



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

**U LISBOA** | UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**Decisão em Colecistite Aguda**

Tese de Mestrado

**Clínica Universitária de Cirurgia II**

**Faculdade de Medicina de Lisboa**

Ano lectivo: 2015/2016

**Autor:** Marisa José Fernandes Brochado nº 12952

**Orientador:** Dra. Teresa Cabral Braga

## Resumo

**Objetivo:** caracterizar a demografia dos doentes com diagnóstico de colecistite aguda e as tomadas de decisão clínica e terapêutica face às características dos doentes.

**Material e Métodos:** estudo retrospectivo com avaliação dos processos de doentes com diagnóstico de colecistite aguda que recorreram ao Serviço de Urgência do CHLN entre 2012 e 2015.

**Resultados:** 313 doentes com diagnóstico de colecistite aguda, com média de idade de 63,9 anos. 71,4% apresentava-se com uma evolução menor ou igual a 72 horas, sendo que destes, 63,1% foram tratados conservadoramente e 32,4% foram submetidos a colecistectomia precoce. Dos doentes sintomáticos com mais de 72 horas, 64,8% foram tratados conservadoramente e 29,5% submetidos a colecistectomia precoce. Os doentes internados com este diagnóstico foram submetidos a internamento com antibioterapia em 63,6% dos casos.

**Conclusões:** Apesar da evidência científica disponível favorecer a colecistectomia precoce, particularmente nas primeiras 72 horas verificamos que, apesar de uma percentagem significativa dos doentes recorrer à urgência neste intervalo de tempo, não foi submetida a colecistectomia precoce.

## Abstract

**Objective:** Objective: To characterize the demographics of patients with acute cholecystitis and analyze clinical and therapeutical decision taking, according to the patients' characteristics.

**Material and Methods:** Retrospective analyses of patients processes that turned to the Emergency Department of CHLN between year 2012 and 2015 with acute cholecystitis diagnosed.

**Results:** From the 313 patients diagnosed with acute cholecystitis, with an average age of 63.9 years, 71.4% presented with a smaller or equal to 72 hours evolution, and from these, 63.1% were treated in a conservative way and 32.4% were submitted to an early cholecystectomy. From the symptomatic patients with more than 72 hours, 64.8% were

treated in a conservative way and 29.5% were submitted to an early cholecystectomy. Internal patients with this diagnosis were submitted to hospitalization with antibiotic therapy in 63.6% of cases.

**Conclusions:** Despite the available scientific evidence favor early cholecystectomy, particularly in the first 72 hours, we found out that although a significant percentage of patients turned to the urgency during this period, early cholecystectomy was not submitted to any of them.

## Introdução

A colecistite aguda é uma patologia frequente no mundo ocidental tendo, por isso, um elevado impacto socio-económico. (1) Até há algum tempo existia controvérsia em relação à melhor terapêutica para os doentes com colecistite aguda. (2)

Em 2007 surgiram as *guidelines* de Tóquio (GT) que analisaram a literatura relevante nesta patologia, criando critérios uniformes de diagnóstico e normas orientadoras para o tratamento da colecistite aguda. É neste momento, aceite pela comunidade médica que o tratamento precoce favorece uma elevada percentagem dos doentes com colecistite aguda, diminuindo complicações, tornando o tratamento mais económico e com índices de satisfação superiores. (3, 4)

Apesar das recentes *guidelines*, revistas em 2013, vários artigos têm surgido demonstrando que existe importante variabilidade inter e intra-hospitalar nas decisões terapêuticas na colecistite aguda. (4 e 5)

A vantagem da colecistectomia precoce está particularmente estabelecida para os doente com sintomatologia com menos de 72 horas de evolução e para doentes com complicações específicas da colecistite aguda. (4) A literatura é escassa na abordagem dos doentes com mais de 72 horas, no geral, e na abordagem das complicações da terapêutica conservadora/diferida neste subgrupo de doentes, em particular.

O presente projecto insere-se num projecto de investigação mais amplo que decorre no Departamento de Cirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) com o intuito de caracterizar esta variabilidade e responder à questão das complicações e consequente abordagem dos doentes tratados conservadoramente.

Pretende-se caracterizar a demografia dos doentes com diagnóstico de colecistite aguda que recorreu ao Serviço de Urgência do CHLN entre 2012 e 2015 e as tomadas de decisão clínica e terapêutica face a estas características.

## Material e métodos

Foram analisados, retrospectivamente, os processos dos doentes com colecistite aguda diagnosticada segundo os novos critérios das Guidelines de Tóquio (2013). Assim, foram seleccionados 478 casos entre Janeiro de 2012 e Junho de 2015 com base nos códigos dos diagnósticos. Foram excluídos 94 processos por não corresponderem ao diagnóstico de colecistite aguda e 62 por não se encontrarem os processos no arquivo do hospital, obtendo-se uma amostra total de 313 processos.

Foi preenchido um formulário digital, criado especificamente para a facilitação da extensa colheita dos dados que incluiu informação demográfica dos pacientes, antecedentes relevantes, decisão e consequência das mesmas.

## Resultados

A amostra analisada compreende 313 processos de doentes com colecistite aguda. A idade dos doentes variou entre 20 e os 97 anos, com uma média de 63,9 anos, e em que 44% tinham mais de 70 anos, com distribuição de género equilibrada, 49,2% do sexo feminino e 50,8% do sexo masculino.

Assim, relativamente à sintomatologia, 71,4% apresentavam-se com uma evolução menor ou igual a 72 horas, enquanto 28,6% tinham mais de 72 horas. Destes doentes, 44% apresentava patologia hepatobiliar prévia (colecistite aguda, cólica biliar, coledocolitíase, colelitíase, pancreatite aguda).

Pelo menos 45% dos doentes apresentava antecedentes de cirurgias prévias, sendo que 20% de cirurgias abdominais prévias. Do total dos doentes, 21,1% encontravam-se antiagregados, 3,5% anticoagulados e 51,4% medicados com outros fármacos.

Dos doentes com evolução sintomática menor ou igual a 72 horas, 63,1% foram tratados conservadoramente e 32,4% foram submetidos a colecistectomia precoce. Dos doentes sintomáticos com mais de 72 horas, 64,8% foram tratados conservadoramente e 29,5% submetidos a colecistectomia precoce.

Os doentes internados com este diagnóstico foram submetidos a internamento com antibioterapia em 63,6% dos casos, e a colecistectomia precoce em 31,6%. No subgrupo submetido a colecistectomia precoce, 61,6% foi realizada por laparoscopia, a taxa de conversão é de 7,1%, a taxa de mortalidade foi de 1% e de morbilidade de 18% (Clavien-Dindo I-IIIb). No subgrupo submetido a terapia conservadora, 71,7% tem menos de 72 horas de evolução e 18,1% necessitaram de cirurgia emergente durante o internamento por ausência de resolução ou agravamento do quadro séptico, 75% dos quais tinham duração sintomática igual ou inferior a 72h.

9% dos doentes tiveram necessidade de recorrer à urgência após a alta e 7,5% sofreram re-internamento. Um total de 22,6% dos doentes tratados conservadoramente necessitaram de cirurgia não programada, urgente ou emergente.

## Discussão

Constata-se a presença de uma população envelhecida, polimedicada, com antecedentes de cirurgias abdominais prévias e com antecedentes de patologia hepatobiliar. Esta é assim uma população complexa com especificidades - antiagregação/anticoagulação, cirurgias abdominais prévias, idade avançada, polimedicação e co-morbilidades - com implicação na decisão terapêutica.

Apesar da evidência científica disponível favorecer a colecistectomia precoce, particularmente nas primeiras 72 horas (embora podendo alargar-se a um período que se pode estender até aos 7 dias), verificamos que, apesar de uma percentagem significativa dos doentes recorrer à urgência neste intervalo de tempo, não foi submetida a colecistectomia precoce. 63,1% destes doentes, uma percentagem significativa, foi tratada conservadoramente com antibioterapia. Destaca-se ainda que neste subgrupo de doentes, 18,1% (valor percentual compatível com a literatura) teve um desfecho adverso com a não resolução da colecistite aguda ou evolução do quadro séptico necessitando de cirurgia urgente. Seria interessante a análise caso-a-caso com o intuito de determinar as causas destas decisões. Estes dados sugerem que há espaço de manobra para otimizar a decisão nesta patologia podendo reduzir eventuais complicações para o doente e custos para o hospital.

## Bibliografía

- (1) Hartwing W, Buchler MW. Acute cholecystitis - early versus delayed surgery. *Advances in Surgery* 18 (2014) 155-161
- (2) Sneider BE, Lewis J, ACNP, Friedrich A, Baratta K, MPH, Whitman M. Timing and choice of intervention influences outcome in acute cholecystitis: a prospective study. *Surg Laparosc Endosc Percuton Tech*, volume 24, number 5, october 2014
- (3) Tan CHM, Pang TCY, Woon WWL, Low JK, Junnarkar SP. Analysis of actual healthcare costs of early versus interval cholecystectomy in acute cholecystitis. *J hepatobiliary pancreat sci* (2015) 22:237-234
- (4) Cao AM, Eslick GD, Cox MR. Early laparoscopic cholecistectomy is superior to delayed acute colechistitis: a meta-analysis of case-control studies. *Surg endosc*. 2015 jul 3
- (5) Badia JM, Nve E, Jimeno J, Guirao X, Figueras J, Arias DJ. Surgical management of acute colecystitis. Results of nation-wide survery among spanish surgeons. Elsevier España, SLU, 2013 AEC
- (6) González-Muñoz JI, Angoso M, Sayagués JM, Sánchez-Casado AB, Hernández A, Velasco A, Bellvis LM. Improving the outcome of acute cholecystitis: the non-standardized treatment must no longer be employed. *Langenbecks Arch Surg* (2014) 399: 1065-1070
- (7) Strasberg MS. Acute calculous cholecystitis. *N Engl J Med* 358; 26. June 2008
- (8) Venara A, Carretier V, Lebigot J, Lermite E. Technique and indications or percutaneous cholecystostomy in the management of cholecystitis in 2014. *Journal of visceral surgery* (2014) 151, 435-439
- (9) SR Eachempati et al./ *Current problems in surgery* 51 (2014) 441-466
- (10) Fukami Y, Kurumiya Y, Mizuno K, Sekoguchi E, Kobayashi S. Cholecystectomy in octagenarians: be careful. *Updates Surg* (2014) 66: 265-268.