BioSCIENCE Artigo Original
DOI: https://doi.org/10.55684/2025.83.S2.e00025

Avaliação da aplicabilidade dos critérios de tóquio para pacientes com indicação de colecistectomia

Evaluation of the applicability of the tokyo criteria for patients with indication for cholecystectomy

Guilherme Andrade Coelho[1], Bernardo Huçulak Melo[1], Maria Eduarda Barcik Lucas de Oliveira[1], Bruna Corchak da Silva[1]

RESUMO

Introdução: Colecistite aguda caracteriza-se pela inflamação aguda da vesícula biliar, geralmente decorrente da obstrução das vias biliares. Os principais sintomas incluem dor abdominal no quadrante superior direito, náuseas, vômitos e febre. O diagnóstico é frequentemente baseado nos Critérios de Tóquio, que consideram indicadores clínicos, laboratoriais e de imagem.

Objetivo: Avaliar a sensibilidade, especificidade e acurácia dos Critérios de Tóquio de 2018 para o diagnóstico de colecistite aguda.

Método: Análise retrospectiva de 825 prontuários de pacientes submetidos à colecistectomia. Foram analisados sinais e sintomas na admissão, exames laboratoriais e de imagem, além do resultado anatomopatológico do espécime cirúrgico.

Resultado: O sintoma mais comum foi dor do quadrante superior direito. Leucocitose foi observada em 35,70% dos casos e elevação da proteína C reativa em 69,70%. Ultrassonografia foi o exame de imagem mais solicitado, com colelitíase como achado mais frequente. A análise anatomopatológica revelou 19,90% de casos agudos e 80,10% crônicos. Os Critérios de Tóquio de 2018 demonstraram sensibilidade de 77,40%, especificidade de 58,40% e acurácia de 66,10% para o diagnóstico de colecistite aguda.

Conclusão: Os Critérios de Tóquio de 2018 demonstraram utilidade no diagnóstico de colecistite aguda, com sensibilidade satisfatória. No entanto, a especificidade indica alguma imprecisão na exclusão de casos que não são de colecistite aguda. A acurácia global é aceitável para a classificação da presença ou ausência da condição.

PALAVRAS-CHAVE: Colecistite aguda. Colelitíase. Guia de prática clínica. Diagnóstico. Sensibilidade. Especificidade.

Mensagem Central

Colecistite aguda é condição inflamatória da vesícula biliar e é uma das principais causas de abdome agudo e hospitalização. A distinção entre quadros crônicos e agudos é fundamental, especialmente para orientar condutas clínicas adequadas. Nesse contexto, os Critérios de Tóquio 2018 surgem como ferramenta auxiliar na suspeita e diagnóstico da colecistite aguda, por meio da avaliação de 3 categorias de sinais: A (inflamação local), B (sinais sistêmicos de inflamação) e C (achados de imagem).

Perspectiva

O diagnóstico de colecistite aguda, assim como sua diferenciação em relação à colecistite crônica pode representar desafios. Nesse sentido, a análise da eficácia dos critérios diagnósticos é essencial para avaliar sua aplicabilidade e confiabilidade na prática médica. O uso dos Critérios de Tóquio de 2018 sugere que há capacidade aceitável de se classificar corretamente a presença ou ausência da doença, configurando-se como ferramenta útil na prática clínica.

ABSTRACT

Introduction: Acute cholecystitis is characterized by acute inflammation of the gallbladder, usually resulting from biliary obstruction. The main symptoms include right upper quadrant abdominal pain, nausea, vomiting, and fever. Diagnosis is often based on the Tokyo Criteria, which consider clinical, laboratory, and imaging indicators.

Objective: To evaluate the sensitivity, specificity, and accuracy of the 2018 Tokyo Criteria for the diagnosis of acute cholecystitis.

Method: Retrospective analysis of 825 medical records of patients undergoing cholecystectomy. Signs and symptoms at admission, laboratory and imaging tests, and the pathological results of the surgical specimen were analyzed.

Result: The most common symptom was right upper quadrant pain. Leukocytosis was observed in 35.70% of cases, and elevated C-reactive protein in 69.70%. Ultrasonography was the most frequently requested imaging test, with cholelithiasis as the most frequent finding. Pathological analysis revealed 19.90% acute cases and 80.10% chronic cases. The 2018 Tokyo Criteria demonstrated a sensitivity of 77.40%, a specificity of 58.40%, and an accuracy of 66.10% for the diagnosis of acute cholecystitis.

Conclusion: The 2018 Tokyo Criteria demonstrated usefulness in the diagnosis of acute cholecystitis, with satisfactory sensitivity. However, the specificity indicates some inaccuracy in excluding cases other than acute cholecystitis. Overall accuracy is acceptable for classifying the presence or absence of the condition.

KEYWORDS: Acute cholecystitis. Cholelithiasis. Clinical practice guideline. Diagnosis. Sensitivity. Specificity.

[1]*Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil;*

Conflito de interesse: Nenhum | Financiamento: Programa de iniciação científica PIBIC/CNPq. | Recebido em: 10/08/2025 | Aceito em: 27/10/2025 | Data de publicação: 28/11/2025 | *Correspondência: bruna.corchak@gmail.com |* *Editor Associado: Carmen Australia Paredes Marcondes Ribas*

Como citar:
Coelho GA, Melo BH, de Oliveira MEBL, da Silva BC. Avaliação da aplicabilidade dos critérios de tóquio para pacientes com indicação de colecistectomia. BioSCIENCE. 2025;83(S2):e00025

INTRODUÇÃO

A colecistite aguda (CA) é condição que envolve a inflamação súbita da vesícula biliar. Em 90-95% dos casos está relacionada à obstrução do ducto cístico, principalmente por colelitíase. Na presença do cálculo biliar, o quadro clínico denomina-se colecistite aguda calculosa.[1] Os fatores de risco para cálculos biliares incluem sexo feminino, obesidade, genética, exposição hormonal (principalmente ao estrogênio) e multiparidade.[2-5] A inflamação também pode ocorrer na ausência de cálculos, caracterizando colecistite aguda alitiásica. Essa condição ainda pode ser classificada como crônica (CC), sendo resultante de episódios recorrentes de CA.[6]

O quadro clínico envolve dor no quadrante superior direito, febre, náuseas e vômitos. Durante o exame físico, é comum identificar o sinal de Murphy.[1,7] Em 25% dos casos, após 24h de seu início, a vesícula é palpável.[8] No contexto clínico, é importante distinguir a dor decorrente da colelitíase daquela associada à CA, bem como fazer o diagnóstico diferencial com outras causas de abdome agudo como apendicite aguda, úlcera péptica perfurada, entre outras.[3,9] CA é uma das principais causas de abdome agudo e hospitalização em todo o mundo; portanto, é essencial conduzir avaliação que leve em consideração os sinais de inflamação local e exames laboratoriais e radiológicos.[10,11]

O diagnóstico é estabelecido por meio da ultrassonografia abdominal, exame padrão-ouro na detecção de cálculos biliares, sendo ela preferencial.[12,13] No manejo clínico CT18 é forma de auxiliar profissionais na tomada de decisão em relação à doença. Considera 3 variáveis (A, B e C), sendo A quadro com sinais de inflamação local (sinal de Murphy e/ou dor/sensibilidade/massa em hipocôndrio direito); B sinais sistêmicos de inflamação (febre e/ou PCR elevada e/ou leucocitose); e C achados de imagem compatíveis com CA. A suspeita é levantada quando há pelo menos 1 item no critério A e 1 no B; já o diagnóstico é definitivo quando são preenchidos todos os critérios (A, B e C).[14]

Gold-standard para o tratamento da CA é a colecistectomia videolaparoscópica.[2,3] Ela se destaca em comparação com à laparotomia, devido à redução do tempo de recuperação, dor pós-operatória e complicações infecciosas.[15] Na ausência de tratamento adequado, entre as possíveis complicações estão a perfuração da vesícula, peritonite biliar, abscesso pericolecístico e fístula biliar.[2,3]

O presente estudo teve por objetivo verificar a sensibilidade, especificidade e dos critérios diagnósticos da CA conforme CT18, bem como avaliar as diferenças clínicas, laboratoriais e de imagem entre CA e CC.

MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica Mackenzie, Curitiba, PR, Brasil sob número 6.082.824. As identidades dos participantes foram e continuarão sendo protegidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Ele consiste em coorte retrospectiva, com a coleta de dados provenientes de 825 prontuários eletrônicos. Foram incluídos todos os submetidos à colecistectomia pelo serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, PR, Brasil, no período entre janeiro de 2019 a janeiro de 2021. Os casos sem diagnóstico anatomopatológico de colecistite foram excluídos.

Foram coletadas informações sobre presença de dor no quadrante superior direito, defesa abdominal, náuseas/vômitos e sinal de Murphy. Também se realizou a análise dos exames laboratoriais, que incluiu a contagem de leucócitos, os valores de PCR, bastonetose, níveis de TGO, TGP, amilase, lipase e gamaGT. Além disso, foram considerados exames de imagem e resultados anatomopatológicos.

A amostra foi dividida de acordo com o resultado anatomopatológico em CA e CC. Todas as variáveis foram analisadas em ambos grupos, e os dados coletados foram tabulados e avaliados de acordo com os CT18. O critério "febre", contemplado pelos CT18, foi excluído por dificuldade da sua obtenção nos prontuários analisados.

Análise estatística

Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.29.0. Variáveis quantitativas foram descritas por percentual. O teste de Wald foi usado para avaliar a significância das variáveis e a medida de associação estimada foi a Odds Ratio com intervalos de confiança de 95% (IC95%). A qualidade dos critérios diagnósticos, na predição do resultado do anatomopatológico (padrão-ouro), foi analisada estimando-se valores de sensibilidade, especificidade, acurácia e valores preditivos positivos e negativos. Para os cálculos de valores preditivos foi considerada a prevalência de CA estimada pela amostra do estudo. Em todos os testes estatísticos valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

RESULTADO

Foram coletados dados de 825 prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à colecistectomias no hospital. No entanto, 20 foram excluídos devido à falta de conformidade com os critérios de inclusão do CT18. Assim, a análise foi conduzida com total de 805 pacientes. A via laparotômica foi o acesso mais utilizado, correspondendo a 84,30% dos casos (n=674), enquanto a laparoscópica em 15,80% (n=126). No estudo 160 pacientes foram diagnosticados com CA (19,90%) e 645 com CC (80,10%), a partir do resultado anatomopatológico.

Segundo os dados do CT18 já referidos, o critério A corresponde aos sinais de inflamação local; B aos sinais sistêmicos mediados pela inflamação; e C aos achados de imagem compatíveis com CA.

Quanto ao critério A, 98,70% relataram dor na região do quadrante superior direito do abdome, o sinal de Murphy positivo em 35,80%, e defesa abdominal em apenas 2,60%. É relevante destacar que 100% dos pacientes avaliados tiveram alteração no critério A. Houve significância estatística ($p<0,001$) para o sinal de Murphy, pois foi positivo em 49,30% dos com CA, enquanto nos

com CC, o percentual foi de 29,60% (OD 2,31, 1,54 - 3,48, Tabela 1). Quando esse critério foi avaliado em relação ao resultado anatomopatológico, todos com CA apresentaram alterações, resultando em sensibilidade de 100%, especificidade de 0% e acurácia geral de 31,30%, o que indica desempenho geral insatisfatório desse critério no diagnóstico de CA (Tabela 2).

Ao analisar o critério B, observou-se que 62,80% apresentou contagem de leucócitos na faixa da normalidade (3.600 a 11.000/mm3), 35,70% leucocitose (leucócitos >11.000/mm3) e 1,50% leucopenia (leucócitos <3.600/mm3). A análise estatística dos dados referentes ao critério B revelou que a leucocitose teve probabilidade 2,93 vezes maior de ocorrer em casos de CA em comparação com os casos de CC. Em 69,70% a PCR, esteve alterada. Os resultados indicaram que a elevação foi mais prevalente na CA (82,80%) do que na CC (59,50%, p0,001). A variável febre foi excluída da análise. O critério B, mostrou-se alterado em 54,90%. Pouco mais de 75% dos com CA apresentaram alterações no critério B, ao passo que na CC, somente 43% (Tabela 1). Ao avaliar o critério B, a sensibilidade obtida foi de 75,30%, a especificidade de 57% e a acurácia geral de 63,8% (Tabela 2).

Em relação ao critério C, 99,20% dos casos apresentaram alterações em exame de imagem. Ultrassonografia abdominal foi utilizada em 80,80% (n=516), sendo a exame mais comum. Quanto aos resultados dos exames de imagem, litíase foi identificada em 85,60%, seguida de outros achados (27,70%) e espessamento (21,90%, Tabela 1). O critério C apresentou alta sensibilidade (99,30%), baixa especificidade (0,80%) e acurácia geral de 23,90% (Tabela 2). O achado de espessamento da vesícula biliar em exame de imagem revelou-se altamente significativo (p < 0,001), com OR de 8,69 (5,58 – 13,5, Tabela 1).

Considerando-se a combinação de critérios, como sugerem os CT18, a soma dos critérios "A+B" mostrou alteração em 56,40% dos casos, enquanto "A+B+C", 56,10% (tabela 1). Quando analisados de maneira conjunta em relação ao resultado AP, os critérios "A+B" se mostraram sensíveis (76,40%), especificidade de 56,90% e acurácia geral de 64,80% (Tabela 2). Os resultados revelam associação notável, com OR de 4,29 (2,66 - 6,91, p < 0,001). Nesse contexto, 76,40% dos casos de CA, enquadrou-se em ambos critérios com base anatomopatológica, enquanto nos com CC o percentual foi de 43,10% (Tabela 1). Já ao analisar os critérios "A+B+C" em relação ao AP, a sensibilidade obtida foi de 77,40%, especificidade de 58,40% e acurácia geral de 66,10% (Tabela 2). Os resultados destacam associação ainda mais significativa ao associarem-se os 3 critérios (OR 4,82, 2,93 - 7,90, p < 0,001). Assim sendo, observou-se alterações na soma dos critérios "A+B+C" em 77,40% dos pacientes diagnosticados com CA, enquanto com CC esse percentual foi de 41,60% (Tabela 1).

Outros achados laboratoriais foram analisados. Os marcadores hepáticos TGO e TGP estavam alterados em [4]3,70% e 52,40%, respectivamente; gamaGT, 64,60%; enzimas pancreáticas, 49,10% na lipase e 27,40% na amilase; bastonetose alterada em apenas 7,10%; TGO, TGP e lipase, identificadas por OR de 0,41 (0,25 - 0,69), 0,43 (0,26 - 0,70) e 0,45 (0,27 - 0,75) respectivamente. Logo, é possível deduzir que a CC apresenta associação

TABELA 1 — Variáveis dos Critérios de Tóquio (CT18) e somatória de A+B e A+B+C em relação aos resultados anatomopatológicos

			Todos	Colecistite crônica	Colecistite aguda		
Critério	Variável	Classif.	n (%)	n vs. CC	n (% vs. CA)	p*	OR (IC95%)
A	Dor QSD (n=453)	Não	6 (1,30%)	4 (1,30%)	2 (1,40%)	0,916	0,91 (0,17 - 5,04)
		Sim	447 (98,70%)	307 (98,70%)	140 (98,60%)		
	Murphy+ (n=453)	Não	291 (64,20%)	219 (70,40%)	72 (50,70%)	<0,001	2,31 (1,54 - 3,48)
		Sim	162 (35,80%)	92 (29,60%)	70 (49,30%)		
	Defesa abdominal (n=453)	Não	441 (97,80%)	305 (98,10%)	136 (95,80%)	0,168	2,24 (0,71 - 7,08)
		Sim	12 (2,60%)	6 (1,60%)	6 (4,20%)		
	Critério A Alterado (n=453)	Não	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	-	-
		Sim	453 (100%)	311 (100%)	142 (100%)		
B	Leucócitos (n=395)	<3600	6 (1,50%)	183 (73,50%)	71 (48,60%)	<0,001	2,93 (1,91 - 4,5)
		3600-11000	248 (62,80%)	183 (73,50%)	71 (48,60%)		
		>11000	141 (35,70%)	66 (26,50%)	75 (51,40%)		
	PCR (n=198)	<1	60 (30,30%)	45 (40,50%)	15 (17,20%)	0,001	3,27 (1,67 - 6,42)
		>1	138 (69,70%)	66 (59,50%)	72 (82,80%)		
	Critério B Alterado (n=395)	Não	178 (45,10%)	107 (40,90%)	36 (27,70%)	<0,001	4,06 (2,58 - 6,37)
		Sim	217 (54,90%)	154 (59,10%)	110 (75,30%)		
C	Litíase (n=575)	Não	83 (14,40%)	56 (12,90%)	27 (19,30%)	0,062	0,62 (0,37 - 1,02)
		Sim	492 (85,60%)	377 (87,10%)	113 (80,70%)		
	Espessamento (n=575)	Não	449 (78,10%)	384 (88,30%)	65 (46,40%)	<0,001	8,69 (5,58 - 13,5)
		Sim	126 (21,90%)	51 (11,70%)	75 (53,60%)		
	Outro achado (n=575)	Não	416 (72,30%)	327 (75,20%)	89 (63,60%)	0,008	1,74 (1,15 - 2,61)
		Sim	159 (27,70%)	108 (24,80%)	51 (36,40%)		
	Critério C Alterado (n=618)	Não	5 (0,80%)	4 (0,80%)	1 (0,70%)	0,855	1,23 (0,14 - 11,08)
		Sim	618 (99,20%)	469 (99,20%)	144 (99,3%)		
A+B	Alterado (n=349)	Não	152 (43,60%)	119 (59,40%)	33 (32,60%)	<0,001	4,29 (2,93 - 7,90)
		Sim	197 (43,60%)	82 (40,60%)	107 (76,40%)		
A+B+C	Alterado (n=330)	Não	145 (43,90%)	115 (58,40%)	30 (22,60%)	<0,001	4,82 (2,93 - 7,90)
		Sim	185 (56,10%)	82 (41,60%)	103 (77,40%)		

QSD=quadrante superior direito do abdome; *=modelo de regressão logística univariado e teste de Wald, p < 0,05

CC BY

TABELA 2 — Sensibilidade, especificidade, acurácia e valores preditivos positivos e negativos dos critérios A, B e C e da somatória de A+B e A+B+C

Parâmetro	A	B	C	A+B	A+B+C
Sensibilidade (IC95%)	100% (-)	75,30% (68,4% - 82,3%)	99,30% (98% - 100%)	76,40% (69,4% - 83,5%)	77,40% (70,3% - 84,5%)
Especificidade (IC95%)	0,00% (-)	57,00% (50,9% - 63,2%)	0,80% (0,2% - 1,7%)	56,90% (50,2% - 63,7%)	58,40% (51,5% - 65,3%)
Acurácia (IC95%)	31,30% (-)	63,80% (59,1% - 68,5%)	23,90% (20,6% - 27,3%)	64,80% (59,7% - 69,8%)	66,10% (61,0% - 71,2%)
VP+ (IC95%)	19,90% (-)	30,30% (26,9% - 34,1%)	19,90% (19,7% - 20,2%)	30,60% (26,9% - 34,6%)	31,60% (27,7% - 35,8%)
VP- (IC95%)	- (-)	90,30% (87,3% - 92,6%)	83,20% (35,7% - 98,8%)	90,70% (87,6% - 93,1%)	91,20% (88,1% - 93,6%)

TABELA 3 — Variáveis laboratoriais e sintomas em relação ao resultado do exame anatomopatológico

Variável	Classificação	Todos n (%)	Colecistite crônica n (%)	Colecistite aguda n (%)	p*	OR (IC95%)
Vômitos (n=607)	Não	348 (57,30%)	288 (63,00%)	60 (40,00%)	<0,001	2,56 (1,75 - 3,73)
	Sim	259 (42,70%)	169 (37,00%)	90 (60,00%)		
Náusea (n=607)	Não	330 (54,40%)	279 (61,10%)	51 (34,00%)	<0,001	3,04 (2,07 - 4,48)
	Sim	277 (45,60%)	178 (38,90%)	99 (66,00%)		
Bastonetes (n=378)	Não alterado	351 (92,90%)	269 (96,60%)	122 (85,50%)	0,001	4,46 (1,90 - 10,5)
	Alterado	27 (7,10%)	8 (3,40%)	19 (13,50%)		
TGO (n=284)	Não alterado	160 (56,30%)	97 (48,50%)	63 (69,50%)	0,001	0,41 (0,25 - 0,69)
	Alterado	124 (43,70%)	92 (51,40%)	32 (30,50%)		
TGP (n=188)	Não alterado	137 (47,30%)	70 (40,10%)	67 (60,30%)	0,001	0,43 (0,26 - 0,70)
	Alterado	151 (52,40%)	109 (60,20%)	42 (39,30%)		
Amilase (n=277)	Não alterado	201 (72,60%)	124 (70,10%)	77 (72,00%)	0,221	0,70 (0,39 - 1,24)
	Alterado	76 (27,40%)	54 (29,80%)	22 (22,90%)		
Lipase (n=281)	Não alterado	143 (50,90%)	64 (43,90%)	79 (64,40%)	0,002	0,45 (0,27 - 0,75)
	Alterado	138 (49,10%)	82 (56,10%)	37 (36,60%)		
GamaGT (n=277)	Não alterado	98 (35,40%)	62 (34,40%)	36 (37,10%)	0,658	0,89 (0,53 - 1,49)
	Alterado	179 (64,60%)	118 (65,60%)	61 (62,90%)		

*Modelo de regressão logística univariado e teste de Wald, p<0,05

mais pronunciada com a alteração dessas enzimas em comparação com a CA. Por outro lado, entre os diagnosticados com CC, 3,40% apresentavam níveis elevados de bastonetes, enquanto no grupo CA, esse percentual aumentou significativamente (p = 0,001) para 13,50%. Essa diferença resultou em OR de 4,46 (1,90 - 10,5), indicando que a CA está mais fortemente associada aos níveis anormais de bastonetes em comparação com a CC (Tabela 3).

Acerca dos sintomas, vômito (42,70%) foi quase igual às náuseas (45,60%); 280 indivíduos (46,10%) não relataram nenhum sintoma; nos com CC, 37% tiveram vômitos e CA, 60%. Foi encontrada associação significativa entre vômitos e o tipo de colecistite apresentada (p<0,001). O valor de OR foi de 2,56 (1,75 - 3,73), indicando que a CA está mais associada à presença de vômitos do que a CC. Já em relação à náusea, mostrou-se associação positiva (p < 0,001), resultando em OR de 3,04 (2,07 - 4,48). Portanto, pode-se inferir que os sintomas de náuseas e vômitos são mais prevalentes em pacientes diagnosticados com CA quando comparados aos casos de CC (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Apesar de a colecistectomia videolaparoscópica ser o padrão-ouro para o tratamento definitivo da CA, a maioria (84,30%) das colecistectomias realizadas foi laparotômica. A discrepância desse dado em relação ao padrão-ouro estabelecido - colecistectomia videolaparoscópica - pode estar associada à limitação no acesso à tecnologia no sistema de saúde público brasileiro, bem como à escassez de ênfase na capacitação em videolaparoscopia.

Em sua forma isolada, o sinal de Murphy foi positivo em 49,30% dos pacientes com CA e 29,60% com CC, totalizando 35,80% dos pacientes analisados. O estudo demonstrou que apesar do sinal de Murphy ter pouca relevância no contexto geral, ele está mais fortemente associado ao quadro de CA (OD de 2,31). Já a dor no quadrante superior direito ocorreu em 98,70% do total, sem diferenças significativas entre os grupos com CA e CC (p=0,916). De forma geral, o critério A isoladamente não se demonstrou significativo para o diagnóstico de CA.

Observou-se que 35,70% dos pacientes apresentaram leucocitose, com probabilidade 2,93 vezes maior de ocorrer em casos de CA do que CC. A elevação da PCR foi encontrada em mais de 82% dos casos de CA. Os resultados enfatizam a importância e a eficácia das variáveis do critério B na Classificação de Tóquio. A ausência da variável febre, elemento do critério B, decorreu devido ao banco de dados ter registros de temperatura apenas quando exista relato de febre aferida ou hipertermia confirmada na internação. Isso resultou na ausência de informações na maioria dos prontuários.

No presente estudo, 99,30% dos pacientes apresentaram exames de imagem com alterações. Não houve associação estatisticamente significativa entre os achados de imagem e a diferenciação entre CA e CC (p=0,855). No entanto, somente o achado de espessamento da vesícula biliar, presente em 21,90% dos casos, revelou-se significativo para o diagnóstico de CA (OR 8,69). Esses resultados enfatizam a relevância do espessamento da vesícula biliar como marcador diferencial entre os 2 tipos de colecistite. Deve-se levar em consideração que os achados de imagem podem variar de acordo com o aparelho de ultrassonografia, operador e critérios utilizados. Ainda, é importante ressaltar que ela é recomendada como o método diagnóstico de primeira escolha para avaliação morfológica de CA (Recomendação 1, nível C).[14]

Neste estudo, o diagnóstico confirmatório para CA (critérios A+B+C) em relação aos casos confirmados por meio do estudo anatomopatológico revelou sensibilidade de 77,40%, especificidade de 58,40% e acurácia geral de 66,10%. Assim, conclui-se que a combinação dos 3 critérios oferece desempenho razoável na detecção de CA, apresentando maior probabilidade de acerto diagnóstico quando comparado aos critérios isolados, ou ainda, com a junção dos critérios A+B.

Adicionalmente, achado estatisticamente significativo - apesar da escassez de evidências na literatura que o sustentem - diz respeito aos níveis de TGO e TGP. As alterações laboratoriais desses marcadores demonstraram maior associação à CC. No mesmo sentido, a presença prévia de elevação nos níveis de lipase é correlacionada à CC; logo, paciente sem lipase alterada possui risco relativo menor de possuir CA (36,60%) em comparação com CC (56,10%). Embora CA possa resultar na elevação nos níveis de lipase e amilase, estes 2 valores estão comumente associados a qualquer inflamação pancreática, não sendo específicos para o diagnóstico de CA.[1] Ademais, foi constatado que apenas 13,50% dos casos de CA apresentaram alterações em bastonetes, apesar de essa variável ter sido estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Bastonetose foi mais prevalente na CA do que CC (OR 4,46), bem como náuseas e/ou vômitos (OR 2,56).

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicam que os Critérios de Tóquio de 2018 demonstraram boa sensibilidade para o diagnóstico da CA, embora sua especificidade tenha sido relativamente baixa; ainda assim, a acurácia global observada sugere que esses critérios possuem capacidade aceitável de classificar corretamente a presença ou ausência da doença, configurando-se como ferramenta útil na prática clínica. Secundariamente, outros dados não inclusos no CT18 podem auxiliar no diagnóstico de CA, tais como presença de náuseas ou vômitos e achado de espessamento da vesícula biliar em ultrassonografia.

Contribuição dos autores

Guilherme Andrade Coelho – Conceituação, Investigação
Bernardo Huçulak Melo – Metodologia,
Maria Eduarda Barcik Lucas de Oliveira - Supervisão
Bruna Corchak da Silva – Conceituação, Redação (esboço original)

REFERÊNCIAS

1. Gallaher JR, Charles A. Acute cholecystitis: a review. JAMA. 2022;327(10):965–75. https://doi.org/10.1001/jama.2022.2350
2. Hermógenes TCS, Baldo BGDF, Mariano BG, Oliveira CS, Ribeiro GFC, Martins JVF, et al. Colecistite aguda - uma revisão abrangente sobre a epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico, classificação, tratamento, prognóstico e complicações. Braz J Health Rev. 2023;6(5):20288–303. https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-074
3. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):15–26. https://doi.org/10.1007/s00534-006-1152-y
4. Naufel Junior CR, Coelho GA, Peixoto IL, Araújo KWCS. Manejo da colelitíase e da colecistite aguda. In: Lopes AC, José FF, Vendrame LS, eds. PROTERAPÊUTICA Programa de Atualização em Terapêutica: Ciclo 10. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2022. p. 71–100. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).
5. Vasconcellos LAS, Machado CS, Moreira FAV, Oliveira GH, Menezes LC, Senssulini VL, et al. Colecistite aguda: aspectos clínicos e manejo terapêutico. Braz J Dev. 2022;8(10):68667–78.
6. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison: Medicina Interna. 16th ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006. https://doi.org/10.34117/bjdv8n10-240
7. Souza YA, Esteves LAB, Canat BOR, Canato GR, Goularte PS, Bueno SM. Litíase na vesícula biliar e os cálculos intra-hepáticos. Rev Corpus Hippocraticum. 2022;1(1).
8. Santos JS, Sankarankutty AK, Júnior WS, Kemp R, Módena JLP, Júnior JE, et al. Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. Medicina (Ribeirão Preto). 2008;41(4):449–64.
9. Bonadiman A, Basaglia P, Fava CD, De Jesus IPA. Conduta atual na colecistite aguda. Rev Uningá. 2019;56(3):60–7.
10. Grundmann R, Petersen M, Lippert H, Meyer F. Das akute (chirurgische) Abdomen – Epidemiologie, Diagnostik und allgemeine Prinzipien des Managements. Z Gastroenterol. 2010;48(6):696–706.
11. Lemos LN, Tavares RMF, Donadelli CAM. Perfil epidemiológico de pacientes com colelitíase atendidos em um ambulatório de cirurgia. Rev Eletr Acervo Saúde. 2019;(28):e947.
12. Maya MC, Freitas R, Pitombo M, Ronay A. Colecistite aguda: diagnóstico e tratamento. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto. 2022;8(1).
13. Nunes EC, Rosa RS, Bordin R. Hospitalizations for cholecystitis and cholelithiasis in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2016;29(2):77–80. https://doi.org/10.1590/0102-6720201600020003
14. 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;25(1):41–54. https://doi.org/10.1002/jhbp.515
15. Castro PMV, Akerman D, Munhoz CB, Sacramento ID, Mazzurana M, Alvarez GA. Laparoscopic cholecystectomy versus minilaparotomy in cholelithiasis: systematic review and meta-analysis. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2014;27(2):148–53. https://doi.org/10.1590/S0102-67202014000200013