



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

PEDRO EMANUEL NEVES GUERREIRO

***Litíase Vesicular: definição de estratégias para tratamento
definitivo em tempo ótimo***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE CIRURGIA GERAL

Trabalho realizado sob a orientação de:
DR. ANTÓNIO JORGE CORREIA DE PINHO
DR. CARLOS DANIEL ALMEIDA VILA NOVA

MARÇO 2017

Resumo

Introdução: A litíase vesicular (LV) é comum no mundo ocidental e quando sintomática ou complicada, associa-se a altas taxas de morbidade. A colecistectomia laparoscópica é considerado o tratamento padrão para eliminar definitivamente as complicações da litíase sintomática. Torna-se assim cada vez mais importante identificar os doentes que mais beneficiariam de tratamento cirúrgico precoce, bem como definir os tempos mais adequados para este mesmo tratamento.

Métodos: Foram avaliados 59 doentes internados em enfermarias de Cirurgia por LV sintomática através de entrevista e consulta dos processos clínicos. Foram definidos três conceitos para descrever o motivo de internamento do doente: (1) complicação major; (2) complicação minor (cólica biliar); (3) programado. Foram colhidos diversos dados demográficos e clínicos e questionado o conhecimento prévio relativamente ao diagnóstico de LV (incluindo episódios sintomáticos prévios).

Resultados: A idade média dos inquiridos foi de 66,5 anos, com o escalão etário dos 80-89 anos e o sexo masculino a serem mais prevalentes. 55,9% dos doentes foram internados por complicação major e os restantes 44,1% foram internados de forma programada. 35,6% dos doentes tinham sofrido de cólica biliar pelo menos uma vez. 21% dos doentes internados por complicação major já tinham tido um episódio prévio de complicação de LV e dois desses chegaram mesmo a ter episódios múltiplos. A maioria dos doentes internados de forma programada tinham tido apenas episódios de cólica biliar, sendo que apenas um destes doentes teve múltiplas complicações major. Deu-se preferência ao tratamento médico nos doentes internados por complicação major.

Discussão/Conclusão: Verificou-se a existência de um grupo de doentes com história de múltiplas complicações de LV, admitindo-se que estes e outros doentes na mesma situação

possam agravar a sua condição ao aguardar pelo diferimento de colecistectomia laparoscópica. Tal encontra-se associado a aumento da morbidade bem como ao aumento dos custos para o serviço de saúde. O tratamento cirúrgico definitivo após um primeiro episódio sintomático torna-se assim uma possibilidade segura e eficaz a ser considerada, desde que existam recursos e condições que o permitam.

Abstract

Background: Gallstone Disease (GD) is common in the western countries and when symptomatic or complicated, is associated with high morbidity rates. Laparoscopic cholecystectomy is the gold standard treatment for symptomatic GD. The identification of the individuals that would benefit from early LC as well as defining adequate timing for said treatment it's becoming increasingly important.

Methods: 59 subjects admitted in a surgical ward for symptomatic GD were screened using two methods: interview and consultation of patient file. Were described three concepts of patient admission: (1) major complication; (2) minor complication (biliary colic); (3) programmed. Several clinic and demographic data was collected and the patient was asked about his previous knowledge of his GD (including previous symptomatic episodes)

Results: The medium age of participants was 66,5 years with the 80-89 years interval and the male sex showing themselves to be most prevalent. 55,9% were admitted for a major complication and the remaining 44,1% were admitted in a programmed way. 35,6% had suffered from multiple episodes of biliary colic. 21% of the patients admitted for a major complication had suffered from a previous episode of GD complication and two of those had multiple episodes. Biliary colic was the reason for the majority of the programmed admissions with only one patient in this group suffering from multiple major complications. Medical treatment was preferred.

Discussion/Conclusion: Was found a group of patients with multiple major complication history of GD, and it is believed that this type of patients may worsen their conditions while waiting for LC. This is associated with high patient morbidity as well as higher healthcare costs. Surgical treatment after a first symptomatic episode seems safe and efficient possibility and should be considered, if conditions and resources are presented.

Palavras-Chave: Cálculos vesiculares; Litíase vesicular; Doenças da vesícula biliar;
Colecistectomia laparoscópica; Tratamento

Keywords: Gallstones, Cholelithiasis; Gallbladder Diseases; Cholecystectomy,
Laparoscopic; Therapeutics

Introdução

A litíase vesicular (LV) é uma das patologias mais frequentemente encontradas no mundo ocidental. Estudos epidemiológicos realizados com o apoio de ecografia abdominal indicam que, nos países europeus, a sua taxa de prevalência ronda os 10-15%, contrastando com os 3-5% observados em populações africanas e asiáticas.^{1,2} Apesar destes valores, é de referir que a maioria dos indivíduos com esta patologia mantém-se assintomática durante toda a vida.³⁻⁵ Menos de 20% dos doentes com LV vêm a desenvolver sintomas ou complicações, isto é, sofrem de dor característica no hipocôndrio direito (cólica biliar) ou vêm a sua doença progredir para situações mais graves como a colecistite e a pancreatite ou icterícia biliar obstrutiva associada ou não a colangite. Estima-se que a incidência de complicações da LV não ultrapassa os 4%⁶⁻⁸. Contudo, os encargos económicos desta patologia mostram-se bastante elevados, chegando a atingir custos totais (diretos e indiretos) que vão dos 6 aos 16 mil milhões de dólares anualmente nos Estados Unidos da América,^{9,10} sendo suplantado neste campo unicamente pela doença de refluxo gastroesofágico.

A colecistectomia laparoscópica (CL) é hoje considerada o tratamento padrão da LV sintomática, a qual se apresenta mais frequentemente sob a forma de cólica biliar.^{11,12} Atualmente, mais de 80% das colecistectomias realizadas nos países industrializados são laparoscópicas.^{7,10} De uma forma geral, considera-se que a LV assintomática não tem indicação para procedimentos cirúrgicos,¹⁰ salvo raras exceções, nas quais se realiza a colecistectomia profilática.¹³

A realização de um procedimento cirúrgico logo após o diagnóstico de LV sintomática raramente se torna possível num hospital público, devido às limitações dos recursos disponíveis.⁷ No entanto, estudos indicam que cerca de 35% dos doentes com diagnóstico de LV sintomática não complicada, realizado numa admissão no Serviço de Urgência (SU), têm

uma ou mais visitas subsequentes, enquanto aguardam cirurgia, e que 23% chegam mesmo a desenvolver uma complicação da doença, como a colecistite aguda, a pancreatite aguda e a icterícia obstrutiva, necessitando de internamento.^{7,14,15} Comparando estes doentes, que desenvolvem complicações major, com aqueles que apenas têm cólica biliar, verifica-se que os primeiros estão associados a um aumento do tempo de cirurgia, uma maior probabilidade de conversão da abordagem cirúrgica para a via aberta e um prolongamento significativo do tempo de internamento,⁷ aumentando assim a morbidade e o sofrimento do doente, bem como os custos para os serviços de saúde.¹⁶ Tendo em conta estes encargos monetários de grande dimensão, a prevalência elevada da doença e o grande número de visitas recorrentes ao SU, torna-se relevante identificar os grupos de risco para o desenvolvimento de LV sintomática mas sobretudo as suas potenciais complicações, de forma a permitir uma terapêutica mais precoce e eficaz para estes doentes. Importante será também a elaboração de um plano cronológico de intervenção cirúrgica que conduza à diminuição das complicações, das suas reincidências, bem como dos reinternamentos.

Durante um episódio de uma complicação de LV, é possível optar-se por uma das seguintes abordagens terapêuticas: (1) tratamento médico, seguido de intervenção cirúrgica seis a oito semanas após o episódio agudo;^{11,17} (2) intervenção cirúrgica no mesmo internamento, caso o doente reúna condições.^{11,17} A utilização de terapêuticas invasivas como a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) são por vezes uma opção necessária, mas são também encaradas como tratamento conservador. A grande maioria dos estudos tem chegado à conclusão que a segunda opção se torna a solução mais benéfica a diversos níveis.^{11,17} O mesmo se verifica para a abordagem da LV sintomática não complicada, sobre a qual vários estudos versaram e concluíram que deverá ser considerado o tratamento cirúrgico precoce, dentro dos primeiros sete dias, logo após o primeiro episódio.^{7,14,15}

Este estudo tem como objetivos registrar a abordagem terapêutica relativamente à doença litiásica sintomática, nos serviços de Cirurgia Geral de um hospital central e, se possível, a identificação dos doentes com maior risco para o desenvolvimento de novas complicações após um primeiro episódio sintomático, no caso de não virem a ser submetidos a tratamento cirúrgico.

Métodos

Foram avaliados 59 doentes, internados nas enfermarias dos serviços de Cirurgia A e B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com o diagnóstico de LV sintomática (internamento por complicação ou programado), no período de tempo decorrido entre dezembro de 2016 e março de 2017. Esta avaliação foi realizada de uma forma prospetiva, através de entrevista e consulta dos respetivos processos clínicos. Nenhum dos doentes abordados se recusou a participar no estudo. Foram excluídos os doentes para os quais não foi possível avaliar devidamente os seus antecedentes pessoais, por incapacidade do doente e/ou por informação incompleta do processo clínico. Não foi dada preferência a nenhum dos géneros nem a nenhum escalão etário. Foram definidos três conceitos para descrever o motivo de internamento do doente: **complicação major** – doente internado por colecistite aguda, pancreatite aguda litiásica, icterícia obstrutiva ou colangite aguda; **complicação minor** – cólica biliar; **programado** – doente internado com o intuito de vir a ser submetido a um tratamento invasivo (cirurgia ou CPRE), de uma forma eletiva. Foi considerada como cólica biliar o episódio de dor no hipocôndrio direito que justificou a deslocação do doente ao SU, no qual se identificou a existência de LV, através da ecografia abdominal e uma correlação clínica positiva. Todos os outros sintomas sem diagnóstico médico foram considerados como inespecíficos, fazendo com que a identificação de doentes sintomáticos seja realizada por defeito. A entrevista aos doentes seguiu sempre o mesmo modelo, com o auxílio de um questionário elaborado de raiz para este efeito (Apêndice I). Foram recolhidos diversos dados demográficos e clínicos em todos os doentes, incluindo a idade, o sexo, o motivo de internamento, o conhecimento prévio relativamente ao diagnóstico de LV (incluindo, no caso afirmativo, o número, o tipo e a distância cronológica relativamente a episódios anteriores de complicações ou sintomas de LV; na ausência dos critérios anteriores, averiguar se o diagnóstico de LV foi incidental através de

ecografia), a sintomatologia inespecífica prévia, os antecedentes médicos e antropométricos relevantes, a medicação habitual relevante e a terapêutica utilizada no internamento atual.

A análise estatística foi realizada através da aplicação Microsoft Excel 2016.

Resultados

As características demográficas da amostra estudada vêm ilustradas na Figura 1. A idade média da amostra estudada foi de 66,5 anos, sendo o escalão etário de 80-89 anos o mais predominante (33,9%). O sexo masculino apresentou uma prevalência ligeiramente maior (52,5%), apresentando este grupo uma média de idades superior (74,6 vs 57,6 anos).

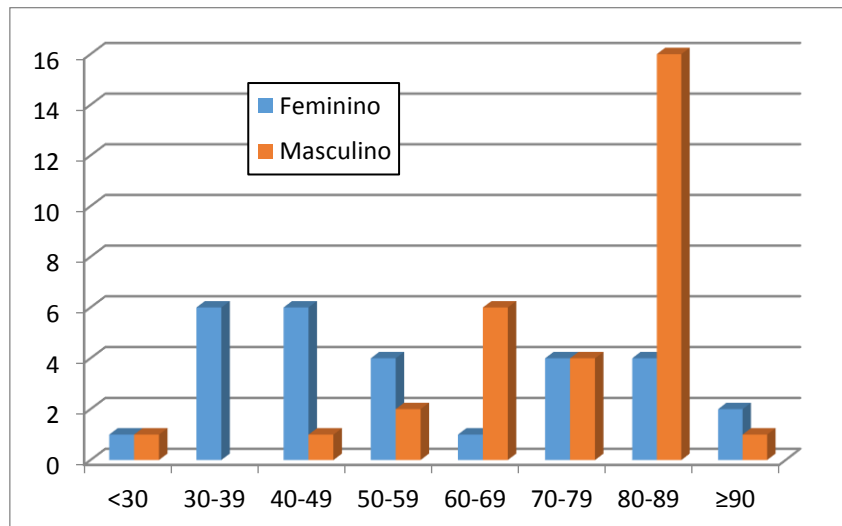


Figura 1. Distribuição sexo/idade

Todos os doentes eram caucasianos.

No que diz respeito ao motivo de internamento, 33 doentes (55,9%) encontravam-se internados por uma complicação major, sendo que os restantes 26 (44.1%) foram internados de uma forma programada. Nenhum dos doentes entrevistados foi internado de forma urgente por complicação minor.

Tendo em conta o tipo de complicações major encontradas (Tabela 1), constata-se que a colecistite aguda ocupava o primeiro lugar, sendo responsável por mais de metade dos internamentos (57,6%).

Tabela 1. Complicações major

Complicação major	n	%
Colecistite	19	57,6%
Pancreatite	11	33,3%
Colangite	1	3,0%
Icterícia obstrutiva	2	6,1%
Total Geral	33	100,0%

Dos 33 doentes internados por complicação de LV, mais de metade (57,6%) pertenciam ao sexo masculino, contrariamente ao verificado nos internamentos programados, onde o sexo feminino foi ligeiramente mais prevalente (Figura 2).

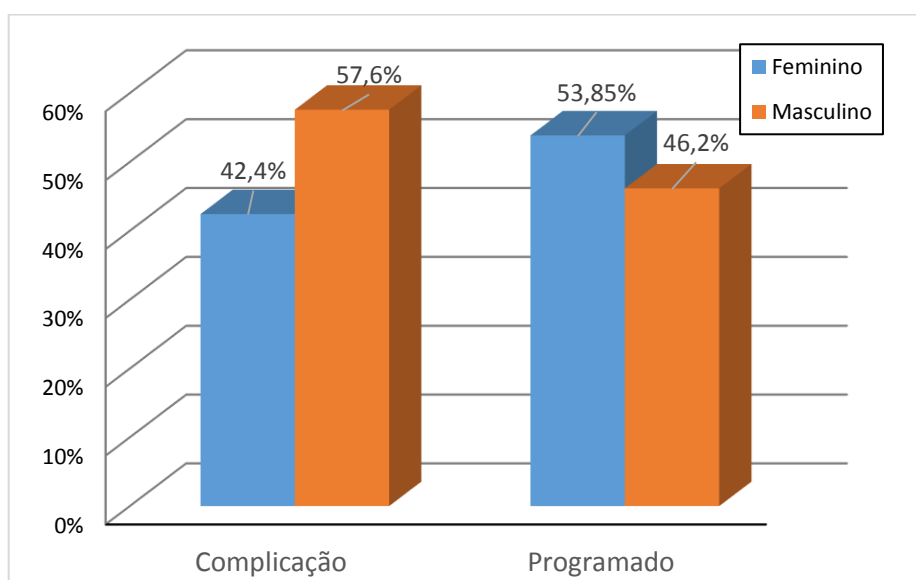


Figura 2. Motivo de internamento vs sexo

Analisando as complicações prévias de LV da amostra em estudo, treze doentes (22%) já tinham tido previamente uma complicação major e 21 (35,6%) tinham sofrido pelo menos de um episódio de cólica biliar. Os restantes 25 doentes (42,4%) tinham-se mantido assintomáticos até então. Apenas seis destes últimos sabiam ser portadores de LV, dois por realização de ecografia abdominal após sintomatologia inespecífica e os restantes quatro de forma incidental, através da realização de uma ecografia para o esclarecimento de outra situação clínica distinta.

No universo de doentes internados por complicação major (Tabela 2), catorze (42,4%) já sabiam ser portadores de LV. Destes, sete doentes (21%) já tinham tido um episódio prévio de complicação major e dois dos mesmos tinham inclusivamente tido mais que um episódio.

Tabela 2. Complicações prévias nos doentes internados por complicação major

Complicações prévias	Número de episódios			Total
	Zero	Um	>1	
Não	1	-	-	1 (7,1%)
Minor	-	-	6	6 (42,9%)
Major	-	5	2	7 (50,0%)
Total Geral	1 (7,1%)	5 (35,7%)	8 (57,2%)	14

Dos doentes internados de forma programada, a sua maioria (57,7%) foi diagnosticada como portadora de LV tendo em conta um episódio de cólica biliar (Tabela 3). Dos seis doentes com internamento programado devido a uma complicação major prévia, um deles chegou mesmo a ter mais que um episódio.

Tabela 3. Complicações prévias nos doentes internados de uma forma programada

Complicações prévias	Número de episódio			Total
	Zero	Um	>1	
Não	5	-	-	5 (19,2%)
Minor	-	10	5	15 (57,7%)
Major	-	5	1	6 (23,1%)
Total Geral	5 (19,2%)	15 (57,7%)	6 (23,1%)	26

Relativamente ao tratamento, nos doentes internados por uma complicação major, apenas quatro (12,1%) foram submetidos a CL no mesmo internamento (Tabela 4), tendo sido dada preferência ao tratamento médico (69,7%).

Tabela 4. Motivo de internamento por complicação major e respetivo tratamento

Complicação major	Tratamento				Total
	Colecistectomia	Colecistostomia	Médico	CPRE	
Colecistite aguda	3	4	10	-	17
Pancreatite aguda	1	-	10	-	11
Colangite aguda	-	-	1	-	1
Icterícia colestática	-	-	2	2	4
Total Geral	4 (12,1%)	4 (12,1%)	23 (69,7%)	2 (6,1%)	33

Todos os doentes internados de forma programada foram submetidos a CL.

A hipertensão arterial foi dos fatores de risco associados (Tabela 5) o mais frequente (57,6%). Cerca de um quinto dos doentes (20,3%) não apresentava nenhum dos fatores de risco considerados.

Tabela 5. Factores de risco

Fatores de risco	n	%
HTA	34	57,6%
DM	10	16,9%
Dislipidemia	10	16,9%
Obesidade	8	13,6%
Nefrolitíase	5	8,5%
Perda ponderal >10%	5	8,5%
Cirurgia bariátrica	0	0,0%
Antecedentes familiares	7	11,9%

Em relação aos sintomas inespecíficos prévios, quase metade dos doentes inquiridos (45,8%) não apresentou qualquer um dos anteriores. Naqueles que efetivamente os referiram, o enfartamento pós-prandial foi o sintoma prevalente com uma frequência de 42,4% (Tabela 6).

Tabela 6. Sintomas inespecíficos prévios

Sintomas	n	%
Enfartamento pós-prandial	25	42,4%
Desconforto abdominal	21	35,6%
Intolerância a gorduras	16	27,1%
Dispepsia	14	23,7%

Em relação à medicação habitual considerada, constatou-se que 39% dos doentes não fazia nenhum dos medicamentos questionados durante a entrevista (Tabela 7). O medicamento mais consumido pelos doentes foi o inibidor da bomba de prótons (IBP), com 40,7% dos participantes a realizar terapêutica crónica.

Tabela 7. Medicação Habitual

Medicação	n	%
IBP	24	40,7%
Estrogénios	16	27,1%
Antagonistas somatostatina	1	1,7%
Fenofibratos	1	1,7%

Discussão

Vários estudos anteriores têm demonstrado que a prevalência da LV aumenta com a idade,^{18,19} e é maior, num rácio de cerca de 2-3:1, no sexo feminino (diferença essa que se atenua, particularmente após a menopausa).²⁰ No presente estudo, efetivamente existe uma concordância com estudos anteriores em relação à idade, sendo o escalão etário dos 80-90 anos o mais predominante, principalmente para o sexo masculino. A progressão anual das diferentes complicações varia de 0,3 a 1,5%, portanto indivíduos mais velhos têm maior probabilidade de serem internados por uma complicação da LV.¹³ Por outro lado, os doentes com idades avançadas apresentam não só uma menor capacidade de suportar as próprias complicações de LV, como também uma fisiologia e condições desfavoráveis para a realização de um tratamento cirúrgico definitivo. Assim, e no que diz respeito a este mesmo tratamento, entende-se que uma atitude mais interventiva em fases mais precoces da doença se torne importante, de modo a evitar o surgimento destas complicações em idades mais avançadas, nas quais a agressão cirúrgica envolve riscos acrescidos. Já no que diz respeito ao sexo, o masculino foi o mais prevalente, o que poderá representar um viés, provavelmente condicionado pelos motivos de internamento. Isto é, verificou-se que o sexo masculino foi mais prevalente em internamentos por complicação major enquanto que o feminino teve maior representação nos internamentos programados. Daqui poder-se-à inferir que as mulheres, uma vez que têm maior prevalência global de LV principalmente em idades mais jovens²⁰, são também tratadas mais cedo, encurtando-se assim o tempo para desenvolver complicações da doença. Os homens, por sua vez, tendem a desenvolver complicações mais tardiamente, sendo internados por esse mesmo motivo.

A grande maioria dos doentes internados por uma complicação major apresentavam uma colecistite aguda ou uma pancreatite aguda (57,6% e 33,3%, respetivamente), o que vai de encontro àquilo que é a progressão natural da doença litiásica.¹³

Hoje em dia, a CL tornou-se no tratamento padrão para abordar a LV sintomática²¹, quer pela sintomatologia menos grave, representada pela cólica biliar, quer por complicações com maior implicação clínica.

Abordando as causas de internamento, verificou-se que nenhum doente foi internado após cólica biliar no episódio de recuso ao SU e que 35,6% da totalidade da amostra já tinham sofrido pelo menos um episódio sintomático, sem que tivessem sido intervencionados. Estudos mostraram que a CL realizada após uma cólica biliar tem menor taxa de conversão e menor morbidade do que após um episódio de colecistite, aconselhando a realização de tratamento cirúrgico dentro da primeira semana após o episódio inicial.⁷ Contudo, e sendo este um tema que ainda não obteve consensos plenos, a altura ideal para a realização de cirurgia definitiva nesta patologia ainda se mantém controversa,¹⁵ parecendo, no entanto, lógico pensar que, havendo possibilidade e recursos, após a decisão de indicação cirúrgica, a maior brevidade para que seja realizado o tratamento definitivo tenderá a evitar complicações futuras da doença.

O diferimento da cirurgia está associado a novas vindas ao SU, com possível progressão da doença para complicações mais graves. *Rutledge et al.* revelaram que, dos doentes com diagnóstico de cólica biliar enviados para o domicílio, 43% regressaram ao SU com nova sintomatologia e que 20% chegaram mesmo a desenvolver uma complicação major. Estes doentes viram o seu tempo de cirurgia, a taxa de conversão e o tempo de internamento aumentados.¹⁶ Torna-se assim possível pensar que o tratamento imediato de doentes com LV sintomática através da CL, deverá diminuir a morbidade e os custos de saúde (ao impedir nova utilização de recursos hospitalares). Esta atitude poderá também impedir uma complicação mais grave da patologia, tornando-se assim na abordagem terapêutica com uma melhor relação custo-efetividade.^{15,16} Além disso, a CL é considerada como bastante segura, com taxas de mortalidade inferiores a 0,2% e de morbidade inferiores a 5,0% e com a vantagem de se

associar a tempos de internamento e de convalescença significativamente menores, quando comparada com a abordagem laparotômica.¹⁰

Relativamente ao tratamento da colecistite aguda e pancreatite aguda segundo a literatura, existem duas formas de abordagem: (1) o tratamento conservador (antibioterapia e fluidoterapia), seguido de tratamento cirúrgico definitivo seis a oito semanas após; (2) intervenção cirúrgica no mesmo internamento.^{11,17}

No que diz respeito à colecistite aguda, estudos mostraram que a realização da CL nas primeiras 24-72h se torna benéfico, sem aumentar a morbidade e mortalidade^{11,17,22} Ultrapassado este período, tem sido preferido o tratamento conservador,¹⁷ embora já existam dados que mostrem a eficácia da CL dentro da primeira semana após o início dos sintomas,²³ necessitando ainda, contudo, de mais estudos que o comprovem.

Em relação à pancreatite aguda litiásica, o tratamento passa pela ressuscitação hemodinâmica e tratamento cirúrgico definitivo no mesmo internamento após resolução da sintomatologia. Salvaguardam-se os pacientes com pancreatites graves (Ranson > 3), que deverão ser tratados de maneira conservadora, com utilização de CPRE, se indicado, uma vez que nestes casos o tratamento cirúrgico com CL está associado a um maior risco.¹³

No presente estudo, verificou-se que apenas quatro doentes (13,3%) daqueles que foram internados por complicação major realizaram cirurgia no mesmo internamento, tendo sido dada preferência ao tratamento médico conservador em 66,7% dos casos. A taxa de recorrência de episódios de complicação major foi elevada. Sete dos 33 doentes (21%) internados com complicações major tinham tido pelo menos um episódio anterior de complicação, e dois chegaram mesmo a ter múltiplos episódios, encontrando-se atualmente num terceiro internamento.

Estas altas taxas de recorrência de complicações da LV em doentes submetidos a tratamento conservador após colecistite aguda ou outra complicação major estão de acordo com estudos anteriormente realizados. Num estudo realizado nos EUA, após tratamento antibiótico e diferimento da CL por quatro a seis semanas, 31% dos doentes regressaram com nova complicação e viram as suas taxas de conversão para cirurgia aberta aumentadas.¹⁶ Concluiu-se que a realização de CL no mesmo internamento se torna vantajoso a vários níveis, uma vez que o diferimento do tratamento definitivo aumenta a morbilidade do doente e os custos de saúde.^{11,16,22} Face a isto, parece ser importante que seja realizado um esforço na tentativa de encontrar um algoritmo de decisão terapêutica que dê prioridade à CL realizada logo no primeiro internamento.²³ Do mesmo modo, num outro estudo recente, realizado numa amostra de doentes com pancreatite aguda litiásica, aqueles que foram submetidos a CL no mesmo internamento apresentaram uma taxa de recorrência em 19,7% dos casos, em contraste com os submetidos a tratamento conservador, em que as taxas de recorrência aumentaram para 42,8%, levando à conclusão de que a CL precoce deve ser privilegiada.²⁴ As guidelines de Tokyo, as diretrizes atualmente mais utilizadas para o diagnóstico e a abordagem de LV complicada, consideram o tratamento cirúrgico precoce como o mais eficaz nesta situação.²⁵ Salienta-se no entanto que, estas guidelines não foram redigidas com o objetivo de comparar qual a melhor abordagem terapêutica (conservador ou cirúrgico precoce), funcionando apenas como linhas orientadoras. Para se chegar a conclusões mais fidedignas, é necessário serem realizados mais estudos comparativos dos diferentes tratamentos.

Williams et al. verificaram que menos de 15% dos doentes que se apresentam no SU por LV sintomática são tratados dentro do período de tempo considerado como o ideal após o primeiro episódio. Neste estudo, esta realidade conduziu ao aumento do número de visitas ao SU, aumento das taxas de complicação de LV, à realização de exames imagiológicos de uma forma repetida e redundante, aumentando assim o custo de tratamento e atrasando-o.¹⁵ No

entanto, a decisão de não operar logo estes doentes raramente depende da vontade pessoal do cirurgião, uma vez que a limitação de recursos e a indisponibilidade de blocos operatórios por vezes forçam os clínicos a optarem por uma abordagem terapêutica mais conservadora.¹⁴

A litólise oral com ácido ursodesoxicólico constitui um tratamento alternativo para a LV.¹³ Estudos levados a cabo sobre este tratamento concluíram que o mesmo, apesar de eficaz, tem um papel limitado, sendo reservado a doentes sintomáticos com cálculos pequenos, não calcificados, com vesícula funcionante e cístico patente. Além disso, e mesmo quando aplicado ao subgrupo de doentes com os critérios supracitados, apresenta uma alta taxa de recorrência de sintomas.¹² Neste estudo, apenas um doente estava medicado com esta terapêutica e tinha história de múltiplas cólicas biliares.

Abordando os fatores de risco, os sintomas e a medicação habitual, devido ao número reduzido de doentes deste estudo, foi impossibilitada a realização de qualquer correlação com significado estatístico entre as três variáveis citadas e o desenvolvimento de LV. Contudo, são bem conhecidos os fatores de risco para o desenvolvimento de LV, com a diabetes mellitus tipo 2, a obesidade e a síndrome metabólica a desempenharem os papéis mais preponderantes.^{10,12} Mostra-se, assim, importante definir o grupo de doentes de maior risco para o desenvolvimento de LV e aqueles com maior probabilidade de visitar o SU repetidamente, o que permitiria aos clínicos selecionar com maior eficácia aqueles doentes que teriam maior vantagem com a realização de CL mais precoce.¹⁴ Um estudo realizado com o auxílio de ecografia abdominal mostrou que, para a população geral, o tempo médio de progressão de formação de um cálculo até à necessidade de CL é de cerca de 33,7 anos. Esta lenta progressão da doença deveria dar oportunidade de intervenção precoce, diminuindo assim as taxas de morbidade e mortalidade associadas à LV.¹⁰

A ecografia abdominal pode então ser aqui uma importante ferramenta para diagnosticar atempadamente doentes com LV e permitir uma intervenção terapêutica que impeça a progressão da doença litiásica. Para este efeito, H. Shen *et al.*¹⁰ averiguaram a eficácia do rastreio ecográfico de LV anualmente, bianualmente, trianualmente e tetraanualmente, seguido de intervenção na regulação metabólica dos doentes. Através de orientação médica, o objetivo foi a não progressão da doença até à necessidade de colecistectomia ou, no caso de impossibilidade de travar esta progressão, a indicação para a mesma o mais precocemente possível. O rastreio ecográfico anual mostrou maior eficácia e menor custo que qualquer um dos outros. De referir que, qualquer um dos métodos temporais supracitados apresentou uma maior relação custo-benefício, em comparação com a ausência de rastreio. O rastreio anual foi também aquele que garantiu um maior número de anos de vida com qualidade e uma maior efetividade, com custos anuais por doente relativamente baixos. Apesar de altamente vantajoso, a manutenção destes programas torna-se complicada, uma vez que a continuidade do contacto com estes doentes pode constituir um problema, sendo que uma grande maioria acaba por se esquecer de marcar/realizar o exame, ou não seguir as recomendações dadas.¹⁰

Os IBP's estão associados à formação de cálculos vesiculares por provocarem discinésia da vesícula biliar.¹³ Anton Pottegård *et al.*²⁶ concluíram num estudo realizado na Dinamarca que 7% da população geral estava medicada com um IBP, podendo mesmo atingir uma taxa de 14% para o grupo de indivíduos com idade superior aos 60 anos. Neste estudo, 40,7% dos doentes estavam a tomar um IBP, uma taxa bastante superior à da população geral do estudo referido.²⁶ Isto pode ser explicado não só pelo risco que a toma de IBP acarreta para o desenvolvimento de LV, como atrás indicado, como também pelo facto de muito destes doentes serem medicados para os sintomas dispépticos característicos desta patologia.

Limitações do trabalho/sugestões para o alargar – Este trabalho encontrou as suas maiores dificuldades e limitações no número de doentes que conseguiu incluir, na sua duração

e também na quantidade de variáveis que foram possíveis recolher. Tal deveu-se ao facto de ter sido realizado a título individual, tornando assim a recolha mais morosa e menos eficaz.

A abordagem da LV é um tema muito importante para a comunidade médico-cirúrgica. Tanto na LV assintomática como nas suas complicações, ainda não existem consensos aceites internacionalmente acerca de quando operar um doente, o que faz com que cada hospital acabe por tomar estas decisões de forma quase individualizada, tendo em conta a experiência da equipa cirúrgica e os respetivos recursos. Sendo esta doença tão prevalente e estando associada a altos custos monetários, é mandatório realizarem-se mais estudos de forma a tentar padronizar e aprimorar o tratamento, bem como baixar estes mesmos custos.

O facto de a técnica laparoscópica estar a evoluir a grande velocidade, bem como os próprios cirurgiões serem mais experientes a executá-la, é também uma razão para se realizarem estudos deste género. Sendo possível tratar esta doença de maneira muito eficaz e de forma minimamente invasiva, é necessário estudar a aplicabilidade da CL como forma inicial de tratamento da LV sintomática.

Neste contexto, continuarei empenhado em participar num estudo de maiores dimensões, mais completo e levado a cabo durante mais tempo. Seria importante descrever mais variáveis pertinentes, de entre as quais se destacam o tempo de internamento, tempo de cirurgia, as complicações pós-operatórias (no tratamento imediato e no diferido), bem como as taxas de conversão de laparoscopia para laparotomia, fazendo assim uma comparação entre a eficácia do tratamento conservador e o cirúrgico no mesmo internamento. Estas variáveis, além de tradutoras da morbilidade do doente, dão também informação acerca dos custos das diferentes formas de tratamento, sendo a avaliação económica mais uma vertente do estudo a considerar. Mais do que nunca, se torna importante poupar onde é possível para aplicar onde é imprescindível.

Para alargar o número de participantes, além de aumentar o intervalo de tempo, seria importante o envolvimento de um maior número de investigadores, podendo até ser criado um sistema de alerta de forma a tornar eficaz o registo de todos os doentes. Isto, além de trazer robustez estatística ao estudo, iria permitir a aquisição de outra informação: correlação entre fatores de risco e os doentes que mais provavelmente virão a desenvolver complicações da LV, permitindo o tratamento cirúrgico definitivo mais precoce e eficaz. Além disso, de uma forma adaptada à realidade do nosso hospital, seria importante incluir os doentes internados no serviço de Gastroenterologia, uma vez que técnicas como a CPRE são executadas por especialistas desta área médica, a doentes com complicações da litíase vesicular de importância extrema para as conclusões que se pretendem atingir. Desta forma, e uma vez que só foram incluídos doentes das enfermarias de Cirurgia, infere-se que, nesta investigação, a quantidade de complicações da LV terá sido subestimada.

Existe efetivamente muita bibliografia que aborda o tratamento da LV e as suas complicações antes da apelidada “era laparoscópica”, a qual poderá ser considerada hoje obsoleta. Têm vindo a ser realizados internacionalmente estudos na mesma área, que levam em conta a evolução da técnica cirúrgica, mas são menos abundantes, sendo este mais um motivo para se alargar a presente investigação. Apesar de grande parte das variáveis descritas nesta patologia serem transversais a uma escala global, um estudo desenhado e adaptado ao nosso país e comunidade seria sempre uma mais-valia. Consideraria uma honra que o presente estudo fosse uma base para uma investigação mais alargada e que pudesse vir a ter impacto na comunidade cirúrgica.

Conclusão

Apesar da baixa sensibilidade deste estudo, devido ao número reduzido de inquiridos, foi possível encontrar uma população de doentes com história de múltiplas complicações major e além disso, uma taxa importante que já tinha tido um ou mais episódios de cólica biliar no passado (35%), condicionando isto um certo nível de morbilidade para o doente com LV sintomática. Com base nestas informações e na bibliografia existente, poder-se-à concluir que o tratamento cirúrgico definitivo após um episódio sintomático é uma possibilidade segura e eficaz a ser considerada, desde que existam recursos e condições que o permitam.

Bibliografia

1. Kratzer W, Mason RA, Kächele V. Prevalence of gallstones in sonographic surveys worldwide. *J Clin Ultrasound*. 1999;27(1):1-7.
2. Marschall HU, Einarsson C. Gallstone disease. *J Intern Med*. 2007;261(6):529-542.
3. Portincasa P, Moschetta A, Petruzzelli M, Palasciano G, Di Ciaula A, Pezzolla A. Symptoms and diagnosis of gallbladder stones. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2006;20(6):1017-1029.
4. Gibney EJ. Asymptomatic gallstones. *Br J Surg*. 1990;77(4):368-372.
5. Heaton KW, Braddon FEM, Mountford RA, Hughes A, Emmett PM. Symptomatic and silent gallstones in the community. *Gut*. 1991;32:316-320.
6. Friedman GD, Raviola CA, Fireman B. Prognosis of gallstones with mild or no symptoms: 25 years of follow-up in a health maintenance organization. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(2):127-136.
7. Gurusamy KS, Koti R, Fusai G, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for uncomplicated biliary colic. *Cochrane database Syst Rev*. 2013;6(6):CD007196.

8. Halldestam I, Enell EL, Kullman E, Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones. *Br J Surg.* 2004;91(6):734-738.
9. Reshetnyak VI. Concept of the pathogenesis and treatment of cholelithiasis. *World J Hepatol.* 2012;4(2):18-34.
10. Shen HJ, Hsu C Te, Tung TH. Economic and medical benefits of ultrasound screenings for gallstone disease. *World J Gastroenterol.* 2015;21(11):3337-3343.
11. Özkardeş AB, Tokaş M, Dumlu EG, et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: A prospective, randomized study. *Int Surg.* 2014;99(1):56-61.
12. Portincasa P, Ciaula A Di, Bonfrate L, Wang DQ. Therapy of gallstone disease: What it was, what it is, what it will be. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2012;3(2):7-20.
13. Cameron JL, Cameron AM. *Current Surgical Therapy.* Vol 1. 11th ed. (DeFrancesco K, ed.). Elsevier Inc; 2015.
14. Bingener J, Thomsen KM, McConico A, Hess EP, Habermann EB. Success of elective cholecystectomy treatment plans after emergency department visit. *J Surg Res.* 2015;193(1):95-101.

15. Williams TP. Hospital Readmission Following Emergency Room Visit for Cholelithiasis. *J Surg Res.* 2016;8(5):583-592.
16. Rutledge D, Jones D, Rege R. Consequences of delay in surgical treatment of biliary disease. *Am J Surg.* 2000;180(6):466-469.
17. Ohta M, Iwashita Y, Yada K, et al. Operative Timing of Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in a Japanese Institute. *J Soc Laparoendosc Surg.* 2012;16(1):65-70.
18. GREPCO. The epidemiology of gallstone disease in Rome, Italy. Part II. Factors associated with the disease. The Rome Group for Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO). *Hepatology.* 1988;8(4):907-913. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3391520>.
19. Richardson WS, Carter KM, Helm B, Garcia LA, Chambers RB, Keats BJ. Risk factors for gallstone disease in the laparoscopic era. *Surg Endosc Other Interv Tech.* 2002;16(3):450-452.
20. Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder stone disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2006;20(6):981-996.
21. Eldar S, Eitan A, Bickel A, et al. The impact of patient delay and physician delay on the outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Am J Surg.* 1999;178(4):303-307.

22. 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;97(2):141-150.
23. Vohra RS, Pasquali S, Kirkham AJ, et al. Population-based cohort study of outcomes following cholecystectomy for benign gallbladder diseases. *Br J Surg.* 2016;103(12):1704-1715.
24. Stevens CL, Abbas SM, Watters DAK. How Does Cholecystectomy Influence Recurrence of Idiopathic Acute Pancreatitis? *J Gastrointest Surg.* 2016;20(12):1997-2001.
25. Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, et al. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):1-7.
26. Pottegard A, Broe A, Hallas J, de Muckadell OBS, Lassen AT, Lodrup AB. Use of proton-pump inhibitors among adults: a Danish nationwide drug utilization study. *Therap Adv Gastroenterol.* 2016:1-8.

Apêndices

O seguinte questionário é parte integrante da realização de uma tese de mestrado intitulada de “*Litíase Vesicular: definição de estratégias para tratamento definitivo em tempo ótimo*” e cujo o autor é Pedro Emanuel Neves Guerreiro, aluno a frequentar actualmente o 6º ano do curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O questionário destina-se a todos os doentes que se encontram **internados** nas enfermarias de Cirurgia dos HUC e cuja patologia passe por **complicações da Litíase Vesicular**. Todos os doentes permanecerão no anonimato durante todo o estudo e tratamento dos dados.

Nome (Inicias): _____ NºProcesso: _____ Idade: _____

Sexo

Feminino

Masculino

(Os campos 1. e 2. São de preenchimento obrigatório):

1. Motivo de Internamento (MI):

Complicação Major

Colecistite Aguda

Pancreatite Aguda Litiásica

Colangite Aguda

Icterícia Colestática

Complicação Minor

Cólica Biliar

Programado

Outro _____

2. Lítíase:

- Conhecida** antes deste internamento →
- Desconhecida** até este internamento

2.1. Tipo de Litíase:

- Microlitíase
 - Tamanho maior cálculo _____
- Lama Biliar
- Outro _____

(Preencher os campos 3 ou 4 ou 5 ou 6, consoante respostas dadas nos campos 1 e 2):

3. Se **MI** por Complicação Major + Litíase **desconhecida**:

- Cirurgia no mesmo internamento
- Tratamento médico (e colocação em lista de espera)
- CPRE
- Outros tratamentos

4. Se **MI** por Complicação Major + Litíase **conhecida**:

- Com antecedente(s) de complicação major →
 - Há quanto tempo? _____
 - Mais que um episódio
- Com antecedente(s) de complicação minor
 - Há quanto tempo? _____
 - Mais que um episódio
- Assintomáticos (até então)
 - Diagnóstico há quanto tempo? _____
- Já colecistectomizado
 - Há quanto tempo? _____

4.1. Terapêutica Invasiva (CPRE):

- Sim
- Não

4.2. Complicações da CPRE:

- Sim
- Não

5. Se **MI** por Complicação Minor:

- Cirurgia imediata
- Alta e a aguardar cirurgia

6. Se Internamento Programado para cirurgia:

- Com antecedente de complicação major →
 - Há quanto tempo? _____
 - Mais que um episódio
- Com antecedente de complicação minor
 - Há quanto tempo? _____
 - Mais que um episódio
- Descoberta incidental na Ecografia
- Descoberta na Ecografia após sintomas*

6.1. Terapêutica Invasiva (CPRE):

Sim

Não

6.2. Complicações da CPRE:

Sim

Não

(preenchimento obrigatório a partir deste ponto):

ANTECEDENTES RELEVANTES

- Hipertensão Arterial
- Diabetes Mellitus
- Dislipidemia
- IMC > 30
- Nefrolitíase
- Perda de Peso >10%
- Cirurgia Bariátrica
- Antecedentes Familiares de Litíase Vesicular

*Sintomas:

Dor Abdominal

Intolerância a gorduras

Dispepsia

Enfartamento Pós-prandial

Medicação Habitual:

Fenofibratos

Estrogénios

Análogos da Somatostatina

IBP