

Medicina Baseada em Evidências

COLECISTECTOMIA EM PACIENTE COM PANCREATITE POR LITÍASE BILIAR: CIRURGIA IMEDIATA OU TARDIA?

- P:** Pacientes adultos de ambos os sexos com pancreatite por litíase biliar
I: Colecistectomia eletiva precoce
C: Colecistectomia eletiva tardia
O: Mortalidade

Os pacientes com pancreatite por litíase biliar devem ser submetidos a alguma forma de tratamento definitivo e essa intervenção deve ser realizada assim que possível. Um atraso na intervenção aumenta as chances de cálculos adicionais migrarem, podendo ocasionar outro episódio de pancreatite. A intervenção, o mais breve possível, por outro lado, pode introduzir infecção no interior da área peripancreática inflamada e/ou agravar a pancreatite.

Com objetivo de elucidar o tempo para realização de colecistectomia em pacientes portadores de pancreatite aguda por litíase biliar, realizamos uma revisão sistemática agregando os resultados de estudos do tipo coorte. A base Medline foi consultada através da estratégia [Mesh]: Time Factors AND Cholecystectomy AND Pancreatitis, recuperando 85 artigos, que foram analisados individualmente pelo título e resumo.

Não foram incluídos os estudos em línguas diferentes do português, inglês ou espanhol. Foram selecionados oito estudos relacionados à dúvida clínica. Após a avaliação crítica do texto completo, um foi excluído por ser um estudo do tipo transversal¹, outro estudo foi excluído porque não demonstrou os critérios de prognóstico, não apresentando o grau de pancreatite: leve, severa ou moderada². Foram extraídos os resultados de seis estudos³⁻⁸ com escore na escala Newcastle-Ottawa⁹ de avaliação de qualidade maior que seis, cujos pacientes foram seguidos através do critério de Ranson¹⁰.

Foram incluídos homens e mulheres adultos que apresentaram quadros clínicos de pancreatite aguda por litíase biliar.

Resultados

A análise dos resultados quanto ao desfecho mortalidade em pacientes com pancreatite grave (RANSON ≥ 3) demonstrou aumento do risco absoluto (ARA) na cirurgia até 72h (Precoce) de 6,8% (IC95% 2,9% a 10,7%) e cirurgia de 72h a duas semanas (Tardia) de 17,8% (IC95% 9,0% a 26,6%) quando comparadas à cirurgia após duas semanas (Eletiva).

Pacientes com pancreatite leve (RANSON < 3) que foram submetidos à colecistectomia precoce, tardia ou eletiva não apresentaram mortalidade.

Por meio desta revisão concluímos que em pacientes com pancreatite grave por litíase biliar a cirurgia eletiva é a que demonstra menor mortalidade (NNT 6 ou 15), mostrando-se o tempo mais seguro para a colecistectomia.

Apesar disso, devemos levar em consideração que esses estudos não são ensaios randomizados, nos quais a distribuição

de pacientes por grupo pode ter sido influenciada pela gravidade individual de cada paciente.

GIZELA KELMANN
WELLINGTON TADEU SPERANDIO
THIAGO QUEROZ
ROMULO PARIS SOARES
WANDERLEY MARQUES BERNARDO

Referências

1. Senapati PS, Bhattacharya D, Harinath G, Ammori BJ. A survey of the timing approach to the surgical management of cholelithiasis in patients with acute biliary pancreatitis and acute cholecystitis in the UK. *Ann R Coll Surg Engl* 2003; 85:306-12.
2. Kelly TR. Gallstone pancreatitis: the timing of surgery. *Surgery* 1980; 88:345-50.
3. Rosing DK, de Virgilio C, Yaghoobian A, Putnam BA, El Masry M, Kaji A, et al. Early cholecystectomy for mild to moderate gallstone pancreatitis shortens hospital stay. *J Am Coll Surg* 2007; 205: 762-6.
4. Cameron DR, Goodman AJ. Delayed cholecystectomy for gallstone pancreatitis: re-admissions and outcomes. *Ann R Coll Surg Engl* 2004; 86: 358-62.
5. Bedirli A, Sözüer EM, Sakrak O, Babayigit H, Yilmaz Z. Comparison of the results of early, delayed and elective surgery in biliary pancreatitis. *Turk J Gastroenterol* 2003; 14: 97-101.
6. Taylor E, Wong C. The optimal timing of laparoscopic cholecystectomy in mild gallstone pancreatitis. *Am Surg* 2004; 70: 971-5.
7. Nealon WH, Bawduniak J, Walser EM. Appropriate timing of cholecystectomy in patients who present with moderate to severe gallstone-associated acute pancreatitis with peripancreatic fluid collections. *Ann Surg* 2004; 239: 741-9.
8. Runkel NS, Buhr HJ, Herfarth C. Outcome after surgery for biliary pancreatitis. *Eur J Surg* 1996; 162:307-13.
9. Newcastle – Ottawa Quality Assessment Scale. Coorte Studies. [cited 2008 mar]. Available from: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf
10. Ranson JH. Etiological and prognostic factors in human acute pancreatitis: a review. *Am J Gastroenterol* 1982; 77: 633-8.

Clinica Médica

SEGURANÇA DA RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA APÓS ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM STENT

Paciente de 60 anos, hipertenso, procurou o cardiologista devido a angina progressiva até classe funcional III, apesar de tratamento clínico otimizado com AAS, betabloqueadores, estatina e nitrato. Foi realizada cineangiogramia com angioplastia (ATC) da artéria circunflexa com *stent* farmacológico. Porém, no final do exame, o paciente apresentou diplopia e alteração do campo visual. Indicada ressonância nuclear magnética (RNM) cerebral com difusão para diagnóstico de isquemia aguda. É segura a realização de RNM logo após a colocação do *stent*?

A segurança da RNM após ATC tem sido alvo de controvérsias durante muito tempo. Esta controvérsia tem importante implicação clínica porque pode surgir a necessidade da realização de RNM de urgência em um curto período após a angioplastia com *stent*, como no caso descrito.

O temor da realização da RNM em pacientes com *stents* coronarianos, principalmente nas primeiras semanas após o seu implante, reside na teórica possibilidade de haver um