, sinal de Blumberg duvidoso ou positivo. Sinal de Giordano negativo. Ausência de sinais de irritação peritoneal. Presença de ruídos hidroaéreos normais (RHA+).

Outros achados durante a avaliação por sistemas, indicando alimentação por Via oral (VO) com aceitação de 0%. Ausência de evacuação. Diurese inicialmente

ausente. Presença de acesso venoso periférico (AVP) em membro superior direito (MSD), região do braço, calibre 18, desde o dia 13/04.

2.1.2 Exames laboratoriais e de imagem:

Hemograma inicial demonstrando leucocitose de aproximadamente 12.000/mm³, registrado em serviço externo. Em 13/04/2025, os exames mostraram: hemoglobina de 12,2 g/dL, hematócrito de 36,5%, leucócitos totais de 8.990/mm³, plaquetas de 231.000/mm³, ureia de 16 mg/dL, sódio de 136 mEq/L, potássio de 3,7 mEq/L, creatinina de 0,4 mg/dL, proteína C reativa (PCR) de 16,8 mg/L. O exame de urina (EAS) apresentava leucocitúria de 20 leucócitos por campo e nitrito positivo, compatível com padrão infeccioso. O teste de beta-HCG foi negativo.

Os achados de imagem na tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste intravenoso, realizada em 13/04/2025 às 23h46 e laudada em 14/04/2025, revelou hepatoesplenomegalia discreta, acúmulo aumentado de líquido livre nas alças ileais, mesogastro, hipogástrio, região perihepática, goteira parietocólica direita e cavidade pélvica, de natureza indeterminada, sugerindo processo inflamatório e/ou infeccioso, proeminência numérica de linfonodos mesentéricos, acentuada densificação do mesentério em abdome inferior e pelve. Identificou-se formação anexial esquerda lobulada, de natureza sólido-cística, medindo 5,1 x 4,2 x 3,2 cm (volume estimado de 36,6 cm³), de aspecto inespecífico, recomendando-se correlação com ultrassonografia transvaginal. Não foram observados cálculos densos em vesícula biliar nem dilatação das vias biliares intra-hepáticas ou extra-hepáticas. A ultrassonografia transvaginal confirmou a presença de cisto hemorrágico classificado como O-RADS II, reforçando a natureza funcional e benignidade do achado.

2.1.3 Evolução em ordem cronológica:

Em 13/04/2025, a paciente foi admitida com dor abdominal aguda, iniciando-se investigação clínica e laboratorial. O hemograma revelou leucocitose de aproximadamente 12.000/mm³ em serviço externo. No mesmo dia, apresentou-se com hemoglobina de 12,2 g/dL, hematócrito de 36,5%, leucócitos 8.990/mm³, PCR 16,8 mg/L, leucocitúria (20/campo), nitrito positivo e beta-HCG negativo. Esses

dados iniciais sugeriram processo inflamatório ou infeccioso em curso, com possibilidade de diagnóstico de infecção urinária, embora sem sintomas urinários associados (GANETSKY et al., 2025). Em data 14/04/2025, foi solicitada tomografia computadorizada com contraste, que mostrou formação cística em ovário esquerdo.

A paciente foi avaliada pela Ginecologia, sendo afastada a possibilidade de DIP, e recomendada vigilância ambulatorial. Apresentou três episódios de vômito e dor refratária à analgesia simples, sendo necessária otimização da analgesia. Hemograma do dia revelou leucócitos $8.050/\text{mm}^3$ e PCR 17,3 mg/dL, mantendo o padrão inflamatório com leucograma normal (MEYER; ZAKKO, 2025). No dia 15/04/2025, a dor persistia. Sinais semiológicos como Blumberg positivo e Giordano negativo foram registrados. A USG abdominal foi comprometida por jejum inadequado, evidenciando vesícula parcialmente contraída e hepatomegalia leve. A USG transvaginal confirmou cistos em ovário esquerdo. Perfil hepático e biliar estavam normais (BT: 0,10 mg/dL; TGO: 14 U/L; GGT: 11 U/L; FA: 55 U/L), afastando colestase obstrutiva (AFDHAL; ZAKKO, 2025). Em 16/04/2025, com preparo adequado, nova USG mostrou vesícula normodistendida com microcálculos (0,2–0,4 cm), um impactado na transição do infundíbulo com o ducto cístico, sem dilatação das vias biliares.

Foi definida colelitíase como hipótese principal e indicada colecistectomia, com solicitação de avaliação pré-anestésica e orientação de jejum para cirurgia no dia seguinte (MEYER; ZAKKO, 2025). Em data 17/04/2025, a cirurgia foi cancelada por priorização de casos emergenciais. A paciente permaneceu em jejum e foi reagendada para 18/04. Nesse dia, foi liberada pela Anestesiologia. A colecistectomia videolaparoscópica foi realizada sem complicações. No 18/04/2025, exames mostraram queda da PCR (4,9 mg/dL), leucócitos $7.020/\text{mm}^3$, plaquetas $298.000/\text{mm}^3$, e eletrólitos dentro dos padrões normais. A paciente evoluiu clinicamente bem. Em 19/04/2025, primeiro dia pós-operatório, apresentava-se em boas condições, aceitando dieta oral, deambulando e sem complicações. A alta hospitalar foi concedida sem intercorrências.

2.2- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E DIFERENCIAIS.

Hipótese Diagnóstica: Colelitíase; Hipótese Diagnóstica Topográfica: Abdominal. Hipótese Diagnóstica sindrômico: abdome agudo inflamatório; Hipótese Diagnóstica etiológico: Colecistite. A dor abdominal aguda é uma queixa frequente em emergências e requer abordagem sistemática. Ela pode ser classificada em cinco categorias etiológicas principais: hemorrágica, perfurativa, inflamatória/infecciosa, obstrutiva e vascular isquêmica (FISHMAN; PENNER, 2025). No caso analisado, uma mulher jovem previamente hígida apresentou dor no hipocôndrio direito associada a náuseas, vômitos e sinal de Murphy positivo, classicamente descrito como interrupção inspiratória súbita durante a palpação do HD, tem base na irritação do peritônio parietal e no estiramento da cápsula hepática, ambas estruturas altamente inervadas, o que desencadeia resposta dolorosa intensa (FISHMAN; PENNER, 2025). Com base nos achados clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos, diagnosticou-se colelitíase com progressão para colecistite aguda leve. A ultrassonografia evidenciou microcálculos móveis, incluindo um impactado no infundíbulo achado típico de colelitíase sintomática (MEYER; ZAKKO, 2025). Fisiopatologicamente, a obstrução biliar causada pelos cálculos leva à distensão da vesícula e ativação inflamatória, gerando o quadro clínico característico.

O quadro laboratorial da paciente demonstrou elevação da proteína C reativa (PCR) entre 16,8 e 17,3 mg/L, compatível com inflamação sistêmica de baixo grau, característica de colecistite aguda leve. Essa resposta inflamatória é mediada pela interleucina-6 (IL-6), sintetizada por macrófagos ativados, que estimula a produção hepática de PCR. Em indivíduos jovens e sem comorbidades, como neste caso, a ausência de leucocitose significativa é comum, justificando um leucograma dentro da normalidade (MEYER; ZAKKO, 2025). As bilirrubinas totais, diretas e indiretas permaneceram dentro dos limites normais durante toda a internação (15/04: BT 0,10 mg/dL, BD 0,03 mg/dL, BI 0,07 mg/dL; 16/04: BT 0,16 mg/dL, BD 0,06 mg/dL, BI 0,10 mg/dL), assim como as enzimas hepáticas (TGO, TGP), GGT e fosfatase alcalina, o que afastou a possibilidade de colestase obstrutiva extra-hepática ou coledocolitíase (MEYER; ZAKKO, 2025). A ausência de hiperbilirrubinemia mesmo diante de um cálculo impactado no ducto cístico sugere ausência de refluxo biliar

hepático e reforça o diagnóstico de colecistite leve e não complicada (AFDHAL; ZAKKO, 2025). A ausência de hiperbilirrubinemia mesmo com cálculo impactado no ducto cístico reforça o diagnóstico de colecistite leve e não complicada, sem refluxo biliar hepático (AFDHAL; ZAKKO, 2025). A tomografia computadorizada inicial foi inconclusiva, o que está de acordo com sua baixa sensibilidade na detecção de microcálculos. A ultrassonografia, repetida com preparo adequado (jejum), foi decisiva para o diagnóstico, evidenciando microcálculos móveis de 0,2 a 0,4 cm e um cálculo impactado na transição do infundíbulo com o ducto cístico achado patognomônico de colelitíase complicada. Esse caso reforça a importância da escolha apropriada e do momento oportuno para realização de exames de imagem na investigação de dor abdominal (MEYER; ZAKKO, 2025).

A hipótese de abdome agudo ginecológico foi inicialmente cogitada devido à presença de cisto ovariano hemorrágico com classificação tipo II no *Ovarian-Adnexal Reporting and Data System*, (ORADS II), cuja fisiopatologia envolve dor unilateral por hemorragia intra-cística. Contudo, a dor em hipocôndrio direito, ausência de sintomas ginecológicos (dor pélvica, sangramento) e exame físico sem sinal de irritação peritoneal levaram à exclusão da etiologia ginecológica. A equipe indicou apenas seguimento ambulatorial, descartando necessidade de intervenção emergencial (ECKLER et al., 2025). Etiologias urológicas foram descartadas diante de leucocitúria e nitrito positivo sem sintomas compatíveis (disúria, febre, Giordano negativo), urocultura negativa e ausência de resposta à antibioticoterapia empírica. Também foi excluída litíase ureteral pela ausência de dor em cólica, hematúria ou dilatação de vias urinárias (GANETSKY et al., 2025).

A hipótese de perfuração de víscera oca foi afastada pela ausência de sinais clínicos como rigidez abdominal, defesa e pneumoperitônio (FISHMAN; PENNER, 2025). Igualmente, causas obstrutivas e vasculares foram descartadas na ausência de distensão abdominal, parada de eliminação de fezes ou dor em cólica. A apendicite foi excluída por ausência de dor migratória, febre e sinais laboratoriais ou de imagem compatíveis (NDY et al., 2025). Além disso, destacam-se fatores predisponentes como tabagismo e etilismo social. O tabagismo compromete a motilidade vesicular e favorece a inflamação crônica das vias biliares (FALK, 2025). O etilismo interfere no metabolismo lipídico e altera a composição biliar, predispondo

à formação de cálculos de colesterol — responsáveis por cerca de 80% dos casos de colelitíase em países ocidentais (AFDHAL; ZAKKO, 2025). Esses fatores reforçam o risco fisiopatológico para litíase biliar.

2.3- ANESTESIA.

Antes do procedimento, foi realizada avaliação pré-anestésica minuciosa. A paciente foi classificada como ASA II, com bom estado geral, sem comorbidades relevantes, mas com tabagismo ativo e etilismo social. A via aérea foi considerada de fácil acesso (Mallampati I) e METs > 4, favorecendo a intubação orotraqueal. Optou-se por anestesia geral combinada com intubação, utilizando tubo nº 7.0, adequada para procedimentos laparoscópicos que requerem ventilação controlada. Intubação orotraqueal foi a via aérea escolhida, padrão em procedimentos laparoscópicos sob anestesia geral. Tal abordagem garante proteção das vias aéreas, evita aspiração pulmonar e assegura ventilação adequada durante a insuflação abdominal. Essa escolha segue as recomendações de ROSENBAUM e HIRSCH (2025), que enfatizam a obrigatoriedade da via aérea avançada em cirurgias com pneumoperitônio.

A anestesia geral teve como finalidade garantir hipnose, analgesia, relaxamento muscular e estabilidade hemodinâmica durante todas as fases do procedimento: indução, manutenção e recuperação (FALK, 2025; ROSENBAUM; HIRSCH, 2025). Durante o procedimento anestésico a indução da anestesia geral foi conduzida com o uso sequencial de agentes intravenosos específicos. Inicialmente, foi administrado propofol, um sedativo-hipnótico de ação rápida que atua como agonista do receptor GABA-A, promovendo depressão do sistema nervoso central (SNC). Seu uso é amplamente difundido devido à capacidade de indução suave e controle preciso da profundidade anestésica, embora possa causar hipotensão devido à vasodilatação periférica e depressão miocárdica (KIM; KAPLAN, 2025). Na sequência, foi utilizado fentanil, um opioide sintético potente que atua nos receptores μ , proporcionando analgesia intensa e atenuando a resposta autonômica à dor. Sua administração durante a indução tem como objetivo minimizar os efeitos adversos provocados pela laringoscopia e pela intubação orotraqueal (FALK, 2025). Para promover relaxamento muscular adequado, essencial para ventilação sob

pneumoperitônio em cirurgia laparoscópica, foi utilizado rocurônio, um bloqueador neuromuscular não despolarizante que compete com a acetilcolina nos receptores nicotínicos da junção neuromuscular (GRAP; ROTH, 2025). Segundo Falk (2025), a anestesia geral com controle avançado de vias aéreas é mandatória em procedimentos laparoscópicos, especialmente abdominais, pelo risco potencial de alterações ventilatórias. KIM e KAPLAN (2025) acrescentam que a manutenção anestésica ideal nesse contexto deve fornecer estabilidade hemodinâmica, profundidade anestésica adequada e rápida recuperação, aspectos que justificam a escolha de sevoflurano e opioides de curta duração como componentes centrais do plano anestésico.

A manutenção da anestesia foi realizada com sevoflurano, um agente inalatório volátil de baixa solubilidade que oferece controle anestésico estável e recuperação rápida. Seu mecanismo de ação envolve a modulação de canais de potássio e receptores GABA, mantendo um plano anestésico eficaz sem comprometer a ventilação espontânea. Além disso, possui propriedades broncodilatadoras, úteis em pacientes com risco de irritação traqueobrônquica (KIM; KAPLAN, 2025). Durante esta fase, foram monitorados continuamente os sinais vitais, capnografia, oximetria de pulso e a profundidade anestésica, conforme as recomendações das diretrizes internacionais (GRAP; ROTH, 2025).

No intra e pós-operatório, foram empregadas medicações adjuvantes com finalidades específicas. A morfina foi administrada para analgesia prolongada, atuando nos receptores μ do SNC, promovendo alívio da dor e sedação. Apesar de seu efeito prolongado, deve-se monitorar possíveis reações adversas, como depressão respiratória, náuseas e constipação (FALK, 2025). O ceterolaco, um anti-inflamatório não esteroide (AINE), foi utilizado como analgésico não opioide, inibindo a enzima ciclooxigenase (COX) e reduzindo a produção de prostaglandinas, o que permite redução da dose de opioides e, conseqüentemente, dos efeitos colaterais (FALK, 2025).

Para prevenção de náuseas e vômitos, foi administrada ondansetrona, um antagonista seletivo dos receptores 5-HT₃ da serotonina, que atua tanto na zona gatilho quimiorreceptora quanto no trato gastrointestinal, sendo considerada padrão-ouro na profilaxia de vômitos induzidos por opioides (KIM; KAPLAN, 2025).

Ao final da cirurgia, foi realizada reversão do bloqueio neuromuscular com neostigmina, um anticolinesterásico que aumenta a concentração de acetilcolina na junção neuromuscular, promovendo a recuperação da contração muscular. Para evitar os efeitos colinérgicos da neostigmina, como bradicardia e hipersalivação, foi administrada atropina, um antimuscarínico que bloqueia os receptores muscarínicos da acetilcolina (KIM; KAPLAN, 2025; FALK, 2025).

Na fase de recuperação anestésica, a paciente foi extubada em condições clínicas estáveis e transferida para a sala de recuperação. O retorno da consciência, dos reflexos protetores das vias aéreas e da força muscular foi progressivo e eficiente, graças à reversão adequada do bloqueio neuromuscular. A analgesia multimodal, associando morfina e cetorolaco, aliada à profilaxia antiemética com ondansetrona, foi fundamental para garantir conforto, estabilidade clínica e boa evolução no pós-operatório imediato. Durante o procedimento, a monitorização anestésica e os cuidados específicos foram realizados com rigor técnico, considerando as particularidades da cirurgia laparoscópica. A indução do pneumoperitônio com dióxido de carbono (CO₂) exige atenção redobrada à ventilação, uma vez que a elevação da pressão intra-abdominal reduz a complacência pulmonar e aumenta a pressão inspiratória. Esse cenário justifica plenamente o uso de ventilação mecânica controlada, com monitoramento contínuo por capnografia, além de ajustes apropriados na fração inspirada de oxigênio (FiO₂), conforme descrito nas diretrizes anestésicas para laparoscopia (GRAP; ROTH, 2025).

A estratégia anestésica adota anestesia geral balanceada com agentes de indução de ação rápida, ventilação mecânica controlada, analgesia multimodal e reversão farmacológica adequada do bloqueio neuromuscular reflete adesão aos protocolos internacionais atualizados para cirurgia laparoscópica. A ausência de intercorrências intra e pós-operatórias imediatas confirma a efetividade e segurança da abordagem. O manejo seguiu com precisão as recomendações de fontes consolidadas, como o presente no Segundo Falk 2025, e as diretrizes das sociedades anestésicas internacionais (GRAP; ROTH, 2025), demonstrando não apenas competência técnica, mas também alinhamento com as melhores práticas clínicas.

2.4- TECNICA OPERATORIA.

A colecistectomia videolaparoscópica eletiva foi realizada no centro cirúrgico no dia 18 de abril de 2025, totalizando 58 minutos. A equipe cirúrgica foi composta por cirurgião responsável, residente auxiliar, enfermeira circulante e instrumentadora cirúrgica. A paciente foi posicionada em decúbito dorsal horizontal com membros superiores abduzidos e fixados em pranchas acolchoadas. Utilizou-se coxim lombar para melhor exposição do abdome, sendo confirmados o jejum adequado e a profilaxia antibiótica prévia. A anestesia geral foi previamente induzida. Realizou-se antissepsia com clorexidina degermante a 2%, seguida de clorexidina alcoólica a 0,5%. Os campos estéreis foram aplicados em extensão ampla, desde a região submamária até as cristas ilíacas. A placa do bisturi elétrico foi corretamente posicionada e conectada à coxa direita. Nenhum garrote ou tricotomia foi necessário. O acesso inicial foi realizado por incisão transversa de 1,5 cm na cicatriz umbilical, seguida de dissecação romba até a aponeurose da linha média. Uma agulha de Veress foi introduzida e conectada ao insuflador automático, iniciando-se o pneumoperitônio com CO₂ até 14 mmHg, com confirmação de entrada adequada pelos testes de refluxo e pressão inicial, conforme protocolo de Hasson/Veress (KUSHNER et al., 2025). Em seguida, introduziu-se um trocar retrátil de 10 mm com ótica de 30° conectada à câmera de vídeo, permitindo visualização de toda a cavidade peritoneal. O inventário da cavidade foi realizado com inspeção sistemática do fígado, estômago, omento maior, intestinos, pelve, fundo de saco de Douglas, baço e espaço sub-hepático, sem alterações significativas. A vesícula biliar apresentava-se distendida, com paredes finas e sem sinais de inflamação avançada. Continuação, sob visão direta, foram inseridos três trocartes auxiliares: um de 10 mm na região epigástrica, outro de 5 mm no flanco direito e um terceiro de 5 mm no hipocôndrio direito. O cirurgião traciona o fundo da vesícula com pinça introduzida no trocar do HD, enquanto a pinça de dissecação manipulava o infundíbulo pelo epigástrico.

A dissecação do triângulo de Calot foi realizada com bisturi elétrico monopolar e pinça Maryland, expondo ducto cístico e artéria cística. Estabeleceu-se a visão crítica de segurança, visualizando-se o leito hepático, infundíbulo e as estruturas a serem ligadas. O ducto cístico foi duplamente clipado e seccionado entre os clips. A

artéria cística foi clipada e seccionada após confirmação da ligadura eficaz. A vesícula foi dissecada do leito hepático com gancho elétrico, realizando-se hemostasia contínua. Após completa liberação, a vesícula foi introduzida em saco laparoscópico e removida por ampliação da incisão epigástrica, sob tração e visão direta. A peça foi identificada, rotulada e enviada para exame anatomopatológico, com diagnóstico pré-operatório de colecistite aguda leve por colelitíase sintomática com impactação cística. A cavidade foi lavada com soro fisiológico aquecido e confirmada a ausência de sangramento. Os trocartes foram removidos sob visão direta e o CO2 aspirado. As suturas foram realizadas com Vicryl 2.0 para aponeurose, Vicryl 4.0 para subcutâneo e Nylon 4.0 na derme. Curativo estéril foi aplicado com gaze, micropore e película de barreira.

De acordo com as diretrizes da recomendadas não texto do Cheng et al. 2025 e da SAGES, a técnica seguiu padrões recomendados: aplicação da visão crítica de segurança para evitar lesões da via biliar, uso de ótica de 30°, acesso por Veress e retirada da vesícula sob visualização direta. Também foi respeitada a não utilização de dreno em casos não complicados. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, com plena adesão às melhores práticas da cirurgia minimamente invasiva, proporcionando segurança técnica, eficácia terapêutica e recuperação pós-operatória otimizada.

2.5- COMPLICAÇÕES.

Durante o procedimento cirúrgico, não foram observadas intercorrências. O inventário da cavidade abdominal não identificou lesões, e a intubação, manutenção e extubação anestésica ocorreram sem complicações. A paciente apresentou evolução pós-operatória satisfatória até a alta hospitalar. Contudo, do ponto de vista acadêmico, é relevante discutir as principais complicações descritas na literatura médica associadas a esse procedimento.

Entre as complicações perioperatórias, destaca-se a lesão da via biliar principal, como o ducto hepático comum, com prevalência de 0,3% a 0,6%, geralmente causada por erro na identificação do ducto cístico, especialmente em presença de inflamação ou variações anatômicas. A prevenção consiste na adoção da “visão crítica de segurança”, conforme recomendação da SAGES e do UpToDate.

(MEYER; ZAKKO, 2025). Outra complicação relevante é a hemorragia intra operatória, que pode envolver a artéria cística, vasos hepáticos ou veias da fossa vesicular, com prevalência entre 0,5% e 1,5%. A clipagem precisa com Hem-o-lok e o uso controlado de eletrocautério são medidas eficazes para prevenção (AFDHAL; ZAKKO, 2025).

Lesões viscerais, como de intestino delgado, cólon, estômago ou bexiga, podem ocorrer pela introdução inadequada de trocartes ou uso impróprio de energia térmica, com prevalência estimada entre 0,1% e 0,4%. A inserção sob visão direta reduz consideravelmente esse risco (PENNER; FISHMAN, 2025; FISHMAN; PENNER, 2023). No pós-operatório, a infecção de ferida operatória é uma complicação possível, com prevalência de 1% a 3%, relacionada a contaminação biliar ou falhas na técnica asséptica, sendo prevenida com antibiótico profilático e antisepsia rigorosa (UpToDate, 2025). A fístula biliar e o coleperitônio ocorrem em aproximadamente 0,3% dos casos, muitas vezes por falhas na clipagem, sendo prevenidos com clipagem dupla e verificação de estanqueidade (MEYER; ZAKKO, 2025). A síndrome do coto cístico, com prevalência de até 2%, está associada à clipagem inadequada ou à presença de cálculo residual, sendo evitada com dissecação junto ao infundíbulo (AFDHAL; ZAKKO, 2025). O íleo parafítico, transitório e relacionado à manipulação intestinal ou efeitos anestésicos, afeta até 4% dos pacientes e é manejado com dieta leve, deambulação precoce e analgesia adequada. Complicações tromboembólicas, como trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar, são raras (<0,5%) e associadas à tríade de Virchow. A mobilização precoce representa medida profilática eficaz (PENNER; FISHMAN, 2025). Já as complicações anestésicas tardias, como náuseas e vômitos, têm prevalência de até 30% e são prevenidas com ondansetrona e analgésicos não opioides como cetorolaco (FALK, 2025).

Neste caso, nenhuma dessas complicações foi registrada. A literatura indica taxa global de complicações entre 2% e 7%, com mortalidade inferior a 0,5% em pacientes ASA I–II. A ausência de comorbidades, a juventude da paciente, o diagnóstico precoce e a realização da cirurgia por equipe experiente com técnica padronizada contribuíram para um desfecho clínico favorável.

2.6- DESFECHO DO CASO.

A paciente evoluiu de forma satisfatória no pós-operatório imediato e tardio realizada em 18/04/2025. O procedimento teve duração de 58 minutos e ocorreu sem complicações técnicas, anestésicas ou hemodinâmicas, sendo relatado um episódio autolimitado de hipotensão prontamente revertido. Na recuperação anestésica, a paciente atendeu aos critérios clínicos de alta da sala cirúrgica, com estabilidade hemodinâmica, respiração espontânea adequada, estado de consciência preservado e controle algico eficaz, em leito clínico a analgesia foi satisfatória com dipirona e cetorolaco, e a profilaxia antiemética foi realizada com ondansetrona. No 1º dia pós-operatório (19/04/2025). A internação totalizou seis dias, desde a admissão em 13/04/2025 por dor abdominal até a alta em 19/04/2025. Na alta hospitalar, foram prescritos analgésicos (dipirona, cetorolaco), medidas para controle de náuseas, e orientações formais para cuidados domiciliares, incluindo higiene das feridas, reconhecimento de sinais de infecção, tempo de repouso (7 a 10 dias), e sinais de alerta para reconsulta. Também foi agendada consulta ambulatorial para avaliação e retirada de pontos. Segundo dados de MEYER e ZAKKO (2025), cerca de 85% dos pacientes jovens e ASA II submetidos à colecistectomia laparoscópica não complicada apresentam alta hospitalar precoce e baixa taxa de reinternação (<1,5%). A evolução da paciente esteve em conformidade com esse padrão, refletindo uma condução técnica adequada, com adesão às diretrizes clínicas baseadas em evidências como as das recomendados no texto de Penner e Fishman (2023) e da SAGES (2024). O desfecho foi considerado plenamente satisfatório e dentro das expectativas clínicas.

2.7. DISCUSSÃO.

O caso apresenta um quadro típico de colelitíase sintomática evoluindo para colecistite aguda leve, cuja abordagem diagnóstica e terapêutica foi amplamente compatível com as diretrizes clínicas contemporâneas. O raciocínio diagnóstico foi inicialmente prejudicado por achados inespecíficos, como leucocitúria e presença de cisto ovariano hemorrágico, os quais levaram à consideração de diagnósticos diferenciais ginecológicos e urológicos. No entanto, a exclusão progressiva dessas hipóteses, por meio de avaliação clínica, laboratorial e de imagem, permitiu a definição do quadro biliar.

A decisão de repetir a ultrassonografia abdominal com preparo adequado foi fundamental para a confirmação diagnóstica. Segundo MEYER e ZAKKO (2025), o jejum adequado é essencial para a distensão vesical e visualização de microcálculos, cuja detecção é limitada em tomografia. Esse achado microcálculo impactado na junção do infundíbulo com o ducto cístico é considerado patognomônico de colecistite incipiente.

A sequência terapêutica adotada, com colecistectomia videolaparoscópica eletiva precoce, foi apropriada, seguindo as recomendações da American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES, 2024) e das Tokyo Guidelines 2018 para casos de colecistite grau I (leve). A conduta cirúrgica, realizada em tempo oportuno, respeitou os critérios técnicos de segurança como a visão crítica de segurança (Critical View of Safety), evitando complicações intraoperatórias. A anestesia geral com intubação orotraqueal e monitoramento ventilatório adequado foi condizente com as exigências da laparoscopia sob pneumoperitônio (ROSENBAUM; HIRSCH, 2025). Do ponto de vista de falhas no atendimento, destaca-se, a realização de exames de imagem sem o preparo adequado o que atrasou o diagnóstico definitivo em cerca de 48 horas. Embora esse atraso não tenha causado complicações, ele poderia ter sido evitado com aplicação sistemática de fluxogramas diagnósticos, como recomendado por FISHMAN e PENNER (2025). Não foram observadas complicações intra ou pós-operatórias imediatas. A literatura descreve taxas de complicações de 2% a 7% para colecistectomias laparoscópicas em pacientes ASA I–II, com mortalidade inferior a 0,5% (MEYER; ZAKKO, 2025). A ausência de eventos adversos nesta paciente é compatível com esses dados e reflete boa prática clínica, execução técnica adequada e adesão a protocolos atualizados. Portanto, a condução clínica foi correta, com pequeno atraso no diagnóstico como único ponto de melhoria identificado. O manejo adotado foi embasado em literatura científica de referência e garantiu um desfecho clínico plenamente satisfatório.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso apresentado demonstrou que a dor abdominal aguda, mesmo quando inicialmente acompanhada de achados inespecíficos e hipóteses diferenciais concorrentes, requer investigação contínua, criteriosa e orientada pelo exame clínico. A presença de leucocitúria, nitrito positivo e formação anexial hemorrágica representou potencial fator de confusão diagnóstica; no entanto, a persistência da dor em hipocôndrio direito, associada ao sinal de Murphy positivo, à elevação de marcadores inflamatórios e, posteriormente, aos achados ultrassonográficos compatíveis com microcálculos e impactação cística, permitiu a adequada definição etiológica do quadro como colelitíase sintomática com evolução para colecistite aguda leve (GANETSKY et al., 2025; ECKLER et al., 2025; MEYER; ZAKKO, 2025).

A condução clínica mostrou-se coerente com as recomendações contemporâneas para o manejo do abdome agudo biliar, uma vez que contemplou exclusão progressiva dos diagnósticos diferenciais, repetição do exame de imagem em condições adequadas e tratamento cirúrgico por via videolaparoscópica em momento oportuno. A realização da colecistectomia laparoscópica com observância dos princípios técnicos de segurança, associada ao planejamento anestésico compatível com procedimento sob pneumoperitônio, contribuiu diretamente para a ausência de complicações intra e pós-operatórias imediatas, bem como para a recuperação satisfatória da paciente (SAGES, 2024; ROSENBAUM; HIRSCH, 2025; FALK, 2025). Também se evidencia, a partir deste relato, a importância do preparo adequado para exames de imagem, especialmente da ultrassonografia abdominal, tendo em vista que a realização inicial sem jejum apropriado pode comprometer a visualização da vesícula biliar e retardar a confirmação diagnóstica. Assim, o caso reforça que a precisão diagnóstica no abdome agudo depende não apenas da solicitação correta dos exames, mas também de sua execução em condições técnicas adequadas, de modo a evitar atrasos terapêuticos potencialmente evitáveis (MEYER; ZAKKO, 2025; FISHMAN; PENNER, 2025).

Conclui-se, portanto, que o manejo adotado foi eficaz, seguro e alinhado às evidências disponíveis, resultando em desfecho clínico favorável e alta hospitalar sem intercorrências. O caso reafirma a relevância da abordagem multidisciplinar, da

valorização da semiologia abdominal, da correta interpretação dos exames complementares e da indicação precoce da colecistectomia videolaparoscópica nos casos compatíveis com colecistite aguda leve.

REFERÊNCIAS

AFDHAL, N.; ZAKKO, S. *Clinical manifestations and evaluation of gallstone disease in adults*. UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-gallstone-disease-in-adults>. Acesso em: 11 maio 2025.

FALK, Scott A. *Overview of anesthesia*. In: UPTODATE. Waltham, MA: Wolters Kluwer, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-anesthesia>.

CHEN, Y. et al. *Anesthesia for laparoscopic and abdominal robotic surgery in adults*. UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anesthesia-for-laparoscopic-and-abdominal-robotic-surgery-in-adults>. Acesso em: 8 maio 2025

ECKLER, K. et al. *Acute pelvic pain in nonpregnant adult females: Evaluation*. UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acute-pelvic-pain-in-nonpregnant-adult-females-evaluation>.

FISHMAN, S. J.; PENNER, R. M. *Causes of abdominal pain in adults*. UpToDate, 2024. <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-abdominal-pain-in-adults>

GANETSKY, M. et al. *Evaluation of the adult with nontraumatic abdominal or flank pain in the emergency department*. UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-nontraumatic-abdominal-or-flank-pain-in-the-emergency-department>.

GRAP, M. J.; ROTH, C. *Maintenance of general anesthesia*. UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/maintenance-of-general-anesthesia>.

HEFFNER, A. C.; ANDROES, M. P. *Central venous access*. In: DAVIDSON, I.; WOLFSON, A. B.; COCHRAN, A.; COLLINS, K. A. UpToDate. Atualizado em: 26 nov. 2024 Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/central-venous-access>.

HUGGINS, J. T.; CARR, S. R.; WOODWARD, G. A. *Tube thoracostomy*. In: WOLFSON, A. B. et al. UpToDate. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/tube-thoracostomy>.

KIM, T. H.; KAPLAN, M. B. *Maintenance of general anesthesia*. UpToDate, 2025.

KUSHNER, D. M. et al. *Abdominal access techniques used in laparoscopic surgery*. UpToDate, 2025.

MEYER, J. P.; ZAKKO, S. *Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis*. UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis>

NDY, J. et al. *Appendicitis in adults: Clinical manifestations and diagnosis*. UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 10 maio 2025.

ROSENBAUM, S. H.; HIRSCH, N. P. *Airway management for general anesthesia in adults*. UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/airway-management-for-general-anesthesia-in-adults>.

SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons). *Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery*. SAGES, 2024. Disponível em: <https://www.sages.org/publications/guidelines>.

SEXTON, D. J.; RICHIE, M. *Lumbar puncture: indications, contraindications, techniques, and complications*. UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/lumbar-puncture-indications-contraindications-techniques-and-complications>.