



ÉRICKY BARBOSA DOS SANTOS

**ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
PORTADORES DE VESÍCULA BILIAR ESCLEROATRÓFICA SUBMETIDOS À
COLECISTECTOMIA NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL EM GUARAPUAVA -
PARANÁ**

GUARAPUAVA - PR

2023

ÉRICKY BARBOSA DOS SANTOS

**ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES
DE VESÍCULA BILIAR ESCLEROATRÓFICA SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA
NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL EM GUARAPUAVA - PARANÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Banca Avaliadora, como critério para obtenção do
grau de bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Scarpari

Co-Orientador: Dr. Edson Bruck Warpechowski

GUARAPUAVA - PR

2023

**ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
PORTADORES DE VESÍCULA BILIAR ESCLEROATRÓFICA
SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA NO SERVIÇO DE CIRURGIA
GERAL EM GUARAPUAVA - PARANÁ**

**ANALYSIS OF THE CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF
PATIENTS WITH SCLEROATROPHIC GALLBLADDER UNDERGOING
CHOLECYSTECTOMY AT THE GENERAL SURGERY IN GUARAPUAVA -
PARANÁ**

Éricky Barbosa dos Santos¹ Rafael Scarpari²

AUTORES

Éricky Barbosa dos Santos ¹

Afiliação institucional: Centro Universitário Campo Real - Guarapuava - Paraná, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Benjamin Constant, 308, Bairro Centro, CEP 85010190, Guarapuava-PR, Brasil.

Telefone: (42) 99905-9205

E-mail: med-erickysantos@camporeal.edu.br;

Rafael Scarpari ²

Afiliação institucional: Centro Universitário Campo Real - Guarapuava - Paraná, Brasil.

Endereço: Rua Júlia Gonçalves Ribeiro, 156, Bairro Boqueirão, CEP 85022482, Guarapuava-PR, Brasil.

Telefone: (42) 99912-6784

E-mail: prof_rafaelscarpari@camporeal.edu.br

Fontes de auxílio à pesquisa: Não financiado.

Número do projeto: 68978122.2.0000.8947

Instituição responsável pelo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa: 8947 - Faculdade Campo Real

Declaração de conflito de interesses de todos os autores: Não há conflito de interesses.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Martin Luther King)

À Minha Avó, **Adélia de Lima Berge**

SUMÁRIO

Resumo	7
Abstract.	10
1 Introdução.....	13
2 Métodos.....	15
3 Resultados.....	18
4 Discussão	22
5 Conclusão.....	25
6 Agradecimentos.....	26
7 Referências Bibliográficas.....	27
8 Anexos.....	29
8.1- Normas da revista Arquivos de Gastroenterologia	29

RESUMO

Introdução: A colelitíase manifesta-se como colecistite aguda, que consiste em inflamação da vesícula biliar devido ao fechamento do infundíbulo por um cálculo impactado, o que promove estase, irritação e processos infecciosos. Tal entidade, quando não tratada cirurgicamente por colecistectomia, torna-se uma doença crônica, ou seja, o processo persiste, com períodos de inflamação e remissão. Essa característica pode promover uma das mais temidas complicações quando se trata de colelitíase, a Vesícula Biliar Escleroatrófica. A evolução para uma vesícula escleroatrófica depende de vários fatores, evidenciando dificuldade diagnóstica e terapêutica, tendo em vista a deformação anatômica causada pela inflamação constante da árvore biliar. A análise do perfil epidemiológico permite que profissionais de saúde identifiquem tendências específicas, como as principais causas e riscos para a presença de vesícula atrófica, facilitando o desenvolvimento de tratamentos e intervenções direcionados.

Objetivo: Analisar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes diagnosticados com vesícula biliar escleroatrófica que realizaram colecistectomia prévia.

Métodos: Estudo observacional, transversal e analítico em pacientes atendidos pelo serviço de Cirurgia Geral do Hospital Instituto Virmond, em Guarapuava – PR. Utilizou-se dados de prontuários eletrônicos do programa SPDATA. A coleta de dados abrangeu registros de janeiro de 2021 a dezembro de 2022 e os critérios de inclusão consideraram pacientes com diagnóstico específico de vesícula biliar escleroatrófica e os critérios de exclusão foi restringido a paciente sem esse diagnóstico, fora do período citado ou com informações ineficientes.

Resultados: A presença de vesícula biliar escleroatrófica foi maior em mulheres (59,4%) e a faixa etária que predominou foi entre 40 a 79 anos. As principais comorbidades relacionadas a presença de vesícula escleroatrófica foram dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade e diabetes mellitus. Análises revelaram uma associação significativa entre altos valores de IMC e complicações intraoperatórias ($p=0,015$), tal como entre dislipidemia e complicações intraoperatórias ($p=0,02$). Entre 24 pacientes com $IMC \geq 25$ kg/m^2 , 13 apresentaram complicação durante o ato cirúrgico, enquanto nenhum paciente com $IMC \leq 24,9$ kg/m^2 teve complicação. Em relação a dislipidemia, entre 22 pacientes com a condição, 12 apresentaram algum tipo de complicação intraoperatória, em contrapartida, entre 10 pacientes sem dislipidemia, apenas 1 mostrou complicação na

cirurgia. Além dessa associação, houve diferença significativa também correlacionando a presença de diabetes com o uso de antimicrobiano profilático ($p=0,05$).

Conclusão: A existência de vesícula biliar escleroatrófica envolve múltiplos fatores, sendo uma condição complexa com grandes chances de evolução para quadros complicados, como fístulas bileodigestivas e alterações inflamatórias crônicas no sistema biliar, o que ocasiona dificuldade para o cirurgião. O principal fator desencadeante é a demora na realização da colecistectomia atrelado à inflamação constante da via biliar. As associações e as variáveis destacadas por frequência simples demonstraram os riscos que uma cirurgia em portadores dessa condição pode trazer. Estratégias preventivas, educação sobre os fatores de risco, especialmente em relação ao estilo de vida, e um manejo terapêutico precoce é essencial para se evitar a presença de vesícula biliar escleroatrófica.

Palavras-chave: Doenças Biliares, Epidemiologia, Colecistite, Vesícula Biliar Escleroatrófica, Colecistectomia.

ABSTRACT

Introduction: Cholelithiasis manifests as acute cholecystitis, which is the inflammation of the gallbladder due to the obstruction of the infundibulum by an impacted stone, leading to stasis, irritation, and infectious processes. When left untreated by surgical cholecystectomy, this condition becomes a chronic disease, meaning the process persists with periods of inflammation and remission. This characteristic can lead to one of the most feared complications in the context of cholelithiasis, known as Atrophic Gallbladder. The progression to an atrophic gallbladder depends on various factors, highlighting the diagnostic and therapeutic challenges due to the anatomical deformities caused by the constant inflammation of the biliary tree. The analysis of the epidemiological profile allows healthcare professionals to identify specific trends, such as the primary causes and risks for the presence of atrophic gallbladder, facilitating the development of targeted treatments and interventions.

Objective: Analyze the clinical-epidemiological profile of patients diagnosed with scleroatrophic gallbladder who underwent prior cholecystectomy.

Methods: Observational, cross-sectional, and analytical study in patients treated by the General Surgery Department at Instituto Virmond Hospital in Guarapuava, PR. Data from electronic medical records in the SPDATA program were used. Data collection included records from January 2021 to December 2022, and inclusion criteria considered patients with a specific diagnosis of scleroatrophic gallbladder. Exclusion criteria were limited to patients without this diagnosis, outside the mentioned period, or with insufficient information.

Results: The presence of scleroatrophic gallbladder was higher in women (59.4%), and the predominant age group was between 40 and 79 years. The main comorbidities associated with the presence of scleroatrophic gallbladder were dyslipidemia, hypertension, obesity, and diabetes mellitus. Analyses revealed a significant association between high BMI values and intraoperative complications ($p=0.015$), as well as between dyslipidemia and intraoperative complications ($p=0.02$). Among 24 patients with $BMI \geq 25$ kg/m^2 , 13 experienced complications during the surgical procedure, while no patients with $BMI \leq 24.9$ kg/m^2 had complications. Regarding dyslipidemia, among 22 patients with the condition, 12 experienced some form of intraoperative complication, whereas among 10 patients without dyslipidemia, only 1 had a complication during surgery. In addition to this association, there was also a significant difference correlating the presence of diabetes

with the use of prophylactic antimicrobials ($p=0.05$).

Conclusion: The existence of scleroatrophic gallbladder involves multiple factors, making it a complex condition with a high likelihood of progressing to complicated conditions such as bile duct fistulas and chronic inflammatory changes in the biliary system, which pose challenges for the surgeon. The main triggering factor is delayed cholecystectomy coupled with constant inflammation of the biliary tract. The associations and variables highlighted by simple frequency demonstrated the risks that surgery in patients with this condition can entail. Preventive strategies, education about risk factors, especially related to lifestyle, and early therapeutic management are essential to prevent the presence of scleroatrophic gallbladder.

Keywords: Biliary Diseases, Epidemiology, Cholecystitis, Atrophic Gallbladder, Cholecystectomy.

1. INTRODUÇÃO

A Vesícula Biliar (VB) é um órgão piriforme, localizada na face inferior do fígado, possui de 7 a 10 cm de comprimento e faz parte de uma árvore biliar constituída por ducto cístico, ductos hepáticos direito e esquerdo que se unem formando o ducto hepático comum e o ducto colédoco, formado pela união entre ducto cístico e ducto hepático comum, desembocando na Ampola de Vater, papila localizada na parede posteromedial do duodeno. Todo esse sistema possui como função primordial o armazenamento da bile produzida pelo fígado e sua excreção posteriormente (1).

A presença de cálculos na vesícula atinge aproximadamente 10% da população global e é uma das patologias gastrointestinais mais prevalentes no mundo (2). Vários fatores de risco estão associados, como hipersecreção de colesterol, bile supersaturada por precipitação, redução da motilidade e acúmulo de mucina na vesícula, além de haver predisposição genética e ambiental (3). A ocorrência de colelitíase agride e inflama a parede da vesícula quando há obstrução da saída da bile, resultando em uma condição clínica chamada colecistite, que pode ser aguda ou crônica.

O termo Vesícula Biliar Escleroatrófica (VBE) consiste em uma das formas mais graves da doença biliar calculosa crônica. É uma complicação da colecistite de longa data, a qual apresenta variáveis clínicas e anatômicas no paciente, sendo um verdadeiro desafio para o cirurgião em dissecar a via biliar sem provocar lesão iatrogênica e, conseqüentemente, evitar agravos pós-operatório (4).

Apesar de ser notória a dificuldade terapêutica e a influência do diagnóstico pré-operatório no caso de presença de VBE, a grande maioria dos casos são reconhecidos somente durante o ato cirúrgico, o que traz surpresas e riscos tanto para o cirurgião, quanto para o paciente. Dessa forma, é imprescindível a experiência da equipe cirúrgica e a realização dos procedimentos perante centros especializados em cirurgia hepato-biliar (4).

A colecistectomia é uma cirurgia realizada para remoção da vesícula biliar de pacientes que possuem essa indicação, seja por quadros de colecistite, discinesia biliar, pólipos de vesícula biliar, entre outras doenças de vias biliares. É uma cirurgia comum no mundo todo e em média 300 mil colecistectomias são feitas anualmente no Brasil (5). O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por sessenta mil internações por ano mediante essa causa (3). Sua principal indicação é a colelitíase sintomática e pode ser feita via laparotomia ou videolaparoscópica.

Nesse sentido, compreendendo a prevalência de colecistectomia em território

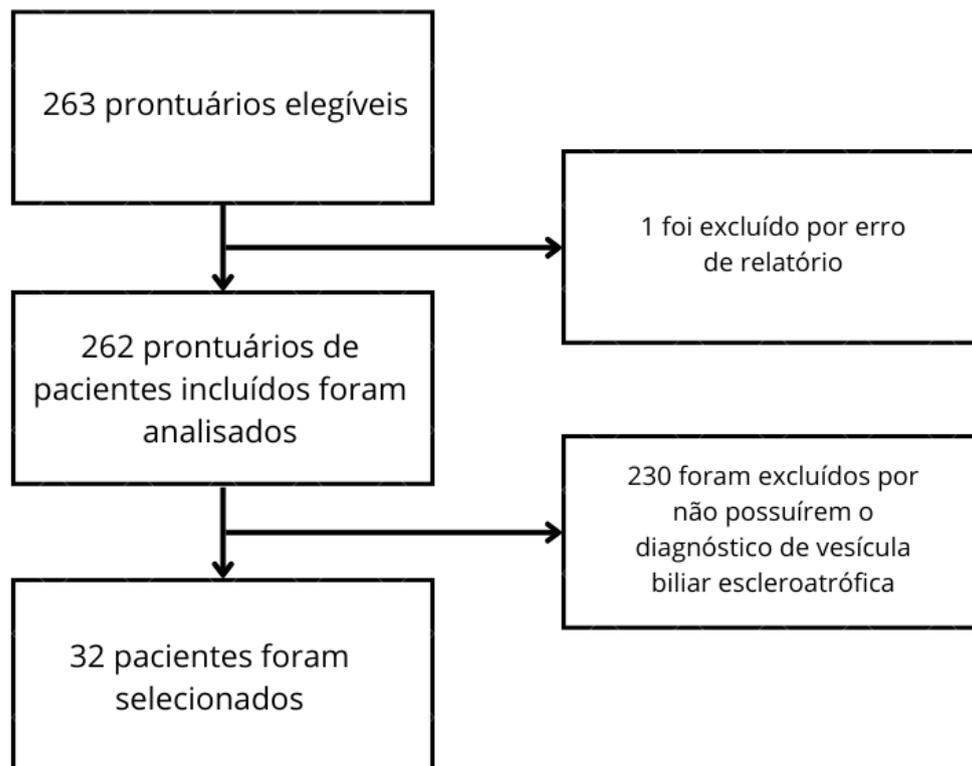
nacional e a falta de estudos, informações e correlações acerca dos perfis de pacientes com vesícula biliar escleroatrófica submetidos à colecistectomia no Brasil, evidenciou-se a importância de um maior conhecimento sobre essa entidade nosológica e suas variáveis presentes, com o intuito de promover a otimização do quadro clínico-epidemiológico, novas hipóteses de intervenção e a contribuição para novas pesquisas acerca da doença. Por fim, este presente estudo tem como missão analisar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de vesícula biliar escleroatrófica submetidos à colecistectomia no serviço de Cirurgia Geral do município de Guarapuava - Paraná, bem como reconhecer os riscos e benefícios envolvidos.

2. MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo observacional, transversal, de caráter analítico, realizado através da análise de prontuários eletrônicos obtidos por meio do Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (S.A.M.E.) armazenados no sistema de gestão hospitalar SPDATA do Hospital: Associação de Saúde Frederico Guilherme Keche Virmond, em Guarapuava, Paraná. O estudo foi direcionado aos pacientes atendidos pelo serviço de Cirurgia Geral do Hospital, encaminhados tanto por convênio particular quanto SUS.

A coleta de dados foi realizada entre o período de maio de 2023 a agosto de 2023, com a inclusão dos prontuários eletrônicos datados entre janeiro de 2021 e dezembro de 2022. Foram selecionados os pacientes de qualquer faixa etária, sexo ou raça, com diagnóstico de vesícula biliar escleroatrófica submetidos à colecistectomia eletiva ou de urgência. Pacientes sem o diagnóstico de vesícula escleroatrófica, fora do período estabelecido da pesquisa e com informações incompletas nos prontuários, foram excluídos (Fluxograma 1).

Fluxograma 1 – Seleção dos participantes, Guarapuava – PR, 2023



Fonte: Os autores, 2023.

As variáveis coletadas após seleção dos pacientes foram: idade, sexo, raça, profissão, índice de massa corporal (IMC), comorbidades, hábitos de vida, habitação, quadro clínico, exames complementares, realização ou não de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) pré-operatória, descrição cirúrgica (via, aderências, uso de dreno, tempo de operação, complicações intra-operatórias etc.), evolução do paciente, complicações pós-operatórias, tempo de internação e mortalidade.

A determinação de um paciente portador de vesícula escleroatrófica baseou-se na descrição cirúrgica, seja o cirurgião citando o termo “vesícula biliar escleroatrófica” ou descrevendo uma vesícula de pequenas dimensões, paredes espessadas e apresentando níveis variados de fibrose e aderências.

A inserção dos dados para formação do banco de dados foi feita no programa Microsoft Office Excel/2016. Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram submetidas à análise de frequência simples e as variáveis contínuas foram analisadas segundo medidas de tendência central (moda, média e mediana) e dispersão (desvio-padrão).

Para analisar a associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher^{1,2,3}, quando necessário. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$ e as análises estatísticas foram utilizados o programa SPSS versão 22.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Campo Real, respeitando as questões éticas envolvidas e descritas na Resolução CNS 196/96, atualizada pela 466/2012 ou 510/2016. A coleta dos dados foi realizada no serviço de Cirurgia Geral do Instituto Virmond, ocorrendo em horários matutinos ou vespertinos, dependendo da disponibilidade dos pesquisadores. A pesquisa solicitou a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por conta de ser um trabalho post-factum, cumprindo os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O cálculo amostral foi conduzido utilizando a fórmula $N = Z^2 \times P(1-P) / E^2$, assumindo uma prevalência de 8%, resultando em $N = 113$. Dado que o estudo contou com a participação de 32 indivíduos, o tamanho amostral foi considerado insuficiente. Entretanto, vale ressaltar a inexistência de um trabalho científico em âmbito nacional, a carência de pesquisas e artigos disponíveis sobre o tema e o período curto estipulado para coleta dos prontuários, o que interfere no cálculo amostral e no “n” da amostra.

3. RESULTADOS

No total, 32 prontuários de pacientes diagnosticados com vesícula biliar escleroatrófica entre janeiro de 2021 e dezembro de 2022 foram analisados. A Tabela 1 expõe o perfil em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes em questão.

Dentre os pacientes selecionados para o estudo, 59,4% são do sexo feminino. A idade média dos pacientes é de 61,6 anos, com um desvio-padrão (DP) de 10,8 anos. A distribuição por idade mostra que a maioria dos pacientes está na faixa de 40 a 79 anos, com apenas 3,1% abaixo de 40 anos e 6,3% com 80 anos ou mais. Em relação à etnia, a maioria dos pacientes (78,1%) é de etnia branca, com 21,9% sendo de etnia parda. Não houveram pacientes negros na amostra selecionada.

De acordo com o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), a média é de 27,2 kg/m², com um DP de 3,9. A pluralidade dos pacientes (59,4%) está na faixa de sobrepeso, enquanto 25% têm IMC normal. A obesidade I e a obesidade III representam uma parcela menor entre os indivíduos analisados.

Em relação aos hábitos de vida, apenas 25% relataram ser fumantes. A ocupação de 75% dos pacientes é classificada como “Diversas”, enquanto 25% são aposentados. De acordo com a habitação de cada indivíduo, grande parte não são de Guarapuava (53,1%) e moram em municípios vizinhos.

Conforme as comorbidades estudadas, 28 pacientes apresentavam doenças crônicas, sendo que 22 possuíam dislipidemia, 12 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 5 obesidade, 3 Diabetes Mellitus (DM), 2 esquizofrenia, 1 Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA), 1 parkinson, 1 gastrite crônica, 1 hipertireoidismo e 1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Entre as associações, 18 indivíduos manifestavam duas ou mais comorbidades, enquanto 10 somente uma.

Quanto à realização de exames complementares, a USG pré-operatória de vias biliares evidenciou 56,3% dos pacientes com a presença de múltiplos cálculos na vesícula, 25% com cálculo único e em 18,8% vesícula reduzida de tamanho com múltiplos cálculos. A colangiografia foi realizada em 34,4% dos casos e apenas durante o procedimento.

No tocante ao procedimento cirúrgico, os profissionais lançaram mão de dreno na grande parte dos pacientes (71,9%). Da mesma forma, a maioria dos pacientes foram descritos como portadores de aderências pelos cirurgiões (62,5%). O uso de antimicrobiano profilático foi utilizado em menos da metade da amostra (40,6%). As complicações foram

relatadas em mais da metade dos pacientes (53,1%) e em 6,3% dos casos foi necessário reabordagem cirúrgica.

O tempo médio de hospitalização foi de 3,4 dias, mas a mediana é de 1,71, com uma ampla variação de 1 a 25 dias.

No que se refere à uma evolução ruim do paciente, 9,4% requereram cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A taxa de mortalidade foi baixa entre os pacientes analisados para o estudo, com apenas 3,1% dos casos resultando em óbito.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes (n=32)

Variável	Categoria	n	% ou Média (DP)
Sexo	Feminino	19	59.4
	Masculino	13	40.6
Etnia	Branca	25	78.1
	Parda	7	21.9
Idade (anos)			61.6 (10.8)
	< 40 anos	1	3.1
	40 a 59 anos	14	43.8
	60 a 79 anos	15	46.9
	≥80 anos	2	6.3
IMC (kg/m ²)			27.2 (3.9)
	Normal (18,5-24,9)	8	25.0
	Sobrepeso (25-29,9)	19	59.4
	Obesidade I (30-34,9)	4	12.5
	Obesidade III (>40)	1	3.1
Habito Fumar	Não	24	75.0
	Sim	8	25.0
Profissão	Aposentado	8	25.0
	Diversas	24	75.0
Município	Guarapuava	15	46.9
	Outros	17	53.1
Comorbidade	Sim	28	87.5
	Não	4	12.5
Exames Complementares	USG Vesícula + múltiplos cálculos	18	56.3
	USG Vesícula + Cálculo único	8	25.0
	USG Vesícula reduzida tamanho + cálculos	6	18.8
Colangiografia	Não	21	65.6
	Transoperatório	11	34.4
Uso Dreno	Não	9	28.1
	Sim	23	71.9
Presença de Aderências	Não	12	37.5
	Sim	20	62.5
Uso Microbiano Profilático	Não	19	59.4
	Sim	13	40.6
Complicações	Não	15	46.9
	Sim	17	53.1

Reoperação	Não	30	93.8
	Sim	2	6.3
UTI	Não	29	90.6
	Sim	3	9.4
Tempo de Hospitalização (em dias)*			3.4 (5.5)
Mortalidade	Não	31	96.9
	Sim	1	3.1

*Mediana:1,71; Mínimo:1; Máximo:25

Fonte: Os autores, 2023.

Ao analisarmos as complicações intraoperatórias (Tabela 2), a fístula bileodigestiva e a Síndrome de Mirizzi (SM) foram as complicações mais comuns, cada uma afetando 15,6% dos pacientes. O sangramento leve ocorreu em apenas 3,1% das colecistectomias. A tabela também mostra que alguns pacientes enfrentaram múltiplas complicações intraoperatórias simultaneamente. Por exemplo, 3,1% dos pacientes tiveram a SM, fístula bileodigestiva e sangramento grave ao mesmo tempo. Além dessas complicações listadas, 6,3% dos pacientes tiveram outros tipos de complicações não especificadas. Por fim, 53,1% não tiveram nenhuma complicação intraoperatória registrada.

Tabela 2. Complicações Intraoperatórias

Variável	Categoria	n	%
Tipo de Complicação Intraoperatória	Nenhuma	17	53.1
	Fístula Bileodigestiva	5	15.6
	Sangramento leve	1	3.1
	Síndrome de Mirizzi	5	15.6
	Síndrome de Mirizzi + Fístula Bileodigestiva	1	3.1
	Síndrome de Mirizzi + Fístula Bileodigestiva + Sangramento grave	1	3.1
	Outras	2	6.3
	Total	32	100.0

Fonte: Os autores, 2023.

Nos dados da Tabela 3 evidenciaram-se as complicações pós-operatórias, como a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) e a sepse. Cada uma dessas complicações afetou 3,1% dos pacientes. Um paciente (3,1%) teve uma combinação de complicações pós-operatórias (fístula e abscesso subfrênico). Ademais, um paciente teve outro tipo de complicação não discriminada. Em geral, pacientes não portaram complicações pós-operatórias.

Tabela 3. Complicações Pós-operatórias

Variável	Categoria	n	%
Tipo de Complicação	Nenhuma	28	87.5

Intraoperatória	SIRS	1	3.1
	Sepse	1	3.1
	Fístula + Abscesso subfrênico	1	3.1
	Outras	1	3.1
	Total	32	100.0

Fonte: Os autores, 2023.

Os dados da Tabela 4 descrevem que não há diferença estatística entre homens e mulheres nos desfechos analisados. No tocante à presença de aderências, é importante destacar que está mais associado às mulheres (73,7%) do que nos homens (46,2%), apesar do p-valor (0,15) não ser estatisticamente significativo.

Tabela 4. Relação entre o sexo dos pacientes submetidos a cirurgia de colecistectomia e os desfechos analisados

Variável	Categoria	Sexo				P-valor*
		Homem (n=13)		Mulher (n=19)		
		n	%	n	%	
Exames Complementares	USG Vesícula+ múltiplos cálculos	7	53,8	11	57,9	0.26
	USG Vesícula + Cálculo único	5	38,5	3	15,8	
	USG Vesícula reduzida tamanho + cálculos	1	7,7	5	26,3	
Colangiografia	Não	9	69,2	12	63,1	<i>n.s</i>
	Transoperatório	4	30,8	7	36,8	
Uso do Dreno	Não	5	38,5	4	21,1	0.427
	Sim	8	61,5	15	78,9	
Presença de Aderências	Não	7	53,8	5	26,3	0.15
	Sim	6	46,2	14	73,7	
Uso Microbiano Profilático	Não	9	69,2	10	52,6	0.348
	Sim	4	30,8	9	47,4	
Tempo de Internamento	Até 2 dias	10	76,9	11	57,9	0.45
	Mais de 2 dias	3	23,1	8	42,1	
Necessidade de UTI	Não	12	92,3	17	89,5	<i>n.s</i>
	Sim	1	7,7	2	10,5	
Complicações	Não	8	61,5	7	36,8	0.501
	Intraoperatória	4	30,8	9	47,4	
	Pós-Operatória	1	7,7	1	5,3	
	Ambas	0	0	2	10,5	
Obito	Não	13	100	18	94,7	<i>n.s</i>
	Sim	0	0	1	5,3	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: Os autores, 2023.

A Tabela 5 dividiu os pacientes em duas faixas etárias, aquele com menos de 60 anos e aqueles com 60 anos ou mais e examinou os desfechos analisados. Não houveram

diferença estatística nos desfechos considerados. Por mais que na associação o p-valor não foi significativo (0,108) o desfecho “Tempo de Internamento” mostra que pacientes com menos de 60 anos têm um tempo de internamento mais curto, com 80% deles passando até 2 dias no hospital, enquanto 47,1% dos pacientes com mais de 60 anos passaram mais de 2 dias internados.

Tabela 5. Relação dos casos submetidos a colecistectomia com idade maior que 60 anos e desfechos analisados

Variável	Categoria	Faixa Etária				p-valor
		<60 anos (n=15)		≥60 anos (n=17)		
		n	%	n	%	
Exames Complementares	USG Vesícula + múltiplos cálculos	8	53,4	10	58,8	0,705
	USG Vesícula + Calculo único	5	33,3	3	17,6	
	USG Vesícula reduzida tamanho + cálculos	2	13,3	4	23,5	
Colangiografia	Não	11	73,3	10	58,8	0,472
	Transoperatório	4	26,7	7	41,2	
Uso do Dreno	Não	6	40,0	3	17,6	0,243
	Sim	9	60,0	14	82,3	
Presença de Aderências	Não	5	33,3	7	41,2	0,726
	Sim	10	66,7	10	58,8	
Uso Microbiano Profilático	Não	8	53,3	11	64,7	0,513
	Sim	7	46,7	6	35,3	
Tempo de Internamento	Até 2 dias	12	80,0	9	52,9	0,108
	Mais de 2 dias	3	20,0	8	47,1	
Necessidade de UTI	Não	14	93,3	15	88,2	n.s
	Sim	1	6,7	2	11,8	
Complicações	Não	9	60,0	6	35,2	0,475
	Intraoperatória	5	33,3	8	47,1	
	Pós-Operatória	0	0,0	2	11,8	
	Ambas	1	6,7	1	5,9	
Óbito	Não	15	100	16	94,1	n.s
	Sim	0	0	1	5,9	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: Os autores, 2023.

A Tabela 6 apresenta a distribuição de pelo menos uma comorbidades nos pacientes do estudo e os respectivos desfechos analisados. Com base nos resultados obtidos, a presença de pelo menos uma comorbidade não teve influência significativa neste estudo.

Tabela 6. Relações entre a presença de pelo menos uma comorbidade nos pacientes submetidos a cirurgia de colecistectomia e os desfechos analisados

Variável	Categoria	Presença de pelo menos	
----------	-----------	------------------------	--

		uma comorbidade				p-valor
		Não (n=4)		Sim (n=28)		
		n	%	n	%	
Exames Complementares	USG Vesícula + múltiplos cálculos	4		14		0,359
	USG Vesícula + Calculo único	0		8		
	USG Vesícula reduzida tamanho + cálculos	0		6		
Colangiografia	Não	3		18		n.s
	Transoperatório	1		10		
Uso do Dreno	Não	1		8		n.s
	Sim	3		20		
Presença de Aderências	Não	1		11		n.s
	Sim	3		17		
Uso Microbiano Profilático	Não	2		17		n.s
	Sim	2		11		
Tempo de Internamento	Até 2 dias	3		18		n.s
	Mais de 2 dias	1		10		
Necessidade de UTI	Não	3		26		n.s
	Sim	1		2		
Complicações	Não	3		12		0,169
	Intraoperatória	0		13		
	Pós-Operatória	0		2		
	Ambas	1		1		
Óbito	Não	3		28		0,125
	Sim	1		0		

*Teste Exato de Fisher
Fonte: Os autores, 2023.

Ao analisar a presença de Diabetes Mellitus em relação aos desfechos propostos, tem-se a Tabela 7. Não há associação significativa entre as variáveis examinadas, exceto no que se refere ao uso de antimicrobiano profilático. O uso de antimicrobiano profilático varia se presença de Diabetes Mellitus (p-valor 0,05 limite da significância). Pacientes portadores de DM possuem uma taxa mais alta de uso de antimicrobianos profiláticos em comparação com aqueles sem DM (100% versus 34,5%).

Tabela 7. Relações entre a presença de Diabetes Mellitus nos pacientes submetidos a cirurgia de colecistectomia e os desfechos analisados

Variável	Categoria	Diabetes				p-valor
		Não (n=29)		Sim (n=3)		
		n	%	n	%	
Exames Complementares	USG Vesícula + múltiplos cálculos	16	55,2	2	66,7	n.s
	USG Vesícula + Cálculo único	7	24,1	1	33,3	
	USG Vesícula reduzida tamanho + cálculos	6	20,7	0	0	

Colangiografia	Não	20	68,9	1	33,3	0.27
	Transoperatório	9	31,1	2	66,7	
Uso do Dreno	Não	8	27,6	1	33,3	n.s
	Sim	21	72,4	2	66,7	
Presença de Aderências	Não	11	37,9	1	33,3	n.s
	Sim	18	62,1	2	66,7	
Uso Microbiano Profilático	Não	19	65,5	0	0	0.05
	Sim	10	34,5	3	100	
Tempo de Internamento	Até 2 dias	19	65,5	2	66,7	n.s
	Mais de 2 dias	10	34,5	1	33,3	
Necessidade de UTI	Não	26	89,7	3	100,0	n.s
	Sim	3	10,3	0	0	
Complicações	Não	13	44,8	2	66,7	n.s
	Intraoperatória	12	41,4	1	33,3	
	Pós-Operatória	2	6,9	0	0	
	Ambas	2	6,9	0	0	
Obito	Não	28	96,5	3	100	n.s
	Sim	1	3,5	0	0	

*Teste Exato de Fisher
Fonte: Os autores, 2023.

Os dados da Tabela 8 evidenciam uma diferença estatística significativa entre Hipertensão Arterial Sistêmica e exames complementares (p-valor 0,006). Não houve influência estatística entre os outros desfechos estudados e a presença de HAS.

Tabela 8. Relações entre a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos pacientes submetidos a cirurgia de colecistectomia e os desfechos analisados

Variável	Categoria	HAS				P-valor
		Não (n=15)		Sim (n=17)		
		n	%	n	%	
Exames Complementares	USG Vesícula + múltiplos cálculos	13	86,6	5	29,4	0.006
	USG Vesícula + cálculo único	1	6,7	7	41,2	
	USG Vesícula reduzida tamanho + cálculos	1	6,7	5	29,4	
Colangiografia	Não	8	53,3	13	76,5	0.266
	Transoperatório	7	46,7	4	23,5	
Uso do Dreno	Não	3	20,0	6	35,3	0.444
	Sim	12	80,0	11	64,7	
Presença de Aderências	Não	4	26,7	8	47,1	0.291
	Sim	11	73,3	9	52,9	
Uso Microbiano Profilático	Não	9	60,0	10	58,8	n.s
	Sim	6	40,0	7	41,2	
Tempo de Internamento	Até 2 dias	11	73,3	10	58,8	0.472
	Mais de 2 dias	4	26,7	7	41,2	

Necessidade de UTI	Não	14	93,3	15	88,2	n.s
	Sim	1	6,7	2	11,8	
Complicações	Não	6	40,0	9	52,9	0.922
	Intraoperatória	7	46,7	6	35,3	
	Pós-Operatória	1	6,7	1	5,9	
	Ambas	1	6,7	1	5,9	
Óbito	Não	14	93,3	17	100,0	0.469
	Sim	1	6,7	0	0,0	

*Teste Exato de Fisher
Fonte: Os autores, 2023.

A Tabela 9 analisa a presença de Hiperlipidemia nos pacientes do estudo e os desfechos pertinentes. Ao examinar a variável “Complicações”, obteve-se uma associação significativa (p-valor 0,02), ou seja, pacientes com hiperlipidemia têm mais chances de sofrer complicações se presença de vesícula escleroatrófica no procedimento cirúrgico. Em relação a outras avaliações, a presença de Hiperlipidemia não influenciou os desfechos considerados.

Tabela 9. Relações entre a presença de Hiperlipidemia nos pacientes submetidos a cirurgia de colecistectomia e os desfechos analisados

Variável	Categoria	Hiperlipidemia				p-valor
		Não (n=10)		Sim (n=22)		
		n	%	n	%	
Exames Complementares	USG Vesícula + múltiplos cálculos	5	50,0	13	59,1	0.454
	USG Vesícula + Calculo único	4	40,0	4	18,2	
	USG Vesícula reduzida tamanho + cálculos	1	10,0	5	22,7	
Colangiografia	Não	9	90,0	12	54,5	0.106
	Transoperatório	1	10,0	10	45,5	
Uso do Dreno	Não	3	30,0	6	27,3	n.s
	Sim	7	70,0	16	72,7	
Presença de Aderências	Não	5	50,0	7	31,8	0.438
	Sim	5	50,0	15	68,2	
Uso Microbiano Profilático	Não	6	60,0	13	59,1	n.s
	Sim	4	40,0	9	40,9	
Tempo de Internamento	Até 2 dias	7	70,0	14	63,6	n.s
	Mais de 2 dias	3	30,0	8	36,4	
Necessidade de UTI	Não	8	80,0	21	95,5	0.224
	Sim	2	20,0	1	4,5	
Complicações	Não	6	60,0	9	40,9	0.02
	Intraoperatória	1	10,0	12	54,6	
	Pós-Operatória	2	20,0	0	0	
	Ambas	1	10,0	1	4,5	

Óbito	Não	9	90,0	22	100	0.313
	Sim	1	10,0	0	0	

*Teste Exato de Fisher
Fonte: Os autores, 2023.

A Tabela 10 apresenta a verificação da associação entre os valores do Índice de Massa Corporal (IMC) e os desfechos propostos. Obtém-se que o desfecho “Complicações” indicou uma diferença estatística significativa (p-valor 0,015), enquanto as outras associações não apontaram essa diferença. Nesse contexto, é possível afirmar que pacientes com altos valores de IMC possuem maiores chances de apresentar complicações operatórias se diagnosticados com VBE.

Tabela 10. Relações entre a valores de IMC em pacientes submetidos a cirurgia de colecistectomia e os desfechos analisados

Variável	Categoria	IMC				P-valor
		IMC ≤ 24,9 (n=8)		IMC ≥ 25 (n=24)		
		n	%	n	%	
Exames Complementares	USG Vesícula + múltiplos cálculos	5	62,5	13	54,2	0,3
	USG Vesícula + Calculo único	3	37,5	5	20,8	
	USG Vesícula reduzida tamanho + cálculos	0		6	25,0	
Colangiografia	Não	7	87,5	14	58,3	0,209
	Transoperatório	1	12,5	10	41,7	
Uso do Dreno	Não	2	25,0	7	29,2	n.s
	Sim	6	75,0	17	70,8	
Presença de Aderências	Não	4	50,0	8	33,3	0,433
	Sim	4	50,0	16	66,7	
Uso Microbiano Profilático	Não	5	62,5	14	58,3	n.s
	Sim	3	37,5	10	41,7	
Tempo de Internamento	Até 2 dias	6	75,0	15	62,5	0,681
	Mais de 2 dias	2	25,0	9	37,5	
Necessidade de UTI	Não	6	75,0	23	95,8	0,147
	Sim	2	25,0	1	4,2	
Complicações	Não	6	75,0	9	37,5	0,015
	Intraoperatória	0	0	13	54,2	
	Pós-Operatória	1	12,5	1	4,2	
	Ambas	1	12,5	1	4,2	
Óbito	Não	7	87,5	24	100,0	0,250
	Sim	1	12,5	0	0	

*Teste Exato de Fisher
Fonte: Os autores, 2023.

4. DISCUSSÃO

A Vesícula Biliar (VB) armazena a bile produzida pelo fígado, fato esse que está propenso a sofrer mecanismos que levam a produção de cálculos no interior dela. Os principais mecanismos de produção de litíase biliar são a hipersecreção do colesterol e a saturação por precipitação da bile. Estatísticas estadunidenses apontam que 10-15% da população adulta é portadora da doença calculosa biliar e no Brasil cerca de 9,3% (6).

A colelitíase na maioria das vezes é assintomática, e quando sintomática se apresenta primariamente como cólica biliar. A cólica biliar se define como uma dor em hipocôndrio direito, podendo agregar vômitos ou náuseas, ocorrendo geralmente após refeição. Tem duração em torno de 3 a 4 horas e é causada pela irritação da parede do interior da vesícula pelos cálculos. As principais complicações desse quadro são colecistite aguda, coledocolitíase, colangite aguda e pancreatite aguda (2).

A Colecistite Aguda (CA) é o principal agente etiológico da vesícula escleroatrófica, alvo de estudo nesse presente trabalho. Quando ocorre a obstrução da saída da bile da vesícula por um cálculo, associado a inflamação e infecção, temos a CA, a qual é a segunda fonte de infecção intra-abdominal complicada de acordo com a Sociedade Mundial de Cirurgia de Emergência (7). Diferentemente da cólica biliar, a CA manifesta-se mais intensamente, com quadros maiores do que 6 horas, associado a febre, náuseas, vômitos e leucocitose, com potencial para formar quadros graves de abdome agudo inflamatório. Quando esse quadro se torna recidivante, é denominado colecistite crônica (8).

A Vesícula Biliar Escleroatrófica (VBE), tema principal do estudo, é uma das complicações mais graves da colecistite crônica e uma das mais temidas pelos cirurgiões (4). Esse processo crônico associado à não realização da cirurgia de retirada de vesícula promove a maturação do processo inflamatório na via biliar e em regiões adjacentes. Apesar da etiologia dessa condição ainda ser desconhecida (4), a fisiopatologia promove fibrose, neovascularização e atrofia do órgão, transformando uma vesícula inicialmente com anatomia normal em escleroatrófica.

A hipótese mais aceita para a existência de VBE é a demora na realização do manejo terapêutico, a colecistectomia, momento em que é realizada a extração da vesícula. Geralmente, a cirurgia é indicada pelo diagnóstico de colelitíase a partir do primeiro quadro de cólica biliar (2).

A VBE apresenta-se atrofiada, com pequenas dimensões (em torno de 3 a 4

centímetros de comprimento), paredes espessadas, com níveis de fibrose e aderências dependendo do tempo de evolução dos processos inflamatórios. Além dessas características dificultarem a empreitada do cirurgião, é maior a probabilidade de haverem outras complicações, como Síndrome de Mirizzi, fístulas adjacentes e neoplasia de VB (4).

Pacientes portadores de vesícula escleroatrófica apresentam quadro de dor em hipocôndrio direito, vômitos e náuseas associados. Exames complementares predizem sinais de vesícula escleroatrófica. A ultrassonografia (USG) pode identificar uma vesícula com pequenas dimensões e espessamento de parede (maior que 4mm), contudo, é examinador-dependente e na maioria das vezes o diagnóstico é feito no intraoperatório, outro fator que torna a VBE uma entidade perigosa de manejar e de difícil diagnóstico (4).

De acordo com Akoglu e colaboradores (4), que revisaram 295 pacientes submetidos à videocolecistectomia com diagnóstico de VBE de 2002-2007, a taxa de conversão de uma cirurgia videolaparoscópica para a cirurgia convencional foi de 23,1%, demonstrando a dificuldade em manejar uma vesícula biliar fibrosada, atrófica e aderida às regiões adjacentes. Além disso, o estudo avaliou variáveis conforme idade, sexo e presença de cálculos no ducto hepático comum. Alguns dos resultados obtidos foram que a maioria dos pacientes se encontravam entre a quinta e sexta década de vida, houve maior prevalência entre o sexo masculino (56,3% dos casos) e a presença de litíase no ducto hepático comum foi identificado como fator de risco para vesícula escleroatrófica.

É importante salientar ainda que a colecistopatia calculosa crônica, muitas das vezes, é confundida com a presença de neoplasia de vesícula biliar (9). Ademais, vesícula biliar escleroatrófica é um fator que indica suspeita de carcinoma de vesícula biliar (10).

Por meio da análise das características dos pacientes selecionados para este estudo e as respectivas associações, há informações relevantes a serem discutidas e relatadas. Durante o período abrangido por este estudo e a seleção dos pacientes, foi encontrado vesícula biliar escleroatrófica presente em 12% dos pacientes analisados, semelhante ao encontrado na série realizada por Akoglu et al (4). Naquele estudo aproximadamente 10% dos pacientes eram portadores de VBE. Em relação ao sexo, verificou-se um maior número do sexo feminino (59,4%), com uma relação feminino:masculino de 1,5:1. Resultado diferente em comparação com a literatura (4), em que a maioria dos pacientes portadores de VBE eram do sexo masculino. Apesar dessa divergência, é importante evidenciar a prevalência de litíase biliar em mulheres no Brasil (1), justificando, nesse caso, a incidência maior de VBE nesse gênero.

Com relação à idade, observa-se uma média de idade de 61,6 anos. A maioria dos pacientes estão na faixa etária de 40 a 79 anos (90,7%), com grande parte concentrada na faixa de 60 a 79 anos (46,9%). Tais dados corroboram com a bibliografia, a qual descreve que a maioria dos pacientes se encontravam entre a quinta e a sexta década de vida (4). Quanto a raça, o fato de ser um fator autodeclarado e por não haverem dados na literatura, não foi considerado confiável. Entretanto, houve um predomínio da raça branca (78,1%).

No que tange ao IMC, o trabalho identificou uma média de 27,2 kg/m² (sobrepeso) nos pacientes, muito próximo em relação à literatura, que traz a média do IMC em 27,9 (4). Importante destacar que grande parte dos pacientes (59,4%) estavam em sobrepeso no momento do procedimento cirúrgico. Segundo Melo et al (11), pacientes com alto IMC possuem maiores riscos de adquirir litíase biliar, favorecendo, dessa forma, a existência de VBE nos pacientes desse presente estudo. Além disso, pacientes acima do peso e obesos possuem mais chances de apresentarem complicações operatórias quando contrastados com pacientes com peso normal (11).

No que se refere a presença de complicações, 46,9% dos pacientes apresentaram algum tipo de complicação intraoperatória. Fístula bileodigestiva esteve presente em 15,6% e define-se como uma comunicação entre a vesícula biliar e os órgãos abdominais adjacentes. Ocorre principalmente pela frequência de reações inflamatórias na árvore biliar. De acordo com Fonte Boa e colaboradores (12), a principal etiologia das fístulas colecistoentéricas é a colecistite crônica recorrente. Apesar de não haver bibliografia mostrando a incidência entre VBE e fístulas bileodigestivas, sua incidência na literatura é em torno de 3-5% dos indivíduos com colelitíase (12). Síndrome de Mirizzi (SM) foi relatada em 15,6% dos pacientes e compreende-se por inflamação devido à constrição do ducto hepático comum ou colédoco por cálculos da vesícula. É uma complicação de pacientes que não realizaram colecistectomia e o quadro se cronificou com períodos de inflamação e remissão (13). Estudo realizado por ABREU et al (13) verificou a existência de 27% de VBE em uma amostra de 11 pacientes diagnosticados com SM. Ademais, uma vesícula escleroatrófica não indica somente inflamação crônica, mas outras condições graves, como carcinoma de vesícula, síndrome de Mirizzi e fístula colecistointestinal (4).

Em uma análise entre IMC e as complicações observou-se que os resultados indicam uma diferença significativa (p-valor 0,015). Ainda que a literatura mostre a obesidade como um fator potencial no desenvolvimento de complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a colecistectomia (6), a análise estatística revelou que pacientes

portadores de VBE com IMC ≥ 25 têm uma taxa maior de complicações intraoperatórias em comparação com aqueles pacientes portadores de VBE com IMC $\leq 24,9$. Entre os pacientes com IMC normal, nenhum paciente apresentou complicações intraoperatórias, já em contrapartida, pacientes com IMC em sobrepeso ou obesidade tiveram complicações intraoperatórias (54,2%). Em relação a análise do IMC e complicações pós-operatórias ou na ocorrência de complicações em ambas as fases, não houve diferença estatística (p-valor n.s), tal fato, presumivelmente, deu-se devido ao tamanho da amostra.

Considerando as implicações clínicas e o perfil dos pacientes, as comorbidades mais observadas em ordem de incidência foram: dislipidemia (22 pacientes), HAS (12 pacientes), obesidade (5 pacientes) e DM (3 pacientes). Apesar da literatura ser ineficiente sobre a frequências dessas comorbidades em pacientes com VBE, é notório discorrer que a obesidade, seguida da HAS e depois DM, são as doenças mais prevalentes nos pacientes com cálculo na vesícula (6). Além de serem fatores independentes, uma grande parcela possui tais condições associadas (6).

A dislipidemia é consequência do alto consumo de alimentos gordurosos, açúcares e alimentos industrializados. Tais mecanismos são fatores de risco para várias entidades clínicas, sobretudo o DM e a síndrome metabólica. Nesse estudo, a hiperlipidemia está presente em 68,75% dos pacientes selecionados. De acordo com Shimabukuro (14), comorbidades como hiperlipidemia e DM são fatores imprescindíveis na formação dos cálculos biliares, seja ela por supersaturação do colesterol ou diminuição da motilidade da vesícula. A investigação estatística correlacionou pacientes portadores de hiperlipidemia e complicações operatórias, a qual indicou uma diferença significativa na taxa de complicações se presença dessa condição (p-valor 0,02). Pacientes com hiperlipidemia têm uma taxa maior de complicações intraoperatórias, no estudo 12 deles (54,6%) apresentaram complicações durante o procedimento cirúrgico. Em concordância com Sanches et al (15), dislipidemia é um fator propício para a ocorrência de complicações operatórias. Além disso, apesar dos pacientes estudados terem sido submetidos a colecistectomia aberta, Santos e colaboradores (6) trazem que a dislipidemia está associada a uma maior taxa de conversão cirúrgica se a cirurgia é por videolaparoscopia, demonstrando o risco de complicações se a presença dessa comorbidade.

A hipertensão arterial é uma doença multifatorial que promove aumento dos níveis pressóricos, associada a complicações funcionais e estruturais de vários órgãos. No presente estudo, a HAS está presente em 37,5% dos indivíduos. Embora não ajam

números específicos da prevalência de HAS em portadores de VBE, a literatura traz que 40,6% dos pacientes submetidos a colecistectomia laparoscópica possuem HAS (6).

No presente estudo, DM estava presente em 9,3% dos pacientes e em todos havia associação com sobrepeso ou obesidade. Em uma análise estatística entre presença de Diabetes Mellitus e o uso de antimicrobiano profilático obtém-se que pacientes com DM a taxa de uso de antimicrobiano foi muito mais alta (100%) em comparação com aqueles sem DM (34,5%) (p-valor 0,05 limite da significância). O uso de antimicrobiano profilático serve para evitar infecções pós-operatórias devido algum fator de risco ocorrido durante o ato cirúrgico. Nesse caso, a maior utilização de antimicrobiano pode ser justificada pelo fato de pacientes com DM estarem relacionados a um maior risco de complicações infecciosas (11).

Considerando alguns dados obtidos no estudo, suas porcentagens, incidência e comparações com outras literaturas, é de suma valia trazer para a discussão, mesmo que não haja associação significativa (p-valor $\geq 0,05$) nos testes estatísticos. Essa circunstância deu-se provavelmente devido ao número da amostra selecionada.

A colangiografia é um exame transoperatório realizado caso haja necessidade de visualização mais detalhada da árvore biliar por meio da radioscopia. É indicada na hipótese de fístulas biliares, lesões despercebidas da via biliar ou cálculos no duto biliar comum e possui o intuito de minimizar essas complicações e ter um manejo terapêutico mais adequado (6). Nesse trabalho, obteve-se que a colangiografia foi realizada em 11 pacientes (34,4%), porcentagem significativa no âmbito clínico, visto que a presença de vesícula atrófica é causa de grande taxa de complicações intraoperatórias (4). Não há literatura a qual correlacione a realização de colangiografia e a presença de VBE.

O uso de drenos foi utilizado na maioria das abordagens cirúrgicas (71,9%), frequência semelhante em estudo comparativo, que traz o uso do dreno em 63,7% dos pacientes (4). Tal uso justifica-se quando há presença de vesícula escleroatrófica, devido ao processo de fibrose intensa e aderências adjacentes, como já mencionado anteriormente. A literatura defende o uso extensivo de drenos em cirurgias difíceis, como é o caso de vesícula atrófica, visto que o dreno é benéfico no reconhecimento antecipado de complicações pós-operatórias, como sangramento ou fístula bileodigestiva, evitando também a coleção de líquidos intracavitários (4).

Os cirurgiões relataram presença de aderência em 62,5% das colecistectomias analisadas. Não relataram em forma de classificação, apenas estabeleceram na descrição

cirúrgica a presença de aderências e sua lise. Alguns adicionaram a gravidade entre leve, moderada e intensa, porém sem a possibilidade de uma análise detalhada. Contudo, vale enfatizar que 68,1% dos pacientes portadores de VBE possuem aderências de alto grau (4). Ademais, adesões de alto grau são presumivelmente consequências de ataque repetidos de colecistite (4), o que corrobora com a dificuldade operatória em pacientes com VBE.

De acordo com a literatura, a mortalidade foi de 1% em pacientes portadores de VBE e a causa primordial ocorreu devido a lesão no ducto biliar (7). Nesse estudo, a mortalidade foi de 3,1% e se deu principalmente por sangramento grave em leito hepático, árvore biliar e regiões adjacentes por ação de aderências de alto grau. A bibliografia destaca a presença de VBE intensamente aderida no leito hepático relacionada a sangramentos difíceis de controlar durante a dissecação cirúrgica (7), o que corrobora com esse achado clínico.

Vale ressaltar que o presente estudo teve algumas limitações, dentre elas o tamanho amostral insuficiente, o que pode ter influenciado nas análises e associações em parte das variáveis estudadas. Percebe-se que grande parte dos estudos que também investigaram variáveis semelhantes contavam com um “n” amostral maior que 100 indivíduos (3, 4). Além disso, há limitações inerentes a estudos transversais, como a possibilidade de vies de informação. No entanto, tais limitações não ofuscam os resultados, nem a relevância e magnitude presente na pesquisa, visto que esta temática é pouco abordada em nosso país e inédita em nossa região. Dessa forma, infere-se a importância de se realizar outros estudos análogos a fim de comparar os resultados obtidos, assim como recomenda-se a utilização de uma amostra maior para verificar se ocorrerá diferença estatística entre outras variáveis.

5. CONCLUSÃO

A demora na realização da cirurgia de retirada de vesícula continua sendo a principal hipótese para o desenvolvimento de vesícula biliar escleroatrófica e a presença dessa entidade indica riscos cirúrgicos.

A análise demográfica indicou que pacientes portadores de vesícula escleroatrófica estão entre a quinta e a sexta década de vida, com uma predominância no gênero feminino.

Doenças crônicas, como obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia estão fortemente relacionadas a colelitíase e dessa forma, à vesícula biliar escleroatrófica.

Os resultados do estudo destacaram que a maioria dos pacientes portadores de vesícula escleroatrófica submetidos à colecistectomia tinham dislipidemia, hipertensão ou obesidade, muitas vezes associando uma doença à outra, indicando que são grandes as influências das comorbidades no estudo.

Houve significância estatística na associação IMC e complicações, no qual verificou-se uma maior ocorrência de complicações intraoperatórias em pacientes com IMC alto. Diabetes mellitus também apresentou significância em relação ao uso de antimicrobiano profilático nos pacientes portadores dessa comorbidade. Por fim, a dislipidemia também revelou estar associada à presença de complicações intraoperatórias.

Conclui-se, dessa forma, a importância da identificação de fatores de risco e do manejo cirúrgico cuidadoso em pacientes portadores de vesícula biliar escleroatrófica, visto a gravidade da doença como uma complicação da colecistite crônica. Ademais, a sugestão de um paciente portador dessa entidade recomenda encaminhamento para um centro especializado em cirurgia hepato-biliar.

6. AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas especiais que cruzaram meu caminho nessa jornada acadêmica e que, de alguma forma, me ajudaram, me incentivaram e me apoiaram para seguir firme em meu sonho. À minha família, que sempre me deu todo suporte financeiro e ético na transformação de quem sou. À minha namorada, pela compreensão em muitos momentos e pelo apoio ao longo dessa trajetória. Aos meus amigos, por contribuírem nos conhecimentos durante esses anos de faculdade. Aos meus orientadores, pela oportunidade e confiança que dedicaram em mim na realização do trabalho. Aos funcionários do Hospital Santa Tereza pela viabilização e compreensão na elaboração deste estudo. E a todos aqueles que colaboraram na concretização de mais uma etapa da minha vida.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mocelin C.Q.M., Band T.S. Cálculo Biliar. Faculdade Souza Marques. 2018;:100-113. [cited 2023 Nov 1]; Available from: https://revista.souzamarques.br/index.php/ACTA_MSM/article/view/457/486
2. Lemos L.N., Tavares R.M.F., Donadelli C.A.M. Perfil epidemiológico de pacientes com colelitíase atendidos em um Ambulatório de cirurgia. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2019;28(947). [cited 2023 Nov 1]; Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/947/585>
3. Araújo G.M., Oliveira L.S.A, Bastos L.M.G., Assis R.R., Mariosa N.D.F. Epidemiological profile of patients submitted to cholecystectomy in a hospital of southwest goiano. Research, Society and Development. 2022;11(4). [cited 2023 Nov 1]; Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26991/23762>
4. Akoglu M., Ercan M., Bostanci E.B., Teke Z., Parlak E. Surgical outcomes of laparoscopic cholecystectomy in scleroatrophic gallbladders. Turkish Journal of Gastroenterology. 2010;21(2):156-162. [cited 2023 Nov 1]; Available from: <https://www.turkjgastroenterol.org/en/surgical-outcomes-of-laparoscopic-cholecystectomy-in-scleroatrophic-gallbladders-1623894>
5. Cordeiro J.L.M., Neto J.A.T., Rodrigues T.F., Brito P.N., de Brito V.M., Santos C.D.P.C. Análise de videolaparoscopia e laparotomia para Colectomia: uma revisão integrativa da literatura. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2022 Apr. 27 [cited 2023 Nov 2];5(2):7726-42. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/47128>
6. Fernandes C.N. Complicações e desconfortos em colecistectomias videolaparoscópicas: relação com as variáveis pré-operatórias e intraoperatórias [Tese de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. 98 s. [cited 2023 Nov 1]; Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-12092014->

7. Albuquerque A.L.C., Pereira J.E.M., Gomes T.D.V., Moraes R.B., Henriques C.A., Goulart B.L.A. Acute Cholecystitis: etiological and pathophysiological mechanisms and advances in surgical treatment. Brazilian Journal of Health Review. 2023;6(4):18094-18104. [cited 2023 Nov 1]; Available from: <file:///C:/Users/Ericky%20B.%20dos%20Santos/Downloads/BJHR+317.pdf>
8. Sanches N.S. Avaliação dos resultados das colecistectomias laparoscópicas realizadas em hospital universitário de Salvador (Bahia, Brasil), no período de 2010 a 2012 [Monografia de Conclusão do Componente Curricular]. Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia; 2015. 49 s. [cited 2023 Nov 1]; Available from: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/20813/1/Nathalie%20Soares%20Sanches.pdf>
9. Aguiar V.P., Araújo M.C.R., Costa B.J.S, Neto A.S, Rodrigues K.M.C., Soares B.F.B. Colecistite crônica simulando tumor de vesícula biliar: um relato de caso. Revista de Patologia do Tocantins. 2020;7(3):52-55. [cited 2023 Nov 1]; Available from: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/6434/17632>
10. Torres O.J.M, Cossetti R.J.D., Bentivi J.O., Costa M.H.A., Farias A.M.S., Cordeiro G.M. Conduta nas lesões polipoides da vesícula biliar. Revista Gastroenterologia Endoscopia Digestiva. 2009;28(1):21-24. [cited 2023 Nov 1]; Available from: <http://www.drortlandotorres.com.br/site/arquivos/artigos/GED2009Polipo.pdf>
11. Melo I.C., et al. A incidência de Colecistite Aguda em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. Revista Eletrônica Acervo Médico. 2023 1; [cited 2023 Nov 1]; Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/11928/7003>

12. Fonte Boa M.A., Passos M.A.T., Tapedino M.P., Guimarães C.S. Fístula bilioduodenal pós colecistite aguda: relato de caso. Revista de Saúde. 2016; [cited 2023 Nov 1]; Available from: <file:///C:/Users/Ericky%20B.%20dos%20Santos/Downloads/392-Texto%20do%20artigo-1455-1-10-20161216.pdf>
13. Abreu R.A.A., Santos M.A.G., Silva J.L., Ojea A.R., Vaz F.A.A., Speranzini M.B. Síndrome de Mirizzi: estudo de 11 casos. Revista de Gastroenterologia Endoscopia Digestiva. 2011;30(1):1-6. [cited 2023 Nov 1]; Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-7772/2011/v30n1/a2802.pdf>
14. Shimabukuro L.Y., Castro H.A.P., Soares M.A., Cristina S. Aspectos nutricionais e antropométricos de portadores de colelitíase. Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE. 2017;9:129-135. [cited 2023 Nov 1]; Available from: <https://www.unoeste.br/site/enepe/2017/suplementos/area/Vitae/07%20-%20Nutri%C3%A7%C3%A3o/Aspectos%20nutricionais%20e%20antropom%C3%A9tricos%20de%20portadores%20de%20coleit%C3%ADase.pdf>
15. Sanches N.S. Avaliação dos resultados das colecistectomias laparoscópicas realizadas em hospital universitário de Salvador (Bahia, Brasil), no período de 2010 a 2012 [Monografia de Conclusão do Componente Curricular]. Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia; 2015. 49 s. [cited 2023 Nov 1]; Available from: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/20813/1/Nathalie%20Soares%20Sanches.pdf>

8. ANEXOS

8.1 Normas da revista *Arquivos de Gastroenterologia*.

Escopo e política

Publica contribuições originais e inéditas (de pesquisadores nacionais e estrangeiros), que sejam compatíveis com os objetivos da Revista e estejam adequadas aos padrões científicos e editoriais.

A submissão do manuscrito implica que o trabalho na íntegra ou parte(s) dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob análise em outro periódico para publicação.

São aceitos estudos de natureza original, clínicos ou cirúrgicos, técnicas, estudos de epidemiologia e artigos de revisão. Relatos de casos não são aceitos. As seções de Artigo Original são: Endoscopia, Cirurgia, Hepatologia, Motilidade Digestiva, Gastroenterologia Clínica, Cirurgia Experimental, Gastroenterologia Pediátrica, Patologia Clínica de Gastroenterologia e Nutrição.

Além disso, publica Editoriais, Carta ao Editor, Consenso, Comunicação Breve, Suplementos e E-Vídeos.

A avaliação do trabalho é feita de forma imparcial e incógnita, ou seja, omitindo aos examinadores, qualquer identificação da origem do artigo. Artigos Originais são avaliados por no mínimo dois revisores (peer review). O tempo estimado para o processo é de 90 dias a partir da submissão. A decisão sobre a aceitação para publicação é tomada pelo Conselho Editorial.

Nenhuma taxa é exigida aos autores para submissão, avaliação e publicação de artigos. **A Arquivos de Gastroenterologia** está disponível online com um acesso aberto e livre. Não é necessário solicitar ao periódico a

permissão para cópia eletrônica, desde que o crédito apropriado seja dado à fonte original.

Forma e preparação de manuscritos

Regras gerais

O texto deve estar no idioma inglês.

O número de autores é limitado a seis para os Artigos

Originais, e três para Comunicação Breve. Exceções podem ser feitas no caso de estudos multicêntricos.

Para Comunicação Breve, recomenda-se que não ultrapasse mais de 2500 palavras. Pode conter uma figura e uma tabela.

As referências não devem exceder a 15.

Artigos de pesquisa envolvendo seres humanos devem indicar, na seção Métodos, sua expressa concordância com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes.

As pesquisas com humanos devem trazer o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os estudos brasileiros devem estar de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para estudos fora do Brasil, devem estar de acordo com a Declaração de Helsinque.

Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (por exemplo, *Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain*, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983) e instruções nacionais (Leis 6638/79, 9605/98, Decreto 24665/34) que regulamentam pesquisas com animais e trazer o número do parecer de aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa Animal.

Para os ensaios clínicos, é obrigatória a apresentação do número do registro do ensaio clínico. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte

endereço: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>.
Recomenda-se uma carta de apresentação destacando a intenção de publicar no periódico **Arquivos de Gastroenterologia** e a importância desta pesquisa e publicação. Esta carta deve ser escrita no campo “Author’s Cover Letter” no cadastro on-line.

Por determinação do SciELO, a adoção do ORCID como identificador dos autores passará a ser obrigatória a partir de janeiro de 2019.

Formato

O manuscrito submetido deve ser enviado em formato Microsoft Word e organizado da seguinte forma:

- 1)** Título em inglês e português. Para autores estrangeiros a tradução será feita.
 - 2)** Nomes dos autores e suas afiliações. Não insira cargos, funções ou adjetivos.
 - 3)** Para cada autor deve ser descrita **em inglês** a sua participação no estudo. As contribuições são, por exemplo: coleta de dados, execução de pesquisa, redação de texto, análise estatística, etc.
 - 4)** Departamento e Instituição onde o trabalho foi realizado.
 - 5)** Orcid de todos os autores.
 - 6)** Declarar se há ou não conflito de interesse, subsídio ou outro apoio financeiro; os patrocinadores devem ser declarados.
 - 7)** Resumo estruturado (Contexto, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão). O Resumo deve ser enviado tanto em inglês como em português (de 200 a 600 palavras). Abreviações, notas e referências devem ser evitados. Para autores estrangeiros a tradução será feita.
 - 8)** Descritores (de 3 a 10). Utilize sempre termos da lista Medical Subject Headings (MeSH) do MEDLINE. Informação disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. A pesquisa também pode ser feita no portal Descritores em Ciências da Saúde, em “Consulta ao DeCS”, disponível em: <http://decs.bvs.br/>
 - 9)** Recomendamos a seguinte divisão dentro do artigo: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; Conclusão; Agradecimentos.
 - 10)** Todos os colaboradores que não sejam autores podem ser mencionados na seção de Agradecimentos.
-

11) Referências – A **Arquivos de Gastroenterologia** adota as normas Vancouver. Texto completo

em: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Cite as referências no texto usando algarismos arábicos na ordem de citação, entre parênteses. Para até seis autores, todos devem ser citados. Para mais de seis autores, inclua “et al.”.

12) Tabelas (em formato Microsoft Word ou Excel) – Intitula-se Tabela apenas quando há resultados numéricos. Explicações e abreviaturas devem ser colocadas em notas de rodapé da tabela.

13) Figuras – Nomeie como “Figura” sempre que for: questionário escrito, fotografias, gráficos e desenhos. Eles devem ser enviados em formato digital de alta resolução (2 mb). As figuras devem conter um pequeno texto sobre o assunto.
