

Avaliação de complicações pós colecistectomia videolaparoscópica em pacientes com diagnóstico de colecistite aguda em um hospital de Blumenau, Santa Catarina

Evaluation of complications after laparoscopic cholecystectomy in patients with acute cholecystitis in a Hospital in Blumenau, Santa Catarina

Carolina Kauling Dagnoni¹, Anna Caroline Guerreiro², Flávio Silvério de Almeida Ponce³

1. Médica residente de cirurgia geral do Hospital Santo Antônio de Blumenau, SC.
2. Médica residente de cirurgia geral do Hospital Santo Antônio de Blumenau, SC.
3. Médico Cirurgião Geral do Hospital Santo Antônio de Blumenau, SC.

Hospital Santo Antônio, Blumenau – Santa Catarina

Resumo: A colecistite aguda calculosa é a complicação mais frequente da colelitíase, e tem como seu tratamento definitivo a colecistectomia laparoscópica. A morbi-mortalidade pós colecistectomia é influenciada tanto pelo caráter da cirurgia, quanto pelas características do paciente. Objetivo: Descrever as complicações, tanto inerentes ao quadro clínico quanto a cirurgia, após procedimento cirúrgico dos pacientes que foram admitidos no serviço de emergência por colecistite aguda. Métodos: estudo retrospectivo de pacientes submetidos à colecistectomia admitidos na Emergência por colecistite aguda. Foram excluídas as colecistectomias realizadas por trauma, ou por doença neoplásica pancreática ou biliar, as realizadas em associação com operações abdominais simultâneas (exceto da via biliar), ou por outras indicações. Resultados: Dos 104 pacientes, 5 foram excluídos. Dos 99 pacientes avaliados, 68,7% eram mulheres e 31,3% homens. A faixa etária mais frequente foi de 31-40

anos (21,1%). Ocorreram 5 (5,1%) casos de reintervenção cirúrgica e 2 óbitos (2%). A conversão de cirúrgica de videolaparoscópica para laparotomia ocorreu em 2 casos (2%). Dentre os 13 casos que tiveram complicações cirúrgicas, 8 eram mulheres e 5 homens. A complicação cirúrgica mais frequente foi vazamento de bile para cavidade, com 6 (46,2%) casos; com 61,6% dos pacientes com idade superior a 51 anos. 46,2% dos pacientes complicados foram classificados como ASA III no momento da cirurgia. Conclusão: pacientes que mais complicaram foram mulheres, com >70 anos, com ASA igual ou superior a III. A complicação cirúrgica mais frequente foi vazamento de bile para cavidade abdominal (46,2%).

Palavras-chave: colecistite aguda, colecistectomia laparoscópica, complicações pós operatórias.

1. Introdução

A colecistite aguda calculosa é a complicação mais frequente da colelitíase e representa um terço de todas as internações hospitalares de emergência cirúrgica⁷. Consiste na inflamação da vesícula biliar devido a obstrução do infundíbulo ou do ducto cístico por cálculos ou lama biliar, podendo acarretar em significativa morbidade e mortalidade ao paciente^{1,7}. O Brasil corresponde a 9,4% da prevalência global com incidência aumentada no doente idoso e em ascensão devido principalmente ao aumento da prevalência de obesidade^{6,19}.

A prevalência de cálculos biliares aumenta com a idade. Cerca de 15% dos homens e 24% das mulheres têm cálculos biliares até os 70 anos, e aos 90 anos estes mesmos dados sobem para 24% e 35%, respectivamente¹⁹. Os pacientes idosos apresentam maior morbidade e mortalidade, tanto por serem pacientes que geralmente apresentam outras comorbidades e também por apresentarem sinais e sintomas não típicos, o que pode adiar o diagnóstico. Neste sentido, a colecistite aguda pode levar a complicações potencialmente fatais como empiema, gangrena da vesícula biliar e perfuração da vesícula¹⁴.

O tratamento cirúrgico é tido como definitivo. A colecistectomia por videolaparoscopia (CVL) é considerada padrão ouro tanto para a abordagem inicial quanto das complicações^{2,3,7,8,9,13,14,16}. O momento da intervenção cirúrgica ainda é controverso. A cirurgia precoce em pacientes com colecistite aguda pode ser seguramente realizada e tem mostrado benefício ao paciente^{2,21,22}. No entanto, estudos mostram que apenas 20-30% dos pacientes são abordados precocemente^{17,21,22}. Além disso, complicações relacionadas com cálculos biliares adicionais ocorrem em 20% a 30% dos pacientes após um episódio inicial de colecistite aguda se a terapia definitiva não for realizada¹⁹.

Estudo realizado em um hospital geral no Reino Unido com 2117 pacientes, em que se comparou CVL de urgência com a eletiva, observou que as complicações mais encontradas na cirurgia de urgência foram os vazamentos biliares em 3,4% e as cardiorrespiratórias em 4,9% dos casos. Com relação aos fatores de risco na conversão para laparotomia observou-se taxa de conversão de 6,3% das cirurgias de urgência¹².

Neste sentido, por se tratar de uma patologia muito comum em nosso meio e por a videolaparoscopia ser o método padrão-ouro da abordagem da colecistite aguda, faz-se importante avaliar as complicações tanto cirúrgicas quanto do pós operatório e correlacionar estes dados com o perfil do paciente encontrado.

2. Métodos

O presente estudo é de caráter epidemiológico transversal retrospectivo. Baseado na Resolução 296/1996, recebeu aprovação do CEP sob parecer número 147173/2017.

Foram avaliados prontuários de todos os pacientes submetidos à colecistectomia admitidos na Emergência por colecistite aguda no Hospital Santo Antônio (HSA) de Blumenau (SC) entre 2016 e 2017. A amostra foi de 104 pacientes.

Os pacientes admitidos como cirurgia de urgência no centro cirúrgico do HSA serão registrados, os prontuários serão cadastrados em ficha de inclusão e serão avaliadas as informações epidemiológicas de cada indivíduo, dados sócio-demográficos e clínicos. Para os dados referentes ao anatomopatológico serão coletados também via registro no prontuário do pós operatório.

As variáveis avaliadas serão: idade, sexo, número de comorbidades, conversão da operação para laparotomia, intercorrências das operações, permanência hospitalar, complicações cardiopulmonares, complicações cirúrgicas, mortalidade pós-operatória e exame anatomopatológico da peça ressecada. Considerou-se como acidentes intra-operatórios a ocorrência de sangramento, lesões de via biliar, hepática e/ou duodenal.

Para as variáveis quantitativas foram calculadas médias e o desvio-padrão ou mediana. Para associação entre as variáveis quantitativas utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, quando apropriado. Para a comparação entre médias aplicou-se o teste t de Student, com nível de confiança de 95%. O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$.

3. Resultados

Foram avaliados os prontuários de 104 pacientes, de 07 agosto de 2016 a 22 de maio de 2017. Destes, apenas 99 foram incluídos no estudo, pois 5 pacientes não cumpriam os critérios de inclusão do presente trabalho. A abordagem inicial de todas as cirurgias foi por videolaparoscopia.

Dos 99 pacientes avaliados, 68,7% são do gênero feminino e 31,3% masculino. Os pacientes foram subdivididos em grupos conforme a sua faixa etária (1-20 anos, 20-30 anos, 30-40 anos, 40-50 anos, 50-60, 60-70, >70 anos), a faixa etária mais frequente foi de 31 a 40 anos com 21,1% dos pacientes, seguida de 18,2% entre 41-50 anos, 17,2 % entre 51-60 anos e 16,2% de 61 a 70 anos. A maioria dos pacientes relatava não ter comorbidades (49,5%) e 29,3% apresentava apenas uma doença associada. E conforme o risco cirúrgico de cada paciente no momento da cirurgia, conforme a classificação ASA (American Society of Anesthesiologists), ASA I apresentou-se com maior frequência (42,4%), seguido do ASA II (41,4%).

O tempo de admissão até a cirurgia foi em média de $4 \pm 6,8$ dias, no qual se pode inferir um possível viés de aferição, pois o tardar da cirurgia muitas vezes se deveu a falta de disponibilidade no centro cirúrgico e/ou leitos, e não necessariamente por descompensação clínica do paciente. O tempo de admissão até a alta hospitalar variou entre 0 e 37 dias, sendo a média de $6,84 \pm 8,6$ dias. E o tempo da cirurgia até a alta hospitalar foi de 0 a 30 dias, em média $2,9 \pm 5$ dias cada paciente permaneceu internado a partir do procedimento cirúrgico.

Dos 99 pacientes avaliados, foram registrados 5 (5,1%) casos de reintervenção cirúrgica e 2 óbitos (2%). Quando relacionado desfecho com o tempo de internação, os testes

estatísticos demonstraram significância com a reintervenção ($p=0,007$). Os casos de óbitos não mostraram relação com o tempo de internação ($p=0,381$).

A necessidade conversão de cirurgia videolaparoscópica para laparotomia ocorreu em apenas 2 casos (2%). Destes, ambos permaneceram internados por mais de 7 dias. Quando associada ao tempo de internação superior a 7 dias mostrou significância ($p=0,04$), o que sugere que a conversão cirúrgica tenha influenciado no tempo de internação.

Quanto a avaliação da peça cirúrgica, o exame anatomo-patológico demonstrou 42 casos (42,4%) de colecistite crônica e 37 casos (37,4%) de colecistite crônica agudizada.

Dos pacientes avaliados, 45,5% foram submetidos a drenagem de cavidade no ato operatório (45 casos). A presença de dreno mostrou associação com o tempo de internação ($p=0,000$). Observou-se que na maioria destes casos (81,5%), os pacientes permaneceram menor tempo internados e receberam alta hospitalar em até 4 dias.

A maioria (86,9%) dos pacientes estudados não apresentou complicação inerente ao procedimento cirúrgico. Dentre os 13 (13,1% do total de pacientes) casos que apresentaram, 8 eram mulheres (61,5%) e 5 eram homens (38,5%). A faixa etária de maior frequência apresentou-se entre 51 a 60 anos com 4 pacientes (30,8%), de igual número de casos acima dos 71 anos (30,8%). A complicação mais frequente foi vazamento de bile para cavidade abdominal, com 6 (46,2%) casos.

Dentre os 13 casos de complicações cirúrgicas, 4 (30,8%) pacientes não relataram ter nenhuma comorbidade associada, outros 4 (30,8%) possuíam apenas 1. A média de comorbidades entre os pacientes que apresentaram complicações cirúrgicas foi de $2,9 \pm 1,7$ comorbidades. 46,2% dos pacientes foram classificados como ASA III no momento da cirurgia. A maioria dos pacientes complicados foi submetido a drenagem da cavidade no ato

cirúrgico (92,3% correspondendo a 12 pacientes). O exame anatomopatológico demonstrou 46,2% de casos de colecistite crônica neste grupo.

Quanto aos pacientes que tiveram complicações cardiopulmonares, 10 pacientes as tiveram sendo que 50% (5) eram do gênero feminino e 50% (5) do masculino. A faixa etária mais frequente foi acima de 71 anos (40% - 4 casos). 30% (3) apresentavam uma doença associada e outros 30% (3) apresentavam 3 comorbidades. A média de comorbidades foi de $2,5 \pm 1,4$ para cada indivíduo. Dentre os 10 casos de complicações cardiopulmonares, 60% (6) dos casos apresentaram ASA III. O exame anatomopatológico evidenciou 4 casos (40%) de colecistite aguda e 4 casos (40%) colecistite crônica agudizada.

Por se tratar de casos mais complexos, assim como os pacientes com complicações cirúrgicas, a maioria (90%) dos 10 casos de complicações cardiopulmonares realizaram drenagem de cavidade.

Tanto os pacientes com complicações clínicas quanto os com complicações cirúrgicas tiveram maior tempo de internação. No caso do primeiro grupo, a média de internação foi de $19,6 \pm 15,1$ dias. 90% (9) destes pacientes permaneceram internados por mais de 7 dias. Dos pacientes com complicações cirúrgicas, o tempo de internação variou de 3 a 52 dias com média de 16,5 dias. Destes, o grupo que apresentou vazamento de bile para cavidade abdominal todos permaneceram mais de 7 dias internados, o que há associação estatística ($p=0,001$), ou seja, nos casos dessa complicação foi necessário maior tempo de internação.

Em relação aos acidentes intra-operatórios, foi relatado em prontuário apenas um caso de sangramento intra-operatório (1%) em um indivíduo do sexo masculino com 83 anos. Nos demais casos não há relato na descrição cirúrgica quanto a possíveis intercorrências intra-operatórias.

4. Discussão

A frequência de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico da colecistite aguda na emergência varia de 65 a 76,4%^{5,15}. Obtendo-se razões mulheres/homens de 1,2:1 a 3,2:1 na literatura^{5,11,15}. Essa característica epidemiológica é confirmada neste estudo, no qual 68,7% dos pacientes eram do sexo feminino, caracterizando uma razão de 2,2:1.

A maioria dos pacientes submetidos a colecistectomia na urgência tinham entre 31-40 anos (21,1% dos pacientes), o que vai de acordo com estudo brasileiro realizado com dados do Datasus de 2009 a 2014 em que 20,5% dos pacientes encontravam-se na faixa etária entre 35-44 anos⁶. Saeb Parsy *et al* (2010), demonstrou que os paciente submetidos a colecistectomia eletiva eram significativamente mais jovens que os pacientes submetidos a cirurgia de urgência, mas que ambos possuíam risco anestésico semelhante, cerca de 93,5% dos pacientes de urgência foram classificados como ASA I e II, dado semelhante ao encontrado no presente estudo em que 83,8% dos pacientes apresentaram ASA entre I e II no momento da cirurgia.

A abordagem videolaparoscópica da colecistite aguda, quando realizada por médicos experientes, é considerada um método seguro, com baixos índices de morbimortalidade^{5,10,11,15}. Numa metanálise, é apontado que com o advento da cirurgia laparoscópica a proporção de pacientes com colelitíase que querem ser submetidos a cirurgias eletivas vem aumentando e conseqüentemente os pacientes com doença biliar não complicada também. A abordagem inicial por videolaparoscopia constituiu a totalidade dos casos no presente estudo, o que vai contra a literatura. O que pode ser explicado pela disponibilidade de equipamento e profissionais aptos a utilizá-lo no serviço em que se realizou o presente estudo¹⁰.

A morbi-mortalidade pós colecistectomia é influenciada tanto pelo caráter da cirurgia, quanto pela idade do paciente^{10,15}. Hangui *et al* (2004) demonstrou taxas de morbidade e mortalidade de respectivamente 17 e 3% em pacientes com mais de 75 anos, enquanto pacientes com idade inferior e operados pelo mesmo grupo de cirurgiões tiveram as mesmas taxas reduzidas para 8 e 1%, respectivamente. No presente estudo, evidenciou-se morbidade de 14% e mortalidade de 2% na totalidade dos pacientes avaliados. A idade é fator preditivo de mais complicações no pós operatório devido a uma maior prevalência de doença biliar complicada quanto pela maior morbi-mortalidade da cirurgia no idoso¹⁰. Quanto ao caráter da cirurgia, o estudo de Saeb Parsy *et al* (2010) encontrou taxa de morbidade quase duas vezes superior nos pacientes submetidos a colecistectomia laparoscópica de urgência (13,1%) quando comparados aos submetidos a cirurgia eletiva (7,3%).

A colecistectomia aberta é um preditor independente de mortalidade, tempo de internação prolongado, complicações, e maior custo⁵. Em concordância com Felício *et al* 2017, a média de internação dos pacientes submetidos a cirurgia de urgência foi de 7,3 dias e no presente estudo de 6,8 dias.

O estudo de Coccolini *et al* (2015), que compara abordagem laparoscópica com a convencional da colecistite aguda, aponta que os pacientes submetidos a laparotomia estendem a sua internação para 4 dias a mais que os submetidos a laparoscopia. Como no presente estudo todos os pacientes foram inicialmente abordados por laparoscopia, observou-se que todos os pacientes reabordados por laparotomia e que foram submetidos a conversão tiveram tempo de internação maior que 7 dias. O que pode ser explicado tanto pela patologia mais complexa do paciente quanto pela laparotomia em si.

Em concordância com Hangui *et al* 2004, que avaliou as complicações pós operatórias de todas as colecistectomias realizadas no Hospital Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, evidenciou uma predominância de 92,2% de colecistite crônica nos resultados dos exames

anatomo-patológicos. Já no presente estudo, por se tratar de colecistectomias realizadas em caráter de emergência os resultados do exame anatomo-patológico demonstrou 42 casos (42,4%) de colecistite crônica e 37 casos (37,4%) de colecistite crônica agudizada.

A literatura aponta que o avançar da idade aumenta a chance de conversão da cirurgia laparoscópica para a laparotomia, com taxas de 18% para indivíduos com mais de 75 anos e de 5% para os indivíduos com menos de 75 anos¹⁵. No presente estudo, foi encontrada taxa de conversão de 7,7% para indivíduos com idade superior a 70 anos e 1,2% para indivíduos com idade inferior a 70 anos. No estudo de Dominguez *et al* (2011) em que se avaliou os fatores preditivos para conversão em uma coorte prospectiva de pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica na urgência foi evidenciado que homens, maiores de 70 anos, com >12.000 leucócitos na admissão hospitalar e que já tenha sido submetido ao procedimento colangiopancreatografia retrograda endoscópica (CPRE) previamente a cirurgia são fatores que aumentam a chance de conversão da cirurgia laparoscópica para a via aberta. No presente estudo, não se observou esta relação, pois dos dois casos em que houve conversão um paciente era do sexo masculino com 31 anos e a outra paciente do sexo feminino com 77 anos.

Diversos estudos apontam que a maioria das complicações operatórias ocorrem em homens^{5,6,10,12}, especula-se que este fato poderia ser explicado pela demora da população masculina em procurar atendimento médico¹⁰. No presente estudo, não se observou esta relação. Dentre os 13 casos que tiveram complicações cirúrgicas, a maioria era do sexo feminino (61,5%).

A complicação cirúrgica mais frequente foi vazamento de bile para cavidade abdominal em 6 pacientes (6%), em concordância com o estudo de Kanakala *et al* (2011) em

que 3,4% tiveram vazamento de bile para a cavidade, correspondendo a maioria das complicações cirúrgicas deste estudo.

As complicações cardiopulmonares são mais frequentes com o avançar da idade¹². Dentre os 10 casos de complicações cardiopulmonares houve distribuição igual entre os sexos, ocorrendo mais frequentemente na faixa etária acima de 71 anos (4%). Dentre os 10 casos de complicações cardiopulmonares, 60% (6) dos casos apresentaram ASA III. Em concordância com a literatura⁹ que demonstrou que os pacientes que tiveram mais complicações cardiopulmonares tinham idade superior a 70 anos (11,6%) e ASA>III (37,8%).

Em relação aos acidentes intraoperatórios, observou-se apenas um caso de sangramento (1%) em um indivíduo do sexo masculino no presente estudo. Na literatura, os acidentes mais comuns são respectivamente sangramento, lesão de via biliar e hepática, apontados como mais frequentes no sexo masculino¹⁰.

A mortalidade em pacientes submetidos a colecistectomia laparoscópica de urgência na literatura varia de 0,1 a 2,6%^{10,12,20}, dado similar ao encontrado neste estudo em que 2% dos pacientes evoluíram a óbito durante a internação hospitalar.

5. Conclusão

O desenvolvimento deste estudo comprova a segurança, eficácia e reprodutibilidade da colecistectomia videolaparoscópica empregada nos casos de colecistite aguda. Assim como permitiu compreender o perfil epidemiológico do paciente que se apresenta na emergência por colecistite aguda e as características do paciente que mais complica durante e após o ato operatório.

De um modo geral observou-se que a totalidade das colecistectomias realizadas na emergência foram laparoscópicas. Observou-se que os pacientes que vêm à emergência durante um quadro agudo são na sua maioria do sexo feminino, jovens entre a 4ª e 5ª décadas de vida, apresentam no momento da cirurgia ASA entre I e II.

A colecistectomia videolaparoscópica mostrou-se um procedimento cirúrgico seguro a ser realizado em pacientes na emergência, com baixas taxas de conversão, baixa morbimortalidade e tempo de internação reduzido. Apesar de a maioria dos pacientes que se apresentam na emergência serem mulheres na 4ª década de vida, os pacientes que mais complicaram foram mulheres, com idade superior a 70 anos, com ASA igual ou superior a III.

Dentre os pacientes com complicações cirúrgicas 61,5% eram mulheres e 38,5% eram homens, com 30,8% dos pacientes com idade entre 51 a 60 e 30,8% dos pacientes acima dos 71 anos (30,8%). A complicação mais frequente foi vazamento de bile para cavidade abdominal, com 46,2% das complicações.

Observou-se que pacientes que tiveram complicações cardiopulmonares, 50% eram do gênero feminino e 50% do masculino. A faixa etária mais frequente foi acima de 71 anos. 30% apresentavam uma doença associada e outros 30% apresentavam 3 comorbidades. 60% dos pacientes dos casos apresentaram risco cirúrgico ASA III.

Dada à alta frequência desta patologia e do advento da videolaparoscopia no tratamento da colecistite aguda, torna-se necessário realizar estudos prospectivos, com uma amostragem maior de pacientes e com menos viés de aferição possível para se avaliar a relação da colecistectomia com a morbi-mortalidade do paciente.

6. Abstract

Acute cholecystitis is the most common complication of cholelithiasis, and its definitive treatment is laparoscopic cholecystectomy. Morbidity and mortality after cholecystectomy is influenced both by the nature of the surgery and by the characteristics of the patient. Objective: To describe complications, both inherent to the clinical picture and surgery, after surgical procedure of the patients admitted to the emergency department for acute cholecystitis. Methods: a retrospective study of patients undergoing cholecystectomy who were admitted from the Emergency for acute cholecystitis. Cholecystectomies performed by trauma, or by neoplastic pancreatic or biliary disease, were excluded. Results: From 104 patients, 5 were excluded. From the 99 patients evaluated, 68.7% were women and 31.3% were men. The most frequent age group was 31-40 years (21.1%). There were 5 (5.1%) cases of surgical reintervention and 2 deaths (2%). The conversion rate from videolaparoscopic surgery to laparotomy occurred in 2 cases (2%). Among the 13 cases that had surgical complications, 8 were women and 5 men. The most frequent surgical complication was bile leakage, with 6 (46.2%) cases. 61.6% of patients that had complications were over 51 years. 46.2% of the complicated patients were classified as ASA III at the time of surgery. Conclusion:

patients who had more complications were women, > 70 years old, with ASA \geq III. The most frequent surgical complication was bile leakage to the abdominal cavity (46.2%).

Keywords: *Cholecystitis, Acute; Cholecystectomy, Laparoscopic; Postoperative Complications.*

REFERÊNCIAS

1. Ansaloni L; *et al.* 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. *World Journal of Emergency Surgery* 2016. 11:25 1-25.
2. Baron, TH; Grimm, IA; Swanstrom, LL. Interventional Approaches to Gallbladder Disease. *The New England Journal of Medicine* 2015 373: 357-65.
3. Coccolini F; *et al.* Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review of meta-analyses. *International Journal of Surgery* 2015 (18): 196-204.
4. Domínguez LC, Riviera A, Bermúdez C, Herrera W. Análisis de los factores de conversión durante colecistectomía laparoscópica a abierta en una cohorte prospectiva de 703 pacientes con colecistitis aguda. *Cir Esp* 2011; 89(5):300-306
5. Dua A; *et al.* Gender based differences in management and outcomes of cholecystitis. *The American Journal of Surgery* 2013 (206) 641-646.
6. Felício SJO; *et al.* Mortality of urgency versus elective videolaparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2017; 30(1): 47-50.
7. Gomes CA, Junior CS, Di Saveiro S, Sartelli M, Kelly MD, Gomes CC, Gomes FC, Corrêa LD, Alves CB, Guimarães SF. Acute calculous cholecystitis: Review of current best practices. *World J Gastrointest Surg* 2017; 9(5): 118-126
8. Gurusamy KS, SamraJ K. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 (3) CD005440.
9. Gut CN, *et al.* Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial. *Annals of Surgery* 2013 258(3): 385-393.
10. Hangui RMG; *et al.* Postoperative complications os cholecystectomies – comparative analyses related to gender. *Rev Col Bras Cir.* 2004 Fev; 31(1) 57-63

11. Kais H; et al. Different setups of laparoscopic cholecystectomy: conversion and complications rates: a retrospective cohort study. *International Journal of Surgery* 2014 (12) 1258-1261
12. Kanakala V. et al. Risk factors in laparoscopic cholecystectomy: multivariate analyses. *International Journal of Surgery* 2011 (9) 318-323.
13. Khan MH; et al. Frequency of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy detected by ERCP: experience at a large tertiary referral center. *Gastrointestinal Endoscopy Journal*. 2007 65(2): 247-252
14. Koti, Rahuk S, Davidson, CJ; Davidson, BR. Surgical management of acute cholecystitis. *Langenbecks Arch Surg* 2015; London. 1-17. DOI 10.1007/s00423-015-1306-y
15. Loozen CS, van Ramshorst B, van Santvoort HC, Boerma D. Acute cholecystitis in elderly patients: a case for early cholecystectomy. *JVS* 2017 739; 1-5
16. Macafee DAL, et al. Prospective randomized trial using cost-utility analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallbladder disease. *Br J Surg* 2008; 95(Suppl 3): 35.
17. Mestral, C; et al. A population-based analysis of the clinical course of 10,304 patients with acute cholecystitis, discharged without cholecystectomy. *J Trauma Acute Care Surg* 2012 74(1) 26-31.
18. Papi C. et al. Timing of Cholecystectomy for Acute Calculous Cholecystitis: a Meta-Analysis. *American Journal of Gastroenterology* 2013 147-155.
19. Riall TS, et al. Failure to perform cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients is associated with increased morbidity, mortality and cost. *J Am Coll Surg* 2010; 210:668–679.
20. Saeb-Parsy K, et al. Emergency laparoscopic cholecystectomy in an unselected cohort: a safe and viable option in a specialist centre. *International Journal of Surgery* 2010 (8) 489-493

21. Sankarankutty A; *et al.* Uncomplicated acute cholecystitis: early or Delayed Laparoscopic Cholecystectomy? *Rev Col Bras Cir* 2012; 39(5): 436-440.
22. Song GM, et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: early or delayed? Evidence from a systematic review of discordant meta-analyses. *Medicine* 2016 95:23 1-8.

ANEXO I

Tabela I: Frequência de intercorrências.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Nenhuma	97	98,0	98,0	98,0
Sangramento	1	1,0	1,0	99,0
Dado incompleto	1	1,0	1,0	100,0
Total	99	100,0	100,0	

Tabela II: Frequência de Complicações Cardiopulmonares.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	10	10,1	10,1	10,1
Não	89	89,9	89,9	100,0
Total	99	100,0	100,0	

Tabela III: ASA dos pacientes com complicações cardiopulmonares.

			Complicação cardiopulmonar		Total
			Sim	Não	
ASA I	Contagem	2	40	42	
	% em ASA	4,8%	95,2%	100,0%	
	% em Complicação	20,0%	44,9%	42,4%	
	% do Total	2,0%	40,4%	42,4%	
II	Contagem	1	40	41	
	% em ASA	2,4%	97,6%	100,0%	
	% em Complicação	10,0%	44,9%	41,4%	
	% do Total	1,0%	40,4%	41,4%	
III	Contagem	6	9	15	
	% em ASA	40,0%	60,0%	100,0%	
	% em Complicação	60,0%	10,1%	15,2%	
	% do Total	6,1%	9,1%	15,2%	
IV	Contagem	1	0	1	
	% em ASA	100,0%	0,0%	100,0%	
	% em Complicação	10,0%	0,0%	1,0%	
	% do Total	1,0%	0,0%	1,0%	
Total	Contagem	10	89	99	
	% em ASA	10,1%	89,9%	100,0%	
	% em Complicação	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	10,1%	89,9%	100,0%	

Tabela IV: tempo de internação dos pacientes com a complicação cirúrgica vazamento de bile para a cavidade abdominal

			Vazamento bile		Total
			Sim	Não	
Internação Até 4 dias	Contagem	1	62	63	
	% em Internação	1,6%	98,4%	100,0%	
	% em Vazamento bile	16,7%	66,7%	63,6%	
5 a 7 dias	Contagem	0	15	15	
	% em Internação	0,0%	100,0%	100,0%	
	% em Vazamento bile	0,0%	16,1%	15,2%	
> 7 dias	Contagem	5	16	21	
	% em Internação	23,8%	76,2%	100,0%	
	% em Vazamento bile	83,3%	17,2%	21,2%	
Total	Contagem	6	93	99	
	% em Internação	6,1%	93,9%	100,0%	
	% em Vazamento bile	100,0%	100,0%	100,0%	