



TRATAMENTO CIRÚRGICO X CONSERVADOR EM PACIENTES IDOSOS COM COLELITÍASE ASSINTOMÁTICA: O DILEMA DA IDADE

Karoline Santos Batista (1), Larissa Maria Alves R. Diasm (1) Giuliana Forte (2), José Luiz Amuratti Gonçalves (2)



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p1268-1282>

Artigo publicado em 10 de Fevereiro de 2025

RESUMO

RESUMO: A população mundial vem crescendo progressivamente, na mesma medida em que o Brasil envelhece de forma rápida e intensa. A colelitíase é a patologia cirúrgica abdominal mais comum no público senil e, tendo em vista a importância do tema, foi realizada revisão com o objetivo de analisar a melhor escolha de tratamento da população idosa com colelitíase assintomática e, em caso de necessidade operatória, avaliar se a colecistectomia laparoscópica é superior ao tratamento conservador no idoso com colelitíase. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica a partir de estudos de coorte prospectiva, caso-controle, corte transversal, ensaio clínico e revisão sistemática de artigos científicos publicados no Scielo, Pubmed e BVS Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, utilizando os descritores *gallstones*, *cholelithiasis*, *aged*, *general surgery*, *surgical technique*, *conservative treatment*, *surgical procedures*, bem como em português, isolados e combinados. A revisão da literatura indica que a prática atual tende a operar pacientes sintomáticos enquanto os pacientes assintomáticos são geralmente monitorados, exceto em casos de alto risco de complicações. No que diz respeito às intervenções cirúrgicas, os avanços na cirurgia laparoscópica têm aprimorado os desfechos operatórios em pacientes idosos, proporcionando menor morbidade e recuperação mais rápida em comparação com a cirurgia aberta tradicional. No entanto, a decisão de operar indivíduos idosos, especialmente os mais frágeis, deve ser tomada com cautela, considerando a maior probabilidade de complicações e o impacto sobre a qualidade de vida destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: *gallstones; cholelithiasis; aged; general surgery; surgical technique; conservative treatment; surgical procedures*



SURGICAL VS. CONSERVATIVE TREATMENT IN ELDERLY PATIENTS WITH ASYMPTOMATIC CHOLELITHIASIS: THE DILEMMA OF AGE"

ABSTRACT:

The world population has been growing progressively, at the same time as Brazil is aging rapidly and intensely. Cholelithiasis is the most common abdominal surgical pathology in the elderly population and, considering the importance of the topic, a review was carried out with the aim of analyzing the best treatment choice for the elderly population with asymptomatic cholelithiasis and, in case of surgical need, evaluating whether laparoscopic cholecystectomy is superior to conservative treatment in the elderly with cholelithiasis. To this end, a bibliographical review was carried out based on prospective cohort, case-control, cross-sectional studies, clinical trials and systematic reviews of scientific articles published in Scielo, Pubmed and VHL Virtual Health Library of the Ministry of Health, using the descriptors gallstones, cholelithiasis, aged, general surgery, surgical technique, conservative treatment, surgical procedures, as well as in Portuguese, isolated and combined. Review of the literature indicates that current practice tends to operate on symptomatic patients while asymptomatic patients are generally monitored, except in cases of high risk of complications. With regard to surgical interventions, advances in laparoscopic surgery have improved operative outcomes in elderly patients, providing lower morbidity and faster recovery compared to traditional open surgery. However, the decision to operate on elderly individuals, especially the most fragile, must be taken with caution, considering the greater likelihood of complications and the impact on the quality of life of these patients.

KEYWORDS: *gallstones; cholelithiasis; aged; general surgery; surgical technique; conservative treatment; surgical procedures*

Instituição afiliada – 1. Acadêmicas de Medicina da Faculdade de Medicina da UNOESTE – Universidade do Oeste Paulista – campus Guarujá
2. Professores de Geriatria e Gastroenterologia respectivamente Faculdade de Medicina da UNOESTE – Universidade do Oeste Paulista – campus Guarujá

Autor correspondente: JOSÉ LUIZ AMURATTI GONÇALVES – dramuratti@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

A associação mais notável entre disfunção hepatobiliar em idosos está no aumento da prevalência de colelitíase e suas complicações. A prevalência de colelitíase aumenta progressivamente com o avançar da idade, embora os números absolutos variem conforme a população estudada. Estudos indicam a presença de cálculos biliares em até 80% dos residentes em instituições de longa permanência com idade superior a 90 anos. Nos idosos, as doenças das vias biliares são a principal indicação para procedimentos cirúrgicos abdominais. Em 2006, as pessoas com mais de 65 anos representavam 50% das altas hospitalares por diagnóstico primário de colelitíase e um terço das mais de 400 mil colecistectomias hospitalares realizadas naquele ano³.

A prática atual é de operar apenas os pacientes sintomáticos, deixando os milhões de assintomáticos em observação⁷. Em relação ao tamanho do cálculo, a presença de cálculos grandes (maiores que 2 cm) aumenta significativamente o risco de desenvolver colecistite aguda e câncer de vesícula. Embora haja divergências entre os gastroenterologistas em relação ao tratamento ideal para esses cálculos, há um consenso entre os cirurgiões que se é indicado colecistectomia profilática para cálculos grandes. Entretanto, os microcálculos (menores que 0,5 cm) podem desencadear episódios de pancreatite aguda, sendo indicada a cirurgia em pacientes previamente hígidos^{7,12,13}.

Na perspectiva do tratamento senil, uma série de possibilidades devem ser levadas em conta. Com o avançar da idade, é frequente o aumento de comorbidades significativas e reserva funcional limitada, o que está associada a maior taxa de complicações e maior tempo de internação¹⁴. O objetivo do tratamento da colelitíase no idoso, bem como nas demais patologias, é garantir o melhor prognóstico com o menor prejuízo fisiológico possível¹⁴. Amaral concluiu que pacientes com idade maior ou igual a 65 anos apresentam maior taxa de complicação pós-operatória e maior tempo de permanência hospitalar pós-cirúrgica, optando-se por tratamento expectante para colelitíase assintomática em indivíduos com mais de 65 anos¹⁵.

METODOLOGIA



Para realização desta revisão de literatura, realizou-se uma busca nas bases de dados do PubMed e Scielo utilizando os seguintes descritores: *gallstones; cholelithiasis; aged; general surgery; surgical technique; conservative treatment; surgical procedures*, bem como em português, isolados e combinados, tendo como objetivo analisar a melhor escolha de tratamento do paciente idoso com colelitíase assintomática e avaliar se a colecistectomia laparoscópica é superior ao tratamento conservador no idoso com colelitíase.

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos desde o primeiro publicado sobre o tema até agosto de 2023, nos idiomas português e inglês. Os delineamentos escolhidos foram coorte prospectiva, caso-controle, corte transversal, ensaio clínico e revisão sistemática. A idade alvo foram idosos acima de 60 anos, bem como o tratamento conservador da colelitíase e tratamento cirúrgico profilático. Para complementar a revisão, a Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde também foi consultada.

Os estudos excluídos foram aqueles focados exclusivamente em populações pediátricas, gestantes ou pacientes com condições médicas específicas não relacionadas diretamente à colelitíase.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

OS RESULTADOS SUMARIZADOS NA TABELA 1.

TÍTULO DO ESTUDO SELECIONADO	ANO DO ESTUDO	PRINCIPAL ACHADO
Clinical safety of laparoscopic cholecystectomy in elderly patients: a comparison of clinical outcomes in patients aged 65 to 79 years over 80 years ³⁶	2020	Complicações e mortalidade foram semelhantes em pacientes com idade entre 65 a 79 anos e ≥ 80 anos. Portanto, a LC é considerada um procedimento seguro e simples para os idosos.
The effect of adding functional classification to ASA status for predicting 30-day mortality ³¹	2015	A capacidade funcional foi um preditor independente de mortalidade dentro de cada classe ASA, sugerindo sua inclusão na avaliação pré-operatória rotineira. A dependência funcional pode justificar o aumento de um ponto na classe ASA para melhor refletir o risco perioperatório, mas são necessárias validações prospectivas adicionais devido à natureza preliminar deste estudo
The safety of a laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis in high-risk patients older than sixty with stratification based on ASA score ²⁹	2006	Pacientes com classificação ASA 3 apresentaram um tempo de internação pré-operatório mais longo (8,8 dias) em comparação com os pacientes ASA 1 (5,6 dias). Houve uma maior incidência de colecistite complicada e tempo operatório prolongado nos grupos ASA 2 e ASA 3 em comparação com ASA 1 ($p < 0,05$). A morbidade foi mais comum no grupo ASA 3 do que no ASA 1. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto à taxa de conversão para cirurgia aberta, tempo para iniciar a dieta e tempo de internação pós-operatório ($p > 0,05$). Estes resultados



		sugerem que a colecistectomia laparoscópica pode ser uma opção de tratamento eficaz para pacientes idosos de alto risco.
Silent gallstones: a therapeutic dilemma ¹⁶	2004	A prevalência de cálculos biliares foi significativamente maior em vesículas com metaplasia, displasia ou neoplasia (P < 0,001). Houve um aumento de sialomucina e uma diminuição de sulfamicina de metaplasia para malignidade, enquanto a mucina neutra aumentou nas células metaplásicas e reduziu nas células neoplásicas. A perda de O-acilação na sialomucina também foi observada em células neoplásicas. As alterações histoquímicas indicam que a lesão crônica causada pela colelitíase pode levar à metaplasia, que pode progredir para displasia ou neoplasia com estímulo persistente.
Consequences of prolonged wait before gallbladder surgery ³²	2002	Indica alta incidência de complicações enfrentadas por pacientes na lista de espera para colecistectomia laparoscópica. Embora o tempo mediano de espera para a cirurgia tenha sido mais curto no grupo de emergência, a morbidade e a taxa de readmissão foram mais altas nesse grupo de pacientes.
Gastrointestinal quality of life in patients with symptomatic or asymptomatic	2001	No grupo sintomático, os escores GIQLI aumentaram de 80,32 ± 19,1 no pré-operatório para 113,42 ± 21,9 no pós-



<p>cholelithiasis before and after laparoscopic cholecystectomy²³</p>		<p>operatório ($p < 0,05$). No grupo assintomático, os escores aumentaram de $96,37 \pm 14,26$ no pré-operatório para $113,30 \pm 15,22$ no pós-operatório ($p < 0,05$). Para os subgrupos de itens, houve melhorias significativas nos sintomas centrais e nos itens físicos, psicológicos e específicos da doença em ambos os grupos no pós-operatório ($p < 0,05$), mas apenas o grupo sintomático apresentou uma melhora significativa no subgrupo de itens sociais ($p < 0,05$). Foram encontradas correlações negativas entre os escores do GIQLI pré-operatório e a melhora observada após a colecistectomia laparoscópica nos grupos sintomático ($r = -0,70$) e assintomático ($r = -0,49$).</p>
<p>Cholecystitis in the octogenarian: is laparoscopic cholecystectomy the best approach?²¹</p>	<p>2001</p>	<p>O tempo médio de internação foi de 11,7 dias para os tratados por via laparoscópica e de 15,7 dias para os tratados com a técnica aberta. Houve dez (56%) complicações no grupo laparoscópico e cinco (14%) complicações no grupo aberto. Houve quatro óbitos (22%) entre os tratados por laparoscopia e três óbitos (8,6%) no grupo colecistectomia aberta</p>
<p>Laparoscopic cholecystectomy to treat patients with asymptomatic gallstones¹⁷</p>	<p>2000</p>	<p>Colecistectomia laparoscópica é menos complexa tecnicamente e pode ser realizada com segurança em pacientes com cálculos biliares assintomáticos. A ligeira elevação na incidência de</p>



		<p>malignidade observada pode estar relacionada à endemicidade da doença. Assim, a colecistectomia deve ser considerada para pacientes de baixo risco, mesmo na ausência de sintomas de cálculos biliares.</p>
<p>Laparoscopic cholecystectomy in the elderly: a prospective study¹⁹</p>	<p>2000</p>	<p>A taxa de conversão para colecistectomia aberta foi de 21,6%, com um tempo médio de internação hospitalar de 6,9 dias tanto para os procedimentos laparoscópicos quanto para as conversões. As taxas de morbidade e mortalidade foram de 13,7% e 1%, respectivamente, sem registros de complicações cardiopulmonares intraoperatórias ou necessidade de reoperação entre os pacientes idosos. Apesar das complicações mais frequentes e da maior duração de internação comparada aos pacientes mais jovens, nossos resultados mostraram-se favoráveis em comparação com estudos anteriores de colecistectomia aberta em idosos.</p>
<p>Organ physiology of aging²⁰</p>	<p>1994</p>	<p>Durante períodos de estresse, como em procedimentos cirúrgicos ou doenças, os pacientes idosos podem não conseguir lidar com o aumento da demanda metabólica devido à perda de capacidade de reserva. Esta redução na capacidade de tolerar intervenções é crucial, tornando essencial que os</p>



		<p>cirurgiões identifiquem os pacientes idosos com maior risco de complicações. É fundamental considerar o manejo adequado da reposição de fluidos e eletrólitos, a gestão respiratória para evitar atelectasias e pneumonias, e a monitorização de potenciais complicações cardíacas.</p>
<p>Laparoscopic Cholecystectomy in Patients Aged 65 or Older³⁰</p>	<p>1993</p>	<p>A colecistectomia laparoscópica oferece aos pacientes com 65 anos ou mais os mesmos benefícios de menor tempo de internação hospitalar e menor dor do que aos pacientes mais jovens. A idade por si só não deve ser vista como uma razão para evitar a realização da colecistectomia laparoscópica.</p>
<p>Open versus laparoscopic cholecystectomy. A comparison of postoperative function¹⁸</p>	<p>1991</p>	<p>Após a cirurgia, observou-se que a capacidade vital forçada (CVF) foi de 52% da função pré-operatória para a colecistectomia aberta e 73% para a laparoscópica ($p = 0,002$). O volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) foi de 53% da função basal para a aberta e 72% para a laparoscópica ($p = 0,006$). O fluxo expiratório forçado de 25% a 75% (FEF) foi de 53% para a aberta e 81% para a laparoscópica ($p = 0,07$). Concluiu-se que a colecistectomia laparoscópica resulta em melhorias na função pulmonar em comparação com a técnica aberta.</p>



Tabela 1: Caracterização dos estudos selecionados

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população mundial está em envelhecimento acelerado, um fenômeno particularmente evidente no Brasil. De acordo com as projeções da Organização das Nações Unidas e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³⁸, a proporção de idosos aumentará significativamente nas próximas décadas. Essa mudança demográfica traz novos desafios para o sistema de saúde, incluindo a gestão de doenças prevalentes nessa faixa etária, como a colelitíase.

A colelitíase, ou presença de cálculos na vesícula biliar, é uma condição comum entre idosos. Embora muitos permaneçam assintomáticos, uma parcela significativa pode desenvolver sintomas ou complicações graves, como colecistite aguda e pancreatite.

Com base na análise dos estudos revisados nesta revisão integrativa sobre o tratamento da colelitíase em pacientes idosos, foi possível observar uma variedade de abordagens terapêuticas e considerações importantes. A decisão entre o tratamento cirúrgico e conservador em idosos com colelitíase assintomática deve ser individualizada, levando em conta a idade, comorbidades e expectativa de vida dos pacientes. A literatura revisada destaca a importância da monitorização regular, da educação dos pacientes sobre sinais de complicações e da avaliação abrangente dos riscos e benefícios de cada opção terapêutica.

Esta revisão mostra que a prática atual tende a operar apenas pacientes sintomáticos, enquanto assintomáticos são geralmente observados, exceto em casos com alto risco de complicações. No entanto, há divergências significativas entre especialistas sobre quando intervir profilaticamente em idosos assintomáticos. Cirurgiões tendem a ser mais propensos a recomendar



colecistectomia profilática em comparação com gastroenterologistas, especialmente em pacientes com cálculos grandes ou múltiplos fatores de risco.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **População mundial deve chegar a 9,7 bilhões de pessoas em 2050, diz relatório da ONU.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/83427-popula%C3%A7%C3%A3o-mundial-deve-chegar-97-bilh%C3%B5es-de-pessoas-em-2050-diz-relat%C3%B3rio-da-onu> Acesso em: 8 mar. 2023
2. DINIZ, L. R; GOMES, D. C. D. A; KITNER, D. **Geriatría.** Rio de Janeiro; RJ: MedBook Editora; 2019.
3. Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editors. **Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice.** 21th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2022.
4. DI CIAULA, A; WANG, D. Q; PORTINCASA, P. An update on the pathogenesis of cholesterol gallstone disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2018 Mar;34(2):71-80.
5. SUN, H. et al. **Factors Influencing Gallstone Formation: A Review of the Literature.** *Biomolecules*, v. 12, n. 4, p. 550, 6 abr. 2022
6. ZDANOWICZ, K. et al. **The Etiology of Cholelithiasis in Children and Adolescents— A Literature Review.** *International Journal of Molecular Sciences*, v. 23, n. 21, p. 13376, 2 nov. 2022.
7. DOHERTY, G. M. **Current: diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre; RS: AMHG Editora; 2015.
8. JONES, M. W; WEIR, C. B; GHASSEMZADEH, S. **Gallstones (Cholelithiasis).** 2023 Apr 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls



9. SHERLOCK, S. **Doenças do fígado e do Sistema Biliar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
10. COURTNEY, M. T; et al. **Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna**. Rio de Janeiro; RJ: Elsevier Editora; 2019
11. DIEHL, A.K; SUGAREK, N. J; TODD, K. H. **Clinical evaluation for gallstone disease: usefulness of symptoms and signs in diagnosis**. Am J Med. 1990 Jul;89(1):29-33
12. PATIÑO, J. F. **Conveniencia de la colecistectomia laparoscópica en el paciente con litiasis asintomático**. Acta gastroenterol Latinoam, v.26, n.3, p.187-192, 1996.
13. PATIÑO, J. F.; QUINTERO, G. A. **Asymptomatic Cholelithiasis Revisited**. Word J Surg, v. 22, n.11, p.1119-1124, 1998
14. LEE, S. I; et al. **Clinical outcome for laparoscopic cholecystectomy in extremely elderly patients**. Ann Surg Treat Res. 2015 Mar;88(3):145-51
15. AMARAL, P. C. G; et al. **Taxas de complicações e tempo de permanência hospitalar foram maiores em pacientes idosos submetidos a videolaparocolecistectomia - Resultados após colecistectomia videolaparoscópica em pacientes idosos**. Rev bras videocir, Salvador - BA v. 4 n. 2 Abr/Jun; 2006
16. GUPTA, S. K.; SHUKLA, V. K. **Silent gallstones: a therapeutic dilemma**. Trop Gastroenterol, v.25, n.2, p.65-68, apr-jun 2004.
17. COELHO, J. C. et al. **Laparoscopic cholecystectomy to treat patients with asymptomatic gallstones**. Dig Surg, v.17, n.4, p.344-347, 2000
18. FRAZEE R. C; et al. **Open versus laparoscopic cholecystectomy. A comparison of postoperative function**. Ann Surg. 1991;213:651-3
19. PESSAUX P; et al. **Laparoscopic cholecystectomy in the elderly: a prospective study**. Surg Endosc. 2000;14:1067-9
20. EVERS B. M; TOWNSEND, C. M. Jr; THOMPSON, J. C. **Organ physiology of aging**. Surg Clin North Am. 1994;74:23-39.
21. UECKER J; et al. **Cholecystitis in the octogenarian: is laparoscopic cholecystectomy the best approach?** Am Surg. 2001;67:637-40.
22. WINBLADH, A; et al. **Systematic review of cholecystostomy as a treatment option in acute cholecystitis**. HPB, 2009; 11(3), 183-193.



23. MENTES, B. B. et al. ***Gastrointestinal quality of life in patients with symptomatic or asymptomatic cholelithiasis before and after laparoscopic cholecystectomy.*** Surg Endosc, v.5, n.11, p.1267-1272, nov. 2001
24. QUINTANA, J. M. et al. ***Predictors of improvement in health-related quality of life in patients undergoing cholecystectomy.*** Br J Surg, v.90, n.12, p.1549-1555, dec. 2003.
25. STRASBERG, S. M. ***Cholelithiasis: seven critical questions.*** Mo Med, v.90, n.10, p.659-665, oct. 1993.
26. TAROCCO, R. et al. ***Asymptomatic cholelithiasis: indications for cholecystectomy based on the levels of acute phase proteins.*** Chir Ital, v.51, n.3, p.207-213, 1999.
27. ROS, E. et al. ***Symptomatic versus silent gallstones. Radiographic features and eligibility for nonsurgical treatment.*** Dig Dis Sci, v.39, n.8, p.1697-1703, 1994
28. NUNES, I. A; et al. ***Colelitíase assintomática: quando operar?*** HU rev., Juiz de Fora, v.33, n.3, p.69-73, jul./set. 2007
29. YI, N; HAN, H; MIN, S. ***The safety of a laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis in high-risk patients older than sixty with stratification based on ASA score.*** Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies, 2006; 15(3), 159–164.
30. SAXE, A; LAWSON, J; PHILLIPS, E. ***Laparoscopic Cholecystectomy in Patients Aged 65 or Older.*** Journal of Laparoendoscopic Surgery, 1993; 3(3), 215–219.
31. VISNJEVAC, O; et al. ***The effect of adding functional classification to ASA status for predicting 30-day mortality.*** Anesth Analg 2015;121(1):110-6.
32. CHERUVU, C. V. N; EYRE-BROOK, I. A. ***Consequences of prolonged wait before gallbladder surgery.*** Ann R Coll Surg Engl 2002; 84: 20-22
33. ALVES, J. R; et al. ***ASYMPTOMATIC CHOLELITHIASIS: EXPECTANT OR CHOLECYSTECTOMY. A SYSTEMATIC REVIEW.*** ABCD, arq bras cir dig [Internet]. 2023;36: e1747.



34. TANAJA, J; LOPEZ, R. A; MEER, J. M. **Cholelithiasis**. 2023 Aug 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
35. COIMBRA, F. J. F; et al. **Brazilian consensus on incidental gallbladder carcinoma**. Arq Bras Cir Dig. 2020;33(1): e1496.
36. KIM, D; et al. **Clinical safety of laparoscopic cholecystectomy in elderly patients: a comparison of clinical outcomes in patients aged 65 to 79 years over 80 years**. J Acute Care Surg 2020;10(1):1-4
37. European Association for the Study of the Liver (EASL). Electronic address: easloffice@easloffice.eu. **EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones**. J Hepatol. 2016 Jul;65(1):146-181.
38. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Revista Retratos do Brasil**, n 16, fev 2019, IBGE, p 22.