

Colecistite aguda alitiásica pós-traumática em adolescente: relato de caso *Post-traumatic acute acalculous cholecystitis in an adolescent: a case report*

Brígida Thaine Fernandes Cabral- Hospital Universitário Getúlio Vargas,
brigida_thaine@hotmail.com

Eneas Carlos Cavalcante Junior- Hospital Universitário Getúlio Vargas- eneas8@gmail.com

Lucas Rocha da Silva- Hospital Universitário Getúlio Vargas, Mggprese@gmail.com

Joelma Moreira Belas Torres- Hospital Universitário Getúlio Vargas.
Torress.jt@gmail.com

Larissa Pessoa de Oliveira- Hospital Universitário Getúlio Vargas, laripessoa97@gmail.com

Thiago Taketomi Rodrigues- Centro Universitário FAMETRO, Thiago_ttr@hotmail.com

Resumo

Introdução: A colecistite aguda alitiásica (CAA) representa a minoria dos casos de colecistite, porém está associada à maior morbimortalidade, especialmente em contextos atípicos. A CAA pós-traumática decorre de isquemia, estase biliar e lesão direta da parede vesicular, podendo ser facilmente confundida com dor abdominal atribuída ao trauma. **Material e método:** Relato de caso baseado na revisão de prontuário médico. **Relato de caso:** Adolescente de 15 anos, hígida, apresentou dor abdominal progressiva após trauma contuso durante partida de futebol. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose e imagem compatível com colecistite. Diante da piora clínica, realizou-se laparotomia exploradora, identificando ruptura do infundíbulo e extravasamento biliar, seguida de colecistectomia com lavagem e drenagem, com evolução satisfatória. **Discussão:** A apresentação clínica inespecífica da CAA dificulta o diagnóstico precoce, aumentando o risco de complicações graves, como necrose e perfuração da vesícula biliar. Achados de imagem são essenciais para a suspeita diagnóstica, e intervenção cirúrgica precoce é determinante nos casos complicados. **Conclusão:** Embora rara, a colecistite alitiásica deve ser considerada em pacientes com dor persistente após trauma abdominal contribuindo para o reconhecimento precoce e manejo oportuno, essenciais para reduzir morbimortalidade.

Palavras-chave: Colecistite Acalculosa. Traumatismos Abdominais. Vesícula Biliar. Dor Abdominal. Adolescente.

Abstract

Introduction: Acute acalculous cholecystitis (AAC) accounts for a minority of cholecystitis cases but is associated with higher morbidity and mortality, particularly in atypical contexts. Post-traumatic AAC results from ischemia, bile stasis, and direct injury to the gallbladder wall, and can easily be mistaken for abdominal pain related to trauma. **Materials and Methods:** Case report based on a review of the patient's medical records. **Case Report:** A previously healthy 15-year-old female presented with progressive abdominal pain following blunt abdominal trauma during a soccer match. Laboratory tests revealed leukocytosis, and imaging findings were consistent with cholecystitis. Due to clinical deterioration, an exploratory laparotomy was performed, revealing rupture of the infundibulum with bile leakage, followed by cholecystectomy with irrigation and drainage. The patient had an uneventful postoperative course. **Discussion:** The nonspecific clinical presentation of AAC makes early diagnosis challenging, increasing the risk of severe complications such as gallbladder necrosis and perforation. Imaging findings are essential to raise diagnostic suspicion, and early surgical

intervention is critical in complicated cases. **Conclusion:** Although rare, acalculous cholecystitis should be considered in patients with persistent abdominal pain after blunt abdominal trauma, even in young and previously healthy individuals. Early recognition and timely management are crucial to reduce morbidity and mortality.

Keywords: Acalculous Cholecystitis. Abdominal Injuries. Gallbladder. Abdominal Pain. Adolescent.

1. Introdução

A colecistite aguda é definida como um processo inflamatório da vesícula biliar e representa uma das causas mais frequentes de abdome agudo inflamatório. A forma calculosa responde

por até 95% dos casos, enquanto a colecistite aguda alitiásica (CAA) corresponde a uma proporção menor (GLENN, 1979; HUFFMAN; SCHENKER, 2010).

A CAA ocorre predominantemente em pacientes críticos, como politraumatizados, grandes queimados, sépticos ou submetidos a cirurgias de grande porte, estando relacionada à resposta inflamatória sistêmica, à hipoperfusão esplâncnica e à estase biliar, fatores que culminam em isquemia da parede vesicular e maior risco de complicações, incluindo necrose e perfuração (BARIE; EACHEMPATI, 2010; SURGUE; FORSMARK, 2023).

A vesícula biliar, situada sob o lobo direito do fígado e parcialmente recoberta pelo parênquima hepático e pelo gradil costal, apresenta baixa incidência de lesões diretas em traumas abdominais contusos (SODERSTROM et al., 1981). Mecanismos como forças de desaceleração e compressão direta podem provocar dano microvascular, edema parietal e aumento da pressão intraluminal, favorecendo o desenvolvimento de inflamação aguda e extravasamento biliar (MIRVIS et al., 1987).

O diagnóstico da CAA pós-traumática é desafiador, visto que os sintomas iniciais podem se confundir com dor abdominal inespecífica decorrente do trauma, e os achados laboratoriais apresentam baixa especificidade (LAURILA et al., 2005).

2. Material e Método

Este estudo consiste em um relato de caso clínico descritivo, baseado na revisão de dados clínicos, laboratoriais, radiológicos e cirúrgicos de paciente atendida pelo Serviço de Cirurgia Geral de um pronto-socorro em Manaus, Amazonas, Brasil. As informações foram obtidas a partir do prontuário médico, respeitando os princípios éticos e de confidencialidade.

3. Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 15 anos, previamente hígida, foi admitida no serviço de emergência cirúrgica após trauma abdominal contuso ocorrido durante partida de futebol, aproximadamente cinco horas antes da admissão hospitalar. Referia dor abdominal progressiva, inicialmente difusa, com posterior localização em hipocôndrio direito. Negava perda de consciência e sinais ou sintomas sugestivos de trauma crânioencefálico ou torácico.

Ao exame físico inicial, encontrava-se hemodinamicamente estável, normocorada, afebril, com escore de Glasgow de 15. O abdome apresentava-se plano, flácido, com ruídos hidroaéreos presentes, doloroso à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal. A ultrassonografia abdominal à beira leito evidenciou vesícula biliar com espessamento parietal, conteúdo anecoico e sinal de Murphy ultrassonográfico positivo, sem líquido livre na cavidade abdominal. Os exames laboratoriais demonstraram leucocitose de 21.640 células/mm³, com predomínio de neutrófilos segmentados a 95%. A tomografia computadorizada de abdome revelou vesícula biliar distendida, com espessamento da parede e ausência de cálculos (Figuras 1 e 2).

Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome superior sem contraste, em corte axial.
Acervo pessoal

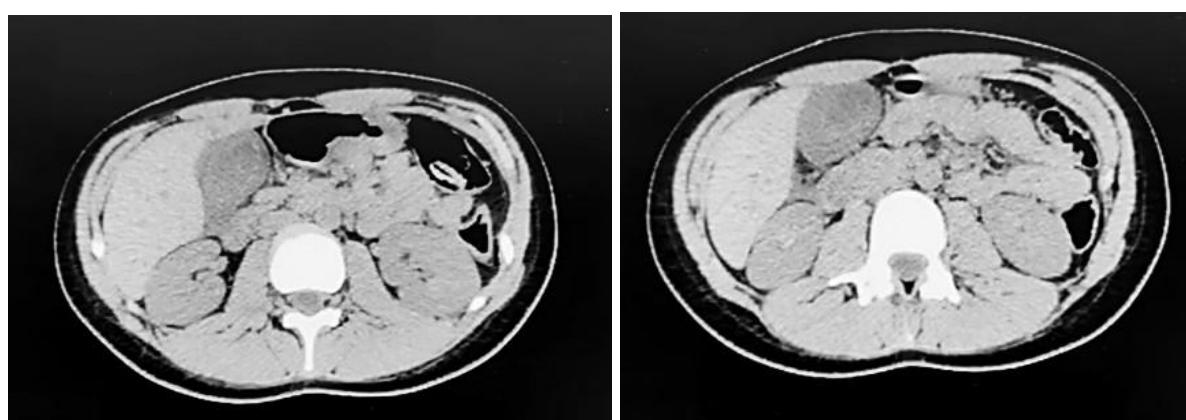
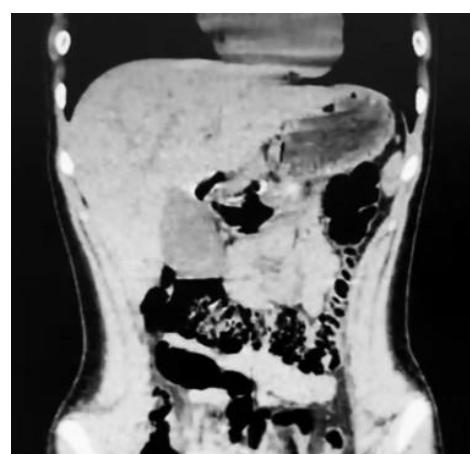


Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome superior sem contraste, em corte coronal.
Acervo pessoal



Diante da evolução clínica e dos achados de imagem, foi indicada laparotomia exploradora. No intraoperatório, observou-se líquido de aspecto bilioso livre em cavidade e infiltrando a retrocavidade dos epíplons até o mesocôlon transverso. A vesícula biliar encontrava-se distendida, com paredes espessadas e friáveis, sem cálculos palpáveis. Após a desperitonização da vesícula biliar, identificou-se ruptura do infundíbulo, com extravasamento ativo de bile. Não foram observadas lesões traumáticas em figado, duodeno ou outras vísceras. Foi realizada colecistectomia, lavagem exaustiva da cavidade e drenagem.

A paciente evoluiu favoravelmente no pós-operatório, com alta hospitalar após remoção do dreno, sem complicações.

3. Discussão

O caso apresentado diverge do perfil clássico da CAA por ocorrer após trauma abdominal fechado em paciente jovem, previamente hígida e fora de contexto de doença crítica. Na literatura, essa condição é descrita predominantemente em pacientes gravemente enfermos (LAURILA et al., 2005; SAVOCA et al., 1990; SCHENKER, 2010), o que torna sua ocorrência nesse cenário clínico particularmente incomum e potencialmente subdiagnosticada.

No contexto do trauma, a avaliação clínica inicial pode ser desafiadora, uma vez que a dor abdominal persistente tende a ser atribuída a contusões da parede abdominal (CORNWELL et al., 1989). Alterações laboratoriais inflamatórias, como leucocitose, são frequentemente observadas, porém apresentam baixa especificidade, não permitindo distinção confiável entre resposta inflamatória sistêmica ao trauma e alterações intra-abdominais específicas, como a colecistite (BARIE; EACHEMPATI, 2010; MORGAN et al., 2025).

Nesse cenário, os métodos de imagem assumem papel central na suspeita diagnóstica. Achados ultrassonográficos e tomográficos, como espessamento da parede vesicular, distensão da vesícula biliar, presença líquido pericolecístico e ausência de litíase têm sido descritos como critérios relevantes para o diagnóstico da CAA (SHUMAN et al., 1982; MORGAN et al., 2025).

A evolução rápida para perfuração observada no presente caso reforça o potencial comportamento agressivo da CAA no contexto pós-traumático. A presença de líquido livre na cavidade abdominal indica laparotomia exploradora, uma vez que o coleperitônio pode

desencadear peritonite química, com irritação progressiva das vísceras abdominais e risco de deterioração clínica quando a abordagem é retardada. Embora a colecistostomia percutânea seja descrita como alternativa terapêutica em pacientes criticamente enfermos e de alto risco cirúrgico, a colecistectomia permanece o tratamento definitivo nos casos complicados por necrose ou perfuração, como o apresentado (RIZOLI et al., 1994; ZHAO; DANG, 2025).

Assim, este relato destaca a importância de considerar a CAA no diagnóstico diferencial de dor abdominal persistente após trauma abdominal fechado, mesmo em pacientes jovens e sem comorbidades prévias, destacando a necessidade de vigilância clínica e interpretação criteriosa dos achados de imagem diante do risco de complicações graves.

4. Conclusão

A colecistite alitiásica pós-traumática é uma condição rara, porém potencialmente grave, que deve ser considerada em pacientes com dor persistente no hipocôndrio direito após trauma abdominal contuso. O reconhecimento precoce e a intervenção cirúrgica oportuna são determinantes para prevenção de desfechos adversos.

5. Referências

ABID, Mustafa; AN, Selena J.; SCHNEIDER, Andrew; GALLAHER, Jared; CHARLES, Anthony. Traumatic gallbladder injury and its treatment: changing management of a rare injury. *Injury*, 2025.

BARIE, P. S.; EACHEMPATI, S. R. Acute acalculous cholecystitis. *Gastroenterology Clinics of North America*, Philadelphia, v. 39, n. 2, p. 343–357, 2010.

CORNWELL, E. E. 3rd; RODRIGUEZ, A.; MIRVIS, S. E.; SHORR, R. M. Acute acalculous cholecystitis in critically injured patients: preoperative diagnostic imaging. *Annals of Surgery*, v. 210, n. 1, p. 52–55, 1989.

GLENN, F. Acute acalculous cholecystitis. *Annals of Surgery*, Philadelphia, v. 189, n. 4, p. 458–465, 1979.

HERLIN, P.; ERICSSON, M.; HOLMIN, T.; JÖNSSON, P. E. Acute acalculous cholecystitis following trauma. *British Journal of Surgery*, v. 69, n. 8, p. 475–476, 1982.

HONG, C. H. et al. Hemorrhagic cholecystitis from isolated gallbladder injury following blunt abdominal trauma: an unusual case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2021.

HUFFMAN, J. L.; SCHENKER, S. Acute acalculous cholecystitis: a review. *Clinical*

Gastroenterology and Hepatology, Philadelphia, v. 8, n. 1, p. 15–22, 2010.

LAURILA, J. J. et al. Acute acalculous cholecystitis in critically ill patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, Oxford, v. 49, n. 6, p. 849–857, 2005.

LIMA, M. I. de; FONSECA NETO, O. C. L. da. Colecistite alitiásica aguda em pacientes na terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista de Medicina*, v. 102, n. 5, 2023.

MANDELBAUM, I.; PALMER, R. M. Posttraumatic acalculous cholecystitis. *JAMA Surgery*, v. 97, n. 4, p. 601–604, 1968.

MIRVIS, S. E. et al. CT diagnosis of traumatic injury of the gallbladder. *American Journal of Roentgenology*, Reston, v. 149, n. 3, p. 567–570, 1987.

MORGAN, M. A.; DEPIETRO, D. M.; WHORMS, D. S. et al. Acalculous cholecystitis: an imaging and therapeutic update. *Abdominal Radiology*, v. 50, p. 2881–2891, 2025.

REITZ, M. M. et al. Choleperitoneum secondary to isolated subserosal gallbladder injury due to blunt abdominal trauma: a case report. *Trauma Case Reports*, v. 41, p. 100674, 2022.

RIZOLI, S. B. et al. Diagnosis and management of biliary tract injuries in blunt abdominal trauma. *Journal of Trauma*, Philadelphia, v. 36, n. 2, p. 191–197, 1994.

SAVOCA, P. E. et al. The increasing prevalence of acalculous cholecystitis in surgical patients. *The American Surgeon*, Chicago, v. 56, n. 4, p. 208–212, 1990.

SHUMAN, W. P. et al. Ultrasonographic findings in traumatic rupture of the gallbladder. *American Journal of Roentgenology*, Reston, v. 139, n. 2, p. 321–323, 1982.

SODERSTROM, C. A. et al. Gallbladder injuries resulting from blunt abdominal trauma: an experience and review. *Annals of Surgery*, Philadelphia, v. 193, n. 1, p. 60–66, 1981.

THOMAIDOU, E.; KARLAFTI, E.; DIDAGELOS, M.; SAVOPOULOS, C. Acalculous cholecystitis in COVID-19 patients: a narrative review. *Viruses*, v. 16, n. 3, p. 455, 2024.

ZHAO, J.; DANG, Y. L. Blunt gallbladder trauma: a rare and easily overlooked case report. *Journal of Surgical Case Reports*, v. 2025, n. 5, rjaf276, 2025.