

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SÍNDROMES BILIOPANCREÁTICAS AGUDAS: CRITÉRIOS CLÍNICO-CIRÚRGICOS PARA INTERVENÇÃO PRECOCE

RISK STRATIFICATION IN ACUTE BILIOPANCREATIC SYNDROMES:
CLINICAL-SURGICAL CRITERIA FOR EARLY INTERVENTION

Ciências Biológicas, Ciências da Saúde • 27/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/784914821](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/784914821)

Nicolás López Arboleda¹

Miguel Camilo Perilla Vergara²

Alicia Petroff Ramírez³

Ivonne Stephanie Rodríguez Ordóñez⁴

RESUMO

As síndromes biliopancreáticas agudas constituem um conjunto de condições clínicas de elevada relevância na urgência cirúrgica e gastroenterológica, incluindo colecistite aguda, colangite aguda, coledocolitíase complicada e pancreatite aguda biliar. A apresentação clínica pode variar desde quadros leves e autolimitados até sepse, disfunção orgânica, necrose pancreática, choque e morte. Este artigo analisa a estratificação de risco em síndromes biliopancreáticas agudas, com ênfase nos critérios clínico-cirúrgicos que orientam intervenção precoce. Trata-se de revisão bibliográfica narrativa, fundamentada em diretrizes internacionais, consensos cirúrgicos e literatura recente sobre avaliação de gravidade, diagnóstico por imagem, marcadores laboratoriais, timing de colecistectomia, drenagem biliar, CPRE e manejo multidisciplinar. A análise demonstra que a decisão de intervenção precoce depende da integração entre gravidade clínica, presença de sepse ou disfunção orgânica, obstrução biliar persistente, colangite, falha do tratamento conservador, risco anestésico-cirúrgico, idade, comorbidades, achados de imagem e disponibilidade de equipe especializada. As Tokyo Guidelines oferecem estrutura útil para classificação da colangite e colecistite agudas, enquanto diretrizes sobre pancreatite aguda recomendam evitar CPRE precoce em pancreatite biliar sem colangite, reservando intervenção endoscópica urgente para obstrução biliar com colangite ou deterioração clínica. Na colecistite aguda calculosa, a colecistectomia laparoscópica precoce permanece estratégia preferencial quando viável, enquanto drenagem percutânea ou endoscópica pode ser considerada em pacientes criticamente enfermos ou sem condição cirúrgica imediata. Conclui-se que a estratificação de risco é indispensável para reduzir morbimortalidade, evitar atrasos terapêuticos e individualizar a

intervenção nas síndromes biliopancreáticas agudas.

Palavras-chave: síndromes biliopancreáticas agudas; colecistite aguda; colangite aguda; pancreatite biliar; estratificação de risco; intervenção precoce; CPRE; cirurgia de urgência.

ABSTRACT

Acute biliopancreatic syndromes comprise a group of clinically relevant conditions in emergency surgery and gastroenterology, including acute cholecystitis, acute cholangitis, complicated choledocholithiasis and acute biliary pancreatitis. Clinical presentation may range from mild and self-limited disease to sepsis, organ dysfunction, pancreatic necrosis, shock and death. This article analyzes risk stratification in acute biliopancreatic syndromes, emphasizing clinical and surgical criteria that guide early intervention. It is a narrative bibliographic review based on international guidelines, surgical consensus statements and recent literature on severity assessment, diagnostic imaging, laboratory markers, timing of cholecystectomy, biliary drainage, ERCP and multidisciplinary management. The analysis demonstrates that the decision for early intervention depends on the integration of clinical severity, presence of sepsis or organ dysfunction, persistent biliary obstruction, cholangitis, failure of conservative treatment, anesthetic-surgical risk, age, comorbidities, imaging findings and availability of specialized teams. The Tokyo Guidelines provide a useful framework for grading acute cholangitis and acute cholecystitis, whereas acute pancreatitis guidelines recommend avoiding early ERCP in biliary pancreatitis without cholangitis, reserving urgent endoscopic intervention for biliary obstruction with cholangitis or clinical deterioration. In acute calculous cholecystitis, early laparoscopic cholecystectomy remains the preferred strategy when feasible, while percutaneous or endoscopic drainage may be

considered in critically ill patients or those not suitable for immediate surgery. The article concludes that risk stratification is essential to reduce morbidity and mortality, avoid therapeutic delays and individualize intervention in acute biliopancreatic syndromes.

Keywords: acute biliopancreatic syndromes; acute cholecystitis; acute cholangitis; biliary pancreatitis; risk stratification; early intervention; ERCP; emergency surgery.

1. INTRODUÇÃO

As síndromes biliopancreáticas agudas representam um dos grupos mais frequentes e desafiadores da urgência abdominal. Envolvem doenças relacionadas ao sistema biliar e pancreático, especialmente colecistite aguda calculosa, colangite aguda, coledocolitíase sintomática ou complicada e pancreatite aguda de etiologia biliar. Apesar de compartilharem origem anatômica e fisiopatológica associada à litíase biliar em grande parte dos casos, apresentam gravidade, evolução e necessidade de intervenção distintas.

A vesícula biliar, a via biliar principal, o esfíncter de Oddi e o pâncreas formam uma unidade funcional na qual obstruções, infecções, refluxos e alterações pressóricas podem desencadear quadros clínicos de rápida progressão. Um cálculo impactado no ducto cístico pode causar colecistite aguda; um cálculo na via biliar principal pode provocar colangite ou pancreatite biliar; a obstrução transitória da ampola pode iniciar inflamação pancreática; e a infecção biliar obstrutiva pode evoluir rapidamente para sepse.

A importância da estratificação de risco decorre da variabilidade clínica dessas condições. Alguns pacientes com colecistite aguda respondem inicialmente a antibióticos e suporte, mas outros

evoluem com empiema, gangrena, perfuração ou sepse. Alguns pacientes com pancreatite biliar apresentam forma leve e recuperação rápida, enquanto outros desenvolvem necrose, falência orgânica persistente e complicações sistêmicas. A colangite aguda, por sua vez, pode evoluir para choque séptico se a drenagem biliar for retardada em casos moderados ou graves.

A abordagem moderna dessas síndromes exige decisão rápida e individualizada. O ponto central não é apenas diagnosticar a doença, mas determinar sua gravidade, seu potencial de deterioração e o momento correto da intervenção. Em muitas situações, o atraso terapêutico aumenta morbimortalidade; em outras, intervenção precoce inadequadamente indicada pode expor o paciente a riscos desnecessários. A estratificação de risco busca equilibrar esses dois perigos: omissão tardia e intervenção excessiva.

As Tokyo Guidelines 2018 consolidaram critérios diagnósticos e de gravidade para colangite e colecistite agudas. Na colangite, a gravidade orienta diretamente a necessidade e o tempo da drenagem biliar. Casos moderados e graves exigem drenagem endoscópica ou percutânea precoce, enquanto quadros leves podem responder a antibióticos e suporte, com drenagem se não houver resposta.

Na pancreatite aguda biliar, as diretrizes contemporâneas reforçam distinção fundamental: pancreatite biliar com colangite é indicação de CPRE precoce; pancreatite biliar sem colangite não deve receber CPRE rotineira nas primeiras 72 horas, pois a intervenção endoscópica precoce não modifica favoravelmente o curso da pancreatite nesses casos e pode agregar riscos.

Na colecistite aguda calculosa, recomendações da World Society of Emergency Surgery sustentam que a colecistectomia laparoscópica precoce deve ser padrão de cuidado sempre que possível, inclusive em vários subgrupos de pacientes frágeis, desde que a avaliação anestésica, cirúrgica e institucional permita abordagem segura. Em pacientes criticamente enfermos ou sem condição cirúrgica imediata, drenagem da vesícula, geralmente por colecistostomia percutânea ou abordagem endoscópica em centros especializados, pode funcionar como estratégia de controle de foco.

Diante desse cenário, o presente artigo parte do seguinte problema de pesquisa: **quais critérios clínico-cirúrgicos devem orientar a estratificação de risco e a indicação de intervenção precoce nas síndromes biliopancreáticas agudas?**

O objetivo geral é analisar os fundamentos clínicos, laboratoriais, radiológicos e cirúrgicos utilizados na estratificação de risco das síndromes biliopancreáticas agudas. Como objetivos específicos, busca-se: discutir a fisiopatologia da colecistite, colangite e pancreatite biliar; examinar critérios de gravidade; avaliar indicações de CPRE, drenagem biliar e colecistectomia precoce; diferenciar pacientes candidatos à cirurgia imediata daqueles que demandam abordagem escalonada; e propor diretrizes de decisão clínica na urgência.

A hipótese defendida é que a intervenção precoce em síndromes biliopancreáticas agudas deve ser orientada por estratificação dinâmica, baseada em gravidade sistêmica, controle de foco, obstrução biliar, presença de infecção, reserva fisiológica do paciente e recursos disponíveis. A decisão adequada não é puramente

anatômica nem exclusivamente laboratorial; ela é clínico-cirúrgica, temporal e multidisciplinar.

2. METODOLOGIA

Este artigo caracteriza-se como revisão bibliográfica narrativa, com abordagem qualitativa, descritiva e analítico-interpretativa. A revisão narrativa foi escolhida por permitir integração ampla de diretrizes clínicas, consensos cirúrgicos, estudos observacionais, revisões recentes e fundamentos fisiopatológicos relevantes ao manejo das síndromes biliopancreáticas agudas.

Foram considerados documentos de referência sobre colangite aguda, colecistite aguda, pancreatite aguda, CPRE, colecistectomia precoce, drenagem biliar, colecistostomia percutânea, classificação de gravidade, risco anestésico-cirúrgico e cirurgia de urgência. A análise utilizou diretrizes internacionais, incluindo Tokyo Guidelines, recomendações da World Society of Emergency Surgery e diretrizes gastroenterológicas para pancreatite aguda.

Os eixos temáticos foram organizados da seguinte forma: conceito e classificação das síndromes biliopancreáticas agudas; avaliação inicial; critérios de gravidade sistêmica; marcadores laboratoriais; exames de imagem; colangite aguda e drenagem biliar; colecistite aguda e colecistectomia precoce; pancreatite aguda biliar e CPRE; pacientes de alto risco cirúrgico; decisão multidisciplinar; resultados; discussão; e diretrizes práticas.

Por se tratar de revisão narrativa, não foi realizada metanálise nem avaliação quantitativa de risco de viés. O objetivo é sintetizar critérios relevantes para a prática clínica e cirúrgica, evitando afirmações absolutas em áreas onde a evidência permanece heterogênea.

A revisão não substitui protocolos institucionais nem decisão médica individual. Pacientes com síndromes biliopancreáticas agudas devem ser avaliados por equipe qualificada, considerando recursos locais, disponibilidade de endoscopia, cirurgia, radiologia intervencionista, terapia intensiva e anestesia.

3. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES BILIOPANCREÁTICAS AGUDAS

As síndromes biliopancreáticas agudas compreendem condições de início súbito ou subagudo que envolvem vesícula biliar, vias biliares extra-hepáticas, papila duodenal e pâncreas. Embora distintas, frequentemente compartilham a litíase biliar como causa. O cálculo biliar pode impactar no ducto cístico, migrar para o colédoco, obstruir a papila ou causar inflamação pancreática.

A colecistite aguda calculosa decorre, na maioria dos casos, de obstrução do ducto cístico por cálculo, levando à distensão vesicular, inflamação da parede, edema, isquemia local e possível infecção secundária. O quadro típico envolve dor no hipocôndrio direito ou epigástrico, febre, náuseas, vômitos, sinal de Murphy, leucocitose e achados ultrassonográficos de inflamação vesicular.

A colangite aguda resulta da combinação entre obstrução biliar e infecção ascendente. A tríade de Charcot, composta por febre, dor em hipocôndrio direito e icterícia, é clássica, mas não está presente em todos os casos. Quadros graves podem evoluir com hipotensão, confusão mental, sepse e disfunção orgânica. A colangite exige atenção especial porque o controle do foco infeccioso depende da decompressão biliar.

A coledocolitíase pode ser assintomática, sintomática ou complicada. Quando há obstrução persistente, pode causar icterícia, colestase, colangite ou pancreatite biliar. A identificação de cálculo na via biliar principal orienta necessidade de CPRE, colangiografia intraoperatória, exploração cirúrgica da via biliar ou outras estratégias, dependendo do contexto.

A pancreatite aguda biliar ocorre quando a migração de cálculo ou microlitíase causa obstrução transitória ou persistente da ampola, desencadeando ativação intrapancreática de enzimas, inflamação pancreática e resposta sistêmica. A gravidade varia de forma leve, sem falência orgânica, até doença grave com necrose e falência orgânica persistente.

Essas síndromes podem coexistir. Um mesmo paciente pode apresentar colecistite e coledocolitíase; pancreatite biliar e colangite; ou colecistite com sepse. Por isso, a classificação isolada pode ser insuficiente. O raciocínio clínico deve identificar o componente dominante e o risco imediato: infecção obstrutiva, inflamação pancreática sistêmica, necrose, perfuração, gangrena ou falha do tratamento conservador.

4. AVALIAÇÃO INICIAL E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE GRAVE

A avaliação inicial deve seguir princípios de urgência: estabilização clínica, identificação de sepse, controle da dor, hidratação, avaliação laboratorial, imagem precoce e definição do risco de deterioração. A primeira pergunta não é apenas “qual é o diagnóstico?”, mas “este paciente está instável ou pode deteriorar rapidamente?”.

Sinais de gravidade incluem hipotensão, taquicardia persistente, febre alta ou hipotermia, alteração do estado mental, oligúria,

hipóxia, lactato elevado, acidose metabólica, plaquetopenia, coagulopatia, disfunção renal, disfunção respiratória e necessidade de vasopressor. Esses achados indicam resposta sistêmica grave e demandam abordagem em ambiente monitorizado, com possível terapia intensiva.

A avaliação laboratorial inicial deve incluir hemograma, bilirrubinas, fosfatase alcalina, GGT, transaminases, amilase ou lipase, função renal, eletrólitos, glicemia, proteína C reativa, lactato quando há suspeita de sepse, coagulograma e gasometria em pacientes graves. Hemoculturas devem ser consideradas antes de antibióticos em suspeita de colangite ou sepse, sem atrasar tratamento.

A lipase elevada auxilia diagnóstico de pancreatite, especialmente quando associada a dor típica. Alterações colestáticas sugerem obstrução biliar. Leucocitose e PCR elevada indicam inflamação, mas não distinguem isoladamente colecistite, colangite ou pancreatite grave. Bilirrubina elevada com dilatação de via biliar aumenta suspeita de coledocolitíase obstrutiva.

A ultrassonografia abdominal é exame inicial em grande parte dos casos, por identificar cálculos, espessamento da parede vesicular, líquido perivesicular, sinal de Murphy ultrassonográfico e dilatação de vias biliares. Tomografia é útil quando há dúvida diagnóstica, suspeita de complicação, pancreatite moderada ou grave, perfuração, abscesso ou diagnóstico alternativo.

A colangiorressonância e a ultrassonografia endoscópica são úteis para avaliar coledocolitíase quando a probabilidade é intermediária e a CPRE terapêutica não deve ser realizada sem forte indicação. A

CPRE deve ser preferencialmente terapêutica, não meramente diagnóstica, porque possui riscos próprios.

A avaliação inicial deve também considerar reserva fisiológica: idade, fragilidade, cardiopatia, doença pulmonar, cirrose, doença renal, uso de anticoagulantes, imunossupressão, diabetes, obesidade, gestação e risco anestésico. A mesma doença anatômica pode exigir estratégias diferentes conforme a condição global do paciente.

5. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE NA COLANGITE AGUDA

A colangite aguda é uma emergência infecciosa associada à obstrução biliar. Seu tratamento exige antibióticos, suporte hemodinâmico e, nos casos moderados ou graves, drenagem biliar precoce. A estratificação de gravidade é decisiva porque a mortalidade aumenta quando há atraso no controle de foco.

As Tokyo Guidelines classificam a colangite em leve, moderada e grave. A forma grave é definida pela presença de disfunção orgânica, incluindo disfunção cardiovascular, neurológica, respiratória, renal, hepática ou hematológica. A forma moderada inclui fatores como leucocitose ou leucopenia significativa, febre alta, idade avançada, hiperbilirrubinemia e hipoalbuminemia, entre outros critérios. A forma leve não preenche critérios de moderada ou grave.

A presença de disfunção orgânica muda a prioridade terapêutica. Em colangite grave, a drenagem biliar deve ser realizada com urgência, após estabilização inicial. Em colangite moderada, a drenagem precoce também é indicada. Em casos leves, antibióticos e suporte podem ser suficientes inicialmente, mas a ausência de resposta clínica impõe drenagem.

A CPRE é geralmente a modalidade preferencial de drenagem quando disponível e tecnicamente viável, pois permite esfinterotomia, retirada de cálculo, colocação de stent ou drenagem nasobiliar. Quando a CPRE não é possível, alternativas incluem drenagem biliar percutânea trans-hepática ou, em centros especializados, drenagem guiada por ecoendoscopia.

Os critérios clínicos para intervenção precoce incluem sepse, choque, confusão mental, icterícia progressiva, dor persistente, dilatação de via biliar, cálculo impactado, bilirrubina elevada, falha de resposta a antibióticos e sinais laboratoriais de deterioração. A indicação deve ser mais rápida quanto maior a instabilidade.

A colangite não deve ser tratada apenas com antibiótico quando há obstrução persistente. Antibióticos podem controlar temporariamente bacteremia, mas a pressão biliar elevada e o foco obstrutivo mantêm risco de sepse. O princípio cirúrgico é controle de foco: drenar a via biliar infectada.

6. COLECISTITE AGUDA: CLASSIFICAÇÃO, RISCO E INTERVENÇÃO

A colecistite aguda calculosa é uma das causas mais frequentes de cirurgia abdominal de urgência. A decisão terapêutica envolve confirmar diagnóstico, estimar gravidade, avaliar risco cirúrgico e definir se o paciente deve ser submetido a colecistectomia precoce, tratamento conservador inicial ou drenagem vesicular.

As Tokyo Guidelines também classificam a colecistite em graus de gravidade. A forma grave envolve disfunção orgânica. A forma moderada pode incluir leucocitose elevada, massa dolorosa palpável, duração prolongada dos sintomas e inflamação local marcada, como gangrena, abscesso pericolecístico, peritonite biliar ou

colecistite enfisematosa. A forma leve corresponde a quadros sem disfunção orgânica e sem inflamação local grave.

A colecistectomia laparoscópica precoce é recomendada como padrão sempre que possível. A WSES sustenta que a abordagem precoce deve ser padrão de cuidado, inclusive em muitos pacientes idosos, cardiopatas, nefropatas, cirróticos ou considerados de alto risco, desde que a avaliação individual e a experiência da equipe permitam.

A vantagem da cirurgia precoce é resolver o foco, reduzir recorrência, evitar readmissões e impedir progressão para complicações. Adiar cirurgia pode parecer inicialmente mais seguro, mas expõe o paciente a novos episódios, coledocolitíase, pancreatite, colangite e dificuldade cirúrgica futura.

Entretanto, nem todo paciente deve ser operado imediatamente. Pacientes em choque, com falência orgânica não controlada, risco anestésico proibitivo ou instabilidade grave podem precisar de estabilização e controle de foco por drenagem vesicular. A colecistostomia percutânea pode ser utilizada como ponte ou tratamento temporário em pacientes sem condição operatória imediata.

A dificuldade cirúrgica deve ser antecipada. Achados como parede vesicular muito espessada, colecistite gangrenosa, síndrome de Mirizzi, vesícula escleroatrófica, obesidade, cirrose, aderências, inflamação intensa no triângulo de Calot e anatomia incerta aumentam risco de lesão de via biliar. Estratégias de segurança incluem visão crítica de segurança, colangiografia intraoperatória quando indicada, conversão ou colecistectomia subtotal.

Na colecistite aguda, intervenção precoce não significa imprudência. Significa operar no tempo adequado, antes de progressão, mas com avaliação da fisiologia do paciente, da anatomia e da capacidade institucional.

7. PANCREATITE AGUDA BILIAR: GRAVIDADE E DECISÃO INTERVENCIONISTA

A pancreatite aguda biliar é causada pela passagem de cálculo pela papila ou obstrução biliar transitória ou persistente. O diagnóstico baseia-se em dor abdominal típica, elevação de lipase ou amilase e achados de imagem quando necessários. A estratificação de gravidade é essencial porque a maioria dos casos é leve, mas uma minoria evolui com falência orgânica, necrose e complicações graves.

A classificação de Atlanta revisada divide pancreatite aguda em leve, moderadamente grave e grave. A forma leve não apresenta falência orgânica nem complicações locais ou sistêmicas. A moderadamente grave apresenta falência orgânica transitória ou complicações locais. A forma grave envolve falência orgânica persistente, geralmente por mais de 48 horas.

Na pancreatite biliar, a principal decisão intervencionista precoce é indicar ou não CPRE. Diretrizes atuais recomendam CPRE precoce quando há colangite associada. Já em pancreatite biliar sem colangite, a CPRE precoce nas primeiras 72 horas não é recomendada de rotina.

A suspeita de obstrução biliar persistente deve ser avaliada por icterícia progressiva, bilirrubina elevada, colestase persistente, dilatação de colédoco e visualização de cálculo. Mesmo nesses

casos, quando não há colangite, pode ser apropriado confirmar coledocolitíase por colangiorressonância ou ecoendoscopia antes de CPRE, dependendo da gravidade e disponibilidade.

A colecistectomia durante a mesma internação é recomendada em pancreatite biliar leve, após melhora clínica, para prevenir recorrência. As diretrizes WSES afirmam que a colecistectomia laparoscópica durante a internação índice é recomendada na pancreatite aguda biliar leve.

Em pancreatite moderadamente grave ou grave, especialmente com coleções, necrose ou falência orgânica, o momento da colecistectomia deve ser individualizado. Operar muito cedo em paciente instável pode aumentar risco; adiar demais pode expor a recorrência. A decisão deve integrar cirurgia, gastroenterologia, terapia intensiva e radiologia.

Intervenção sobre necrose pancreática segue outra lógica. A maioria das coleções iniciais não deve ser abordada precocemente, salvo infecção comprovada ou forte suspeita, deterioração clínica e indicações específicas. A estratégia moderna favorece abordagem “step-up”, minimamente invasiva quando possível, após maturação das coleções.

8. CRITÉRIOS LABORATORIAIS E ESCALAS DE RISCO

Marcadores laboratoriais auxiliam na estratificação, mas não substituem julgamento clínico. Leucocitose, PCR elevada, bilirrubina, enzimas canaliculares, creatinina, ureia, lactato, plaquetas, INR, gasometria e eletrólitos devem ser interpretados em conjunto com sinais vitais e imagem.

Na pancreatite aguda, ureia elevada ou em ascensão, creatinina aumentada, hemoconcentração, hipoxemia, hipocalcemia, PCR persistentemente elevada e sinais de resposta inflamatória sistêmica podem indicar maior risco. Escores como BISAP, APACHE II, Ranson e SIRS auxiliam, mas possuem limitações. A persistência de SIRS e a falência orgânica são marcadores clínicos muito relevantes.

Na colangite, bilirrubina elevada, leucócitos muito altos ou baixos, plaquetopenia, creatinina elevada, alteração de coagulação e lactato elevado sugerem gravidade. A presença de disfunção orgânica tem maior peso que qualquer marcador isolado.

Na colecistite, leucocitose intensa, PCR elevada, disfunção orgânica, sinais de peritonite, aumento importante da parede vesicular, gás na parede ou no lúmen, abscesso e líquido perivesicular sugerem maior gravidade e risco de complicações.

A avaliação deve ser dinâmica. Um paciente inicialmente estável pode deteriorar em poucas horas. Reavaliação clínica, repetição laboratorial e monitoramento de resposta ao tratamento são essenciais. Falha de melhora após antibiótico e suporte deve acelerar decisão intervencionista.

9. EXAMES DE IMAGEM NA ESTRATIFICAÇÃO

A ultrassonografia é exame inicial preferencial para suspeita de litíase biliar, colecistite e dilatação de vias biliares. É acessível, não invasiva e útil na urgência. Achados de colecistite incluem cálculo, espessamento da parede, distensão vesicular, líquido perivesicular e Murphy ultrassonográfico.

A tomografia computadorizada é útil quando há dúvida diagnóstica, suspeita de complicação ou pancreatite moderada/grave. Na pancreatite, ajuda a identificar necrose, coleções, complicações vasculares e diagnósticos alternativos. Entretanto, tomografia muito precoce pode subestimar necrose pancreática; sua indicação deve ser clínica.

A colangiorressonância é excelente para avaliação não invasiva da via biliar e coledocolitíase. É útil em pacientes com probabilidade intermediária de cálculo no colédoco, evitando CPRE desnecessária. A ecoendoscopia também possui alta acurácia para pequenos cálculos e microlitíase.

A CPRE deve ser vista como método terapêutico. Seu uso puramente diagnóstico diminuiu com a disponibilidade de colangiorressonância e ecoendoscopia. A CPRE tem riscos, incluindo pancreatite pós-CPRE, sangramento, perfuração e infecção, devendo ser indicada quando há benefício terapêutico esperado.

Na colecistite difícil, imagem pode sugerir risco, mas a decisão intraoperatória depende da anatomia encontrada. A segurança cirúrgica exige disposição para mudar estratégia, realizar colecistectomia subtotal ou converter.

10. PACIENTES DE ALTO RISCO CIRÚRGICO

Pacientes idosos, frágeis, sépticos, cardiopatas, pneumopatas, cirróticos, nefropatas, anticoagulados ou imunossuprimidos exigem estratificação cuidadosa. O risco não depende apenas da doença biliar, mas da reserva fisiológica e da capacidade de suportar anestesia, pneumoperitônio, sangramento e resposta inflamatória.

Ferramentas como ASA, Charlson Comorbidity Index, avaliação de fragilidade e avaliação cardiopulmonar auxiliam a estimar risco. No entanto, a decisão deve considerar que tratamento conservador também tem risco. Em colecistite aguda, não operar um paciente frágil pode resultar em sepse, perfuração e readmissões.

A colecistostomia percutânea pode ser opção em pacientes instáveis ou sem condição cirúrgica imediata. Ela controla o foco vesicular, reduz pressão e permite melhora clínica. Contudo, não deve ser vista automaticamente como solução definitiva para todos. Muitos pacientes podem precisar de colecistectomia intervalar, dependendo da recuperação e do risco.

Em colangite grave, mesmo paciente de alto risco frequentemente precisa de drenagem biliar, pois antibiótico isolado pode ser insuficiente. A drenagem endoscópica pode ser menos invasiva que cirurgia e representar intervenção salvadora.

A individualização é central. Paciente frágil não significa paciente sem tratamento; significa paciente que exige estratégia proporcional, escalonada e multidisciplinar.

11. CRITÉRIOS CLÍNICO-CIRÚRGICOS PARA INTERVENÇÃO PRECOCE

A intervenção precoce deve ser indicada quando o risco de progressão, sepse, recorrência ou complicação supera o risco do procedimento. Critérios fortes incluem colangite moderada ou grave, colangite com disfunção orgânica, obstrução biliar persistente com deterioração, colecistite aguda com sinais de complicação, peritonite, perfuração, gangrena, empiema, falha do tratamento conservador e pancreatite biliar com colangite.

Na colecistite aguda, a intervenção precoce geralmente corresponde à colecistectomia laparoscópica na internação inicial. Em pacientes de alto risco sem condição operatória, corresponde à drenagem vesicular. Em casos de anatomia difícil, a intervenção segura pode incluir colecistectomia subtotal ou conversão.

Na colangite, a intervenção precoce corresponde à drenagem da via biliar, preferencialmente por CPRE, associada a antibióticos e suporte. O tempo depende da gravidade, mas a presença de sepse ou disfunção orgânica exige urgência.

Na pancreatite biliar, intervenção precoce endoscópica é indicada principalmente quando há colangite. A colecistectomia precoce é indicada na pancreatite leve durante a mesma internação. Em pancreatite grave, a intervenção cirúrgica biliar deve ser cuidadosamente temporizada.

A decisão deve responder a quatro perguntas: existe foco obstrutivo-infeccioso que precisa ser drenado? Existe órgão inflamado com risco de perfuração ou gangrena? O paciente tolera cirurgia agora? Há alternativa menos invasiva para controle de foco? Essas perguntas estruturam a estratificação prática.

12. MANEJO MULTIDISCIPLINAR E FLUXO ASSISTENCIAL

As síndromes biliopancreáticas agudas exigem fluxo institucional organizado. Pronto atendimento, cirurgia, gastroenterologia, endoscopia, radiologia, anestesia, terapia intensiva, enfermagem e laboratório devem atuar de forma coordenada. A ausência de fluxo atrasa CPRE, cirurgia ou drenagem, aumentando risco.

Hospitais devem definir protocolos para suspeita de colangite, colecistite e pancreatite biliar. O protocolo deve indicar exames iniciais, antibióticos, critérios de gravidade, solicitação de imagem, chamada da cirurgia, acionamento da endoscopia e critérios de UTI.

A disponibilidade de CPRE 24 horas nem sempre existe. Nesses casos, a rede deve ter referência para transferência rápida. Paciente com colangite grave não deve permanecer em unidade sem possibilidade de drenagem se estiver deteriorando.

A decisão compartilhada entre especialidades reduz erros. Gastroenterologistas podem avaliar CPRE; cirurgiões definem colecistectomia ou drenagem; intensivistas estabilizam pacientes graves; radiologistas intervencionistas oferecem alternativas percutâneas; anestesistas avaliam risco e preparo.

A qualidade do cuidado depende do tempo. Atraso em reconhecer gravidade, em administrar antibiótico, em hidratar pancreatite, em drenar colangite ou em operar colecistite complicada pode mudar prognóstico. Estratificação de risco deve ser rápida, repetida e registrada.

13. RESULTADOS DA REVISÃO

A análise permite identificar dez resultados principais.

O primeiro resultado é que as síndromes biliopancreáticas agudas possuem espectro amplo, variando de quadros leves a emergências sépticas e pancreáticas graves.

O segundo resultado é que a estratificação de risco deve integrar sinais vitais, disfunção orgânica, marcadores laboratoriais, achados

de imagem, comorbidades e resposta inicial ao tratamento.

O terceiro resultado é que colangite moderada ou grave exige drenagem biliar precoce, pois antibiótico isolado pode não controlar o foco obstrutivo.

O quarto resultado é que pancreatite biliar sem colangite não deve ser submetida rotineiramente à CPRE precoce nas primeiras 72 horas.

O quinto resultado é que pancreatite biliar com colangite constitui indicação forte de CPRE precoce.

O sexto resultado é que colecistectomia laparoscópica precoce é padrão preferencial na colecistite aguda calculosa sempre que viável.

O sétimo resultado é que drenagem vesicular é alternativa para pacientes criticamente enfermos ou sem condição cirúrgica imediata.

O oitavo resultado é que pacientes frágeis não devem ser automaticamente excluídos da cirurgia; devem ser avaliados por risco individual e possibilidade real de benefício.

O nono resultado é que exames como colangiorressonância e ecoendoscopia reduzem CPRE desnecessária em probabilidade intermediária de coledocolitíase.

O décimo resultado é que protocolos institucionais e manejo multidisciplinar são decisivos para reduzir atrasos e melhorar desfechos.

14. DISCUSSÃO

A discussão central deste artigo é que a estratificação de risco em síndromes biliopancreáticas agudas deve superar uma abordagem meramente diagnóstica. Diagnosticar colecistite, colangite ou pancreatite é apenas o primeiro passo. O desfecho do paciente depende principalmente da capacidade de reconhecer gravidade, antecipar deterioração e indicar intervenção no momento correto.

O primeiro ponto crítico é a colangite. Trata-se de infecção obstrutiva, e infecção obstrutiva exige drenagem quando moderada ou grave. Atrasar drenagem em paciente séptico pode ser fatal. Nesse cenário, a CPRE tem papel central como intervenção terapêutica precoce.

O segundo ponto é evitar CPRE desnecessária na pancreatite biliar sem colangite. A tendência antiga de intervir precocemente em toda pancreatite biliar foi substituída por abordagem mais seletiva. A intervenção deve ser guiada por colangite, obstrução persistente e deterioração, não apenas pela etiologia biliar.

O terceiro ponto é a colecistite aguda. A cirurgia precoce resolve o foco e previne recorrências, mas exige técnica segura. O cirurgião deve estar preparado para reconhecer dificuldade anatômica e utilizar estratégias de bail-out, como colecistectomia subtotal, quando necessário.

O quarto ponto é o paciente de alto risco. A fragilidade não deve levar à inércia. Muitas vezes, o maior risco é não controlar o foco. A questão não é tratar ou não tratar, mas escolher a intervenção proporcional: cirurgia precoce, drenagem biliar, colecistostomia, suporte intensivo ou abordagem escalonada.

O quinto ponto é o papel da imagem. Ultrassom, tomografia, colangiorressonância e ecoendoscopia devem ser usados para reduzir incerteza e evitar procedimentos desnecessários. Contudo, imagem não deve atrasar drenagem em paciente com colangite grave evidente.

O sexto ponto é a organização institucional. O melhor protocolo falha se não houver CPRE, sala cirúrgica, anestesia ou UTI disponíveis. A estratificação de risco também é uma estratégia de gestão: define prioridade, transferência e alocação de recursos.

O sétimo ponto é a reavaliação. Síndromes biliopancreáticas são dinâmicas. Pacientes podem melhorar rapidamente ou deteriorar. A decisão tomada na admissão deve ser revista conforme resposta clínica, exames e evolução.

Assim, a intervenção precoce deve ser entendida como intervenção certa, no paciente certo, no tempo certo e pelo método mais seguro disponível.

15. DIRETRIZES PRÁTICAS PARA ESTRATIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO

A partir da análise realizada, propõem-se diretrizes práticas.

Primeiro, avaliar imediatamente sinais de sepse, choque e disfunção orgânica em todo paciente com suspeita de síndrome biliopancreática aguda.

Segundo, distinguir colangite, colecistite e pancreatite biliar, reconhecendo que podem coexistir.

Terceiro, solicitar exames laboratoriais iniciais completos, incluindo hemograma, perfil hepático, bilirrubinas, lipase, função renal, eletrólitos, PCR e lactato em pacientes graves.

Quarto, realizar ultrassonografia como exame inicial na maioria dos casos suspeitos de litíase biliar.

Quinto, indicar drenagem biliar precoce em colangite moderada ou grave, preferencialmente por CPRE quando disponível.

Sexto, evitar CPRE precoce rotineira em pancreatite biliar sem colangite.

Sétimo, realizar colecistectomia laparoscópica durante a internação em colecistite aguda e em pancreatite biliar leve, quando houver condição clínica.

Oitavo, considerar colangiorressonância ou ecoendoscopia em probabilidade intermediária de coledocolitíase.

Nono, considerar colecistostomia percutânea ou drenagem alternativa em colecistite aguda com paciente sem condição cirúrgica imediata.

Décimo, usar estratégias de segurança cirúrgica em colecistectomia difícil, incluindo visão crítica de segurança, colangiografia quando indicada, conversão ou colecistectomia subtotal.

Décimo primeiro, reavaliar continuamente pacientes tratados inicialmente de forma conservadora.

Décimo segundo, transferir precocemente pacientes graves para centros com CPRE, cirurgia, radiologia intervencionista e UTI quando o serviço de origem não possuir recursos.

Décimo terceiro, integrar cirurgia, gastroenterologia, anestesia, radiologia e terapia intensiva em decisões complexas.

Décimo quarto, individualizar condutas em idosos, frágeis, cirróticos, anticoagulados e pacientes com múltiplas comorbidades.

Décimo quinto, registrar claramente a justificativa da intervenção precoce ou da decisão de abordagem conservadora.

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratificação de risco em síndromes biliopancreáticas agudas é etapa decisiva para reduzir morbimortalidade e orientar intervenção precoce. Colecistite aguda, colangite aguda, coledocolitíase complicada e pancreatite biliar compartilham origem anatômica, mas exigem decisões distintas conforme gravidade, obstrução, infecção, falência orgânica e risco cirúrgico.

O artigo demonstrou que a colangite moderada ou grave exige drenagem biliar precoce, pois representa infecção obstrutiva com risco de sepse. A pancreatite biliar, por outro lado, não deve ser tratada com CPRE precoce indiscriminada quando não há colangite. A colecistite aguda calculosa, sempre que possível, deve ser tratada com colecistectomia laparoscópica precoce, preservando estratégias alternativas para pacientes sem condição operatória imediata.

A intervenção precoce não significa intervenção automática. Significa decisão baseada em gravidade, anatomia, fisiologia, risco

anestésico, recursos disponíveis e resposta ao tratamento inicial. Em pacientes de alto risco, a abordagem escalonada pode ser mais segura, desde que não atrase o controle do foco infeccioso.

Conclui-se que o manejo adequado das síndromes biliopancreáticas agudas depende de raciocínio clínico-cirúrgico dinâmico, protocolos institucionais, disponibilidade de endoscopia e cirurgia, avaliação multidisciplinar e reavaliação contínua. O paciente certo deve receber a intervenção certa no tempo certo; esse é o núcleo da estratificação de risco em urgências biliopancreáticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANKS, P. A.; BOLLEN, T. L.; DERVENIS, C.; et al. Classification of acute pancreatitis — 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. **Gut**, v. 62, n. 1, p. 102-111, 2013.

FUGAZZOLA, P.; et al. Clinical update on acute cholecystitis and biliary pancreatitis. **eClinicalMedicine**, 2024.

KIRIYAMA, S.; KOZAKA, K.; TAKADA, T.; et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis. **Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences**, 2018.

LEPPÄNIEMI, A.; TOLONEN, M.; TARASCONI, A.; et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. **World Journal of Emergency Surgery**, 2019.

MIURA, F.; OKAMOTO, K.; TAKADA, T.; et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. **Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences**, 2018.

PISANO, M.; ALLIEVI, N.; GURUSAMY, K.; et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. **World Journal of Emergency Surgery**, 2020.

TENNER, S.; BAILLIE, J.; DEWITT, J.; VEGE, S. S. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis. **American Journal of Gastroenterology**, 2024.

TRIKUDANATHAN, G.; et al. Diagnosis and management of acute pancreatitis. **Gastroenterology**, 2024.

YOKOE, M.; HATA, J.; TAKADA, T.; et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. **Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences**, 2018.

¹ Graduado em Medicina pela Pontificia Universidad Javeriana, Colômbia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Especialista em Epidemiologia pela Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colômbia, e Médico pela Fundación Universitaria Navarra, Colômbia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Graduada em Medicina pela Universidad de Guayaquil, Equador. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Graduada em Medicina pela Universidad de Especialidades Espiritu Santo (UEES), Guayaquil, Equador. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

