



World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Litíase Biliar Assintomática

Núcleo da Equipe:

Prof. Alan G. Johnson MD

Prof. M Fried MD

Prof. G.N.J. Tytgat MD

Drs. J.H. Krabshuis

Conselheiros Especiais:

Prof. Roque Saenz

Prof. Martin Carey

Prof. Sum P. Lee

Tradução:

S.G. Jorge MD

Seções:

1. Definições
2. Prevalência da litíase biliar
3. Seguimento e risco de complicações
4. Posição sobre o tratamento cirúrgico
5. Exceções
6. Referências de literatura
7. Links para websites úteis
8. Membros do Comitê de Diretrizes Práticas da WGO que auxiliaram nesta Diretriz
9. Questões e sugestões

1. Definições

Litíase biliar assintomática: é a presença de cálculos biliares detectados incidentalmente em pacientes que não apresentam qualquer sintoma abdominal ou tem sintomas que aparentemente não são causados pelos cálculos. O diagnóstico é feito durante a ultrassonografia de rotina para outras condições abdominais ou, ocasionalmente, pela palpação da vesícula biliar durante uma cirurgia. Esta definição implica que sabemos quais sintomas são especificamente causados pelos cálculos.

Sintomas da calculose biliar [1,5,6]: Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, freqüentemente irradiada para o ombro direito, forçando o paciente a repousar e que não é aliviada pela evacuação. A dor geralmente é contínua, não em cólicas. Estudo de prevalência dinamarquês identificou a "dor no quadrante superior direito durante a noite" como o sintoma mais discriminante de litíase biliar em homens e a "dor forte e opressiva, provocada por alimentos gordurosos" em mulheres [7]. Muitos pacientes relatam indigestão

vaga e "inchaço", que provavelmente estão mais relacionados à síndrome do intestino irritável. No entanto, algumas vezes é muito difícil decidir se os cálculos estão ou não causando os sintomas. Por exemplo, a dor frequentemente é epigástrica, podendo ser erroneamente interpretada como doença ulcerosa péptica, especialmente se for desencadeada pelas refeições ou à noite.

2. Prevalência da litíase biliar

Na Europa, cerca de 10% de todos os adultos tem cálculos biliares, com maior prevalência em mulheres (2:1, chegando a 3:1 durante o período fértil [2,9]). A prevalência aumenta com a idade em ambos os sexos - à idade de 65 cerca de 30% das mulheres têm cálculos, e aos 80, chega a 60% em ambos os sexos.

3. Seguimento e risco de complicações

Não há estudo de seguimento com longo prazo de pacientes desde a formação dos cálculos até a sua morte. Na Dinamarca, a litíase biliar assintomática foi detectada por rastreamento ultra-sonográfico de uma população, que foi acompanhada por até 11 anos. As taxas de complicação (pancreatite aguda, icterícia obstrutiva e colecistite) foram de 0,2 a 0,8% por ano. No entanto, algumas das conclusões deste estudo foram criticadas por Heaton, que sugeriu que a seleção da coorte não foi metodologicamente rigorosa e que pacientes sintomáticos foram retirados previamente da coorte para cirurgia [6].

O estudo italiano (GREPCO) sugere que a taxa anual de complicações seja entre 0,3 e 1,2% se os cálculos são inicialmente assintomáticos e de 0,7 a 2% se sintomáticos [9].

O risco de desenvolvimento de câncer da vesícula biliar é de 0,3% em 30 anos em um estudo e 0,25% para mulheres e 0,12% para homens durante período similar em outro. Alguns estudos sugerem um risco de câncer muito mais alto na presença de cálculos maiores que 3 cm. Há estudos animais sugerindo a presença de outros fatores pró-cancerígenos.

É muito raro encontrar câncer da via biliar na ausência de cálculos, exceto na condição rara de pólipos adenomatosos. Demonstrou-se que a colelitíase, especialmente se acompanhada por colonização bacteriana crônica, passa pela seqüência de inflamação crônica - metaplasia - displasia - neoplasia. Muitos estudos seguiram essas mudanças morfológicas com marcadores genéticos.

Risco da colecistectomia

A mortalidade geral da colecistectomia varia de 0,14 a 0,5% em estudos diferentes, dependendo da idade e condições clínicas dos pacientes. Há evidências recentes de que a colecistectomia levaria a um aumento discreto no risco de câncer de cólon direito em mulheres após 15 anos. Também há um aumento no refluxo biliar gastroesofágico e na diarreia (em pacientes com síndrome do intestino irritável com diarreia) após a colecistectomia. Além do risco geral de mortalidade da colecistectomia, há um risco presente e talvez crescente de lesão do ducto biliar, que está associada a uma morbidade a longo prazo. Este é outro forte argumento contra a colecistectomia laparoscópica para a litíase assintomática.

4. Posição sobre o tratamento cirúrgico

Quando um grupo de nove cirurgiões avaliou 252 pacientes submetidos a colecistectomia, só concordaram que a cirurgia foi apropriada em 52% dos casos e discordaram em 44%. Portanto, é difícil concordar sobre quais sintomas são especificamente biliares e serão curados por colecistectomia. No entanto, quando não há nenhum sintoma, está claro que a colecistectomia não apresenta benefício em pacientes com litíase assintomática ou naqueles com apenas uma crise dolorosa sem complicações. O risco da cirurgia, nessas situações, é superior às complicações da conduta expectante.

Devido à frequência presumida de disfunção no transportador apical de ácidos biliares sódio-dependente (apical sodium-dependent bile acid transporter - ASBT), 1 a 2% dos pacientes desenvolvem diarreia crônica pós-colecistectomia e necessitam de quelantes de ácidos biliares.

Os números de risco e benefício são: suponha que, de 10.000 pacientes com litíase assintomática, 200 desenvolverão complicações agudas em 10 anos, com uma taxa de óbito de 2,5% (5 pacientes) e 100 desenvolverão pancreatite aguda com óbito de 10% (10 pacientes). Assim, 15 pacientes morrerão por complicações da litíase biliar. Se todos os 10.000 forem submetidos à cirurgia, entre 10 e 50 morrerão de complicações da mesma. As mortes da conduta não cirúrgica estendem-se ao longo de 10 anos, enquanto que as mortes pelo tratamento cirúrgico ocorrerão imediatamente.

Considerações financeiras

O custo da cirurgia profilática, dada a prevalência de litíase biliar, seria alto. Cálculos baseados nos custos médios em um hospital britânico mostram um custo de quase £ 4 milhões para 10.000 pacientes com litíase assintomática.

5. Exceções

Exceções a essa posição - de não operar na litíase biliar assintomática - podem depender de se o paciente será submetido à outra cirurgia abdominal ou se a cirurgia será realizada especificamente pela presença da litíase biliar.

- a. Pacientes com diagnóstico de litíase biliar mas que vivem em local remoto demais para tratamento médico se houver alguma complicação da litíase.
- b. Deve-se considerar a cirurgia em pacientes assintomáticos vivendo em áreas de alto risco para colangiocarcinoma, como o Chile e a Bolívia na América do Sul.
- c. Pacientes imunossuprimidos (como, por exemplo, transplantados), tem risco muito maior de complicações como a colangite. Além disso, a ciclosporina A e o tacrolimus (FK 506) são pró-litogênicos devido à redução na função da bomba de exportação de sais biliares (bile salt export pump - BSEP).
- d. Pacientes com diabetes insulino-dependente não tem prevalência mais alta de litíase biliar, mas quando idosos tem maior risco se surgirem complicações inflamatórias.
- e. Pacientes com perda rápida ou alterações cíclicas do peso e aqueles com outras condições que levem a maior risco geral de complicações.
- f. Pacientes com vesícula biliar calcificada (em "porcelana"), pelo alto risco de desenvolvimento de câncer.

6. Referências de literatura

1. Abdominal symptoms: Do they predict gallstones? A systematic review Berger-M-Y, Van-der-Velden-J-J-I-M, Lijmer-J-G, De-Kort-H, Pains-A, Bohnen-A-M, Scandinavian Journal of Gastroenterology 2000, 35/1 (70-76) [Pubmed-Medline](#).
2. Clinical manifestations of gallstone disease: Evidence from the Multicenter Italian Study on Cholelithiasis (MICOL) Festi-D, Sottili-S, Colecchia-A, Attili-A, Mazzella-G, Roda-E, Romano-F, Lalloni-L, Taroni-F, Barbara-L, Menotti-A, Ricci-G, Hepatology 1999, 30/4 (839-846) [Pubmed-Medline](#).
3. Abdominal symptoms and food intolerance related to gallstones Thijs-C, Knipschild-P Journal of Clinical Gastroenterology 1998, 27/3 (223-231) [Pubmed-Medline](#).
4. Dyspepsia- how noisy are gallstones ? A meta-analysis of epidemiologic studies of biliary pain, dyspeptic symptoms and food intolerance Kraag-N, Thijs-C, Knipschild-P. Scand J Gastroenterol, 1995:30 (411-421) [Pubmed-Medline](#).
5. Which abdominal symptoms are due to stones in the gallbladder Jørgensen T, Kay L, Hougaard Jensen K. Gastroenterology 1994;106:A342
6. Symptomatic and silent gall stones in the community Heaton-K-W, Braddon-F-E-M, Mountford-R-A, Hughes-A-O, Emmett-P-M. Gut 1991, 32/3 (316-320) [Pubmed-Medline](#).
7. Abdominal symptoms and gallstone disease: An epidemiological investigation, Jorgensen-T. Hepatology 1989, 9/6 (856-860) [Pubmed-Medline](#).
8. Correlation between gallstones and abdominal symptoms in a random population. Results from a screening study Glambek-I, Arnesjo-B, Soreide-O. Scandinavian Journal of Gastroenterology 1989, 24/3 (277-281) [Pubmed-Medline](#).
9. Prevalence of gallstone disease in an Italian adult female population. Rome Group for the Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO), Capocaccia-L, Giunchi-G, Pocchiari-F, et-al. American Journal of Epidemiology 1984, 119/5 (796-805). [Pubmed-Medline](#).

7. Links para websites úteis

Society for Surgery of the Alimentary Tract

Treatment of gallstone and gallbladder disease. Inc.. 1998 Jun 3 (revised 2000 Jan). 5 pages.

Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons

Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. 1990 (updated 1999). 3 pages.

Optimed Medical Systems Clinical Development Group

Cholecystectomy. 1989 (revised 2000). The software includes over 19 menus and requires user to spend 2-5 minutes depending on the clinical information.

American College of Radiology

ACR Appropriateness Criteria for evaluation of patients with acute right upper quadrant pain. 1996 (revised 1999). 5 pages.

National Guidelines Clearing House

At the NGC site type 'cholelithiasis' in the searchbox for an overview of all guidelines which mention this term.

8. Membros do Comitê de Diretrizes Práticas da WGO que auxiliaram nesta Diretriz

Prof. RN Allan	Allan, B15 2TH, Birmingham	Robert.Allan@university-b.wmids.nhs.uk
Prof. Franco Bazzoli	Bazzoli, 40138, Bologna	bazzoli@alma.unibo.it
Dr. Philip Bornman	Bornman, 7925, Cape Town	bornman@curie.uct.ac.za

Dr Ding-Shinn Chen	Chen, 10016, Taipei	gest@ha.mc.ntu.edu.tw
Dr. Henry Cohen	Cohen, 11600, Montevideo	hcohen@chasque.apc.org
Prof. A. Elewaut	Elewaut, 9000, Gent	andre.elewaut@rug.ac.be
Dr. Suliman S. Fedail	Fedail, Khartoum	fedail@hotmail.com
Prof. Michael Fried	Fried, 8091, Zürich	michael.fried@dim.usz.ch
Prof. Alfred Gangl	Gangl, 1090, Wien	alfred.gangl@univie.ac.at
Prof. Joseph E. Geenen	Geenen, 53215, Milwaukee	giconsults@aol.com
Dr. Saeed S. Hamid	Hamid, 74800, Karachi	saeed.hamid@aku.edu
Dr. Richard Hunt	Hunt, L8N 325, Hamilton / Ontario	huntr@fhs.mcmaster.ca
Prof. Günter J. Krejs	Krejs, 8036, Graz	guenter.krejs@kfunigraz.ac.at
Prof. Shiu-Kum Lam	Lam, Hong Kong	mcwong@hkucc.hku.hk
Dr. Greger Lindberg	Lindberg, 14186, Huddinge //Stockholm	greger.lindberg@medhs.ki.se
Prof. Juan-R. Malagelada	Malagelada, 08035, Barcelona	malagelada@hg.vhebron.es
Prof. Peter Malfertheiner	Malfertheiner, 39120, Magdeburg	peter.malfertheiner@medizin.uni-magdeburg.de
Prof. Roque Saenz	Saenz, Las Condes Santiago de Chile	schgastr@netline.cl
Dr. Nobuhiro Sato	Sato, 113-8421, Tokyo	nsato@med.juntendo.ac.jp
Prof. Mahesh V. Shah	Shah, Nairobi	mv@wananchi.com
Dr. Pateek Sharma	Sharma, MO 64128, Kansas City	psharma@kumc.edu
Dr. Jose D. Sollano	Sollano, 1008, Manila	jsollano@metro.net.ph
Prof. Alan B.R. Thomson	Thomson, AB T6G 2C2, Edmonton	alan.thomson@ualberta.ca
Prof. Guido N. J. Tytgat	Tytgat, 1105 AZ, Amsterdam	g.n.tytgat@amc.uva.nl
Dr. Nimish Vakil	Vakil, 53233, Milwaukee , WI	nvakil2001us@yahoo.com
Dr. Hou Yu Liu	Yu Liu, 200032, Shanghai	hyliau@online.sh.cn

9. Questões e sugestões

Convite para Comentários

O Comitê de Diretrizes Práticas agradece quaisquer comentários, dúvidas e sugestões. Por favor, não hesite em clicar no botão abaixo e compartilhar conosco suas opiniões e experiência com essa condição. Juntos, podemos fazer melhor!

guidelines@worldgastroenterology.org