

Colecistite crônica com drenagem espontânea para o subcutâneo: um relato de caso

Chronic Cholecystitis with Spontaneous Drainage into the Subcutaneous Tissue: A Case Report

Anna Giulia Meira Garcia Cabral¹; Jonathan Barros Cavalcante¹; Marcus Vinicius Vieira Torquato²; João Henrique Andrade de Menezes²; Diôgo Menezes Cardoso²; Dielly Chaves Moreira³

1 - Residente de Cirurgia Geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

2 - Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

3 - Preceptor de Cirurgia Geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

RESUMO

A colecistite crônica calculosa pode evoluir com complicações raras, como perfuração contida e extensão inflamatória para a parede abdominal. Relata-se o caso de uma mulher de 59 anos, hipertensa e diabética, com dor em hipocôndrio direito, aumento de volume abdominal, náuseas, vômitos, febre e perda ponderal há três meses. A tomografia computadorizada evidenciou vesícula biliar com espessamento parietal difuso, cálculos intraluminais e coleção loculada estendendo-se para a parede abdominal e tecido subcutâneo, compatível com abscesso pericolecístico complicado. A paciente foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica parcial fenestrada associada à drenagem da coleção purulenta. No intraoperatório, observaram-se intenso processo inflamatório e múltiplas aderências, impossibilitando a obtenção da janela crítica de segurança. A análise por congelação não demonstrou malignidade. O caso evidencia uma apresentação rara da colecistite crônica, ressaltando a importância da correlação clínico-radiológica e da individualização da abordagem cirúrgica em casos complexos com distorção anatômica importante.

Palavras-chave: Colecistite crônica; abscesso intra-abdominal; colecistectomia laparoscópica; relato de caso.

ABSTRACT

Chronic calculous cholecystitis may progress to rare complications, including contained perforation and inflammatory extension to the abdominal wall. We report the case of a 59-year-old woman with hypertension and diabetes mellitus presenting with right upper quadrant pain, abdominal swelling, nausea, vomiting, fever, and weight loss for three months. Computed tomography demonstrated diffuse gallbladder wall thickening, intraluminal gallstones, and a loculated collection extending to the abdominal wall and subcutaneous tissue, consistent with a complicated pericholecystic abscess. The patient underwent laparoscopic fenestrating subtotal cholecystectomy associated with drainage of the purulent collection. Intraoperatively, an intense inflammatory process and multiple adhesions were observed, preventing achievement of the critical view of safety. Frozen section analysis showed no evidence of malignancy. This case highlights a rare presentation of chronic cholecystitis and reinforces the importance of clinicoradiological correlation and individualized surgical management in complex cases with significant anatomical distortion.

Keywords: Chronic cholecystitis; intra-abdominal abscess; laparoscopic cholecystectomy; case report.

INTRODUÇÃO

A colecistite calculosa pode manifestar-se tanto de forma crônica quanto por episódios recorrentes de exacerbação inflamatória aguda, caracterizados por crises intermitentes de dor biliar sobre um processo inflamatório vesicular de longa evolução[1,2]. Nesses casos, a recorrência de episódios obstrutivos e inflamatórios pode favorecer a progressão da doença e o desenvolvimento de complicações locais, especialmente em pacientes com colelitíase sintomática prolongada[1].

A colecistite crônica geralmente está associada à colelitíase, a qual apresenta elevada prevalência global, estimada em torno de 6% da população[3]. No Brasil, estudos demonstram prevalência significativa, especialmente em mulheres e indivíduos com fatores de risco metabólicos, como obesidade e diabetes mellitus[4]. Sua fisiopatologia envolve obstrução intermitente do ducto cístico ou irritação crônica pelos cálculos, o que provoca resposta inflamatória persistente, disfunção do esvaziamento vesicular, espessamento parietal e fibrose progressiva da parede da vesícula[5].

Complicações da colecistite crônica calculosa podem incluir perfuração contida da vesícula biliar e formação de abscessos com extensão inflamatória para a parede abdominal e para o tecido subcutâneo, quadro descrito na literatura como abscesso colecistocutâneo. Geralmente associadas a um processo biliar de longa evolução, essas apresentações envolvem aderências e comunicação com planos adjacentes, podendo culminar em supuração da parede abdominal e formação de massa em hipocôndrio direito[6,7]. Essa manifestação pode corresponder a diferentes hipóteses etiológicas e dificultar a avaliação diagnóstica inicial.

Nesse contexto, a correlação clínico-radiológica torna-se fundamental para o adequado raciocínio diagnóstico e planejamento terapêutico[8,9]. Neste relato de caso, descrito de acordo com os Critérios SCARE 2023[10], apresentamos o caso de uma paciente com colecistite crônica calculosa complicada por abscesso em parede abdominal e extensão para o tecido subcutâneo, inicialmente manifestando-se como massa em hipocôndrio direito.

DESCRIÇÃO DO CASO

Uma mulher de 59 anos, com peso de 62 kg e altura de 1,66 m (Índice de Massa Corporal: 22,49 kg/m²), hipertensa e diabética, com uma indicação prévia de colecistectomia videolaparoscópica, relatou que há cerca de três meses iniciou um quadro de aumento de volume abdominal em hipocôndrio direito associado à dor, irradiando para o dorso, desencadeada por alimentações copiosas ou por esforço físico. Em associação com o quadro, a paciente também apresentava náuseas e vômitos, além de episódios de febre com calafrios. Além disso, evoluiu no período com perda ponderal não intencional de 9 kg.

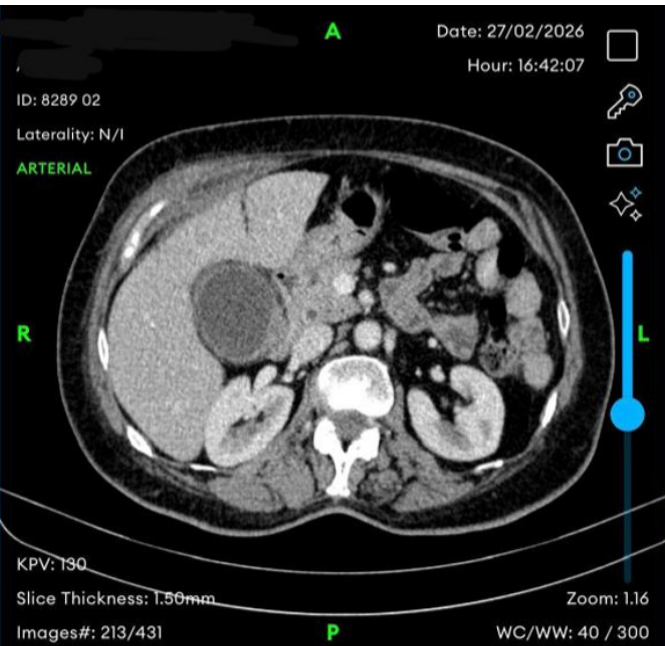
Ao exame físico inicial, encontrava-se em bom estado geral, consciente, lúcida e orientada, porém hipocorada (+/4+), hidratada e hemodinamicamente estável, com os sinais vitais dentro da normalidade. O abdome, embora estivesse plano, apresentava apenas uma nodulação em hipocôndrio direito. A paciente não apresentava outras massas palpáveis e os demais sistemas não apresentavam alterações relevantes.

Foram realizados exames laboratoriais iniciais, que revelaram alterações, incluindo hemoglobina de 10,5 g/dL, plaquetas de 424.000/mm³, proteína C reativa de 15,5 mg/L, gama-glutamil-transferase de 230 U/L, fosfatase alcalina de 118 U/L e transaminase glutâmico-pirúvica de 52 U/L. Os demais parâmetros encontravam-se dentro dos limites da normalidade, incluindo leucócitos de 9.150/mm³, bilirrubina total de 0,3 mg/dL e transaminase glutâmico-oxalacética de 25 U/L.

Em relação aos exames de imagem, foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) do abdome, que evidenciou vesícula biliar com espessamento parietal difuso, associada à heterogeneidade dos planos adjacentes e presença de líquido livre. Observou-se, ainda, a presença de cálculos em seu interior, além de uma coleção loculada no fundo vesicular, estendendo-se para a parede abdominal e para o tecido subcutâneo, medindo aproximadamente 8,6 × 7,7 × 7,0 cm e com um volume estimado de 242 mL. A representação da TC do abdome realizada está demonstrada na Figura 1

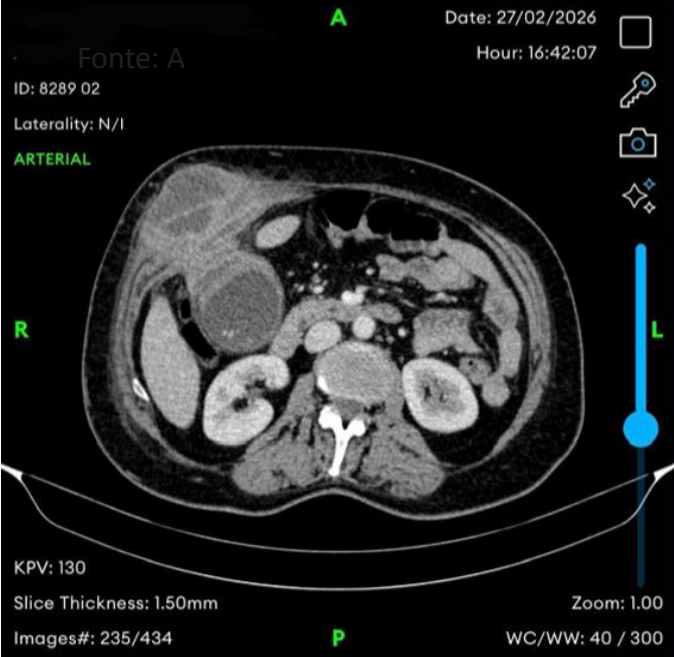
e na Figura 2.

Figura 1



Fonte: Autoria Própria

Figura 2

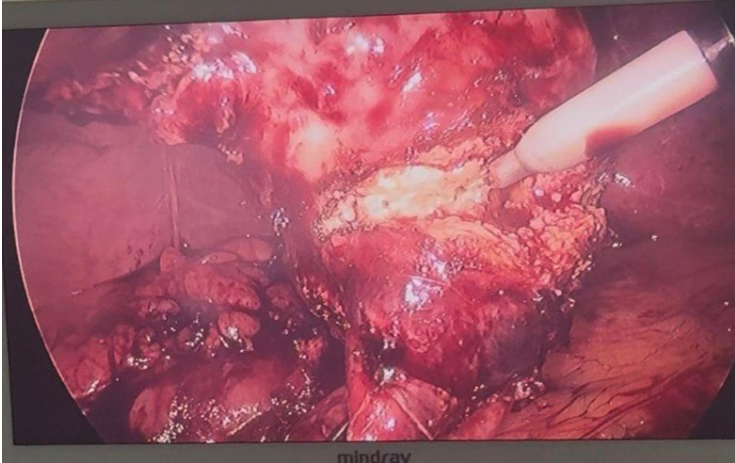


Fonte: Autoria própria

Durante o seguimento do caso, a paciente foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica parcial fenestrada sob anestesia geral, com estabelecimento de pneumoperitônio e posicionamento de trocartes. À exploração, evidenciou-se intenso processo inflamatório com múltiplas aderências en-

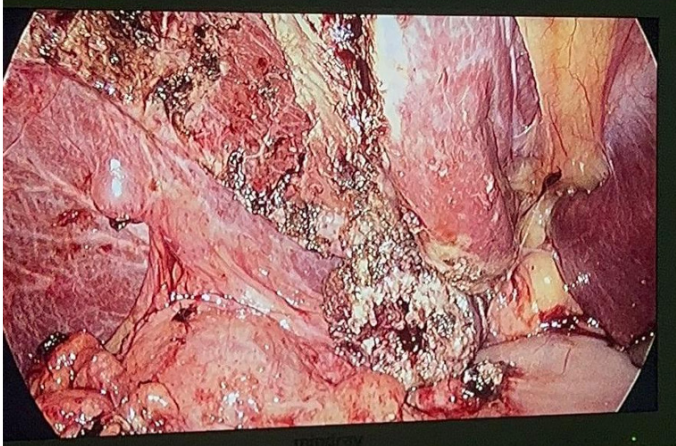
volvendo a vesícula biliar e estruturas adjacentes, sendo realizada a lise aderencial para uma adequada dissecação da região. Observou-se vesícula túrgida e endurecida, com saída de conteúdo purulento após perfuração acidental, seguida de aspiração e retirada de cálculos. Devido à impossibilidade de obtenção da janela crítica de segurança, foi mantida a abordagem parcial, com posicionamento de dreno no leito vesicular. Realizou-se ainda drenagem de coleção purulenta em hipocôndrio direito, seguida de lavagem da cavidade e revisão de hemostasia. O material obtido foi enviado para análise por congelação, sem evidência de malignidade, sendo o procedimento encerrado sem intercorrências adicionais.

Figura 3



Fonte: Autoria Própria

Figura 4



Fonte: Autoria Própria

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A colecistite crônica é um processo inflamatório duradouro da vesícula biliar, geralmente associado à colelitíase, caracterizado por espessamento parietal fibrótico e eventos recorrentes agudizantes de inflamação[11]. Quando a forma aguda não é tratada da maneira adequada, essa doença pode progredir através de fases edematosas (2-4 dias), necrotizantes (3-5 dias) e purulentas (7-10 dias), eventualmente evoluindo para colecistite crônica[5]. A exacerbação de forma aguda, a infecção fulminante e inflamação podem progredir para necrose isquêmica e, conseqüentemente, perfurar e apresentar mortalidade relatada entre 12 e 16%[12] quadro clínico típico inclui dor abdominal persistente em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, febre e, ocasionalmente, icterícia leve[13].

No caso apresentado, a paciente manifestou sintomas característicos durante três meses, incluindo aumento de volume abdominal, dor irradiada para o dorso, náuseas, vômitos, episódios febris e perda ponderal não intencional de 9 kg, achados compatíveis com processo inflamatório crônico complicado. Os exames laboratoriais revelaram anemia, elevação de marcadores inflamatórios e enzimas canaliculares, sem hiperbilirrubinemia ou leucocitose significativa, padrão que pode ser observado em processos inflamatórios crônicos da vesícula biliar. A TC demonstrou espessamento parietal difuso, heterogeneidade dos planos adjacentes, líquido livre e coleção loculada volumosa (242 mL) estendendo-se do fundo vesicular para a parede abdominal e tecido subcutâneo, achados consistentes com colecistite complicada por abscesso pericolecístico[6]. A distensão vesicular resultou do processo inflamatório crônico com formação de abscesso volumoso.

Do ponto de vista clínico, a massa em hipocôndrio direito associada à perda ponderal, dor abdominal prolongada e sintomas sistêmicos pode representar importante desafio diagnóstico[14]. Lesões inflamatórias complexas da vesícula biliar podem simular diferentes condições abdominais, incluindo tumores hepatobiliares, abscessos primários da parede abdominal, hérnias complicadas e outras causas de massas intra-abdominais[15].

Nesse contexto, a TC desempenha papel central na avaliação diagnóstica, permitindo identificar espessamento parietal vesicular, coleções adjacentes, presença de cálculos e extensão do processo inflamatório para estruturas vizinhas, bem como excluir diagnósticos diferenciais[8]. No presente relato, a TC foi fundamental para caracterizar a continuidade entre a coleção loculada e o fundo vesicular, contribuindo para o adequado planejamento terapêutico.

Abscessos assépticos da vesícula biliar, embora raros (5-10% das colecistites agudas), são uma complicação grave de colecistite e representam outra entidade que pode se confundir com outros diagnósticos diferenciais. Estes abscessos podem resultar de perfuração contida com formação de coleção pericolecística em área de gangrena ou infarto na parede[16]. O caso apresentado ressalta a necessidade de abordagem diagnóstica multimodal para diferenciar condições inflamatórias benignas de malignidade vesicular. A integração de parâmetros clínicos (idade $\geq 65,5$ anos, anemia, trombocitopenia), laboratoriais (leucocitose, elevação de enzimas canaliculares) e radiológicos (nódulos hipotenuados intramurais, linha mucosa contínua, espessamento difuso versus focal) pode melhorar a acurácia diagnóstica pré-operatória[9].

Em relação ao tratamento, a colecistectomia permanece a abordagem definitiva para a colecistite complicada, associada à drenagem adequada das coleções infectadas[17]. Entretanto, o intenso processo inflamatório local pode dificultar significativamente a dissecação do triângulo hepatocístico e impedir a obtenção da janela crítica de segurança. Nesses cenários, técnicas cirúrgicas modificadas, incluindo colecistectomia parcial fenestrada ou reconstituente, representam estratégias seguras para vesículas “difíceis” com inflamação severa, minimizando o risco de lesão iatrogênica da via biliar principal, embora associadas a maior morbidade pós-operatória, como vazamento biliar e cálculos retidos[18]. Essa opção cirúrgica, adotada neste caso, mostrou-se apropriada diante da importante distorção anatômica observada intraoperatoriamente, permitindo controle do foco infeccioso e resolução da doença sem intercorrências adicionais.

O relato descrito demonstra uma apresentação complexa e rara da colecistite crônica, compli-

cada pela formação de um abscesso com extensão para a parede abdominal e tecido subcutâneo, manifestando-se clinicamente como uma massa na região do hipocôndrio direito. A evolução prolongada do processo infeccioso contribuiu para um quadro de difícil diagnóstico diferencial, sendo a tomografia computadorizada uma ferramenta essencial para a adequada caracterização anatômica da doença e para o planejamento terapêutico. Devido às extensas aderências e à importante distorção anatômica observadas durante o intraoperatório, foi realizada a colecistectomia parcial associada à drenagem da coleção purulenta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jones MW, Gnanapandithan K, Panneerselvam D, Ferguson T. Chronic Cholecystitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [cited 2026 May 9]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470236/> PubMed PMID: 29261986.
2. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018 Jan;25(1):41–54. doi:10.1002/jhbp.515 PubMed PMID: 29032636.
3. Wang X, Yu W, Jiang G, Li H, Li S, Xie L, et al. Global Epidemiology of Gallstones in the 21st Century: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024 Aug;22(8):1586–95. doi:10.1016/j.cgh.2024.01.051 PubMed PMID: 38382725.
4. Coelho JC, Bonilha R, Pitaki SA, Cordeiro RM, Salvalaggio PR, Bonin EA, et al. Prevalence of gallstones in a Brazilian population. *Int Surg*. 1999;84(1):25–8. PubMed PMID: 10421013.
5. Adachi T, Eguchi S, Muto Y. Pathophysiology and pathology of acute cholecystitis: A secondary publication of the Japanese version from 1992. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2022 Feb;29(2):212–6. doi:10.1002/jhbp.912 PubMed PMID: 33570821.
6. Cruz RJ, Nahas J, de Figueiredo LFP. Spontaneous cholecystocutaneous fistula: a rare complication of gallbladder disease. *Sao Paulo Med J*. 2006 Jul 6;124(4):234–6. doi:10.1590/s1516-31802006000400012 PubMed PMID: 17086307; PubMed Central PMCID: PMC11065372.
7. Puglisi M, Peter M, Egger B. Perforated Gallbladder into the Abdominal Wall. *Case Rep Surg*. 2022;2022:4782539. doi:10.1155/2022/4782539 PubMed PMID: 36275925; PubMed Central PMCID: PMC9584729.
8. Shakespear JS, Shaaban AM, Rezvani M. CT findings of acute cholecystitis and its complications. *AJR Am J Roentgenol*. 2010 Jun;194(6):1523–9. doi:10.2214/AJR.09.3640 PubMed PMID: 20489092.
9. Rammohan A, Cherukuri SD, Sathyanesan J, Palaniappan R, Govindan M. Xanthogranulomatous cholecystitis masquerading as gallbladder cancer: can it be diagnosed preoperatively? *Gastroenterol Res Pract*. 2014;2014:253645. doi:10.1155/2014/253645 PubMed PMID: 25404941; PubMed Central PMCID: PMC4227324.
10. Sohrabi C, Mathew G, Maria N, Kerwan A, Franchi T, Agha RA, et al. The SCARE 2023 guideline: updating consensus Surgical CASE REport (SCARE) guidelines. *Int J Surg*. 2023 May 1;109(5):1136–40. doi:10.1097/JS9.0000000000000373 PubMed PMID: 37013953; PubMed Central PMCID: PMC10389401.
11. Kishore R, Nundy S, Mehrotra S, Metha N, Mangla V, Lalwani S. Strategies for Differentiating Gallbladder Carcinoma from Xanthogranulomatous Cholecystitis—a Tertiary Care Centre Experience. *Indian J Surg Oncol*. 2017 Dec;8(4):554–9. doi:10.1007/s13193-017-0677-7 PubMed PMID: 29203989; PubMed Central PMCID: PMC5705511.
12. Misir AP, Vahora I, Unbehaun G, Patel C, Tiesenga F. Perforated Emphysematous Cholecystitis: A Race Against Time. *Cureus*. 2015(2):e35123. doi:10.7759/cureus.35123 PubMed PMID: 36945264; PubMed Central PMCID: PMC10024972.
13. Gallaher JR, Charles A. Acute Cholecystitis: A Review. *JAMA*. 2022 Mar 8;327(10):965–75. doi:10.1001/jama.2022.2350 PubMed PMID: 35258527.
14. Trujillo-Guerrero L, Aguirre-Salamanca EJ, Ramírez

- rez-Giraldo C. Gallbladder empyema: An atypical manifestation of acute cholecystitis. *Int J Surg Case Rep.* 2023 Aug;109:108530. doi:10.1016/j.ijscr.2023.108530 PubMed PMID: 37481968; PubMed Central PMCID: PMC10369463.
15. Karaosmanoglu AD, Uysal A, Karcaaltincaba M, Akata D, Ozmen MN, Kraeft J, et al. Non-neoplastic hepatopancreatobiliary lesions simulating malignancy: can we differentiate? *Insights Imaging.* 2020 Feb 10;11:21. doi:10.1186/s13244-019-0813-8 PubMed PMID: 32040641; PubMed Central PMCID: PMC7010905.
16. Morgan MA, DePietro DM, Whorms DS, Pantel AR, Ganeshan D, Goldman IA, et al. Acalculous cholecystitis— an imaging and therapeutic update. *Abdom Radiol.* 2025 Jul 1;50(7):2881–91. doi:10.1007/s00261-024-04691-0
17. Lee SO, Yim SK. Management of Acute Cholecystitis. *Korean J Gastroenterol.* 2018 May 25;71(5):264–8. doi:10.4166/kjg.2018.71.5.264 PubMed PMID: 29791985.
18. Elshaer M, Gravante G, Thomas K, Sorge R, Al-Hamali S, Ebdewi H. Subtotal cholecystectomy for ‘difficult gallbladders’: systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg.* 2015 Feb;150(2):159–68. doi:10.1001/jamasurg.2014.1219 PubMed PMID: 25548894.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer interesses financeiros ou relações pessoais que possam ter influenciado o trabalho apresentado neste artigo.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que o presente estudo não recebeu qualquer tipo de financiamento ou apoio financeiro para sua realização.