

COLECISTITE ENFISEMATOSA

Gastrointestinal e Emergência

DADOS DO CASO

Autor Correspondente: Carlos Felipe de Oliveira Reyna;
Autores: Carlos Felipe de Oliveira Reyna - Hospital Bandeirantes S.A.;
Abdallah de Paula Houat - Hospital Bandeirantes S.A.;
Bruno Jucá Ribeiro - Hospital Bandeirantes S.A.;
Pedro Sérgio Brito Panizza - Bandeirantes S.A.;
Palavras-Chave: Colecistite Enfisematosa e Doenças da Vesícula Biliar;
URL: Colecistite Enfisematosa e Doenças da Vesícula Biliar;
DOI: 10.5935/2965-1980.2022v1n2a26;

RESUMO

A colecistite enfisematosa é uma forma rara de inflamação aguda da vesícula biliar, na qual há necrose da parede vesicular e consequente acúmulo de gás na sua parede ou lúmen. Esta condição constitui uma emergência cirúrgica pela alta mortalidade.

HISTÓRICO CLÍNICO

Masculino, 67 anos. Deu entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal há dois dias localizada no hipocôndrio direito, associada a náuseas e sem correlação com ingestão alimentar. Referia calafrio, sem febre aferida. Antecedente de diabetes mellitus há 25 anos.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

A tomografia computadorizada (TC) evidenciou uma vesícula biliar (VB) hiperdistendida, com paredes espessadas, conteúdo gasoso endoluminal e condicionando delaminação parietal (Figuras 1 e 2), associado a densificação dos planos adiposos regionais. (Figuras 3 e 4). Não havia pneumoperitônio ou coleções abdominais.

DISCUSSÃO

A colecistite enfisematosa (CE) é uma forma rara de inflamação aguda da VB, na qual há necrose da parede vesicular. Sua incidência é duas vezes maior no sexo masculino, geralmente acometendo as idades mais avançadas, acima de 50 anos, e é associada, principalmente, a pacientes com o diagnóstico de diabetes mellitus ou doença aterosclerótica periférica (1,2). A etiologia está relacionada a uma isquemia da parede da VB, a

qual pode ser decorrente de alterações ateroscleróticas da artéria cística, por exemplo, e infecções por bactérias, sendo as principais *Clostridium welchi*, *Clostridium perfringens*, *Escherichia coli* e *bacteroides fragilis*. A CE está associada a colecistite alitiásica em cerca de metade dos casos e tem maior incidência de perfuração (1,3). O quadro clínico é muitas vezes insidioso, com mais da metade dos casos se apresentam afebris e aproximadamente um quarto não apresentam leucocitose (1,4). A ultrassonografia (USG), apesar de ser uma excelente ferramenta para avaliar a VB, no caso de CE apresenta limitações em relação a TC, pois em alguns casos é difícil diferenciar na USG uma imagem de gás parietal ou intraluminal característico da CE de outras alterações, como múltiplos cálculos, vesícula em porcelana e ar pericolecístico das alças intestinais. Desta forma, a TC é o melhor método para o diagnóstico de CE, visto que possui alta sensibilidade e especificidade na detecção de gás intraluminal ou intramural que define o diagnóstico. Além disso, este método é superior na avaliação de eventuais complicações, como o pneumoperitônio e coleções pericolecísticas, que são sugestivas de perfuração, assim como diferenciar de patologias que podem simular CE, como fístula colecistoentérica ou perfuração duodenal. (1,5,6)

LISTA DE DIFERENCIAIS

Fístula enterobiliar;
Íleo biliar;
CPRE / Próteses biliares.

DIAGNÓSTICO

Colecistite enfisematosa.

APRENDIZADO

Colecistite enfisematosa é um diagnóstico importante que deve ser lembrado pelo radiologista devido a sua

alta mortalidade. O diagnóstico precoce é essencial pois pode evitar a evolução para complicações e por ser uma emergência cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Grayson DE, Abbott RM, Levy AD, Sherman PM. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: a pictorial review. *Radiographics* 2002; 22 (3): 543-61.
2. Shah PA, Cunningham SC, Morgan TA, Daly BD. Hepatic gas: widening spectrum of causes detected at CT and US in the interventional era. *Radiographics* 2011; 31 (5): 1403-13.
3. Harley WD, Kirkpatrick RH, Ferrucci JT. Gas in the bile ducts (pneumobilia) in emphysematous cholecystitis. *American Journal of Roentgenology*, 1978; 131 (4): 661-3.
4. Gruber PJ, Silverman RA, Gottesfeld S, Flaster E. Presence of fever and leukocytosis in acute cholecystitis. *Ann Emerg Med*. 1996; 28: 273-7.
5. J Fidler, E K Paulson and L Layfield. CT evaluation of acute cholecystitis: findings and usefulness in diagnosis. *American Journal of Roentgenology* 1996; 166: 1085-1088.
6. Sunnapwar A, Raut AA, Nagar AM, Katre R. Emphysematous cholecystitis: Imaging findings in nine patients. *Indian J Radiol Imaging* 2011; 21(2): 142-146.

IMAGENS

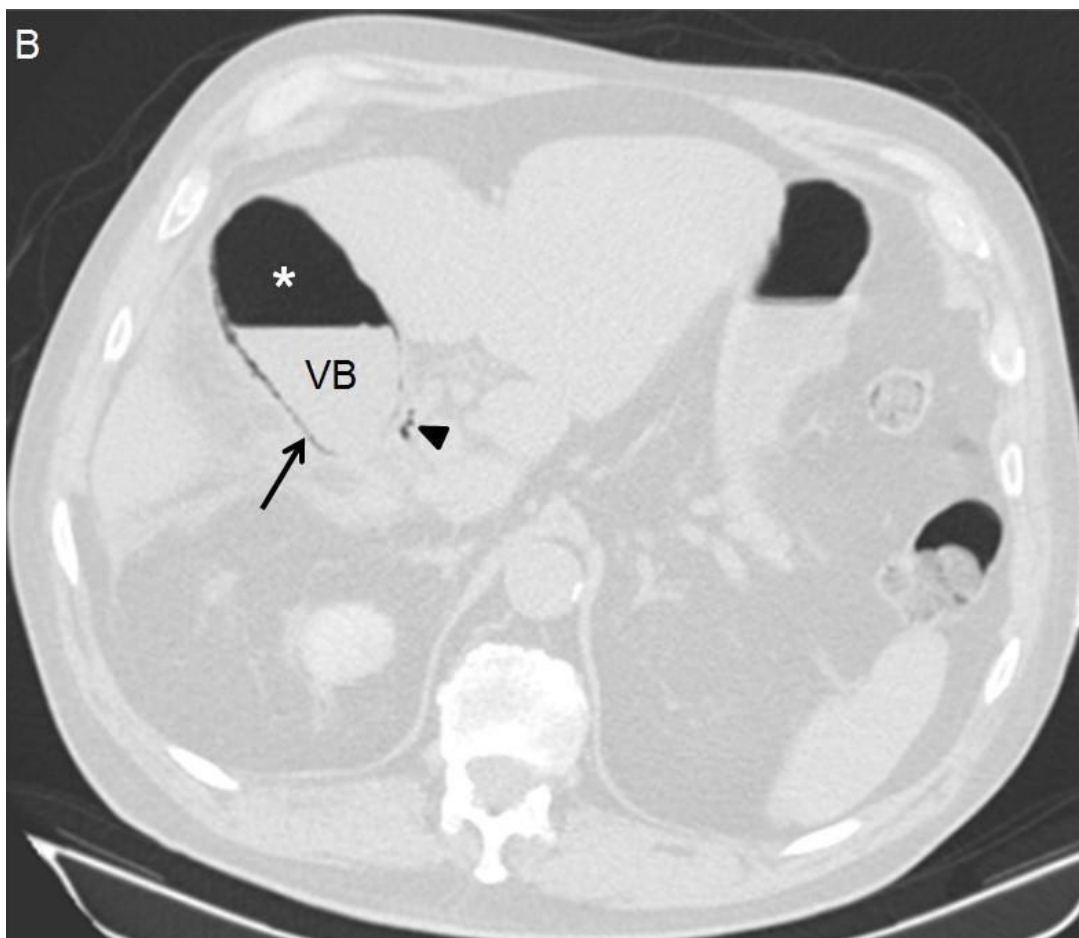


Figura 1 - Tomografia computadorizada (TC) em corte axial, janela de parênquima pulmonar, evidenciando uma vesícula biliar (VB) hiperdistendida, com paredes espessadas e conteúdo gasoso parietal (seta fina) e no seu interior (asterístico). Extensão do conteúdo gasoso para o ducto cístico (cabeça de seta).

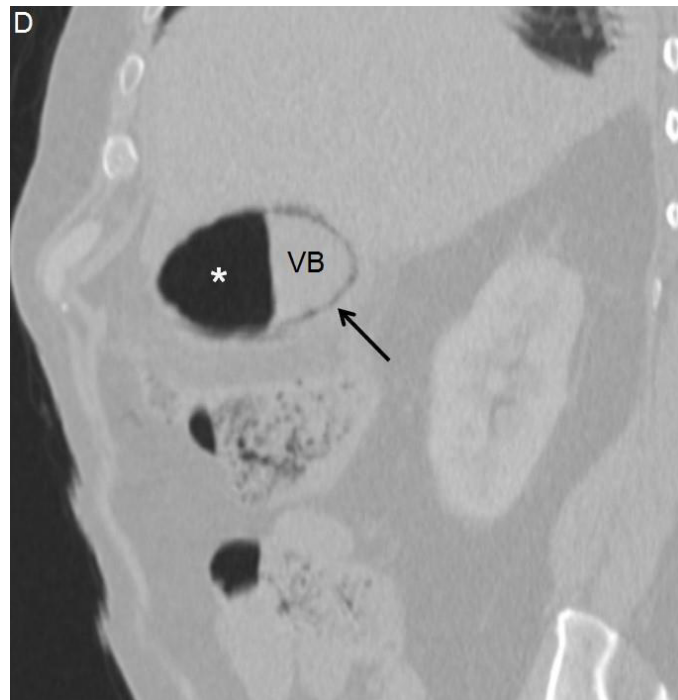


Figura 2 - Tomografia computadorizada (TC) em corte sagital, janela de parênquima pulmonar, evidencia uma vesícula biliar (VB) hiperdistendida, com paredes espessadas e conteúdo gasoso parietal (seta fina) e no seu interior (asterístico).

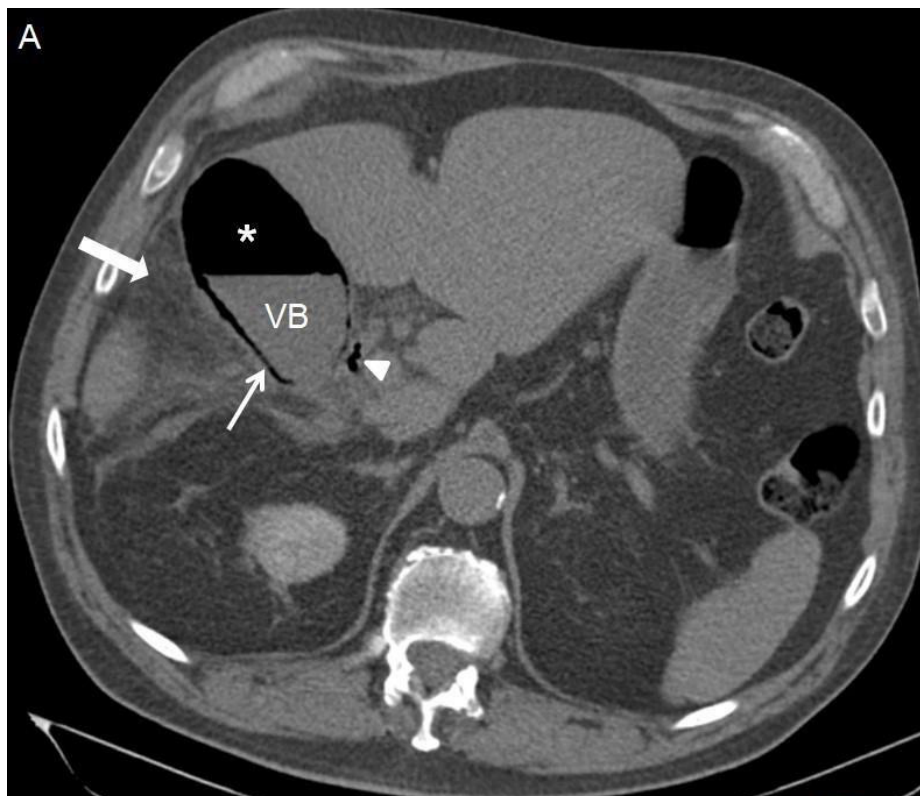


Figura 3 - Tomografia computadorizada (TC) em corte axial, janela de abdome, evidencia uma vesícula biliar (VB) hiperdistendida, com paredes espessadas e conteúdo gasoso parietal (seta fina) e no seu interior (asterístico). Notava-se, ainda, densificação difusa dos planos adiposos regionais (seta grossa) e extensão do conteúdo gasoso para o ducto cístico (cabeça de seta).



Figura 4 - Tomografia computadorizada (TC) em corte sagital, janela de abdome, evidencia uma vesícula biliar (VB) hiperdistendida, com paredes espessadas, conteúdo gasoso parietal (seta fina) e no seu interior (asterístico) e densificação difusa dos planos adiposos regionais (seta grossa).