



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Tratamento cirúrgico videolaparoscópico de colecistite aguda: revisão sistemática abordagem imediata versus tardia

Ricardo Zantieff Topolski Chaves

Salvador (Bahia)
Fevereiro, 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

| | |
|--|--|
| C512 | Chaves, Ricardo Zantieff Topolski Tratamento cirúrgico videolaparoscópico de colecistite aguda: revisão sistemática abordagem imediata versus tardia / Ricardo Zantieff Topolski Chaves. (Salvador, Bahia): R Z T, Chaves, 2014 |
| VIII; 32 fls. | |
| Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA) | |
| Professor orientador: André Gusmão Cunha | |
| Palavras chaves: 1. Colecistite aguda. 2. Laparoscopia. 3. Tratamento. I. Cunha, André Gusmão. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título. | |
| CDU: 616.366-002 | |



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Tratamento cirúrgico videolaparoscópico de colecistite aguda: revisão sistemática abordagem imediata versus tardia

Ricardo Zantieff Topolski Chaves

Professor orientador: **André Gusmão Cunha**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2013.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Fevereiro, 2014

Monografia: *Tratamento cirúrgico videolaparoscópico de colecistite aguda: revisão sistemática abordagem imediata versus tardia*, de **Ricardo Zantieff Topolski Chaves**.

Professor orientador: **André Gusmão Cunha**

COMISSÃO REVISORA:

- **André Gusmão Cunha** (Presidente), Professor Auxiliar do Departamento de Anestesiologia e Cirurgia da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: _____

- Antonio Raimundo Pinto de Almeida, Professor Adjunto do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia..

Assinatura: _____

- Paula Cristina Andrade Almeida, Doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós graduação em Ciências da Saúde (PPgCS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: _____

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VI Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

Não há fatos eternos, como não há verdades absolutas.
Friedrich Nietzsche

EQUIPE

- Ricardo Zantieff Topolski Chaves, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Endereço para contato: Rua Professora Guiomar Florence, 262 - Brotas – 40279-750 Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: r.zantieff@gmail.com;
- Dr. André Gusmão Cunha, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

| |
|-----------------------|
| 1. Recursos próprios. |
|-----------------------|

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador e amigo, André Gusmão, pelo constante exemplo e forte incentivo para o desenvolvimento de uma consciência crítica.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Índice de tabelas e gráficos | 2 |
| Resumo | 3 |
| Objetivos..... | 4 |
| Principal..... | 4 |
| Secundários | 4 |
| Fundamentação teórica..... | 5 |
| Metodologia | 8 |
| Desenho do estudo | 8 |
| Critérios de inclusão | 8 |
| Critérios de exclusão..... | 8 |
| Fontes de busca..... | 9 |
| Estratégia para identificação dos artigos..... | 9 |
| Critérios de verificação de qualidade | 10 |
| Coleta de dados | 10 |
| Análise e apresentação dos resultados..... | 11 |
| Resultados | 12 |
| Busca no MEDLINE..... | 12 |
| Busca no LILACS | 12 |
| Busca no SCIELO..... | 12 |
| Descrição dos estudos | 14 |
| Discussão..... | 18 |
| Conclusão | 21 |
| Conflitos de interesse | 22 |
| Summary | 23 |
| Referências bibliográficas | 24 |

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Estratégias de busca..... | 9 |
| Quadro 2 - Critérios de verificação da qualidade metodológica dos artigos selecionados para revisão da literatura. | 10 |
| Quadro 3 - Fluxograma de seleção dos artigos. | 13 |
| Quadro 4 - Artigos selecionados para revisão sistemática | 13 |
| Quadro 5 - Sistematização das informações dos artigos revisados | 17 |

RESUMO

A colecistite aguda é uma patologia comum nas emergências de todo o mundo. Esta síndrome se define pela inflamação incidiosa da vesícula biliar estando, majoritariamente associada à presença de cálculos biliares. A sua manifestação clínica se dá através de um quadro de dor persistente no quadrante superior direito do abdome há mais de 6 horas, associada a sinais ultra-sonográficos de colecistite ou dor no hipocôndrio direito com litíase vesicular ao ultra-som, juntamente com febre, leucocitose e/ou elevação de proteína C reativa. Atualmente duas abordagens são preconizadas para o tratamento desta patologia: a abordagem imediata (AI), onde a colecistectomia videolaparoscópica (VLC) é realizada em até 24 horas após a admissão do paciente; e a abordagem tardia (AT) que é feita em dois tempos, no primeiro momento é realizada a antibiótico terapia com objetivo de solucionar o processo inflamatório e posteriormente, 30 a 60 dias após a alta hospitalar é executada uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Com as atuais evidências ainda não se sabe com clareza qual terapêutica deve ser adotada, especialmente para aqueles paciente com mais de 72 horas de início dos sintomas. O objetivo deste estudo é comparar a morbidade associada à AI e AT. Foi realizado uma revisão sistemática na literatura para encontrar ensaios clínicos randomizados que contemplem o tema em questão. Foram encontrados 55 artigos relevantes, com a devida análise 50 foram excluídos por não se encaixarem nas especificações determinadas. Através da comparação dos trabalhos, observou-se que as abordagens possuem semelhantes taxas de complicação e conversão para a cirurgia aberta. O tratamento imediato e o tardio se diferenciam principalmente no tempo total de hospitalização do paciente, sendo este consideravelmente superior a aquele. Este achado traz importantes benefícios para os pacientes além possuir vantagens socioeconômicas. A partir destes resultados, conclui-se que a AI deve ser preconizada independente do tempo de início dos sintomas.

Palavras-chave: 1. Colecistite aguda 2. Videolaparoscopia 3. Tratamento

OBJETIVOS

PRINCIPAL

Comparar o tratamento cirúrgico videolaparoscópico imediato com o tratamento conservador e posterior cirurgia videolaparoscópica eletiva no paciente com colecistite aguda.

SECUNDÁRIOS

1. Avaliar a morbimortalidade envolvida em cada uma das abordagens;
2. Analisar o tempo de internamento dos pacientes;
3. Analisar o impacto econômico das respectivas abordagens.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Colecistite aguda é uma doença extremamente prevalente nas emergências de todo o mundo, especialmente nos países ocidentais. Estima-se que dez a quinze por cento da população ocidental possua colelitíase e desses, 1 a 4 por cento tornem-se sintomáticos a cada ano (1). No Brasil, foram realizadas 167.943 colecistectomias pelo SUS em 2010(2). Estima-se que 36% desses procedimentos decorram de colecistite aguda(3), tornando esta uma das principais causas de hospitalização por patologias gastrointestinais.

Colecistite é definida como a inflamação da vesícula biliar, que pode se apresentar de forma incidiosa – colecistite aguda – ou crônica. Noventa por cento dos casos estão relacionados a presença de colelitíase, sendo o restante, na ausência de calculos biliares, considerada acalculosa(4). Esta última se apresenta com quadro clínico semelhante, porém em populações distintas e com uma evolução mais grave. Neste estudo ela não será abordada.

A colecistite aguda se caracteriza por dor contínua no quadrante superior direito do abdome há mais de 6 horas, associada a sinais ultra-sonográficos de colecistite ou dor no hipocôndrio direito com litíase vesicular ao ultra-som, juntamente com febre, leucocitose e/ou elevação de proteína C reativa(5). O tratamento conservador, com jejum, analgesia e antibioticoterapia, geralmente é capaz de aliviar os sintomas, mas sem o posterior tratamento cirúrgico (colecistectomia) são esperadas altas taxas de complicações e recorrência(6). Outra abordagem terapêutica é a intervenção imediata com a colecistectomia sendo realizada sem o esfriamento da inflamação(7).

A obstrução do ducto cístico possui um papel central na fisiopatologia da colecistite, contudo sozinho ela não se constitui uma condição absoluta para o desenvolvimento do quadro. Acredita-se que outros fatores desencadeantes sejam necessários para gerar a inflamação da mucosa, ao exemplo da isquemia ou infecção da bile(4).

Apesar do consenso da literatura em relação a colecistectomia como o melhor tratamento definitivo para o quadro, o momento e a forma mais adequadas para realizar o procedimento já foram e ainda são temas de discussão.

Na era pré laparoscópica, a colecistectomia aberta era a terapêutica de escolha e diversos estudos mostraram que a abordagem imediata era superior em relação à abordagem tardia com conduta expectante e posterior colecistectomia eletiva na redução da morbidade e do tempo de internação hospitalar(8)(9). Com o advento da laparoscopia no final dos anos 80(10) este conceito começou a mudar. Inicialmente esta técnica foi contraindicada para tratamento da colecistite aguda, os resultados mostraram maior incidência de complicações do que quando comparada a colecistectomias eletivas. Entretanto com a melhoria dos equipamentos e melhor domínio da técnica pelos cirurgiões a videolaparoscopia passou a ser a técnica de escolha para realizar o procedimento. Sendo esta, reconhecidamente associada à um menor tempo de recuperação e menor intensidade da dor pós operatoria sem contudo elevar os riscos da cirurgia(11). Hoje, é bem estabelecido que, com uma equipe treinada e analisando a viabilidade relacionada ao paciente e à doença, deve-se optar pela via videolaparoscópica (12)(7)(13) utilizando a técnica aberta apenas quando a videolaparoscopia se mostrar ineficaz para alcançar o tratamento adequado.

Apesar de divergências(14) e da carencia de estudos - poucos ensaios clínicos randomizados com poder estatístico satisfatório - a opção indicada é o tratamento cirúrgico mais precoce possível, idealmente até 72 horas após o início dos sintomas(4)(15)(12).

Contudo, contrariando as evidências, as taxas de AI à colecistite aguda são relativamente baixas(12), variando de 36 a 88% no Japão, Estados Unidos e Reino Unido(7). Na prática esta orientação é de difícil reprodutibilidade, pois 44% dos pacientes já se apresentam a emergência com mais de 3 dias de sintomas(8). Somado a isso há ainda dificuldades logísticas de atraso no diagnóstico e da falta de infra estrutura para operar e acomodar estes pacientes.

Nestes casos, quando a abordagem imediata é escolhida e a colecistectomia videolaparoscópica é realizada após 48 horas do início dos sintomas há relatos de

aumento da taxa complicações e de altas taxas de conversão à cirurgia aberta(16), que podem variar de 6% a 35%(13). Argumenta-se que a conversão nestes casos está relacionada ao processo inflamatório excessivo obscurecendo a visão das estruturas anatômicas, especialmente o triângulo de Calot(17), mas é dependente, sobretudo, do treinamento e experiência do cirurgião.

Sendo assim, fica aberto o questionamento da conduta a ser adota nos pacientes egressos nas emergências com mais de 72 horas de sintomas.

METODOLOGIA

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de uma revisão sistemática de artigos originais.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tipos de estudo:

- Serão incluídos ensaios clínicos randomizados que compararem a abordagem videolaparoscópica imediata com a abordagem videolaparoscópica tardia da colecistite aguda;
- Os idiomas inglês e português serão aceitos;
- Não há restrição quanto à data de publicação;
- Não foram analisados estudos que ainda estão em andamento.

Tipos de intervenção:

- Abordagem imediata: cirurgia em até 24 horas após a admissão;
- Abordagem tardia: tratamento conservador com antibióticoterapia e posterior colecistectomia eletiva.

Tipos de desfechos estudados:

- Como morbidade será avaliado:
 - Lesão de via biliar;
 - Vazamento de bile;
 - Reoperação;
 - Sangramento;
 - Colestase.
- Tempo total de internação do paciente;
- Duração do procedimento cirúrgico;
- Taxa de conversão para cirurgia aberta.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estudos quasi-randomizados;
- Relatos de casos, revisões, dissertações, teses, monografia, etc;

- Estudos publicados em outras línguas.

FONTES DE BUSCA

O levantamento bibliográfico dos estudos foi realizado através de três mecanismos:

- Pesquisa nos bancos de dados eletrônicos: MEDLINE, LILACS e SCIELO;
- Sugestões de artigos por especialistas da área;
- Busca ativa na lista de referências de artigos selecionados.

ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS

Para a identificação dos artigos foi utilizado uma estratégia de busca que contemplasse artigos sobre o assunto abordado. A busca foi organizada de acordo com a pergunta clínica, com o modelo problema, preditor e resultado (PPR), utilizando os termos, e seus sinônimos, para a pesquisa. Os termos estão esquematizados no quadro abaixo.

Quadro 1 - Estratégias de busca

| Banco de dados | Sintaxe | Número de artigos |
|----------------|--|-------------------|
| MEDLINE | ((acute cholecystitis[Title/Abstract]) AND ((laparoscopic[Title/Abstract] OR laparoscopy[Title/Abstract])) AND (((randomized trial[Title/Abstract]) OR randomized clinical trial[Title/Abstract]) OR randomized controlled trial[Title/Abstract]) OR randomized study[Title/Abstract]) | 27 |
| LILACS | (tw:((ti:(acute cholecystitis)))) AND (tw:((ti:(laparoscopic)) OR (ti:(laparoscopy)))) AND (tw:((ti:(randomized clinical trial)) OR (ti:(randomized trial)) OR (ti:(randomized controlled trial)) OR (ti:(randomized study)))) | 27 |
| Scielo | (acute cholecystitis) AND (laparoscopic OR laparoscopy) AND (randomized trial OR randomized clinical trial OR randomized controlled trial OR randomized study) | 0 |

Inicialmente foi feita a leitura dos títulos e dos resumos (*abstracts*) para avaliar se o trabalho tratava do assunto que seria abordado na revisão. Estudos que através do título e do resumo não preenchiam os critérios foram excluídos. Quando essa conclusão não era possível, os artigos completos eram obtidos via VPN/UFBA, e através de sua leitura, submetidos à triagem ativa inicial:

- Analisar se preenchiam os critérios de inclusão e exclusão;
- Seleção ou não do artigo.

CRITÉRIOS DE VERIFICAÇÃO DE QUALIDADE

Os critérios para verificação da qualidade metodológica utilizados seguiram as adaptações propostas por Mascarenhas & Fernandes(18) (Quadro 2- Critérios de verificação da qualidade metodológica dos artigos selecionados para revisão da literatura.

Quadro 2- Critérios de verificação da qualidade metodológica dos artigos selecionados para revisão da literatura.

| Item | Critério | Descrição |
|------|---------------------------------|--|
| A | Objetivo | Definição clara e concisa do que se buscou avaliar com o estudo. |
| B | Seleção da amostra | Adoção de critérios de aleatoriedade para a seleção dos sujeitos/grupos para o estudo. |
| C | Inclusão/exclusão | Clareza e objetividade nos critérios definidos para seleção de sujeitos |
| D | Participação de sujeitos | Frequência de pelo menos 80% dos sujeitos para estudos até 3 meses de acompanhamento e de pelo menos 60% para estudos acima de 3 meses para conclusão. |
| E | Instrumentos de coleta de dados | Uso de instrumento validado ou referência a validação do instrumento aplicado. |
| F | Coleta de dados | Referência a impessoalidade ou treinamento dos pesquisadores para aplicação de questionário ou realização de medidas diretas. |
| G | Tratamento estatístico | Utilização de técnicas estatísticas compatíveis com modelo de estudo de pesquisa. |
| H | Pontos fortes e fracos | Referências a possíveis vantagens e desvantagens do estudo. |
| I | Conclusão | Clareza e objetividade em relação aos achados e objetivos do estudo. |

COLETA DE DADOS

Os dados serão coletados pelo autor e discutido com o seu orientador.

ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados será realizada através da confecção de quadros e tabelas para melhor representação dos achados e compará-los entre si, quando possível.

RESULTADOS

A última pesquisa foi realizada no dia de 07 de setembro de 2013.

BUSCA NO MEDLINE

Seguindo a metodologia de busca descrita (Quadro 1 - Estratégias de busca) e utilizando a *home page* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> foram encontrados 27 artigos. Através da leitura de títulos e resumos (abstracts) foram identificados 7 artigos relativos ao tema. Destes 2 foram excluídos por não avaliarem os mesmos desfechos daqueles preconizados nos critérios de inclusão e exclusão. Foram selecionados então, 5 artigos nesta plataforma de busca.

BUSCA NO LILACS

De acordo com a metodologia de busca descrita preconizada (Quadro 1 - Estratégias de busca) e utilizando a *home page* <http://lilacs.bvsalud.org/> foram encontrados 27 artigos. Através da leitura de títulos e resumos (abstracts) foram encontrados 5 artigos relativos ao tema, destes 1 era em outra língua que não inglês ou português, sendo portanto excluído. Nesta plataforma 4 artigos foram selecionados.

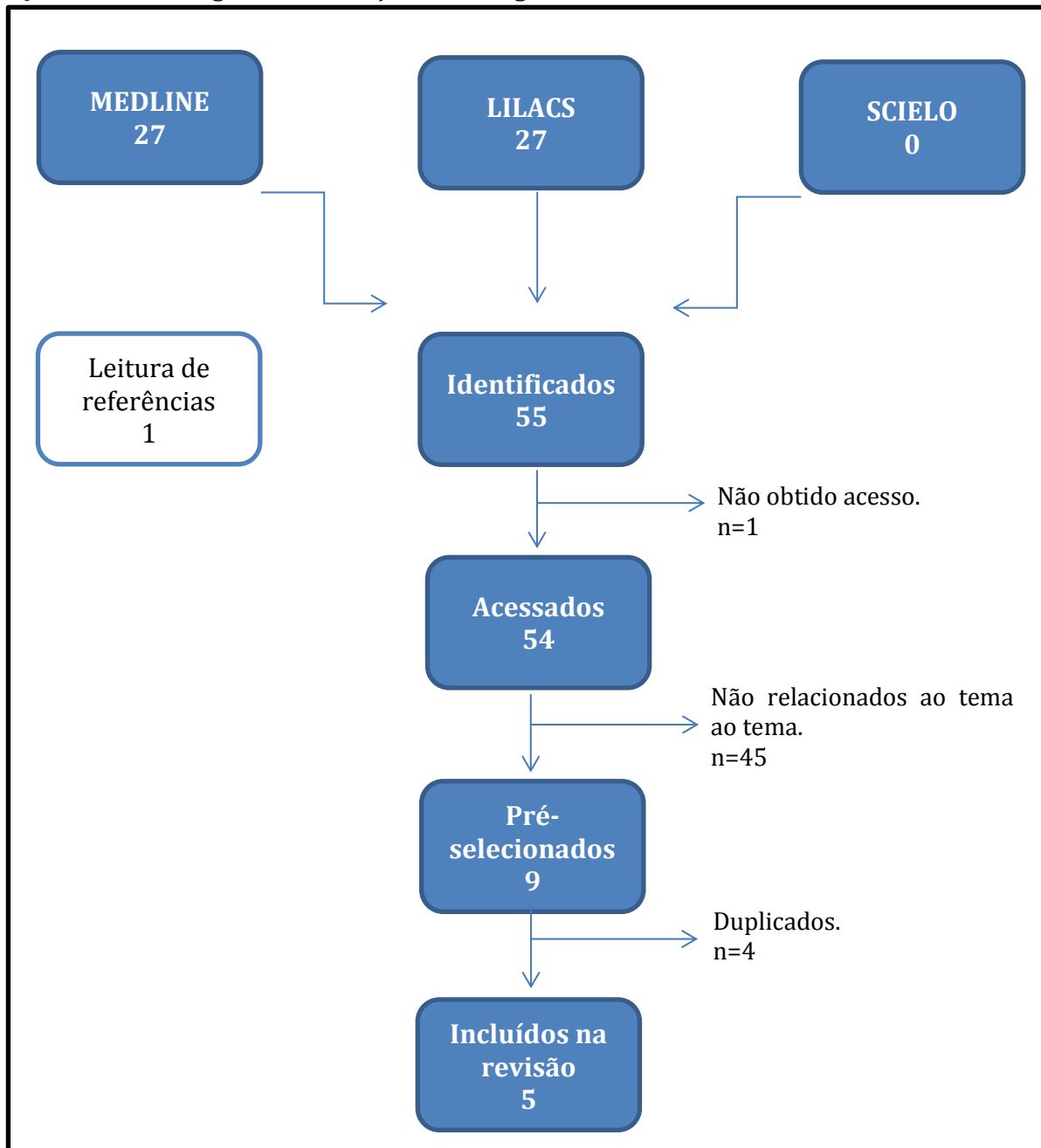
BUSCA NO SCIELO

Seguindo a metodologia descrita (Quadro 1 - Estratégias de busca) e utilizando a *home page* <http://www.scielo.org/php/index.php>, não foi encontrado nenhum artigo.

ARTIGOS SELECIONADOS

Através das buscas nas bases de dados (MEDLINE, LILACS e SCIELO) foram encontrados um total de 54 artigos. Um artigo foi encontrado a partir da leitura das referências de artigos do tema, gerando um total de 55 artigos, entretanto este artigo não pode ser acessado, não sendo então computado. Com a leitura dos títulos e resumos (abstracts) e aplicando os critérios de exclusão e inclusão foram então selecionados 9 artigos, destes 4 foram excluídos por serem duplicados, restando 5 artigos. Com a leitura completa dos artigos em questão nenhum foi excluído, mantendo-se este número. Foram então incluídos na revisão sistemática 5 artigos (Quadro 3 - Fluxograma de seleção dos artigos)

Quadro 3 - Fluxograma de seleção dos artigos



Quadro 4 - Artigos selecionados para revisão sistemática

| |
|------------------------------|
| Yadav et al. 2009 |
| Kolla et al. 2004 |
| Johansson et al. 2003 |
| Lai et al. 1998 |
| Lo et al. 1998 |

DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS

ESTUDO 1

Yadav(19) e colaboradores randomizaram de forma satisfatória 50 pacientes com diagnóstico de colecistite aguda entre fevereiro de 2003 e junho de 2004. Neste estudo os pacientes foram divididos em dois grupos: abordagem imediata, onde seriam submetidos a colecistectomia videolaparoscópica (VLC) o mais breve possível e o tardio onde os paciente receberiam uma abordagem conservadora com anti inflamatórios e antibióticos, tendo alta hospitalar quando os sintomas regredissem e retornariam para uma VLC entre 6 e 8 semanas.

Os resultados encontrados mostram uma taxa de conversão nos grupos imediato e tardio de 16%(n=4) e 12%(n=3) respectivamente. A média do tempo de cirurgia foi maior no grupo imediado - 94 minutos no subgrupo que não teve conversão e 176 minutos nos que tiveram a conversão da cirurgia - do que os do grupo tardio - 61 minutos no subgrupo que não teve conversão e 186 minutos nos que tiveram a conversão da cirurgia. Dez casos no grupo imediato e 5 no tardio desenvolveram complicações intra operatórias, esta diferença não obteve diferença estatisticamente significativa. A média do tempo total de internamento foi inferior no grupo imediato, 4,33 contra 7,23 do grupo tardio.

ESTUDO 2

Kolla(20) e colaboradores estudaram 40 pacientes com diagnóstico de colecistite aguda em Nova Deli. O estudo realizado entre janeiro de 2001 e novembro de 2002 foi randomizado de forma adequada, resultando em 20 pacientes em cada braço. A divisão dos grupos de tratamento imediato e tardio foi feito de maneira semelhante aos outros estudos.

Os resultados encontrados, demonstraram um tempo médio de cirurgia de 104 minutos no grupo imediato e 93 no tardio, tal diferença não alcançou significância estatística. Nenhuma operação de emergência teve que ser realizada nos pacientes de tratamento tardio. A taxa de conversão foi semelhante nos grupos, tendo cada um 5 cirurgias convertidas. Não houve diferença estatística em relação às complicações cirúrgicas, tendo 4 paciente no grupo imediato e 3 no tardio

apresentado alguma intercorrência. Quando avaliado o tempo e a intensidade da dor pós operatória, observou-se que o grupo tardio obteve menores notas nos escores de avaliação. A média do tempo total de internamento foi inferior no grupo de tratamento imediato em relação ao grupo de tratamento tardio, 4,1 e 10,1 respectivamente.

ESTUDO 3

Johansson(13) e colaboradores realizaram entre dezembro de 1998 e dezembro de 2000 a randomização de 145 pacientes admitidos com colecistite aguda no Hospital Universitário de Gotemburgo, Suécia. De forma aleatória, 74 pacientes foram alocados no grupo de tratamento imediato e 71 no grupo de tratamento tardio. A abordagem dos grupos de tratamento imediato e tardio foi feito de maneira semelhante aos outros estudos já citados.

Dois pacientes do grupo tardio não retornaram para a VLC eletiva, sendo portanto excluídos do estudo, neste mesmo grupo, 14 pacientes não responderam ao tratamento conservador e outros 4 tiveram recorrência dos sintomas, todos estes necessitaram de intervenção imediata. Vinte e três pacientes (31%) do grupo imediato e 20 (29%) do grupo tardio tiveram a cirurgia convertida. A taxa de complicação pós operatória foi superior nos pacientes de intervenção imediata, 18% contra 9% no grupo de intervenção tardia. O tempo de cirurgia foi aproximadamente igual entre os grupos, 98 minutos no grupo imediato e 100 minutos no tardio. A média do tempo total de internamento foi significativamente inferior no grupo imediato, 5 contra 8 do grupo tardio.

ESTUDO 4

Lai(21) e colaboradores randomizaram de forma satisfatória 104 pacientes com colecistite aguda em Hong Kong. Cinquenta e três pacientes foram incluídos no grupo de tratamento imediato e 51 no grupo de tratamento tardio. A abordagem dos grupos de tratamento imediato e tardio foi feito de maneira semelhante aos outros estudos já citados.

Não houve diferença significativa na diferença entre as taxas de conversão, 21% para o grupo imediato e 24% para o grupo tardio. Oito pacientes do grupo tardio tiveram recorrência dos sintomas ou falha da terapêutica conservadora. Não houve diferença estatística entre a morbidade dos grupos assim como também não houve diferença em relação a necessidade de analgesia pós operatória. O grupo imediato teve uma média de tempo de cirurgia superior, 122,8 contra 106,6 minutos, e um tempo de internamento hospitalar inferior, 7,6 contra 11,6 dias.

ESTUDO 5

Lo(8) e colaboradores randomizaram e analisaram 86 paciente com colecistite aguda entre novembro de 1994 e dezembro de 1996 em Hong Kong. No grupo imediato foram alocados 45 pacientes e no grupo tardio 41. Sete pacientes no grupo tardio e 1 no imediato não foram analisados, pois se recusaram a fazer o procedimento ou perdeu-se o acompanhamento. A abordagem dos grupos de tratamento imediato e tardio foi feito de maneira semelhante aos outros estudos já citados.

A abordagem conservadora fracassou em 8 pacientes, sendo feita a intervenção de urgência. Sete tiveram recorrência dos sintomas, sendo apenas um desses sendo abordado, os demais fizeram o procedimento no tempo anteriormente estipulado. Cinco (11%) pacientes no grupo imediato e 9 (23%) no tardio tiveram suas cirurgias convertidas, o tempo de cirurgia foi significativamente maior naquele grupo, quanto comparado com este, 135 e 105 minutos, respectivamente. Em relação às morbidades, 6 (13%) pacientes do grupo imediato e 12 (29%) do tardio desenvolveram complicação pós operatórias. Além de ter um tempo médio de internamento inferior, 6 contra 11 dias, o grupo de abordagem imediata ainda teve uma menor utilização de analgésicos, menor dor, menor tempo de recuperação e retorno às atividades laborais mais rapidamente.

Quadro 5 - Sistematização das informações dos artigos revisados

| Autor/ Ano | Título | Tamanho amostral TI/TT | Taxa de conversão TI/TT (%) | Tempo de cirurgia (min.) | Taxa de complicações TI/TT (%) | Media de dias internado (TI/TT) | Conclusão |
|-----------------------------|--|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| Yadav et al., 2009 | A comparative study of early vs. delayed laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis | 25/25 | 16/12 | | 40/20 | 4,3/7,2 | Ambos, tratamento laparoscópico imediato e tardio são possíveis e seguros no tratamento da colecistite aguda. |
| Kolla et al. 2004 | Early vs delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis | 20/20 | 25/25 | 104/93 | 20/15 | 4,1/10,1 | VLC imediata é um tratamento seguro e possível para colecistite aguda, oferecendo um benefício adicional de menor tempo de internamento. |
| Johanson et al. 2003 | Management of Acute Cholecystitis in the Laparoscopic Era: Results of a Prospective, Randomized Clinical Trial | 74/71 | 31/29 | 98/100 | 18/9 | 5/8 | Apesar da alta taxa de conversão a VLC imediata oferece vantagens significantes no manejo da colecistite aguda em comparação com a abordagem conservadora. A maior vantagem foi a redução do tempo de internamento. |
| Lai et al. 1998 | Randomized trial of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. | 53/51 | 21/24 | 122,8/106,6 | | 7,6/11,6 | VLC imediata é um tratamento seguro e possível para colecistite aguda, oferecendo um benefício adicional de menor tempo de internamento. O tratamento tardio não traz riscos adicionais além do tempo de internamento superior. |
| Lo et al. 1998 | Prospective Randomized Study of Early Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis | 49/50 | 11/23 | 135/105 | 13/29 | 6/11 | VLC imediata em pacientes com colecistite aguda não reduz morbidade mas traz benefícios médicos e socioeconômicos |

DISCUSSÃO

Neste estudo, através de uma revisão sistemática da literatura, buscou-se responder a pergunta de qual seria o momento ideal para a realização da colecistectomia nos pacientes com colecistite aguda.

Apesar de estudos passados terem demonstrado uma maior taxa de conversão à cirurgia aberta e de complicação nas cirurgias imediatas, isto não foi observado no presente estudo, nenhum dos 5 artigos analisados apresentou evidências que suportem tal afirmação. Todos tiveram resultados que demonstram uma diferença não significativa de complicações cirúrgicas em relação às diferentes abordagens.

Mesmo sendo observada elevadas taxas de conversão cirúrgica em ambos os grupos, a diferença entre elas não alcançou significância estatística. Tais achados são explicados pelas dificuldades encontradas no procedimento, que apesar de ter origens diferentes, são igualmente deletérias para a realização da técnica cirúrgica. Quando não operado imediatamente o processo inflamatório pode se prolongar, mesmo em pacientes assintomáticos, resultando em alterações estruturais tão relevantes para o ato cirúrgico quanto os do processo agudizado. Como já era esperado e é relatado na literatura, o grupo abordado durante o processo inflamatório agudo apresentou vesículas friáveis e edemaciadas entretanto, observou-se também que a abordagem feita após a resolução do processo inflamatório não era livre de complicações, e apresentava grandes aderências e fibrose, dificultando a dissecação e devida exposição das estruturas.

Sabe-se que a técnica videolaparoscópica é mais complexa e o seu domínio requer mais horas de prática do que as cirurgias abertas. Desde o seu advento as cirurgias vêm passando por uma curva de aprendizado que somado com a melhoria da qualidade e aperfeiçoamento dos materiais se expressam em resultados melhores do que aqueles observados há algumas décadas. Este processo natural de aprendizado pode ser a explicação da mudança dos resultados obtidos nos estudos ao longo dos últimos anos.

Esta curva de aprendizado pode ser observada nos trabalhos desenvolvidos por Lo, Lai e Yadav que, apesar de demonstrarem um maior tempo cirúrgico durante o

tratamento imediato, não observou aumento do número de complicações. A técnica cirúrgica foi adaptada para as alterações anatômicas esperadas, sendo feita, por exemplo a descompressão da vesícula em 80% dos casos, a utilização de uma porta adicional sempre que necessário e a colocação de drenos mais frequentemente do que nas cirurgias tardias.

Outro grande problema da abordagem tardia é, como relatado por Johansson, a impossibilidade de seguir o plano terapêutico, por ocorrência de novos eventos agudos. Neste estudo, e em consonância com outros da literatura, 26% dos paciente alocados no grupo tardio tiveram que ser abordados antes do planejado pela recorrência ou pela falha terapêutica e progressão da doença. Lo e colaboradores obtiveram resultados semelhantes tendo 16% de falha terapêutica no grupo tardio. A intervenção cirúrgica urgente e não planejada se relaciona com piores desfechos para o paciente, sendo evitada sempre que possível, o momento de recidiva do quadro álgico é imprevisível e pode ocorrer em momentos onde a assistência médica esta fora de alcance.

Outros aspecto não avaliados em nenhum dos estudos e que representam uma importante desvantagem para o TT devem ainda ser considerados. Certamente uma porcentagem significativa dos pacientes do grupo tardia que não necessitou de intervenção de urgência, apresentou problemas subclínicos que apesar de não levarem a alteração no plano terapêutico, podem ter afetado a qualidade de vida. No estudo de Lo, sete paciente do grupo tardio não tiveram o tratamento adequado por evasão e perda de acompanhamento. Este achado deve ser valorizado e colocado com uma considerável desvantagem desta abordagem, a taxa de evasão pode representar uma perda considerável ao sistema de saúde e ao paciente, pois devido a taxa de recorrência da patologia, ele certamente terá novas crises. Na realidade brasileira este achado deve ser ainda mais evidente, onde o baixo nível socioeconômico pode favorecer tal fenômeno, e a fim de evitar o retorno do paciente com novos quadros agudos às já superlotada emergências, uma conduta mais resolutiva deve ser adotada

Yadav e Kolla, quantificaram através de escores validados na literatura a dor pós operatória, entretanto nenhuma diferença significativa foi observada, mesmo Lo, que apresentou tempo cirúrgicos superiores no TI, observou resultados

semelhantes. Não houve diferença também na necessidade de analgesia pós operatória.

Os 5 estudos analisados foram consensuais em demonstrar um tempo total de internamento significativamente menor para o grupo de abordagem imediata. Devido ao fato do paciente se internar uma única vez, diferente do TT, onde o tratamento é feito em dois tempos – internamento para esfriamento do processo e posterior internamento para colecistectomia – este resultado já era esperado. Este achado se constitui como a principal vantagem desta forma terapêutica e traz ganhos de diferentes ordens.

Primeiramente ao paciente que como demonstrado por Lo, se beneficia de um tratamento com tempo de recuperação menor, 11 dias a menos afastado das atividades laborais, e com igual segurança.

Posteriormente ao sistema de saúde que utilizando um tratamento com maior resolutividade, conquista importantes avanços socioeconômicos. O menor tempo de internamento garante uma otimização dos leitos nos hospitais que possibilita o atendimento de maior número de pacientes em um mesmo período. Este achado é extremamente relevante, especialmente para países como Brasil que possuem emergências superlotadas. A redução do tempo e internação se expressa ainda em ganhos financeiros, um estudo inglês que analisou a relação custo / benefício demonstrou que a abordagem imediata leva a uma economia de 820 libras esterlinas por paciente(22).

Lo, Yadav, Johansson, Lai e Kolla estão de acordo ao afirmar que a abordagem imediata com colecistectomia nas primeiras 24 horas, ou assim que possível, é o melhor tratamento para a colecistite aguda, independente do tempo de duração dos sintomas. Tal tratamento garante a segurança do procedimento e maximizando ganhos socioeconômicos.

Este estudo apresenta limitações principalmente devido ao pequeno número de ensaios clínicos randomizados a cerca do tema. Os artigos analisados apesar de boa estrutura metodológica não são multicêntricos e possuem um tamanho amostral reduzido.

CONCLUSÕES

1. Independente do tempo de início dos sintomas a abordagem cirúrgica imediata da colecistite aguda possui taxa de complicações semelhante à abordagem tardia e se beneficia de um menor tempo de internamento;
2. O tratamento imediato deve ser preferido, pois garante uma melhor resolutividade do quadro evitando a necessidade de cirurgias de emergência por recorrência da doença durante a conduta conservadora;
3. Tal abordagem leva a ganhos socioeconômicos expressivos, reduzindo gastos e otimizando a disponibilidade de leitos hospitalares.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam inexistência de conflito de interesses.

SUMMARY

The acute cholecystitis is a common condition in emergencies worldwide. This syndrome is defined by insidious gallbladder inflammation being mostly associated with the presence of gallstones. This disease manifests through a framework of persistent pain in the right upper quadrant of the abdomen for more than 6 hours associated with ultrasonographic signs of cholecystitis or pain in the right hypochondrium with gallbladder stones on ultrasound, along with fever, leukocytosis, and / or elevated C-reactive protein . Currently two approaches can be are recommended for the treatment of this pathology: immediate approach (AI), where the laparoscopic cholecystectomy is performed within 24 hours after the admission of the patient, and the late approach (TA) which is made in two stages: initially the antibiotic therapy is performed in order to solve the inflammatory process and subsequently 30 to 60 days after that elective laparoscopic cholecystectomy is performed . Although several evidence does not yet know clearly what therapeutic should be adopted, especially for those patients with more than 72 hours of symptoms on set. The aim of this study is to compare the morbidity associated with IA and TA. A systematic literature review was conducted to find randomized trials that address the issue at hand. Fifty five relevant articles were found; with proper analysis 50 were excluded for not fitting in certain specifications. By comparing the papers, it was observed that the approach have similar conversion and complication rates for open surgery. The immediate and delayed treatment is mainly differential in total hospital stay of the patient, this having a final number considerably more than that. This finding has important benefits for patients besides having socioeconomic advantages. With these results it is concluded that the AI should prioritized regardless of time of onset of symptoms.

Keywords : 1 . Acute cholecystitis 2 . videolaparoscopy 3. treatment

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br. J. Surg.* 2010 Feb;97(2):141–50.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde.Mortalidade. Disponível na internet: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em setembro de 2013.
3. Glasgow RE, Cho M, Hutter MM, Mulvihill SJ. The spectrum and cost of complicated gallstone disease in California. *Arch. Surg.* 2000 Sep;135(9):1021–5; discussion 1025–7.
4. Santos JS. Colecistectomia: Aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. 2008;41(4):449–64.
5. Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen agudo. *Med. (Ribeirão Preto)*. 2007;40(3).
6. Thistle JL, Cleary PA LJ. The natural history of cholelithiasis: the National Cooperative Gallstone Study. *Ann Intern Med.* 1984;
7. Papi C, Catarci M, D'Ambrosio L, Gili L, Koch M, Grassi GB, et al. Timing of Cholecystectomy for Acute Calculous Cholecystitis: A Meta-Analysis. *Am. J. Gastroenterol.* 2004 Jan;99(1):147–55.
8. Lo CM, Liu CL, Fan ST, Lai EC, Wong J. Prospective randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Ann. Surg.* 1998 Apr;227(4):461–7.
9. Järvinen HJ, Hästbacka J. Early cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective randomized study. *Ann. Surg.* 1980 Apr;191(4):501–5.
10. Clarke HC. History of endoscopic and laparoscopic surgery. *World J. Surg.* 2001 Jul;25(7):967–8.
11. Johansson M, Thune a, Nelvin L, Stiernstam M, Westman B, Lundell L. Randomized clinical trial of open versus laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis. *Br. J. Surg.* 2005 Jan;92(1):44–9.
12. Yamashita Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirota M, Miura F, et al. Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J. Hepatobiliary. Pancreat. Surg.* 2007 Jan;14(1):91–7.

13. Johansson M, Thune A, Blomqvist A, Nelvin L, Lundell L. Management of Acute Cholecystitis in the Laparoscopic Era : Results of a Prospective , Randomized Clinical Trial. 2003;642–5.
14. Sekimoto M, Imanaka Y, Hirose M, Ishizaki T, Murakami G, Fukata Y. Impact of treatment policies on patient outcomes and resource utilization in acute cholecystitis in Japanese hospitals. *BMC Health Serv. Res.* 2006 Jan;6:40.
15. Banz V, Gsponer T, Candinas D, Güller U. Population-based analysis of 4113 patients with acute cholecystitis: defining the optimal time-point for laparoscopic cholecystectomy. *Ann. Surg.* 2011 Dec;254(6):964–70.
16. Madan AK, Aliabadi-Wahle S, Tesi D, Flint LM, Steinberg SM. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis? *Am. J. Surg.* 2002 Mar;183(3):232–6.
17. Peng WK, Sheikh Z, Nixon SJ, Paterson-Brown S. Role of laparoscopic cholecystectomy in the early management of acute gallbladder disease. *Br. J. Surg.* 2005 May;92(5):586–91.
18. Mascarenhas A, Fernandes R de CP. Atividades físicas de lazer e distúrbios musculoesqueléticos: revisão da literatura. 2011;9–25.
19. Yadav RP, Adhikary S, Agrawal CS, Bhattarai B, Gupta RK, Ghimire a. A comparative study of early vs. delayed laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. *Kathmandu Univ. Med. J. (KUMJ).* 2009;7(25):16–20.
20. Kolla SB, Aggarwal S, Kumar a, Kumar R, Chumber S, Parshad R, et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective randomized trial. *Surg. Endosc.* 2004 Sep;18(9):1323–7.
21. Lai, P. B. S., Kwong, K. H., Leung, K. L., Kwok, S. P. Y., Chan, A. C. W., Chung, S. C. S. and Lau WY. No Randomized trial of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg.* 1998;
22. Gurusamy KS SK. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;