Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32543

VESÍCULA PREGUIÇOSA (DISTÚRBIO FUNCIONAL DA VESÍCULA BILIAR): REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE DIAGNÓSTICO, PAPEL DA COLECISTOCINTILOGRAFIA E RESULTADOS DA COLECISTECTOMIA

"LAZY GALLBLADDER" (FUNCTIONAL GALLBLADDER DISORDER): NA INTEGRATIVE REVIEW OF DIAGNOSIS, THE ROLE OF CHOLESCINTIGRAPHY AND OUTCOMES OF CHOLECYSTECTOMY

"VESÍCULA PEREZOSA" (TRASTORNO FUNCIONAL DE LA VESÍCULA BILIAR): REVISIÓN INTEGRADORA SOBRE DIAGNÓSTICO, PAPEL DE LA COLECISTOGAMMAGRAFÍA Y RESULTADOS DE LA COLECISTECTOMÍA

Gustavo Carbonera Pinto[1]
Luís Ricardo Amador Costa[2]
Gabriel de Souza Petrini[3]
Lucas de Souza Petrini[4]
Ricardo Cansian[5]
Henrique Fontana Manzochi[6]
Mateus de Souza Petrini[7]

RESUMO: Este artigo buscou sintetizar as evidências sobre o diagnóstico, o papel da colecistocintilografia e os resultados da colecistectomia no distúrbio funcional da vesícula biliar, popularmente chamado de vesícula preguiçosa e definido pelos critérios de Roma IV como dor biliar sem cálculos ou outra alteração estrutural. Trata-se de revisão integrativa com buscas no PubMed, LILACS e SciELO em novembro de 2026, restritas a publicações de 2006 a 2026. Dos 327 registros identificados, 303 foram triados, 104 tiveram o resumo avaliado e 30 foram incluídos: oito revisões sistemáticas, um ensaio randomizado piloto, dois documentos de consenso, quatro estudos epidemiológicos e 15 coortes. A fração de ejeção reduzida associou-se a maior chance de melhora com a cirurgia do que com o tratamento clínico, mas discriminou mal quem melhora após a colecistectomia, e o tipo de estímulo modificou os resultados do exame. As taxas de melhora após a cirurgia variaram de 43% a 93%, inclusive em vesículas com fração de ejeção normal ou elevada. Conclui-se que a indicação cirúrgica deve apoiar-se principalmente no quadro clínico típico, com a cintilografia como exame complementar, e que faltam ensaios controlados.

Palavras-chave: Discinesia Biliar. Vesícula Biliar. Colecistectomia.

[1]Acadêmico de medicina, Universidade Positivo.
[2]Acadêmico de Medicina, Universidade Positivo.
[3]Acadêmico de Medicina, Universidade Positivo.
[4]Acadêmico de Medicina. Centro Universitário de Pinhais.
[5]Acadêmico de Medicina. Universidade Positivo.
[6]Acadêmico de Medicina. Universidade Positivo.
[7]Acadêmico de Medicina. Universidade Positivo.

ABSTRACT: This article aimed to synthesize the evidence on diagnosis, the role of cholescintigraphy and the outcomes of cholecystectomy in functional gallbladder disorder, popularly known as "lazy gallbladder" and defined by the Rome IV criteria as biliary pain without gallstones or other structural abnormality. This is an integrative review with searches in PubMed, LILACS and SciELO in November 2026, restricted to publications from 2006 to 2026. Of the 327 records identified, 303 were screened, 104 had their abstracts assessed and 30 were included: eight systematic reviews, one pilot randomized trial, two consensus documents, four epidemiological studies and 15 cohorts. A reduced ejection fraction was associated with a higher chance of improvement with surgery than with medical treatment, but discriminated poorly between patients who did and did not improve after cholecystectomy, and the type of stimulus changed test results. Improvement rates after surgery ranged from 43% to 93%, including inincluding in gallbladders with normal or high ejection fraction. Surgical indication should rest gallbladders with normal or high ejection fraction. Surgical indication should rest mainly on amainly on a typical clinical picture, with cholescintigraphy as a complementary test, and typical clinical picture, with cholescintigraphy as a complementary test, and controlled trials arecontrolled trials are lacking. lacking.

Keywords: Biliary Dyskinesia. Gallbladder. Cholecystectomy.

RESUMEN: Este artículo buscó sintetizar la evidencia sobre el diagnóstico, el papel de la colecistogammagrafía y los resultados de la colecistectomía en el trastorno funcional de la Este artículo buscó sintetizar la evidencia sobre el diagnóstico, el papel de la colecistogammagrafía y los resultados de la colecistectomía en el trastorno funcional de lavesícula biliar, conocido popularmente como "vesícula perezosa" y definido por los criterios de vesícula biliar, conocido popularmente como "vesícula perezosa" y definido por los criterios deRoma IV como dolor biliar sin cálculos ni otra alteración estructural. Se trata de una revisión Roma IV como dolor biliar sin cálculos ni otra alteración estructural. Se trata de una revisiónintegradora con búsquedas en PubMed, LILACS y SciELO en noviembre de 2026, restringidas integradora con búsquedas en PubMed, LILACS y SciELO en noviembre de 2026, restringidas aa publicaciones de 2006 a 2026. De los 327 registros identificados, 303 fueron cribados, se publicaciones de 2006 a 2026. De los 327 registros identificados, 303 fueron cribados, se evaluóevaluó el resumen de 104 y se incluyeron 30: ocho revisiones sistemáticas, un ensayo el resumen de 104 y se incluyeron 30: ocho revisiones sistemáticas, un ensayo aleatorizadoaleatorizado piloto, dos documentos de consenso, cuatro estudios epidemiológicos y 15 piloto, dos documentos de consenso, cuatro estudios epidemiológicos y 15 cohortes. La fraccióncohortes. La fracción de eyección reducida se asoció con mayor probabilidad de mejoría con la de eyección reducida se asoció con mayor probabilidad de mejoría con la cirugía que con elcirugía que con el tratamiento clínico, pero discriminó mal a quienes mejoran tras la tratamiento clínico, pero discriminó mal a quienes mejoran tras la colecistectomía, y el tipo decolecistectomía, y el tipo de estímulo modificó los resultados de la prueba. Las tasas de estímulo modificó los resultados de la prueba. Las tasas de mejoría tras la cirugía variaron delmejoría tras la cirugía variaron del 43% al 93%, incluso en vesículas con fracción de eyección 43normal o elevada. La indicación quirúrgica debe basarse principalmente en el cuadro clínico% al 93%, incluso en vesículas con fracción de eyección normal o elevada. La indicación quirúrgica debe basarse principalmente en el cuadro clínico típico, con la gammagrafía comotípico, con la gammagrafía como prueba complementaria, y faltan ensayos controlados. prueba complementaria, y faltan ensayos controlados.

Palabras clave:Palabras clave: Discinesia Biliar. Vesícula Biliar. Colecistectomía. Discinesia Biliar. Vesícula Biliar. Colecistectomía.

INTRODUÇÃO

"Vesícula preguiçosa" é a expressão popular usada para designar a vesícula biliar que se esvazia de forma insuficiente, situação descrita na literatura como discinesia vesicular, discinesia biliar ou distúrbio funcional da vesícula biliar (DFVB). Pelos critérios de Roma IV, o DFVB é definido pela presença de dor biliar na ausência de cálculos ou de outra doença estrutural da vesícula. A fração de ejeção (FE) reduzida à colecistocintilografia e a normalidade das enzimas hepáticas, da bilirrubina conjugada e da amilase ou lipase funcionam como critérios de apoio, e não como exigências para o diagnóstico (COTTON PB, et al., 2016).

A dor biliar, por sua vez, é caracterizada como dor no epigástrio ou no hipocôndrio direito, em episódios de pelo menos 30 minutos que se repetem em intervalos variáveis, atingem intensidade estável e são fortes o bastante para interromper as atividades habituais ou motivar atendimento de urgência, sem relação significativa com a evacuação, com mudanças de postura ou com a supressão ácida. O mesmo documento reconhece que o valor preditivo dos exames funcionais e os resultados da colecistectomia são controversos, em parte pela flutuação dos sintomas e pelo efeito placebo de intervenções invasivas (COTTON PB, et al., 2016).

Apesar dessas incertezas, a colecistectomia por discinesia biliar tornou-se frequente nos Estados Unidos (EUA). Entre 1997 e 2010, as internações registradas sob o código diagnóstico mais usado para a condição triplicaram, enquanto as internações por colecistite aguda e por complicações da litíase diminuíram discretamente (BIELEFELDT K, 2013b). Entre 2008 e 2011, o país realizou mais de 85 colecistectomias por discinesia por milhão de habitantes ao ano, contra menos de 25 na Suécia, na Noruega, na Austrália e na Polônia (PRESTON JF, et al., 2015). Dentro dos EUA, as internações pela condição variaram quase sete vezes entre os estados, em associação com padrões locais de prática médica (BIELEFELDT K, 2013a), e uma população bem caracterizada de Minnesota apresentou incidência de DFVB confirmado de apenas 1,77 por 10.000 habitantes (ABDELHAMID MO, et al., 2018).

A principal lacuna diz respeito à seleção dos pacientes que se beneficiam da cirurgia e ao peso que a FE deve ter nessa decisão. Em 2009, a revisão Cochrane sobre o tema identificou um único ensaio randomizado, com 21 participantes (GURUSAMY KS, et al., 2009), e, desde então, ganhou espaço o conceito de vesícula hipercinética, que desafia a ideia de que apenas o esvaziamento lento seria patológico. Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo sintetizar as evidências publicadas entre 2006 e 2026 sobre a definição, o diagnóstico, o papel da colecistocintilografia e os resultados do tratamento do DFVB em adultos.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura, desenvolvida em seis etapas: formulação da pergunta norteadora, busca nas bases de dados, seleção dos estudos, extração dos dados, análise crítica e síntese dos resultados. A pergunta norteadora foi: "Em adultos com dor biliar sem litíase, quais evidências sustentam o diagnóstico do distúrbio funcional da vesícula biliar, o uso da colecistocintilografia e a indicação de colecistectomia?".

As buscas foram realizadas em 4 de novembro de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), acessada pelo Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e Scientific Electronic Library Online (SciELO). No PubMed, utilizou-se a estratégia ("biliary dyskinesia"[tiab] OR "gallbladder dyskinesia"[tiab] OR "functional gallbladder disorder"[tiab] OR "functional gallbladder disorders"[tiab]) AND 2006:2026[dp]. Na LILACS e na SciELO, foram combinados com o operador OR os termos "discinesia biliar", "discinesia da vesícula", "disquinesia vesicular" ou "discínesia vesicular", "disfunção da vesícula", "biliary dyskinesia", "gallbladder dyskinesia" e "functional gallbladder disorder", e o limite temporal foi aplicado na triagem. O ano de 2006 foi escolhido como marco inicial por corresponder à publicação dos critérios de Roma III, que padronizaram a definição de dor biliar adotada pela maior parte dos estudos subsequentes.

Foram incluídos artigos publicados entre 2006 e 2026, em inglês, português ou espanhol, que abordassem adultos, ou populações mistas com predomínio de adultos, com suspeita ou diagnóstico de DFVB, nas formas hipocinética, normocinética ou hipercinética. Foram aceitos os seguintes delineamentos: revisões sistemáticas, com ou sem metanálise; ensaios clínicos, independentemente do tamanho amostral, dada a escassez desse delineamento; documentos de consenso ou de classificação diagnóstica; estudos epidemiológicos de base populacional ou administrativa; e estudos observacionais, prospectivos ou retrospectivos, que analisassem pelo menos 100 pacientes com suspeita ou diagnóstico de DFVB. Esse limite foi adotado para priorizar as séries de maior precisão, uma vez que a literatura é dominada por estudos retrospectivos pequenos e de centro único.

A seleção ocorreu em duas etapas. Na triagem por título e tipo de publicação, foram excluídos relatos de caso, cartas, comentários, editoriais, erratas e materiais didáticos; artigos em outros idiomas; estudos com população exclusivamente pediátrica; registros alheios ao tema, como aqueles em que o termo aparecia de forma incidental, estudos sobre outras doenças,

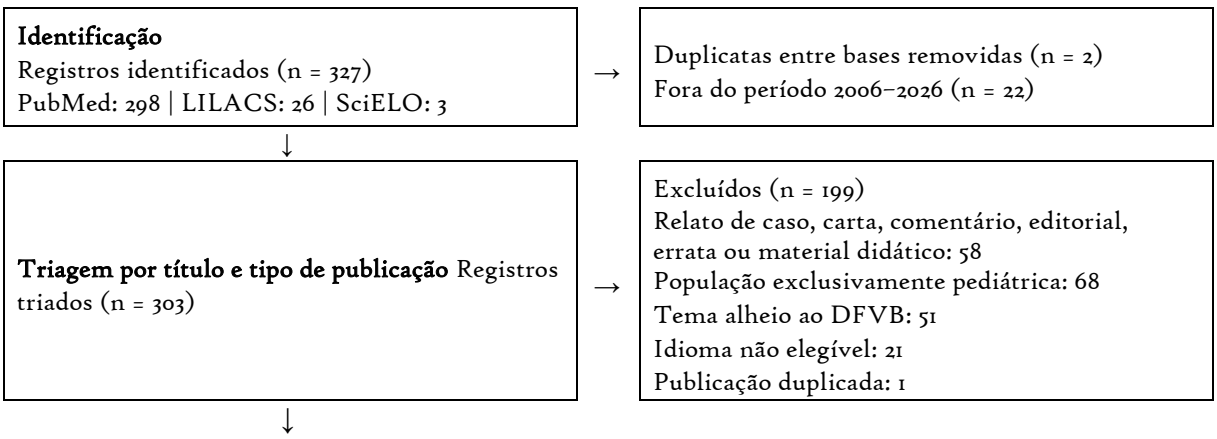
técnicas cirúrgicas gerais ou modelos animais; e publicações duplicadas. Na etapa de elegibilidade, com leitura dos resumos, foram excluídos revisões narrativas, artigos de opinião e descrições técnicas sem dados originais nem método sistemático; estudos observacionais com menos de 100 pacientes analisados; estudos cuja população não correspondia ao DFVB, como pacientes com litíase, gastroparesia, dor abdominal inespecífica, voluntários saudáveis ou o conjunto de todas as colecistectomias de um serviço; estudos pediátricos e relatos de caso identificados apenas nessa leitura; registros sem resumo ou sem dados suficientes para a avaliação; e duplicatas.

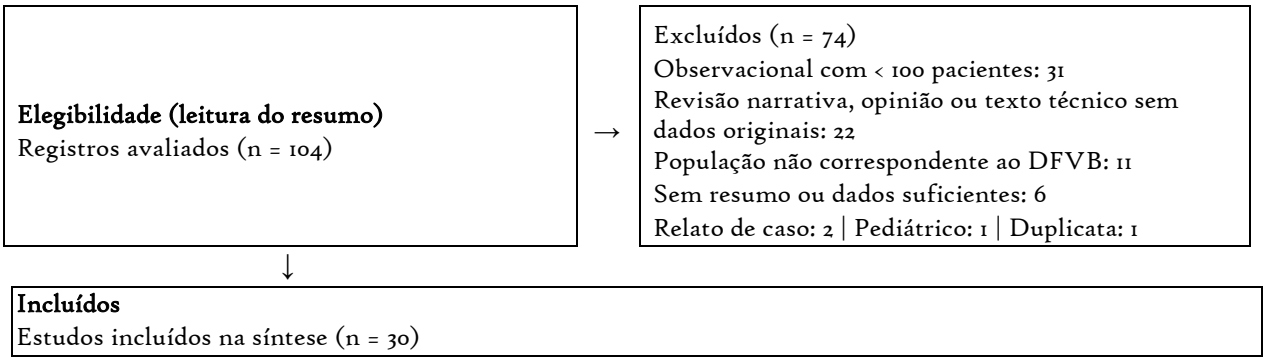
De cada estudo incluído, foram extraídos autoria, ano, país, delineamento, tamanho amostral, critério diagnóstico e limiar de FE adotados, intervenção e principais desfechos. Os resultados foram organizados em categorias temáticas e sintetizados de forma descritiva, sem nova metanálise. Por se tratar de pesquisa com dados públicos, sem envolvimento direto de seres humanos, o estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

As buscas identificaram 327 registros: 298 no PubMed, 26 na LILACS e três na SciELO. Foram removidas duas duplicatas entre bases e 22 registros da LILACS publicados antes de 2006, restando 303 registros para triagem. Nessa etapa, 199 registros foram excluídos, e os 104 restantes tiveram os resumos avaliados. Desses, 74 foram excluídos, com 30 estudos incluídos na síntese final (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de identificação, triagem e inclusão dos estudos.





Fonte: CANSIAN R, et al., 2026; dados extraídos de PubMed, LILACS e SciELO.

Na triagem por título e tipo de publicação, as principais causas de exclusão foram população exclusivamente pediátrica (68 registros), temas alheios ao DFVB (51), relatos de caso e outras publicações sem dados de pesquisa (58), idioma não elegível (21, em russo, ucraniano, polonês ou sérvio) e publicação duplicada (1). Na leitura dos resumos, as exclusões decorreram de estudos observacionais com menos de 100 pacientes (31), revisões narrativas ou textos sem dados originais (22), população não correspondente ao DFVB (11), ausência de resumo ou de dados suficientes (6), relato de caso (2), população pediátrica (1) e duplicata (1). Nenhum dos registros recuperados na LILACS e na SciELO preencheu os critérios de inclusão: os quatro registros da LILACS dentro do período eram dois artigos fora do tema, uma revisão narrativa e uma série de 84 pacientes, e o único registro elegível por data na SciELO era uma revisão narrativa.

Os 30 estudos incluídos foram publicados entre 2009 e 2026. Predominaram as coortes com desfecho clínico após colecistectomia e as revisões sistemáticas, e houve apenas um ensaio randomizado (Tabela 1). A maioria dos estudos primários foi conduzida nos EUA, com exceções no Reino Unido (DAVE RV, et al., 2015), na Finlândia (PAAJANEN H, et al., 2009) e na Austrália (LI AY, et al., 2022), além de uma comparação entre registros de cinco países (PRESTON JF, et al., 2015).

Tabela 1 – Distribuição dos estudos incluídos (n = 30) segundo a categoria de delineamento.

Categoria	n	%	Estudos
Revisões sistemáticas, com ou sem metanálise	8	26,7	GURUSAMY KS, et al., 2009; BIELEFELDT K, et al., 2014; GUDSOORKAR VS, et al., 2019; REHMAN S, et al., 2019; ALHAYO S, et al., 2020; ELTYEB HA, et al., 2021; QUACH D, et al., 2025; ELEK A, et al., 2026

Coortes com desfecho clínico após colecistectomia	11	36,7	PAAJANEN H, et al., 2009; SINGHAL V, et al., 2012; AGGARWAL N e BIELEFELDT K, 2013; WYBOURN CA, et al., 2013; DAVE RV, et al., 2015; ECKENRODE AH, et al., 2015; PIHL KD, et al., 2018; WRIGHT RC, et al., 2019; KARTIK A, et al., 2023; SHARRAK A, et al., 2024; CAMACHO KD, et al., 2024
Estudos sobre método diagnóstico (cintilografia)	4	13,3	GOUSSOUS N, et al., 2017; FLICK KF, et al., 2021; LI AY, et al., 2022; VASIREDDI A e NGUYEN NC, 2022
Estudos epidemiológicos e de utilização de serviços	4	13,3	BIELEFELDT K, 2013a; BIELEFELDT K, 2013b; PRESTON JF, et al., 2015; ABDELHAMID MO, et al., 2018
Documentos de consenso e de classificação	2	6,7	DIBAISE JK, et al., 2011; COTTON PB, et al., 2016
Ensaio clínico randomizado	1	3,3	RICHMOND BK, et al., 2016
Total	**30**	**100,0**	–

Fonte: CANSIAN R, et al., 2026; dados extraídos dos estudos incluídos.

Entre as revisões sistemáticas, cinco avaliaram a vesícula hipocinética ou o DFVB de forma ampla e três se dedicaram à hiperquinesia biliar. As metanálises sobre hiperquinesia compartilham boa parte dos estudos primários, o que limita a independência de seus resultados (Quadro 1).

Quadro 1 – Síntese das revisões sistemáticas incluídas (n = 8).

Estudo	Delineamento e amostra	Principais achados
GURUSAMY KS, et al., 2009	Revisão Cochrane de ensaios randomizados; 1 ensaio, 21 pacientes	Melhora em todos os operados e em 1 de 10 controles após 33,6 meses; evidência baseada em ensaio único, pequeno e com alto risco de viés.
BIELEFELDT K, et al., 2014	Revisão sistemática (PubMed) sobre diagnóstico e tratamento	Esvaziamento reduzido em cerca de 20% de controles saudáveis; desfechos pós-operatórios semelhantes com FE normal ou reduzida.
GUDSOORKAR VS, et al., 2019	Revisão sistemática com metanálise; 29 estudos, 2.891 pacientes	Com FE baixa, maior chance de melhora com cirurgia do que com tratamento clínico (RR 2,37); entre operados, melhora semelhante com FE baixa ou normal (RR 1,09).
REHMAN S, et al., 2019	Metanálise; 13 estudos, 740 pacientes (542 operados)	Menor risco de falha na resolução dos sintomas no grupo operado (RR 0,15; IC95% 0,05–0,39).
ALHAYO S, et al., 2020	Revisão sistemática com metanálise (PRISMA); 24 estudos, 1.710 pacientes	Resolução completa em 81,4% (sintomas típicos e FE reduzida), 69,5% (típicos e FE normal) e 68,9% (atípicos e FE reduzida).

ELTYEB HA, et al., 2021	Metanálise sobre hiperquinesia; 13 estudos, 332 pacientes	Melhora sintomática em 91,3% após colecistectomia; alterações histológicas em 163 de 181 vesículas avaliadas.
Estudo	**Delineamento e amostra**	**Principais achados**
QUACH D, et al., 2025	Metanálise sobre hiperquinesia; 14 estudos, 416 pacientes	RR para alívio sintomático de 3,72 (IC95% 2,57–5,38), com heterogeneidade moderada.
ELEK A, et al., 2026	Metanálise sobre hiperquinesia; 14 estudos retrospectivos, 686 pacientes	Resolução em 83,1%, melhora em 91,6% e colecistite crônica em 85,1% das peças; possível viés de publicação no desfecho histológico.

Fonte: CANSIAN R, et al., 2026; dados extraídos dos estudos citados. FE: fração de ejeção; RR: risco relativo; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Os quatro estudos sobre método diagnóstico avaliaram o protocolo de infusão de sincalide e o uso de refeição gordurosa como estímulo. Em 302 exames com infusão de 60 minutos, 86,6% dos pacientes com FE normal atingiram valor normal aos 30 minutos, e uma FE superior a 29,1% nesse momento apresentou valor preditivo negativo de 99,6% (VASIREDDI A e NGUYEN NC, 2022). Em 153 pacientes, a FE foi semelhante com colecistocinina (CCK) e com refeição gordurosa, mas a dor foi reproduzida em 61% e 30% dos casos, respectivamente (GOUSSOUS N, et al., 2017). Entre 359 operados, os índices preditivos dos dois estímulos não diferiram (FLICK KF, et al., 2021), e, em 173 pacientes avaliados com um suplemento nutricional padronizado como estímulo, a melhora ocorreu em 30 de 31 operados com FE alterada e em 17 de 26 tratados de forma conservadora (LI AY, et al., 2022). Os resultados do ensaio randomizado e das 11 coortes com desfecho clínico estão resumidos no Quadro 2.

Quadro 2 – Síntese do ensaio randomizado e das coortes com desfecho clínico após colecistectomia (n = 12).

Estudo	**Delineamento e população**	**Principais achados**
PAAJANEN H, et al., 2009	Prospectivo; 122 pacientes com dor biliar e ultrassonografia normal; FE ≤ 35%	Após 4 anos, melhora em 92% dos operados, 45% dos não operados com FE ≤ 35% e 66% dos não operados com FE > 35%.
SINGHAL V, et al., 2012	Retrospectivo; 141 operados, seguimento mínimo de 6 meses	Sintomas persistentes em 13,4% na revisão cirúrgica, mas 43,3% voltaram à atenção primária por sintomas; apenas a inflamação histológica distinguiu os grupos.
AGGARWAL N e BIELEFELDT K, 2013	Retrospectivo; 972 pacientes, 894 operados	116 operados tinham FE normal; quem não preenchia os critérios de consenso usava mais opioides e procurava mais a urgência; idas à urgência caíram de 0,86 para 0,69, sem mudança nas internações.

WYBOURN CA, et al., 2013	Retrospectivo; 126 operados; FE ≤ 45%	Alívio precoce em 78%; 66% sem dor no contato telefônico tardio (n = 53); FE sem associação com o desfecho (AUC 0,47).
DAVE RV, et al., 2015	Retrospectivo; 100 pacientes consecutivos; FE < 35%	Melhora em 84% e ausência de dor em 52% em mediana de 12 meses; histologia e reprodução da dor não predisseram o resultado.
ECKENRODE AH, et al., 2015	Retrospectivo; 1.501 exames, 438 operados	Sintomas típicos: resolução em 66% (FE alterada) e 77% (FE normal), p = 0,292; atípicos: 64% e 43%, p = 0,013.
Estudo	**Delineamento e população**	**Principais achados**
RICHMOND BK, et al., 2016	Ensaio randomizado piloto; 30 pacientes (colecistectomia vs. amitriptilina 25 mg/dia)	14 de 15 pacientes do braço clínico migraram para a cirurgia; os 26 operados relataram alívio da dor e melhora do SF-8; autores questionaram a viabilidade de um ensaio definitivo.
PIHL KD, et al., 2018	Retrospectivo; 474 pacientes com seguimento ≥ 6 meses	Taxas de resolução semelhantes nas vesículas normo e hipocinéticas; reprodução da dor com CCK foi melhor preditor do que a FE.
WRIGHT RC, et al., 2019	Retrospectivo; 182 operados com achados atípicos	Melhora tardia de 84% (discinesia), 82% (vesícula hiperdinâmica) e 57% (investigação negativa), com poucos pacientes no seguimento tardio.
KARTIK A, et al., 2023	Retrospectivo, 3 centros; 1.596 pacientes com FE ≥ 50%, 141 operados	Com corte de 81%, resolução da dor em 78,2% vs. 60,0% abaixo do corte (p = 0,03); colecistite crônica em 61,7%.
SHARRAK A, et al., 2024	Retrospectivo; 117 pacientes com dor biliar, investigação negativa e FE > 35%	Resolução dos sintomas em 84%; dor ao CCK e FE sem correlação com o desfecho.
CAMACHO KD, et al., 2024	Retrospectivo; 1.997 exames, 730 com FE ≥ 80%, 57 operados	Apenas 13,7% dos exames com FE ≥ 80% foram laudados como hipercinéticos; melhora em 93% em mediana de 17 dias; colelitíase em 38,6% das peças.

Fonte: CANSIAN R, et al., 2026; dados extraídos dos estudos citados. FE: fração de ejeção; CCK: colecistocinina; AUC: área sob a curva ROC; SF-8: questionário de qualidade de vida Short Form-8.

DISCUSSÃO

Definição, magnitude e variação na prática

O conjunto de estudos mostra que a vesícula preguiçosa é, antes de tudo, um diagnóstico clínico de exclusão. Os critérios de Roma IV colocaram a dor biliar típica no centro da definição e rebaixaram a FE à condição de achado de apoio (COTTON PB, et al., 2016). Essa escolha é coerente com a principal revisão sistemática sobre a história do diagnóstico, segundo a qual cerca de 20% dos indivíduos saudáveis apresentam esvaziamento reduzido e os resultados da cirurgia não diferem entre pacientes com FE normal ou reduzida (BIELEFELDT K, et al., 2014).

Os dados epidemiológicos sugerem que a frequência da cirurgia reflete mais a cultura assistencial do que a carga real da doença. O crescimento das colecistectomias nos EUA ocorreu sobretudo em populações jovens, de baixo risco e com seguro privado (BIELEFELDT K, 2013b), variou de forma marcante entre estados (BIELEFELDT K, 2013a) e não foi acompanhado em outros países de alta renda (PRESTON JF, et al., 2015). A incidência muito menor de DFVB confirmado após revisão de prontuários em Minnesota reforça a hipótese de que parte dos diagnósticos administrativos não resiste a critérios rigorosos (ABDELHAMID MO, et al., 2018). Em uma coorte de 972 pacientes, muitos foram operados sem preencher os critérios de consenso, e esse subgrupo usou mais opioides e procurou mais a urgência antes e depois da cirurgia (AGGARWAL N e BIELEFELDT K, 2013).

Papel da colecistocintilografia e da fração de ejeção

A variabilidade técnica é um obstáculo central. O consenso interdisciplinar recomenda infusão de 0,02 μg/kg de sincalide durante 60 minutos, com FE de 38% ou mais considerada normal, justamente porque os protocolos e os valores de referência variavam muito entre serviços (DIBAISE JK, et al., 2011). Os estudos incluídos indicam que o tipo de estímulo altera ao menos a reprodução da dor (GOUSSOUS N, et al., 2017), embora a refeição gordurosa padronizada tenha desempenho preditivo semelhante ao da CCK (FLICK KF, et al., 2021; LI AY, et al., 2022). Esse ponto tem relevância prática para serviços em que o sincalide é caro ou de acesso irregular, desde que o laudo informe qual estímulo e qual limiar foram empregados. A proposta de interromper o exame aos 30 minutos quando a FE já é normal pode reduzir o tempo de exame sem perda relevante de acurácia (VASIREDDI A e NGUYEN NC, 2022).

Quanto ao valor prognóstico, a evidência é ambígua. Na metanálise de 29 estudos, os pacientes com FE baixa tiveram mais chance de melhorar com a cirurgia do que com o tratamento clínico, mas, entre os operados, a melhora foi praticamente igual com FE baixa ou normal, o que os autores interpretaram como possível efeito placebo da intervenção (GUDSOORKAR VS, et al., 2019). Outra metanálise concluiu que a cintilografia melhorou em cerca de 10% a previsão do resultado, que os sintomas típicos isoladamente previram boa resposta em cerca de 70% dos pacientes e que os sintomas atípicos se associaram a resposta pior (ALHAYO S, et al., 2020). As coortes acompanham esse padrão: a FE não se associou ao desfecho em 126 operados (WYBOURN CA, et al., 2013), não acrescentou informação em pacientes com sintomas típicos, mas ajudou nos atípicos (ECKENRODE AH, et al., 2015), e

vesículas normocinéticas responderam de forma semelhante às hipocinéticas (PIHL KD, et al., 2018; SHARRAK A, et al., 2024). A reprodução da dor durante a infusão de CCK teve resultados contraditórios, sendo útil em uma série (PIHL KD, et al., 2018) e sem valor em outras (DAVE RV, et al., 2015; SHARRAK A, et al., 2024).

Resultados da colecistectomia e importância do seguimento

As taxas de melhora após a cirurgia variaram de 43% a 93%, a depender da seleção dos pacientes, da definição de sucesso e do tempo de seguimento (ECKENRODE AH, et al., 2015; CAMACHO KD, et al., 2024). O seguimento parece decisivo: em 141 operados, apenas 13,4% relataram sintomas na revisão cirúrgica, mas 43,3% voltaram à atenção primária por queixas persistentes ou recorrentes (SINGHAL V, et al., 2012), e, em outra série, o alívio precoce de 78% caiu para 66% no contato tardio (WYBOURN CA, et al., 2013). Por outro lado, séries com seguimento mais longo também relataram bons resultados, como 84% de melhora em mediana de 12 meses (DAVE RV, et al., 2015) e 92% após quatro anos em pacientes com sintomas intensos e FE reduzida (PAAJANEN H, et al., 2009).

A evidência controlada continua frágil. O único ensaio da revisão Cochrane tinha 21 pacientes e alto risco de viés (GURUSAMY KS, et al., 2009). O ensaio piloto que comparou a colecistectomia com amitriptilina em dose baixa perdeu o grupo controle, porque 14 dos 15 pacientes do braço clínico migraram para a cirurgia, e os próprios autores questionaram a viabilidade de um ensaio definitivo (RICHMOND BK, et al., 2016). A metanálise de estudos comparativos favoreceu a cirurgia, mas reuniu sobretudo estudos não randomizados (REHMAN S, et al., 2019).

Hiperquinesia biliar

A vesícula hipercinética, em geral definida por FE de 80% ou mais, é o tema mais recente. Duas metanálises relataram melhora em mais de 90% dos operados (ELTYEB HA, et al., 2021; ELEK A, et al., 2026), uma terceira estimou risco relativo de 3,72 para o alívio sintomático (QUACH D, et al., 2025), e um estudo em três centros propôs 81% como limite superior da normalidade (KARTIK A, et al., 2023). Esses números precisam ser lidos com cautela. As metanálises se sobrepõem, todos os estudos primários são retrospectivos e, em uma das coortes, a melhora foi aferida em mediana de 17 dias e 38,6% das peças continham cálculos não identificados antes da cirurgia (CAMACHO KD, et al., 2024). Além disso, pacientes com

investigação totalmente negativa também melhoraram em proporção expressiva após a cirurgia (WRIGHT RC, et al., 2019; SHARRAK A, et al., 2024), o que dificulta atribuir o benefício à hiperquinesia em si.

Tratamento não cirúrgico, lacunas e limitações

Os dados sobre tratamento clínico são escassos, mas indicam que parte dos pacientes melhora sem cirurgia: 45% dos não operados com FE reduzida e 66% daqueles com FE normal apresentaram melhora após quatro anos (PAAJANEN H, et al., 2009), e 65% dos pacientes com FE alterada tratados de forma conservadora relataram melhora (LI AY, et al., 2022). Essa evolução favorável, somada à natureza benigna do quadro, sustenta a recomendação de testar alternativas conservadoras ativas em estudos bem desenhados (BIELEFELDT K, 2013b; BIELEFELDT K, et al., 2014). A ausência de estudos latino-americanos elegíveis na LILACS e na SciELO mostra que a prática brasileira se apoia quase inteiramente em evidências de outros sistemas de saúde.

Esta revisão tem limitações. A exclusão de revisões narrativas, de estudos pediátricos e de séries observacionais com menos de 100 pacientes reduziu a heterogeneidade, mas pode ter deixado de fora dados relevantes, como estudos pequenos sobre a reprodutibilidade da FE. A busca restringiu-se a três bases, a elegibilidade foi decidida a partir dos resumos e não houve avaliação formal do risco de viés dos estudos primários. Ainda assim, a coerência entre metanálises, coortes e documentos de consenso permite delinear conclusões práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vesícula preguiçosa deve ser entendida como um distúrbio funcional definido principalmente pelo quadro clínico. A colecistocintilografia ajuda a selecionar pacientes, sobretudo quando os sintomas são atípicos, mas a FE isolada discrimina mal quem se beneficiará da cirurgia, e seus resultados dependem do protocolo e do estímulo utilizados. A colecistectomia alivia os sintomas na maioria dos pacientes bem selecionados, inclusive em vesículas normo e hipercinéticas, mas a evidência provém quase toda de estudos retrospectivos com seguimento curto, e uma parcela relevante dos pacientes mantém sintomas. Recomenda-se aplicar rigorosamente os critérios de Roma IV, padronizar o exame, discutir com o paciente as expectativas de resultado e priorizar ensaios controlados, incluindo estudos em populações latino-americanas.

REFERÊNCIAS

1. ABDELHAMID MO, et al. Is functional gallbladder disease truly increasing? Results from the Rochester Epidemiology Project. American Journal of Surgery, 2018; 216(5): 932-934.

2. AGGARWAL N, BIELEFELDT K. Diagnostic stringency and healthcare needs in patients with biliary dyskinesia. Digestive Diseases and Sciences, 2013; 58(10): 2799-2808.

3. ALHAYO S, et al. Cholescintigraphy may have a role in selecting patients with biliary dyskinesia for cholecystectomy: a systematic review. ANZ Journal of Surgery, 2020; 90(9): 1647-1652.

4. BIELEFELDT K. Regional differences in hospitalizations and cholecystectomies for biliary dyskinesia. Journal of Neurogastroenterology and Motility, 2013a; 19(3): 381389.

5. BIELEFELDT K. The rising tide of cholecystectomy for biliary dyskinesia. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 2013b; 37(1): 98-106.

6. BIELEFELDT K, et al. Cholecystectomy for biliary dyskinesia: how did we get there? Digestive Diseases and Sciences, 2014; 59(12): 2850-2863.

7. CAMACHO KD, et al. Hyperkinetic biliary dyskinesia: an underrecognized problem with good surgical outcomes after cholecystectomy. Cureus, 2024; 16(6): e63237.

8. COTTON PB, et al. Rome IV. Gallbladder and sphincter of Oddi disorders. Gastroenterology, 2016; 150(6): 1420-1429.

9. DAVE RV, et al. Management of gallbladder dyskinesia: patient outcomes following positive 99mtechnetium (Tc)-labelled hepatic iminodiacetic acid (HIDA) scintigraphy with cholecystokinin (CCK) provocation and laparoscopic cholecystectomy. Clinical Radiology, 2015; 70(4): 400-407.

10. DIBAISE JK, et al. Cholecystokinin-cholescintigraphy in adults: consensus recommendations of an interdisciplinary panel. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2011; 9(5): 376-384.

11. ECKENRODE AH, et al. HIDA scan with ejection fraction is over utilized in the management of biliary dyskinesia. The American Surgeon, 2015; 81(7): 669-673.

12. ELEK A, et al. The clinical significance of hyperkinetic biliary dyskinesia on HIDA scan: a systematic review and meta-analysis. Clinical Nuclear Medicine, 2026; doi:

10.1097/RLU.0000000000006713.

13. ELTYEB HA, et al. Systematic review and meta-analyses of cholecystectomy as a treatment of biliary hyperkinesia. Clinical Journal of Gastroenterology, 2021; 14(5): 1308-1317.

14. FLICK KF, et al. Optimal hepatobiliary scintigraphy for gallbladder dyskinesia. Surgery Open Science, 2021; 4: 7-11.

15. GOUSSOUS N, et al. HIDA scan for functional gallbladder disorder: ensure that you know how the scan was done. Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International, 2017; 16(2): 197-201.

16. GUDSOORKAR VS, et al. Systematic review with meta-analysis:

cholecystectomy for biliary dyskinesia - what can the gallbladder ejection fraction tell us? Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 2019; 49(6): 654-663.

17. GURUSAMY KS, et al. Cholecystectomy for suspected gallbladder dyskinesia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009; (1): CD007086.

18. KARTIK A, et al. Defining biliary hyperkinesia and the role of cholecystectomy. Journal of the American College of Surgeons, 2023; 237(5): 706-710.

19. LI AY, et al. Clinical utility of stimulated cholescintigraphy using a standardized Ensure-Plus fatty meal protocol in patients with suspected functional gallbladder disorder: a retrospective study of seven-years clinical experience. ANZ Journal of Surgery, 2022; 92(4): 774-780.

20. PAAJANEN H, et al. Role of quantitative cholescintigraphy for planning laparoscopic cholecystectomy in patients with gallbladder dyskinesia and chronic abdominal pain. Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques, 2009; 19(1): 16-19.

21. PIHL KD, et al. Effects of laparoscopic cholecystectomy in normokinetic biliary dyskinesia. American Journal of Surgery, 2018; 215(1): 116-119.

22. PRESTON JF, et al. Biliary dyskinesia: a surgical disease rarely found outside the United States. American Journal of Surgery, 2015; 209(5): 799-803.

23. QUACH D, et al. Role of cholecystectomy in hyperkinetic biliary dyskinesia: a systematic review and meta-analysis. Surgery Open Science, 2025; 26: 128-134.

24. REHMAN S, et al. Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of chronic right upper quadrant pain due to biliary dyskinesia: a systematic review and meta-analysis. Translational Gastroenterology and Hepatology, 2019; 4: 71.

25. RICHMOND BK, et al. Pilot randomized controlled trial of laparoscopic cholecystectomy vs active nonoperative therapy for the treatment of biliary dyskinesia. Journal of the American College of Surgeons, 2016; 222(6): 1156-1163.

26. SHARRAK A, et al. Negative workup? Laparoscopic cholecystectomy still alleviates symptoms. American Journal of Surgery, 2024; 230: 39-42.

27. SINGHAL V, et al. Biliary dyskinesia: how effective is cholecystectomy? Journal of Gastrointestinal Surgery, 2012; 16(1): 135-140.

28. VASIREDDI A, NGUYEN NC. Sincalide-stimulated cholescintigraphy: a retrospective study and proposal of a modified workflow. Clinical Nuclear Medicine, 2022; 47(1): 1-6.

29. WRIGHT RC, et al. Surgical outcome in patients with biliary colic and atypical workup findings. American Journal of Surgery, 2019; 217(5): 986-989.

30. WYBOURN CA, et al. Laparoscopic cholecystectomy for biliary dyskinesia: which patients have long term benefit? Surgery, 2013; 154(4): 761-767.