

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**COLECISTITE NO CICLO GRÁVIDO – PUERPERAL: UMA
SÉRIE DE CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito para obtenção de grau do curso de Medicina na
Faculdade Pernambucana de Saúde

Autor:

Eclésio José Vascurado Chaves

Orientadoras:

Judith da Silva Assis Correa Rego

Leila Katz

RECIFE, 2019

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico, clínico, obstétrico, manejo e os desfechos maternos e perinatais de mulheres com colecistite aguda no ciclo gravídico-puerperal. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo série de casos. A amostra foi não probabilística, por conveniência, composta por 11 pacientes gestantes ou puérperas com colecistite aguda internadas no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. As pacientes foram inicialmente identificadas pelo banco de dados com os diagnósticos de alta das pacientes internadas na UTI obstétrica e no andar de gestação de alto risco. Após identificação no arquivo do prontuário, as informações foram obtidas por meio de revisão dos registros no prontuário. As variáveis do estudo foram diagnóstico de colecistite aguda durante a gestação e puerpério e excluídas aquelas que o prontuário estiver incompleto impedindo a obtenção dos dados pertinentes. A pesquisa foi aprovada no CEP-IMIP com o CAAE nº 86714918.1.0000.5201. **Resultados:** Foram analisadas um total de 11 pacientes, das quais 90,9% apresentaram sintomatologia compatível com o diagnóstico de colecistite na gestação, das quais 100% foi diagnosticada em exame de entrada no serviço de saúde. Foi constatado ainda que 100% das pacientes possuíam formação escolar incompleta, fator que pode ter dificultando o acesso a informações sobre as próprias condições de saúde. Houve abordagem cirúrgica em 63,3% das pacientes, o desfecho desta não se modificou quanto ao trimestre da abordagem, o que pode sugerir boa segurança no procedimento realizado a qualquer período da gestação. **Conclusão:** Foi constatado que as participantes avaliadas tiveram benefícios no diagnóstico precoce da patologia e abordagem adequada de acordo com sua condição clínica. A partir da amostra avaliada, a abordagem cirúrgica das pacientes mostrou-se segura em todos os trimestres da gestação. O acesso a um serviço de saúde terciária de qualidade acabou por contornar carências no acesso a atenção primária em saúde de qualidade das pacientes: O acesso à educação de qualidade aliado a medicina preventiva adequada, minimiza possíveis fatores de risco que podem propiciar as patologias aqui estudadas.

Palavras Chave: Colecistite aguda; Gestação, Puerpério.

ABSTRACT

Objective: Describe the sociodemographic, clinical, obstetric, management, and maternal and perinatal outcomes of women with acute cholecystitis in the pregnancy-puerperal cycle. **Method:** This is a descriptive study of a case series. The sample was non-probabilistic, for convenience, composing of 11 pregnant or postpartum patients with acute cholecystitis admitted to the Institute of Integral Medicine Prof. Fernando Figueira - IMIP. The patients were initially identified by the database with the discharge diagnoses of patients admitted to the obstetric ICU and high-risk pregnancy floor. After identification in the medical record file, the information was obtained by reviewing the records in the medical record. The study variables were the diagnosis of acute cholecystitis during pregnancy and the puerperium and excluded those that the medical record is incomplete preventing the obtaining of relevant data. The research was approved by CEP-IMIP with CAAE nº 86714918.1.0000.5201. **Results:** A total of 11 patients were analyzed, of which 90.9% presented symptoms compatible with the diagnosis of cholecystitis in pregnancy, of which 100% was diagnosed at the entrance examination at the health service. It was also found that 100% of the patients had incomplete schooling, a factor that may have made it difficult to access information about their own health conditions. There was a surgical approach in 63.3% of the patients, the outcome of which did not change regarding the trimester of the approach, which may suggest good safety in the procedure performed at any period of pregnancy. **Conclusion:** It was found that most of the evaluated individuals had benefits in the early diagnosis of the pathology and appropriate approach according to their clinical condition. From the evaluated sample, the surgical approach of the patients was safe in all trimesters of pregnancy. Access to quality tertiary health service eventually circumvented deficiencies in access to quality primary health care for patients: Access to quality education combined with adequate preventive medicine minimizes possible risk factors that may provide the pathologies studied here.

Keywords: Acute cholecystitis; Pregnancy, Postpartum Period.

I. INTRODUÇÃO

A vesiculopatia, principalmente, colecistite aguda é a segunda causa mais comum de abdome agudo fora da gestação, ficando atrás apenas de apendicite aguda. Na América Latina, esse número pode representar mais de 50% das mulheres adultas¹². Representa no Brasil, algo em torno de 10% da população geral¹¹. Na gravidez a incidência é de um para 1.600 a 10.000 gestações e em 90% dos casos a causa é colelitíase. Colelitíase está presente em 3,5 a 10% das mulheres grávidas¹. As doenças da vesícula biliar têm uma incidência maior nas mulheres, principalmente nas multíparas, que nos homens e a gravidez é considerada um fator de risco maior para colelitíase por cálculos de colesterol².

A suspeita do diagnóstico surge com dor no quadrante superior direito ou epigástrica com febre e leucocitose, um sinal de Murphy positivo reforça a suspeita de colecistite³. A ultrassonografia (USG) da vesícula na gestante é capaz de confirmar o diagnóstico em 93% dos casos⁴. Já existe evidência para o uso, desde que bem indicado, da Tomografia Computadorizada (TC) e da Ressonância Nuclear Magnética (RNM) em gestantes nos casos de difícil diagnóstico à ultrassonografia⁵. No entanto, o diagnóstico diferencial é amplo e as causas obstétricas, como síndrome HELLP e esteatose hepática da gestação, não podem ser deixadas de lado¹.

A gravidez pode ser encarada como fator de risco pelas próprias modificações fisiológicas e pelo o aumento dos hormônios reprodutivos. O estrogênio aumenta a secreção de colesterol e a progesterona reduz a secreção dos ácidos biliares levando assim a supersaturação da bile com colesterol, associado a isso, a progesterona lentifica o esvaziamento da vesícula que leva à estase e propiciar a formação dos cálculos⁶.

Uma revisão na literatura que avaliou o manejo de colelitíase e suas complicações na gestação concluiu que o manejo cirúrgico ou conservador da colecistite não apresentou diferença na incidência de partos prematuros ou morte fetal. Mostrou, ainda, que a colecistectomia laparoscópica é segura em todos os trimestres da gestação⁷.

As modificações anatômicas e fisiológicas da gestação geralmente levam a apresentações atípicas ou enganosas. Como esse é um evento relativamente raro, muitos especialistas têm experiência limitada o que pode resultar em dúvida diagnóstica e atraso terapêutico. O fato de lidar com duas vidas gera a necessidade de assistência para ambas, genitora e feto, em hospital de alta complexidade, onde haja garantia de cuidado

especializado da cirurgia, manejo obstétrico e fetal levando em consideração a possibilidade da prematuridade¹.

Considerando as particularidades que acompanham a ocorrência de colecistite na gravidez e no puerpério, o objetivo deste estudo foi o de realizar uma análise e apresentar uma série de casos de colecistite no ciclo gravídico puerperal, assistidos pela equipe de obstetrícia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, em Recife – PE.

II. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, documental, do tipo série de casos, baseado em dados secundários, com informações levantadas em prontuários médicos, referentes à pacientes gestantes atendidas no Centro Obstétrico do IMIP na cidade de Recife - PE. A amostra foi não probabilística, por conveniência, composta por 11 pacientes internadas no serviço de saúde mencionado anteriormente.

A coleta de dados foi realizada com a identificação das pacientes pelo banco de dados com os diagnósticos de alta das pacientes internadas na UTI obstétrica e no andar de gestação de alto risco. Após localização no arquivo do prontuário, as demais informações foram obtidas por meio de revisão dos registros no prontuário.

Foram incluídas mulheres com diagnóstico de colecistite aguda durante a gestação e puerpério atendidas na Maternidade do IMIP e excluídas aquelas que o prontuário estivesse incompleto impedindo a obtenção dos dados pertinentes, as que fossem menores de 18 anos ou as que não tinham recebido o tratamento da colecistite neste serviço.

O estudo foi realizado no período de maio de 2018 a outubro de 2019 através de coleta de dados nos prontuários dos pacientes assistidos pelo serviço de obstetrícia do IMIP na cidade de Recife - PE.

Os documentos utilizados para a coleta dos dados foram os prontuários das gestantes com diagnóstico de colecistite aguda, atendidas no referido serviço. As informações coletadas dos prontuários seguiram para estrutura de planilha com detalhamento de dados relevantes do diagnóstico e tratamento das pacientes.

A análise dos dados foi quali-quantitativa, realizada através da comparação dos registros encontrados nos prontuários, utilizando os programas SPSS versão 13.0 para Microsoft Windows 10® e Microsoft Word e Excel 2016®. Os dados estão apresentados em forma de tabelas e analisados segundo os critérios de métodos estatísticos descritivos.

Esta pesquisa atende à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil referente a pesquisas em seres humanos. A coleta de dados em prontuário foi iniciada mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP sob CAAE nº 86714918.1.0000.5201.

III. RELATOS DOS CASOS

CASO 1: ASL, 31 anos, G1P0A0, ensino fundamental incompleto, proveniente de Escada – PE, à admissão com 36s5d de gestação, assintomática, sem alterações laboratoriais e achado de colecistite à ultrassonografia de triagem obstétrica. Gestação interrompida por Ruptura Prematura de Membranas Ovulares e falha na indução. Recebe alta com boas condições clínicas no puerpério após adoção de conduta expectante e acompanhamento do achado ambulatorialmente.

CASO 2: RCS, 38 anos, G2P1A0, ensino fundamental incompleto, proveniente de Jaboatão dos Guararapes – PE, à admissão com 33s1d de gestação, relatando epigastralgia. Ao exame físico, icterica e taquicardica. Leucograma de 14.900, Bilirrubinas Totais: 2.48 às custas de Bilirrubina Direta de 2.05, Fosfatase Alcalina de 264 e Gama Glutamil Transferase de 77 e achados de colecistite e colelitíase à ultrassonografia de triagem obstétrica. Recebeu antibioticoterapia com Ceftriaxone + Metronidazol e conduta expectante. Recebeu alta pós parto normal com boas condições clínicas.

CASO 3: EJA, 27 anos, G2P1A0, ensino fundamental completo, proveniente de Recife – PE, à admissão com 12s5d de gestação, relatando epigastralgia, náuseas e vômitos. Ao exame físico, dor abdominal à palpação. Bilirrubina Total de 3,1 as custas de Bilirrubina Direta de 1,68 e achados de colecistite e pancreatite à ultrassonografia de triagem obstétrica. Retornou ao serviço no puerpério para abordagem cirúrgica de colecistite, sem intercorrências.

CASO 4: MGS, 30 anos, G5P2A2, obesa, hipertensa, diabética tipo 2, ensino fundamental incompleto, proveniente de Jaboatão dos Guararapes – PE, à admissão com 33s5d de gestação, relatando epigastralgia e dor em baixo ventre. Admitida ainda com pré eclampsia e infecção do trato uterino. Ao exame físico, febril e PA=150x110mmHg. Leucograma de 13.900, fosfatase alcalina de 169, gama glutamil transferase de 102 e achados de colecistite e colelitíase à ultrassonografia de triagem obstétrica. Gestação interrompida por sofrimento fetal agudo, às 36s. Paciente evolui com colangite e sepse, iniciando esquema antimicrobiano com Piperacilina + Tazobactam em UTI obstétrica e posterior abordagem videolaparoscópica com achado de secreção purulenta. Recebe alta com boas condições clínicas.

CASO 5: EGO, 21 anos, G5P3A1, ensino fundamental incompleto, proveniente de Recife – PE, à admissão com 27s3d de gestação, relatando náuseas, vômitos, dor abdominal, acolia fecal e colúria. Ao exame físico, dor abdominal à palpação, icterícia e febre. Leucograma de 26.000 com 21% de bastões, TGO 98, TGP 131, fosfatase alcalina 634, gama glutamil transferase 212, albumina 1.7, bilirrubina total 2.7 às custas de bilirrubina direta 2.36. Achados de coledocolitíase e colelitíase à ultrassonografia de triagem obstétrica. Abordada por colangiopancreatografia retrograda endoscópica ainda à gestação, Paciente evolui com colangite, iniciando esquema antimicrobiano com Piperacilina + Tazobactam em UTI obstétrica e posterior reabordagem videolaparoscópica com saída de grande quantidade de secreção purulenta. Recebe alta com boas condições clínicas e ainda gestante.

CASO 6: VVNS, 22 anos, G1P0A0, ensino fundamental incompleto, proveniente de Paulista – PE, à admissão com 29s1d de gestação, apresentando náuseas, vômitos e dor abdominal. Ao exame físico dor abdominal à palpação e Sinal de Murphy positivo. Leucograma de 18.000 com 11% de bastões, fosfatase alcalina 204. Achados de colecistite com líquido pericolecístico à ultrassonografia de triagem obstétrica. Internada em UTI, recebeu antibioticoterapia com Ceftriaxone e Metronidazol e submetida a cirurgia aberta ainda gestante por colelitíase por colecistite perfurada e abdome agudo. Parto normal às 39s3d e posterior alta em boas condições clínicas.

CASO 7: JML, 30 anos, G3P2A0, ensino fundamental incompleto, proveniente de Jabotão dos Guararapes, à admissão com 35s2d de gestação, hipertensa crônica, com diagnóstico de pielonefrite e sepse de foco urinário. Apresentava dor abdominal. Ao exame físico dor abdominal à palpação, taquicardica, taquipneica e sinal de Giordano positivo. Leucograma de 22.100 com 12% de bastões. Achados de colecistite e colelitíase com líquido pericolecístico em ultrassonografia de triagem obstétrica. Paciente internada na UTI, recebeu antibioticoterapia com Piperacilina + Tazobactam. Parto normal às 38s5d. Conduta expectante e alta em boas condições.

CASO 8: MHM, 21 anos, G2P0A1, hepatopata crônica por uso de álcool, ensino fundamental incompleto, proveniente de João Pessoa – PB, à admissão com 26s4d de gestação, apresentando epigastralgia, náuseas, vômitos e dor abdominal. Ao exame físico icterica. Leucograma de 11.500 com 8% de bastões, TGO 138, TGP 76, fosfatase alcalina 274, gama glutamil transferase 140, INR 1.7, albumina 1.9, bilirrubina total de 12 às custas de bilirrubina direta 8.3. Ultrassonografia de triagem obstétrica evidenciando colelitíase e dilatação da vesícula biliar, colangiorressonância demonstrando colecistite. Diagnosticada com colestase, plaquetopenia, cirrose hepática e sepse. Gravidez finalizada às 29s6d por morte fetal. Iniciada antibioticoterapia com Ceftriaxone e Metronidazol em UTI sem boa resposta clínica. Paciente evoluiu para óbito em função de quadro já deteriorado progressivamente.

CASO 9: ASS, 27 anos, G1P0A0, obesa, ensino fundamental incompleto, proveniente de Recife- PE, à admissão 19s1d de gestação relatando quadro de náuseas, vômitos e dor abdominal. Ao exame físico, sinal de Murphy positivo e taquicardia. Leucograma de 23.000 com 6% de bastões. Ultrassonografia de triagem obstétrica evidenciando colecistite e colelitíase. Iniciada antibioticoterapia com Ceftriaxone e Metronidazol; posteriormente abordada por videolaparoscopia, recebe alta em boas condições clínicas ainda em curso de gestação.

CASO 10: AC, 23 anos, G5P4A0, ensino fundamental incompleto, proveniente de Paulista – PE, à admissão 14s5d de gestação, apresentando náuseas, vômitos, dor abdominal, relatando colúria. Ao exame físico icterícia, sinal de Murphy positivo. TGP 102, fosfatase alcalina de 196, gama glutamil transferase 20, ureia 44, creatinina 2.06, bilirrubina total de 3.78 às custas de bilirrubina direta de 3.13, ultrassonografia de triagem obstétrica demonstrou colecistite e colelitíase. Recebeu antibioticoterapia com Ceftriaxone e submetida à videolaparoscopia. Recebeu alta em boas condições ainda gestante.

CASO 11: JPFS, 20 anos, G1P0A0, ensino fundamental completo, proveniente de Recife – PE, à admissão 20s4d de gestação, apresentando náuseas, vômitos e dor abdominal. Ao exame físico sinais de Blumberg e Murphy positivos. Exames laboratoriais demonstrando Leucograma de 14.700, gama glutamil transferase 48. Ultrassonografia de abdome em triagem obstétrica com colecistite e colelitíase. Realizou antibioticoterapia com Ceftriaxone e Metronidazol. Submetida a videolaparoscopia, recebendo alta com boas condições clínicas ainda gestante.

IV. RESULTADOS

As informações sociodemográficas encontram-se na Tabela 1, onde verifica-se que a maioria das pacientes participantes da pesquisa tinha idade compreendida na faixa entre 20 a 38 anos, sendo 5 entre 20-25 anos (45%), 2 entre 26-30 anos (18%) e 4 com idade superior a 30 anos (36%). Com relação a escolaridade, pôde-se observar que a totalidade das pacientes (100%) não havia iniciado o ensino médio; sendo 2 com ensino fundamental completo (18%) e 9 com ensino fundamental incompleto (82%). Verificou-se, ainda na Tabela 1, que aproximadamente metade das pacientes eram nulíparas (45%) e cerca de um terço das mesmas, múltíparas (36%). No âmbito da procedência, a grande maioria é proveniente da Região Metropolitana do Recife (73%).

Considerando-se as informações da Tabela 2 que demonstram o quadro clínico apresentado pelas gestantes com colecistite, apenas uma era assintomática (9,1%), em 10 das 11 pacientes predominou o achado de dor abdominal (90,9%) associada a náuseas e vômitos (63,6%), isoladamente (18,2%) e associado a febre (18,2%). Outro dado observado ao exame físico foi a icterícia que estava presente em 4 pacientes (36,7%), além do sinal de Murphy que foi positivo em 36,7% das pacientes em questão.

Na Tabela 3, com relação a dados obstétricos, constatou-se que à admissão 5 grávidas estavam no 2º trimestre e 5 no 3º trimestre (correspondendo cada uma a 45,45% do total) e apenas uma no 1º trimestre (9,1%). Quanto a paridade, 5 delas eram nulíparas, sendo que 4 eram primigestas (36,4%) e uma apresentava histórico de abortamento prévio e 6 múltíparas (54,5%).

Ainda sobre os dados da Tabela 3, 6 pacientes tiveram as gravidezes resolvidas no serviço, sendo 2 cesáreas e 4 partos normais com vitalidade ao nascer dos bebês boa em 50% dos casos, metade tiveram APGAR 9/10, um teve APGAR 6/7, mais outro 3/7 e um parto aconteceu por feto morto.

A abordagem clínica em sua maioria se deu com antibioticoterapia em 10 das 11 pacientes que fizeram uso de Ceftriaxone e Metronidazol em sua maioria (60%), Piperacilina + Tazobactam (30%) e Ceftriaxone isoladamente (10%) e apenas 1 que estava assintomática não fez uso de antibioticoterapia.

Quanto a abordagem cirúrgica, houve intervenção em 7 pacientes (63,3%); sendo abordagem videolaparoscópica em 6 delas e cirurgia aberta em apenas uma. Foi adotada conduta expectante para 4 pacientes (36,7%). Houve manutenção da gravidez, pós abordagem cirúrgica em 6 casos. Um dos casos teve resolução via cesárea em função de sofrimento fetal agudo.

Das pacientes em questão, uma evoluiu com óbito. Esta portadora de hepatopatia secundária a uso crônico de álcool. As demais pacientes receberam alta hospitalar em boas condições.

V. DISCUSSÃO

A colecistite é uma das doenças mais comuns do aparelho digestivo, e constitui importante agravo nos países ocidentais como consequência de fatores bioquímicos, genéticos e ambientais. Dentre os fatores mais importantes na formação de cálculos biliares, está o aumento da secreção biliar de colesterol do fígado, produzindo bile supersaturada de colesterol⁸.

O aumento de hormônios reprodutivos durante a gravidez parece estar ligado a uma maior incidência na formação de cálculos biliares: O estrogênio aumenta a secreção de colesterol e a progesterona reduz a secreção de ácido biliar, o que faz com que a bile fique supersaturada com o colesterol⁹. A progesterona diminui o esvaziamento da vesícula biliar, promovendo mais intensa formação de cálculos, causando estase biliar¹⁰.

A prevalência da doença biliar difere entre várias populações: Nos EUA, estima-se algo em torno de 10-15% da população atingida⁸, no Brasil, estima-se algo em torno de 10% da população geral¹¹. Nos países da América Latina, esse número pode representar mais de 50% das mulheres adultas¹². Este domínio sexual implica algum risco na gravidez. De fato, a doença da vesícula biliar é a segunda mais indicação comum para intervenção cirúrgica não obstétrica na gravidez¹.

Dentre os fatores de risco para cálculos biliares tem-se a obesidade prévia¹³, sendo mais observada em multíparas do que nulíparas¹⁴ e o somatório dessas condições à predisposição genética pode gerar progressão dos cálculos durante a gestação¹⁵. Em nosso estudo, a maioria das pacientes apresenta histórico obstétrico maior ou igual a 01 parto em suas vidas reprodutivas, mostrando assim relação direta com o dado apresentado anteriormente. Em função de falhas no preenchimento dos prontuários, não conseguimos inferir a relação com a obesidade prévia das mesmas.

Em relação a escolaridade, 100% da amostra do estudo foi composta de mulheres com no máximo, 8 anos de escolaridade. Estudos¹⁶ realizados em países desenvolvidos encontraram maior prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a obesidade, em populações menos escolarizadas. No Brasil, muitas doenças crônicas

apresentam gradiente social que cresce na direção dos segmentos socialmente mais vulneráveis, como observado neste estudo. Em duas edições da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD¹⁷), foi encontrada menor utilização de serviços de saúde e menor proporção de consultas médicas em população de menor escolaridade. Usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis e maior escolaridade usaram mais serviços, comparados com os menos escolarizados.

A apresentação clínica da colecistite durante a gravidez é, no geral, semelhante a do estado não gravídico, podendo as pacientes apresentar-se sintomáticas ou assintomáticas; como quase todas as gestantes são submetidas a um exame ultrassonográfico obstétrico que inclua o quadrante superior esquerdo abdominal, não é incomum uma descoberta incidental de cálculos biliares. Em nossas análises, 9,1% das pacientes teve seu diagnóstico sem sintomatologia, o que reforça a validade do exame ultrassonográfico no rastreamento de agravos não relatados ou observados no exame físico¹⁹. Já no segundo grupo, que inclui a maioria dos pacientes, os primeiros sintomas dos cálculos biliares são picos repetitivos de dor e/ou pacientes com cólica biliar que frequentemente reclamam de dor epigástrica ou em quadrante superior direito, queixas iniciais de 90,9% das pacientes analisadas. É comum ainda uma história de ingestão de alimentos gordurosos precedendo o início da dor. Os sintomas associados incluem febre, anorexia, náuseas e vômitos, presentes em 63,6% da composição do nosso estudo. O exame abdominal geralmente demonstra guarda voluntária e involuntária e, frequentemente, um sinal positivo de Murphy¹⁸. Lembrando que, a ausência do sinal de Murphy, não descarta o diagnóstico de colecistite do paciente, corroborando com uma amostra de apenas 36,4% das pacientes analisadas em nosso serviço.

Durante a investigação diagnóstica, devemos diferenciar pacientes grávidas que apresentam dor em região epigástrica ou em quadrante superior direito e classificá-las dentre as causas obstétricas e não obstétricas. Sendo estas refluxo gastroesofágico, hepatite, úlcera péptica, pneumonia do lado direito, além das obstétricas que compreendem a pré-eclâmpsia e síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas, plaquetopenia), esteatose hepática aguda, descolamento de placenta, dentre outras¹⁸. Em serviços de alto risco, como o *IMIP*, é comum a incidência de múltiplas comorbidades gestacionais, desta feita, considerar os outros achados clínicos e laboratoriais é condição *sine qua non* para completa elucidação do diagnóstico e consequente manejo adequado.

Os critérios diagnósticos da doença biliar em grávidas são os mesmos aplicados a não grávidas: cólica biliar, colecistite aguda, coledocolitíase, colangite aguda e sinais de pancreatite biliar¹⁸. Este diagnóstico pode ser feito com o auxílio de exames laboratoriais e de imagem. Uma boa rotina laboratorial se mostra útil tanto na exclusão de condições no diagnóstico diferencial, quanto em casos de doença complicada. 100% da amostra de pacientes analisada teve solicitação de rotina laboratorial, sendo 90,9% apresentando ao menos uma alteração laboratorial sugestiva de colecistite. Tais exames devem ser solicitados de acordo com a suspeita clínica.

A ultrassonografia (USG) é o exame inicial e permite a identificação de alterações que não são visíveis no exame físico e permite uma classificação. É considerado o exame padrão "ouro" nesses casos. Tem alta sensibilidade para a detecção de cálculos e o espessamento da parede. Também pode haver visualização de líquido perivesicular, distensão da vesícula, cálculos impactados no infundíbulo e o sinal de Murphy ultrassonográfico. Este sinal é relatado quando, após a identificação da vesícula inflamada, o ultrassonografista comprime o abdômen na topografia da mesma com o transdutor e o paciente refere dor intensa¹⁹.

Pode-se lançar mão, ainda, da colangiressonância magnética para casos complicados, como em mulheres com coledocolitíase e pancreatite, nos quais a ultrassonografia não foi conclusiva no diagnóstico²⁰. Apenas uma das pacientes analisadas (9,09%) teve tal recurso utilizado. Ainda envolta em receios, em função da quantidade de radiação ionizante emitida, tal recurso deve ser utilizado com cautela, visto probabilidade de más formações, sobretudo no primeiro trimestre da gestação²⁰.

O manejo da doença biliar na gravidez deve equilibrar benefícios fetais e maternos: Medidas de suporte devem ser adotadas em conjunto com terapias definitivas e incluem suporte nutricional, hidratação venosa e analgesia por meio de opioides.

O tratamento inicial para pacientes sintomáticos pode incluir antibioticoterapia empírica, sendo necessária para pacientes com colecistite aguda e/ou colangite. Embora se trate de processo inflamatório, a infecção da vesícula pode ocorrer por estase biliar, sendo necessária a cobertura dos principais agentes infecciosos envolvidos (*Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Klebsiella* e *Enterobacter*)¹⁸.

Monoterapia com inibidor de beta-lactamase é bem aceita no período de gravidez, podendo ser utilizadas drogas como Piperacilina-Tazobactam, droga escolhida em 27,3% dos casos analisados. Esquemas utilizando cefalosporina de terceira geração como Ceftriaxone associado ou não ao Metronidazol são amplamente difundidos em literatura, bem como foram a principal conduta adotada para 63,6% das pacientes participantes do estudo. Em pacientes com alergia a penicilinas, a Clindamicina é bem tolerada.

Abordagem cirúrgica é uma alternativa segura durante a gravidez e puerpério, se configurando como uma ferramenta eficaz na prevenção de complicações associadas²¹ e, em geral, não apresenta riscos para o feto²². 54,54% das participantes do estudo foram abordadas cirurgicamente durante a gravidez, com 100% das mesmas tendo a vitalidade do feto preservada após abordagem. Uma paciente foi abordada no puerpério tardio, sem intercorrências no processo.

Existem ainda evidências de que o manejo intervencionista precoce para doença biliar é bem apoiado. Jelin et. Al²² relataram risco aumentado de morte fetal quando as condutas conservadoras eram comparadas às mulheres submetidas a cirurgia videolaparoscópica.

O manejo conservador também está associado a um maior número de internações e consultas de emergência: em comparação de 32.000 de não gestantes a 436 gestantes submetidas a colecistectomia, mulheres grávidas apresentaram taxas semelhantes e complicações menores em relação a não grávidas, sugerindo que a gravidez não aumenta a morbidade materna no pós-operatório. Entretanto, gestantes foram mais submetidas a emergências e procedimentos abertos, o que pode significar uma relutância de cirurgiões em realizar videolaparoscopia durante a gravidez²².

De acordo com diretrizes da Sociedade Americana de Cirurgiões Gastrointestinais e Endoscópicos (SAGES) a videolaparoscopia pode ser realizada com segurança em qualquer trimestre da gestação²³. A maioria dos casos da revisão foram realizados no segundo trimestre, já que o mesmo é considerado por muitos cirurgiões como o trimestre mais seguro para realização de cirurgias na gestação, corroborando com nosso estudo em que 66,6% das videolaparoscopias foram feitas nesse período. Há uma preocupação de que a laparoscopia durante o primeiro trimestre possa levar a aborto espontâneo, atualmente não existem evidências suficientes para apoiar essa declaração. Durante o

terceiro trimestre, alguns cirurgiões utilizam rotineiramente tocolíticos; a eficácia dessa abordagem é ambígua em função da maioria dos incidentes de parto pré-termo não ter relação com procedimentos cirúrgicos. Contrações prematuras também podem ocorrer ao uso de tocolíticos sendo, portanto, desencorajado pela SAGES²⁴.

Os resultados deste estudo são específicos e a sua generalização para outras populações deve ser feita de maneira cuidadosa, especialmente devido ao tamanho reduzido da amostra. Além disso, devido à relevância do tema e a carência de estudos nesse segmento, sugere-se a realização de novas pesquisas em busca de evidências para subsidiar a prática clínica e promover a melhor qualidade de vida dessa população.

VI. REFERÊNCIAS

1. Bouyou J, Gaujouxa,S, Marcellin L, Leconte M, Goffine F, Chapron C, et al. Abdominal emergencies during pregnancy. *JVS* 2015 Dec; 152: S105—S115.
2. Gangwar R, Dayal M, Dwivedi M, Ghosh UK. Gallbladder Disease in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol India* 2011 Feb; 61(1): 57–61.
3. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. Does this Patients have acute Cholecystitis? *JAMA* 2003 jan; 289: 80-86.
4. Stauffer RA, Adams A, Wygal J, Lavery JP. Gallbladder disease in pregnancy. *AJOG* 1982 nov; 144: 661 – 664.
5. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, Laros RK Jr. Guidelines for Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging Use During Pregnancy and Lactation. *Obstet Gynecol* 2008 Aug;112(2 Pt 1):333-40.
6. Everson GT, McKinley C, Lawson M, Johnson M, Kern F Jr. Gallbladder function in the human female: effect of the ovulatoty, pregnancy and contraceptive steroids. *Gastroenterology*. 1982 Apr;82(4):711-9.
7. Date RS, Kaushal M, Ramesh A. A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy. *Am J Surg* 2008 Oct;196(4):599-608.
8. Mendez-Sanchez N, Chavez- Tapia NC, Uibe M. Pregnancy and gallbladder disease. *AoH* 2006 jul-sept; 5(3), 227 - 230.
9. Everson GT. Pregnancy and gallstones. *Hepatology* 1993; 17:159.
10. Everson GT. Gastrointestinal motility in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 21:751.

11. Castro PMV, Akerman D, Munhoz CB, Sacramento I, Mazzurana M, Alvarez GA. Colecistectomia laparoscópica versus minilaparotômica na coledolitíase: revisão sistemática e metanálise. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2014;27(2):148-153.
12. Diehl AK. Epidemiology and natural history of gallstone disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20:1-19.
13. Ko CW, Beresford SA, Schulte SJ, et al. Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy. *Hepatology* 2005; 41:359.
14. Barbara L, Sama C, Morselli Labate AM, et al. A population study on the prevalence of gallstone disease: the Sirmione Study. *Hepatology* 1987; 7:913.
15. Maringhini A, Ciambra M, Baccelliere P, et al. Biliary sludge and gallstones in pregnancy: incidence, risk factors, and natural history. *Ann Intern Med* 1993; 119:116.
16. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Publica* 2017;51(1):1s-10s.
17. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911-926.
18. Brooks DC. Gallstones in Pregnancy. [publicação online]; 2019 [acesso em 15 out 2019]. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/gallstones-in-pregnancy?csi=48e3e5f9-adda-4ba6-b5de-2b7c3767bc55&source=contentShare>
19. Maya MCA, Freitas RG, Pitombo MB, Ronay A. Colecistite aguda: diagnóstico e tratamento. *BJHBS* 2009 jan/jun; 8:52-60.

20. Oto A, Ernst R, Ghulmiyyah L, et al. The role of MR cholangiopancreatography in the evaluation of pregnant patients with acute pancreaticobiliary disease. *Br J Radiol* 2009; 82:279.
21. Estrada MLC, Martínez RO. Cirugía laparoscópica de urgencia en el tercer trimestre de gestación y su manejo anestésico. Experiencia de un hospital general. *Cirugía y Cirujanos* 2015 may (162):1-5.
22. Nasioudis D, Tsilimigras D, Economopoulos KP. Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy: A systematic review of 590 patients. *IJS* 2016 Mar;27: 165-175.
23. Pearl J, Price R, Richardson W, Fanelli R; Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy. *Surg. Endosc.* 2011 Nov(11): 3479-3492.
24. Markham KB, Klebanoff H. Prevention of preterm birth in modern obstetrics. *Clin. Perinatol* 2014 Dec;41(4):773-785.

VII. TABELAS

Tabela 1 – Dados epidemiológicos de gestantes e puérperas com diagnóstico de colecistite aguda atendidas na maternidade do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

Variáveis	n	%
Idade		
15-20	1	9,09
21-30	6	54,54
31-40	4	36,36
Paridade		
0	5	45,45
1-2	4	36,36
3-4	2	18,18
Procedência		
RMR*	5	45,45
Fora da RMR	2	18,18
Capital	3	27,27
Outro estado	1	9,09
Escolaridade		
Ens. Fund. Completo	2	18,18
Ens. Fund. Incompleto	9	81,81

***RMR – Região Metropolitana do Recife**

Tabela 2 - Dados clínicos de gestantes e puérperas com diagnóstico de colecistite aguda atendidas na maternidade do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP.

Variáveis	n	%
Sinais e sintomas de entrada		
Assintomático	1	9,09
Epigastralgia	4	36,36
Icterícia	4	36,36
Náuseas	7	63,63
Vômitos	7	63,63
Dor abdominal	8	72,72
Dor em baixo ventre	1	9,09
Febre	2	18,18
Colúria	2	18,18
Acolia fecal	1	9,09
Sinais semiológicos		
Sinal de Murphy	4	36,36
Sinal de Giordano	1	9,09
Sinal de Blumberg	1	9,09

Tabela 3 - Dados obstétricos de gestantes e puérperas com diagnóstico de colecistite aguda atendidas na maternidade do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP.

Variáveis	n	%
Gestações		
1-2	7	63,63
3-4	1	9,09
4-5	3	27,27
Paridade		
0-1	7	63,63
2-3	3	27,27
4-5	1	9,09
Abortamento		
0-1	10	90,90
2-3	1	9,09
Idade Gestacional de entrada (em semanas)		
0-13	1	9,09
14-26	3	27,27
27-41	7	63,63
Vitalidade fetal – APGAR 1		
1-3	1	20
4-7	1	20
8-10	3	60
Vitalidade Fetal – APGAR 2		
1-3	0	0
4-7	2	40
8-10	3	60

Tabela 4 – Dados do manejo de gestantes e puérperas com diagnóstico de colecistite aguda atendidas na maternidade do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP.

Variáveis	n	%
Antibioticoterapia		
Sim	9	81,81
Não	2	18,18
Abordagem cirúrgica		
Sim	7	63,63
Não	4	36,36
Tipo da cirurgia		
VLP*	6	85,71
Aberta	1	14,28
Período da abordagem cirúrgica		
Puerpério	1	14,28
1º Trimestre	0	0
2º Trimestre	4	57,14
3º Trimestre	2	28,57

***VLP – Videolaparoscopia**