



PBPC
ISSN 2674-9432



Qualis A3
CAPES 2021-2024



DOI - Crossref

Latindex

Indexado no
Google Acadêmico

Quando Não Operar é a Melhor Decisão: Limites do Tratamento Conservador em Doenças Cirúrgicas Abdominais

Maicon Francis de Paiva, Lucas Mateus Rodrigues de Freitas, José Victor Teixeira Soto, Bárbara Malaguti Ricaldoni, Felipe Gomes Paranhos, Bianca Lopes Corrêa Proost, Vitório Brizola Bozetti, Bettina Nasralla Souza



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n3p810-833>

Artigo recebido em 11 de Março e publicado em 11 de Maio de 2026

Artigo de revisão de literatura

Resumo

A decisão entre intervenção cirúrgica e tratamento conservador constitui um dos pontos mais sensíveis do manejo das doenças abdominais potencialmente cirúrgicas, especialmente em cenários de urgência, fragilidade clínica e disponibilidade variável de recursos. Este artigo apresenta uma revisão narrativa, crítica e descritiva da literatura, baseada em diretrizes clínicas, consensos internacionais, revisões sistemáticas, ensaios clínicos e estudos observacionais relevantes sobre o manejo não operatório de doenças cirúrgicas abdominais. A literatura demonstra que o tratamento conservador pode ser seguro em pacientes selecionados com apendicite não complicada, diverticulite localizada, colecistite em pacientes de alto risco, pancreatite aguda com necrose estéril, obstrução intestinal adesiva sem estrangulamento e trauma abdominal fechado em pacientes hemodinamicamente estáveis. Entretanto, sua segurança depende de diagnóstico adequado, estabilidade fisiológica, ausência de peritonite difusa, monitorização seriada, acesso a exames complementares e capacidade de conversão rápida para intervenção. Instabilidade hemodinâmica, dor progressiva, sepsis persistente, peritonite, isquemia, perfuração, sangramento ativo, falha de drenagem ou deterioração laboratorial indicam falha terapêutica. Conclui-se que não operar pode representar uma decisão tecnicamente correta, desde que guiada por critérios objetivos, reavaliação ativa e reconhecimento precoce dos limites da abordagem conservadora.

Palavras-chave: Tratamento Conservador, Cirurgia Geral, Abdome Agudo, Manejo Não Operatório, Tomada de Decisão Clínica, Doenças Abdominais.



When Not Operating Is the Best Decision: Limits of Conservative Treatment in Surgical Abdominal Diseases

Abstract

The decision between surgical intervention and conservative treatment represents one of the most sensitive aspects in the management of potentially surgical abdominal diseases, especially in emergency settings, clinical frailty, and contexts with variable availability of resources. This article presents a narrative, critical, and descriptive literature review based on clinical guidelines, international consensus statements, systematic reviews, clinical trials, and relevant observational studies on the nonoperative management of surgical abdominal diseases. The literature shows that conservative treatment may be safe in selected patients with uncomplicated appendicitis, localized diverticulitis, cholecystitis in high-risk patients, acute pancreatitis with sterile necrosis, adhesive bowel obstruction without strangulation, and blunt abdominal trauma in hemodynamically stable patients. However, its safety depends on accurate diagnosis, physiological stability, absence of diffuse peritonitis, serial monitoring, access to complementary tests, and the ability to rapidly convert to intervention when needed. Hemodynamic instability, progressive pain, persistent sepsis, peritonitis, ischemia, perforation, active bleeding, drainage failure, or laboratory deterioration indicate therapeutic failure. It is concluded that not operating may represent a technically appropriate decision, provided it is guided by objective criteria, active reassessment, and early recognition of the limits of the conservative approach.

Keywords: Conservative Treatment, General Surgery, Acute Abdomen, Nonoperative Management, Clinical Decision-Making, Abdominal Diseases.



**Quando Não Operar é a Melhor Decisão: Limites do Tratamento Conservador em Doenças
Cirúrgicas Abdominais**

Paiva et. al.

Instituição afiliada – Nome: Maicon Francis de Paiva (Autor Principal)

Filiação: Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH)

Nome: Lucas Mateus Rodrigues de Freitas (Autor Secundário)

Filiação: Universidade Nove de Julho – Campus Vergueiro

Nome: José Victor Teixeira Soto

Filiação: Centro Universitário de Maringá (UniCesumar) – Médico Graduado

Nome: Bárbara Malaguti Ricaldoni

Filiação: Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) – Belo Horizonte

Nome: Felipe Gomes Paranhos

Filiação: Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH)

Nome: Bianca Lopes Corrêa Proost

Filiação: Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) – Guarujá

Nome: Vitório Brizola Bozetti

Filiação: Atitus Educação – Passo Fundo (RS) – Médico Graduado

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



1. Introdução

A cirurgia abdominal consolidou-se historicamente como uma resposta decisiva a condições ameaçadoras à vida, como perfuração de víscera oca, peritonite, hemorragia intra-abdominal, obstrução intestinal complicada e isquemia mesentérica. Durante grande parte do desenvolvimento da cirurgia geral, a segurança do paciente esteve fortemente associada à intervenção precoce, pois a demora em controlar uma fonte infecciosa ou mecânica frequentemente resultava em sepse, choque, necrose ou morte. Essa tradição intervencionista foi essencial para reduzir a letalidade de muitas doenças abdominais agudas, mas também produziu uma cultura clínica em que a operação passou a ser vista, em alguns contextos, como a principal demonstração de conduta resolutiva.

Nas últimas décadas, contudo, a prática cirúrgica foi modificada pela maior disponibilidade de tomografia computadorizada, ultrassonografia de melhor qualidade, radiologia intervencionista, antibioticoterapia mais efetiva, terapia intensiva, endoscopia terapêutica e instrumentos mais refinados de estratificação de risco. Essas mudanças permitiram distinguir com maior precisão pacientes que necessitam de intervenção imediata daqueles que podem ser tratados inicialmente com medidas clínicas estruturadas. O manejo não operatório deixou de ser uma exceção intuitiva para se tornar uma estratégia formal em diferentes doenças, como apendicite aguda não complicada, diverticulite localizada, obstrução intestinal adesiva sem sinais de sofrimento, pancreatite aguda grave e trauma abdominal fechado em pacientes estáveis (DI SAVERIO et al., 2020; SARTELLI et al., 2020; TEN BROEK et al., 2018; LEPPÄNIEMI et al., 2019).

Essa evolução não significa que a cirurgia tenha perdido centralidade. Ao contrário, ampliou-se a responsabilidade do cirurgião, que precisa decidir não apenas como operar, mas quando operar, quando observar, quando drenar, quando transferir e quando abandonar uma estratégia conservadora que deixou de ser segura. A melhor decisão, em muitos cenários, não é a mais agressiva nem a mais passiva, mas aquela que reconhece a fisiopatologia da doença, a reserva fisiológica do paciente, a probabilidade de falha terapêutica e a capacidade institucional de monitorização. Em uma apendicite não complicada, por exemplo, antibióticos podem ser uma alternativa para pacientes

selecionados, mas a presença de apendicolito aumenta risco de falha e recorrência (CODA COLLABORATIVE, 2020; SALMINEN et al., 2018). Em pancreatite necrosante, por outro lado, a operação precoce pode aumentar morbidade, e a abordagem escalonada tende a ser preferível quando há necessidade de intervenção (VAN SANTVOORT et al., 2010; LEPPÄNIEMI et al., 2019).

O problema central, portanto, não está apenas em reconhecer que o tratamento conservador existe, mas em delimitar seus limites. Muitas doenças abdominais possuem uma zona cinzenta entre a observação segura e a indicação cirúrgica inequívoca. Essa zona exige reavaliações seriadas, interpretação dinâmica de dor, febre, frequência cardíaca, pressão arterial, diurese, leucócitos, proteína C reativa, lactato, função renal e achados radiológicos. A decisão inicial de não operar só é segura quando acompanhada de critérios explícitos de continuidade e de interrupção. Sem esses critérios, o tratamento conservador pode se transformar em atraso terapêutico, com progressão para peritonite, abscesso, isquemia, necrose, perfuração ou sepse não controlada.

A relevância prática do tema é ainda maior em serviços de urgência, hospitais de menor complexidade e contextos com recursos limitados. Nesses locais, a decisão de observar pode ser apropriada quando há estabilidade e possibilidade de vigilância, mas torna-se perigosa quando faltam imagem adequada, laboratório seriado, equipe cirúrgica acessível ou suporte para transferência. A mesma conduta pode ser segura em um centro terciário e inadequada em um serviço sem capacidade de conversão rápida. Além disso, pacientes idosos, frágeis ou com múltiplas comorbidades impõem dilemas adicionais: operar pode produzir complicações graves e perda funcional, mas não operar também pode significar permitir a progressão de doença potencialmente reversível.

Diante desse cenário, este artigo tem como objetivo revisar criticamente as principais indicações, limites, critérios de falha e implicações clínicas do tratamento conservador em doenças cirúrgicas abdominais, com ênfase na tomada de decisão segura, individualizada e baseada em evidências. O texto não pretende defender a não intervenção como princípio, mas discutir quando ela representa prudência técnica, quando representa risco e quais elementos devem orientar a transição entre observação, suporte clínico, drenagem, intervenção minimamente invasiva e cirurgia.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, de caráter crítico e descritivo, voltada à síntese de princípios clínicos aplicáveis ao manejo não operatório de doenças abdominais potencialmente cirúrgicas. A busca bibliográfica foi estruturada para contemplar diretrizes clínicas, consensos internacionais, revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais relevantes e publicações clássicas da cirurgia geral que discutem segurança, eficácia, complicações, recorrência e critérios de falha do tratamento conservador.

Foram consideradas buscas nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, Cochrane Library e Google Scholar. Utilizaram-se descritores em português e inglês relacionados a “tratamento conservador”, “manejo não operatório”, “cirurgia abdominal”, “abdome agudo”, “apendicite aguda”, “colecistite aguda”, “diverticulite”, “pancreatite aguda”, “obstrução intestinal”, “trauma abdominal”, “nonoperative management”, “conservative treatment”, “acute abdomen”, “appendicitis”, “acute cholecystitis”, “diverticulitis”, “acute pancreatitis”, “bowel obstruction”, “abdominal trauma” e “emergency general surgery”. A seleção priorizou publicações dos últimos 15 anos, sem excluir estudos clássicos e diretrizes fundamentais quando necessários à contextualização histórica ou conceitual.

Foram incluídos estudos que abordassem tratamento conservador ou não operatório de doenças abdominais de interesse para a cirurgia geral, diretrizes ou consensos com recomendações clínicas, revisões sistemáticas e metanálises sobre segurança e falha terapêutica, além de estudos envolvendo adultos em cenários de urgência cirúrgica. Foram excluídos textos sem relação direta com tomada de decisão cirúrgica, relatos isolados sem relevância para a discussão geral, publicações sem clareza metodológica, textos opinativos sem base científica e estudos exclusivamente pediátricos, salvo quando indispensáveis para comparação conceitual.

A revisão não pretende substituir diretrizes específicas para cada doença, pois recomendações formais dependem de contexto, recursos institucionais, experiência da equipe e características individuais do paciente. O propósito é integrar evidências e princípios de decisão clínica em uma análise aplicável à prática, destacando os cenários em que o tratamento conservador é razoável, os pontos em que perde segurança e os sinais que devem levar à intervenção cirúrgica, endoscópica, radiológica ou à transferência para centro de maior complexidade.

3. Resultados e discussão

3.1. A mudança do paradigma cirúrgico: da intervenção imediata à seleção criteriosa

A mudança do paradigma cirúrgico não deve ser entendida como substituição da cirurgia pelo tratamento clínico, mas como refinamento da indicação operatória. A operação continua sendo indispensável diante de peritonite difusa, perfuração livre, isquemia, necrose, sangramento não controlado e instabilidade hemodinâmica. O que se modificou foi a capacidade de identificar subgrupos em que a doença permanece localizada, o foco infeccioso pode ser controlado sem laparotomia imediata, o risco anestésico é desproporcional ou a intervenção precoce acrescenta morbidade sem benefício claro.

O tratamento conservador, nesse contexto, não significa ausência de tratamento. Ele envolve jejum quando indicado, reposição volêmica, analgesia, correção hidroeletrólítica, antibioticoterapia seletiva, trombopprofilaxia, suporte nutricional, exames laboratoriais seriados, imagem de controle quando necessária, reavaliação clínica frequente e planejamento de resgate. Em pancreatite aguda grave, por exemplo, a prioridade inicial é suporte sistêmico e controle de complicações, reservando drenagem ou necrosectomia para infecção documentada, deterioração persistente ou complicações específicas (WORKING GROUP IAP/APA ACUTE PANCREATITIS GUIDELINES, 2013; LEPPÄNIEMI et al., 2019).

A diferença entre observação passiva e manejo não operatório planejado é essencial. A observação passiva é marcada por indefinição diagnóstica, ausência de metas e atraso na tomada de decisão. O manejo não operatório planejado, por sua vez, define indicação, metas de melhora, parâmetros de monitorização, tempo razoável de resposta e gatilhos para intervenção. A segurança do tratamento conservador depende, em grande medida, dessa estrutura. A ausência de piora não basta; é necessário observar tendência de melhora clínica, laboratorial e, quando pertinente, radiológica.

3.2. Princípios gerais do tratamento conservador em doenças abdominais

A seleção adequada começa pela estabilidade hemodinâmica. Hipotensão persistente, taquicardia progressiva, necessidade crescente de vasopressores, oligúria, alteração do estado mental e sinais de hipoperfusão indicam que a doença ultrapassou o limite de segurança da observação, salvo quando a intervenção imediata for fútil ou desproporcional. A estabilidade deve ser interpretada de forma dinâmica: um paciente inicialmente compensado pode deteriorar em poucas horas, especialmente em perfurações contidas, obstrução com estrangulamento inicial ou pancreatite grave.

O segundo princípio é a ausência de peritonite difusa. Dor localizada, defesa discreta e irritação peritoneal limitada podem ser compatíveis com tratamento conservador em doenças selecionadas, mas rigidez generalizada, dor à decompressão difusa e piora progressiva sugerem contaminação ou isquemia que exigem controle de foco. Da mesma forma, sepse não controlada indica que antibiótico isolado provavelmente não será suficiente se houver abscesso não drenado, víscera perfurada, vesícula gangrenada, necrose infectada ou alça intestinal inviável.

A disponibilidade de diagnóstico por imagem é outro elemento decisivo. A tomografia computadorizada permite diferenciar diverticulite não complicada de abscesso, apendicite simples de perfuração ou apendicolito, obstrução parcial de alça fechada e trauma sólido de lesão de víscera oca. Quando a imagem não está disponível e o quadro é grave ou progressivo, a margem de segurança para tratamento conservador diminui. A Tabela 1 sintetiza princípios gerais que devem ser preenchidos antes de iniciar ou manter uma estratégia não operatória.

Tabela 1 – Princípios gerais para considerar tratamento conservador em doenças cirúrgicas abdominais

Princípio	Aplicação clínica	Implicação prática
Estabilidade hemodinâmica	Pressão arterial, perfusão, diurese e consciência preservadas ou responsivas ao suporte inicial.	Instabilidade persistente reduz a segurança do manejo conservador e exige intervenção, transferência ou reavaliação imediata.

Ausência de peritonite difusa	Dor localizada ou irritação peritoneal limitada, sem rigidez generalizada.	Peritonite difusa sugere contaminação, perfuração ou isquemia e geralmente demanda controle de foco.
Diagnóstico suficientemente seguro	Imagem e avaliação clínica compatíveis com doença passível de manejo não operatório.	Incerteza diagnóstica relevante, especialmente com deterioração, favorece exploração ou transferência.
Capacidade de monitorização	Reavaliação clínica, exames laboratoriais seriados e imagem de controle quando indicada.	Sem vigilância adequada, a falha terapêutica pode ser reconhecida tarde demais.
Plano de resgate definido	Critérios explícitos para cirurgia, drenagem, endoscopia ou angiografia.	O tratamento conservador deve começar com uma estratégia clara de interrupção em caso de falha.
Comunicação e decisão compartilhada	Paciente e familiares informados sobre benefícios, riscos, recorrência e possibilidade de conversão.	A escolha deve ser registrada e compreendida como conduta ativa, não abandono terapêutico.

Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura consultada.

3.3. Quando não operar pode ser a melhor decisão

Não operar pode ser a melhor decisão quando a cirurgia imediata oferece risco maior que o benefício esperado ou quando a história natural da doença permite resolução com suporte clínico estruturado. Essa situação ocorre em processos inflamatórios localizados, abscessos passíveis de drenagem percutânea, obstruções parciais sem sofrimento intestinal, pancreatite necrosante antes da organização da necrose e trauma de órgãos sólidos em pacientes estáveis. Nesses contextos, uma operação precoce pode ampliar a agressão fisiológica, aumentar sangramento, favorecer lesões iatrogênicas e prolongar internação.

A individualização é indispensável. Um paciente jovem, com baixa carga de comorbidades e apendicite não complicada, pode preferir apendicectomia para reduzir

o risco de recorrência, enquanto outro pode valorizar a tentativa inicial com antibióticos, desde que aceite acompanhamento e risco de falha (CODA COLLABORATIVE, 2020). Em colecistite aguda, a colecistectomia precoce frequentemente é o tratamento definitivo, mas pacientes com choque séptico, disfunção orgânica ou risco anestésico proibitivo podem se beneficiar de antibióticos, suporte intensivo e colecistostomia como ponte ou alternativa proporcional (YOKOE et al., 2018; OKAMOTO et al., 2018).

O tratamento conservador também pode ser indicado quando a otimização clínica prévia modifica o prognóstico. Em idosos frágeis, desnutridos, anticoagulados ou com cardiopatia descompensada, a correção de distúrbios hidroeletrólíticos, reversão de anticoagulação, estabilização respiratória e definição de objetivos terapêuticos podem ser mais importantes que a velocidade da operação, desde que não haja sinais de doença abdominal progressiva. O risco de adiar deve ser comparado ao risco de operar em condições fisiológicas desfavoráveis.

3.4. Apendicite aguda: tratamento conservador, recorrência e limites

A apendicite aguda é um dos campos em que a discussão sobre manejo não operatório ganhou maior visibilidade. Diretrizes recentes reconhecem que antibióticos podem ser oferecidos a pacientes selecionados com apendicite não complicada, especialmente quando há diagnóstico por imagem, ausência de perfuração, ausência de abscesso volumoso, ausência de peritonite difusa e possibilidade de acompanhamento (DI SAVERIO et al., 2020). Essa alternativa não elimina a apendicectomia como tratamento definitivo, mas amplia o espaço para decisão compartilhada.

O ensaio CODA demonstrou que antibióticos foram não inferiores à apendicectomia em medida de estado de saúde em curto prazo, embora uma proporção relevante dos pacientes tratados inicialmente com antibióticos tenha necessitado de apendicectomia posteriormente, especialmente aqueles com apendicolito (CODA COLLABORATIVE, 2020). O seguimento do estudo APPAC também mostrou que a recorrência ao longo de anos não é desprezível, reforçando que o tratamento conservador deve ser apresentado como estratégia possível, e não como cura definitiva garantida (SALMINEN et al., 2018).

Os limites são claros. Dor progressiva, febre persistente, leucocitose ou proteína

C reativa em ascensão, vômitos persistentes, sinais de perfuração, abscesso não controlado, apendicolito associado a piora clínica, dúvida diagnóstica relevante e impossibilidade de retorno ou seguimento tornam a conduta conservadora menos segura. Em serviços sem tomografia ou sem capacidade de reavaliação, a indicação de antibióticos como tratamento exclusivo deve ser ainda mais cautelosa. A apendicite não complicada pode ser manejada sem operação em alguns pacientes; a apendicite complicada, por outro lado, exige raciocínio orientado por controle de foco, seja cirúrgico, percutâneo ou combinado.

3.5. Diverticulite aguda: da cirurgia eletiva automática à abordagem individualizada

O manejo da diverticulite aguda mudou substancialmente. A indicação automática de colectomia eletiva após determinado número de episódios perdeu força, sendo substituída por avaliação individualizada de gravidade, recorrência, impacto funcional, risco cirúrgico e preferência do paciente. Na diverticulite não complicada, a tomografia permite confirmar inflamação localizada e excluir abscesso, perfuração, obstrução ou peritonite. Em pacientes imunocompetentes, estáveis e com quadro leve, o uso de antibióticos pode ser seletivo, e o tratamento ambulatorial pode ser apropriado quando há boa tolerância oral, dor controlável e retorno garantido (SARTELLI et al., 2020; HALL et al., 2020).

Na diverticulite complicada com abscesso, o tratamento conservador pode incluir antibióticos e drenagem percutânea, especialmente em coleções maiores ou acessíveis. Essa estratégia pode evitar cirurgia de urgência em ambiente inflamado, reduzir estoma e permitir cirurgia eletiva em melhores condições quando necessária. Entretanto, abscessos pequenos e bem delimitados podem responder a antibióticos, enquanto coleções grandes, multiloculadas ou inacessíveis exigem vigilância rigorosa e reavaliação precoce.

A cirurgia torna-se necessária quando há peritonite difusa, pneumoperitônio com instabilidade ou contaminação generalizada, sepse persistente, abscesso não drenável com deterioração, falha de drenagem, obstrução, fístulas complexas ou suspeita de neoplasia. A imunossupressão também muda o limiar decisório, pois sinais

clínicos podem ser menos exuberantes e a progressão mais grave. Assim, a diverticulite é exemplo de doença em que a cirurgia deixou de ser resposta automática à recorrência, mas permanece indispensável quando o controle clínico ou percutâneo falha.

3.6. Colecistite aguda: entre colecistectomia precoce, antibióticos e drenagem

A colecistite aguda ilustra bem a diferença entre tratamento temporário e definitivo. A colecistectomia laparoscópica precoce é frequentemente recomendada para pacientes aptos, pois trata a doença e reduz recorrência de eventos biliares. As Tokyo Guidelines 2018 reforçam a importância de diagnóstico, classificação de gravidade e avaliação de risco para orientar a escolha entre cirurgia, tratamento clínico e drenagem da vesícula (YOKOE et al., 2018; OKAMOTO et al., 2018).

Antibióticos e suporte clínico são fundamentais, mas raramente resolvem de forma definitiva a litíase biliar sintomática. A colecistostomia percutânea pode ser útil em pacientes graves, sépticos, com disfunção orgânica ou risco anestésico elevado, funcionando como ponte para cirurgia tardia ou como medida proporcional quando a cirurgia definitiva é inviável. Ainda assim, a drenagem não deve ser usada de maneira indiscriminada em pacientes que poderiam tolerar colecistectomia. O estudo CHOCOLATE demonstrou que, em pacientes de alto risco selecionados, a colecistectomia laparoscópica reduziu complicações maiores em comparação à drenagem percutânea, mostrando que “alto risco” não significa automaticamente “não operar” (LOOZEN et al., 2018).

Os limites do tratamento conservador incluem ausência de melhora clínica, febre e dor persistentes, empiema, gangrena, perfuração, peritonite, sepse persistente, obstrução biliar associada e recorrência após tratamento apenas clínico. A decisão deve integrar gravidade da colecistite, comorbidades, experiência da equipe, disponibilidade de radiologia intervencionista e possibilidade de cirurgia segura. Em colecistite, a pergunta adequada não é apenas se o paciente deve operar, mas quando, onde e com qual estratégia de redução de risco.

3.7. Pancreatite aguda: por que operar cedo pode ser prejudicial

A pancreatite aguda é talvez o exemplo mais claro de doença abdominal em que a intervenção cirúrgica precoce pode ser prejudicial. A fase inicial é dominada por resposta inflamatória sistêmica, alterações microcirculatórias, extravasamento capilar, dor intensa, hipovolemia e risco de falência orgânica. O manejo inicial deve priorizar reposição volêmica criteriosa, analgesia, nutrição adequada, monitorização de disfunção orgânica e tratamento da etiologia quando indicado. A presença de necrose pancreática, isoladamente, não exige cirurgia imediata.

A distinção entre necrose estéril e infectada é central. A maioria dos pacientes com necrose estéril pode ser tratada sem intervenção, desde que não haja complicações compressivas, deterioração ou dúvida diagnóstica relevante. Quando há necrose infectada, a estratégia atual favorece abordagem escalonada, com drenagem percutânea ou endoscópica inicial e necrosectomia minimamente invasiva ou aberta apenas quando necessário. O ensaio PANTER demonstrou menor morbidade com abordagem step-up em comparação à necrosectomia aberta primária (VAN SANTVOORT et al., 2010).

A literatura recomenda retardar intervenções sempre que possível até que a necrose esteja mais organizada, pois isso facilita drenagem, reduz sangramento e diminui lesão de tecido viável (WORKING GROUP IAP/APA ACUTE PANCREATITIS GUIDELINES, 2013; LEPPÄNIEMI et al., 2019). Entretanto, o tratamento conservador perde segurança diante de necrose infectada com deterioração clínica, sepsis persistente, síndrome compartimental abdominal, hemorragia, perfuração, obstrução persistente ou falha de abordagens minimamente invasivas. Na pancreatite biliar leve, a colecistectomia deve ser planejada na mesma internação quando possível, para reduzir recorrência de eventos biliares.

3.8. Obstrução intestinal: quando observar e quando intervir

A obstrução intestinal por aderências é uma das principais indicações de manejo não operatório em cirurgia abdominal, desde que não existam sinais de estrangulamento, isquemia ou perfuração. O tratamento inclui jejum, reposição volêmica, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, analgesia, antieméticos,

descompressão nasogástrica quando indicada e reavaliação seriada. A tomografia ajuda a identificar nível de obstrução, transição, sinais de alça fechada, sofrimento intestinal e causas não adesivas.

As diretrizes de Bologna recomendam tentativa de manejo não operatório em obstrução adesiva sem sinais de complicação, reconhecendo o papel do contraste hidrossolúvel como ferramenta diagnóstica e potencialmente terapêutica em cenários selecionados (TEN BROEK et al., 2018). A passagem do contraste para o cólon dentro de intervalo definido sugere maior chance de resolução, enquanto sua retenção pode indicar necessidade de intervenção. Ainda assim, o contraste não substitui o exame clínico e não deve atrasar cirurgia quando há sinais de sofrimento intestinal.

Os limites da observação incluem dor contínua e progressiva, febre, taquicardia, leucocitose crescente, acidose metabólica, lactato elevado, defesa abdominal, pneumoperitônio, alça fechada, sinais tomográficos de isquemia, obstrução completa persistente e ausência de melhora após período razoável de tratamento. Hérnias encarceradas ou estranguladas merecem atenção especial, pois a causa mecânica é definida e o risco de isquemia pode aumentar rapidamente. Nesses casos, insistir em conduta conservadora pode transformar uma cirurgia potencialmente simples em ressecção intestinal complexa.

3.9. Trauma abdominal: o papel do manejo não operatório em pacientes selecionados

O trauma abdominal fechado mostrou uma das transições mais importantes da cirurgia moderna. Lesões hepáticas, esplênicas e renais que antes frequentemente levavam à laparotomia podem ser manejadas sem operação quando o paciente está hemodinamicamente estável e a tomografia contrastada exclui lesões que exigem reparo imediato. O manejo não operatório reduz laparotomias não terapêuticas, preserva órgãos e pode diminuir morbidade, desde que seja realizado em ambiente com monitorização adequada.

No trauma esplênico, diretrizes da WSES reconhecem a segurança do manejo não operatório em pacientes adultos e pediátricos selecionados, incorporando estabilidade fisiológica, grau anatômico da lesão, necessidade transfusional, extravasamento de contraste e disponibilidade de angioembolização (COCCOLINI et al.,

2017). O seguimento também deve ser individualizado, especialmente em lesões de maior grau, atletas, trabalhadores expostos a trauma e pacientes com risco de sangramento tardio (PODDA et al., 2022).

Os limites são objetivos: instabilidade hemodinâmica não responsiva, peritonite, lesão de víscera oca, sangramento ativo não controlado, necessidade transfusional persistente, piora do hematócrito, deterioração clínica, ausência de tomografia ou impossibilidade de vigilância contínua. A embolização angiográfica ampliou a possibilidade de manejo não operatório, mas não substitui laparotomia em choque refratário ou contaminação abdominal. Em trauma, a decisão conservadora depende tanto do paciente quanto do sistema que o atende.

3.10. Pacientes idosos, frágeis e com comorbidades: quando o risco da cirurgia muda a decisão

A idade cronológica, isoladamente, não contraindica cirurgia. O que modifica o balanço risco-benefício é a combinação de fragilidade, sarcopenia, desnutrição, dependência funcional, polifarmácia, anticoagulação, doença cardiovascular, pneumopatia, doença renal, comprometimento cognitivo e risco de delirium. Dois pacientes com a mesma idade e o mesmo diagnóstico abdominal podem ter prognósticos muito diferentes conforme reserva fisiológica e objetivos de cuidado.

A avaliação geriátrica e perioperatória deve estimar não apenas mortalidade, mas também perda funcional, necessidade de UTI, ventilação prolongada, institucionalização e qualidade de vida. Diretrizes de boas práticas perioperatórias em pacientes geriátricos enfatizam avaliação de cognição, capacidade funcional, risco de delirium, medicações, nutrição e planejamento de alta (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2016). Em alguns casos, uma drenagem, antibiótico, observação ou cuidado proporcional pode ser mais alinhado aos objetivos do paciente do que uma operação de grande porte com baixa probabilidade de recuperação aceitável.

Essa ponderação não deve ser confundida com negligência terapêutica. A fragilidade não autoriza subtratamento automático. Pacientes idosos também podem se beneficiar de cirurgia quando há foco infeccioso controlável, obstrução reversível ou risco iminente de morte sem intervenção. A ética da decisão exige discutir prognóstico,

alternativas, riscos, possibilidade de falha conservadora e limites aceitáveis de tratamento. O tratamento conservador pode ser a melhor decisão quando é proporcional; torna-se inadequado quando apenas adia uma intervenção necessária sem oferecer benefício real.

3.11. Critérios de falha do tratamento conservador

O sucesso do tratamento conservador depende menos da decisão inicial e mais da capacidade de reconhecer rapidamente sua falha. Uma estratégia inicialmente correta pode se tornar perigosa se mantida diante de deterioração. Por isso, todo plano conservador deve incluir parâmetros de vigilância e gatilhos explícitos para mudança de conduta. Esses gatilhos devem ser conhecidos pela equipe assistente e comunicados ao paciente quando aplicável.

Os sinais mais relevantes são instabilidade hemodinâmica, dor abdominal progressiva, surgimento de peritonite, febre persistente, taquicardia, leucocitose ou proteína C reativa em ascensão, lactato aumentado, acidose metabólica, piora da função renal, vômitos persistentes, distensão progressiva, sepse, choque séptico, piora em exames de imagem, abscesso crescente, perfuração, isquemia, sangramento ativo e falha de drenagem. A Tabela 2 organiza esses achados conforme implicação clínica.

A interpretação deve considerar tendência, não apenas valores isolados. Um leucócito discretamente elevado pode ser esperado no início; leucocitose crescente associada a febre e dor progressiva sugere falha. Da mesma forma, lactato elevado em paciente com obstrução intestinal não deve ser atribuído apenas à desidratação sem excluir isquemia. A segurança da observação depende da humildade clínica de reconhecer que a doença mudou.

Tabela 2 – Critérios de falha do tratamento conservador e implicações clínicas

Critério de falha	Possível significado clínico	Conduta sugerida
Instabilidade hemodinâmica, hipoperfusão ou necessidade crescente de suporte	Sangramento, sepse não controlada, isquemia ou progressão inflamatória grave.	Reavaliação imediata, ressuscitação, controle de foco, cirurgia, angiografia ou transferência conforme etiologia.

Dor progressiva, defesa abdominal ou peritonite	Perfuração, contaminação, necrose, isquemia ou falha de contenção local.	Suspender observação passiva e indicar avaliação cirúrgica urgente.
Febre persistente, leucocitose/PCR em ascensão ou sepse	Controle infeccioso insuficiente, abscesso, necrose infectada ou foco não drenado.	Repetir imagem, otimizar antibiótico e considerar drenagem ou operação.
Lactato elevado, acidose metabólica ou piora renal	Hipoperfusão, isquemia intestinal, sepse ou desidratação grave.	Investigar causa rapidamente e reduzir limiar para intervenção.
Piora radiológica, abscesso crescente, pneumoperitônio ou alça fechada	Progressão anatômica da doença ou complicação mecânica.	Intervenção percutânea, endoscópica ou cirúrgica conforme achado.
Impossibilidade de monitorização ou seguimento	Risco de falha não reconhecida em tempo adequado.	Transferir, internar ou optar por tratamento definitivo quando seguro.

Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura consultada.

3.12. Vieses cognitivos na decisão cirúrgica

A decisão cirúrgica não é puramente técnica. Ela é influenciada por heurísticas, experiência prévia, pressão institucional, medo jurídico, expectativas familiares e cultura do serviço. O viés de ação pode levar à operação para demonstrar que “algo foi feito”, mesmo quando a evidência favorece observação ou intervenção menos invasiva. Esse viés é particularmente relevante em quadros de incerteza diagnóstica, nos quais a ansiedade da equipe pode ser confundida com urgência fisiológica.

O viés de omissão atua em sentido oposto: a equipe evita operar por medo de complicações, idade avançada, comorbidades ou experiências ruins anteriores, mesmo quando a doença já ultrapassou limites de segurança. A ancoragem diagnóstica pode manter a hipótese inicial apesar de dados novos, como tratar dor abdominal como diverticulite leve quando a evolução sugere perfuração ou isquemia. O excesso de confiança pode levar tanto à operação precoce quanto à insistência conservadora sem reavaliação objetiva.

Reconhecer vieses não elimina a incerteza, mas melhora a qualidade do processo decisório. Protocolos, discussão multiprofissional, segunda opinião, critérios de falha

documentados e reavaliação em horários definidos reduzem a dependência de impressões isoladas. A literatura sobre vieses cognitivos em ambientes críticos reforça que decisões clínicas complexas podem ser distorcidas por julgamentos automáticos, especialmente sob pressão, fadiga e informação incompleta (WEBSTER; TAYLOR; WEBB, 2021).

3.13. Tomada de decisão compartilhada e ética da não intervenção

Não operar pode ser uma decisão ativa, ética e tecnicamente correta. Para isso, deve ser comunicada como uma estratégia estruturada, não como simples espera. O paciente e seus familiares precisam compreender o diagnóstico provável, as alternativas disponíveis, os benefícios esperados, o risco de falha, a possibilidade de recorrência e os sinais que exigem intervenção. Quando o paciente está consciente e capaz, sua preferência deve ser considerada, especialmente em cenários de equilíbrio clínico, como apendicite não complicada ou cirurgia eletiva após episódio de diverticulite.

O consentimento informado no tratamento conservador deve incluir a possibilidade de conversão para cirurgia, drenagem, endoscopia ou transferência. Também deve deixar claro que a melhora inicial não elimina risco de recorrência em doenças como apendicite tratada com antibióticos, colecistite sem colecistectomia definitiva ou diverticulite complicada. O registro em prontuário deve documentar critérios clínicos, achados de imagem, justificativa para não operar, plano de monitorização e condições que levariam à mudança de conduta.

A proporcionalidade terapêutica é particularmente relevante em pacientes com doença avançada, fragilidade extrema ou baixa probabilidade de recuperação funcional. Nesses casos, tratamento conservador, limitação terapêutica e cuidados paliativos podem coexistir, mas não são sinônimos de abandono. Abandono é ausência de cuidado; tratamento conservador proporcional é cuidado orientado por objetivos, conforto, controle de sintomas e prevenção de intervenções fúteis. A ética da não intervenção exige presença ativa da equipe, comunicação honesta e revisão contínua da adequação do plano.

3.14. Proposta prática de raciocínio clínico

Uma forma prática de estruturar a decisão é iniciar pela fisiologia, passar pela anatomia da doença e concluir pela capacidade do sistema de cuidado. A primeira pergunta deve ser se o paciente está hemodinamicamente estável. Se não está, a prioridade é ressuscitação e controle da causa, com cirurgia, angiografia, drenagem ou transferência conforme o cenário. Em seguida, deve-se procurar peritonite difusa, isquemia, perfuração livre ou sepse não controlada. A presença desses elementos geralmente reduz de modo importante a segurança da estratégia conservadora.

O terceiro passo é avaliar se o diagnóstico é suficientemente seguro. Tratamento conservador exige que a equipe saiba qual doença está tratando e quais complicações foram razoavelmente excluídas. O quarto ponto é verificar se existe evidência de que a doença em questão pode ser manejada inicialmente sem operação. O quinto é examinar se o serviço dispõe de reavaliação, laboratório, imagem, cirurgia de resgate, radiologia intervencionista ou transferência. O sexto é garantir que o paciente compreenda riscos e benefícios. O sétimo é estabelecer critérios de suspensão do plano conservador.

O Quadro 1 sintetiza esse raciocínio em um fluxograma simples. Seu objetivo não é substituir protocolos de doença específica, mas impedir que a decisão seja tomada apenas por preferência individual ou inércia assistencial.

Quadro 1 – Fluxograma simplificado para decisão entre tratamento conservador e intervenção em doenças abdominais

Paciente com doença abdominal potencialmente cirúrgica
1. Estável hemodinamicamente? Não → ressuscitação, controle de foco/intervenção ou transferência. Sim → avançar.
2. Há peritonite difusa, isquemia, perfuração livre, sepse não controlada ou sangramento ativo? Sim → intervenção cirúrgica, radiológica ou endoscópica conforme causa. Não → avançar.
3. Diagnóstico é suficientemente seguro e há evidência para manejo não operatório naquele quadro? Não → ampliar investigação, discutir caso ou transferir. Sim → avançar.

4. Serviço possui monitorização, exames seriados e capacidade de conversão rápida? Não → internar em local adequado, transferir ou considerar tratamento definitivo. Sim → iniciar tratamento conservador estruturado.
5. Definir metas de melhora e critérios de falha: dor, febre, leucócitos/PCR, lactato, função renal, imagem e sinais peritoneais.
Melhora sustentada → manter plano e programar seguimento. Piora ou ausência de resposta → abandonar estratégia conservadora e indicar resgate.

Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura consultada.

Como síntese aplicada, a Tabela 3 reúne exemplos de doenças abdominais nas quais o tratamento conservador pode ser considerado, destacando condições de segurança e limites que devem motivar intervenção.

Tabela 3 – Doenças abdominais selecionadas, condições para manejo conservador e principais limites

Doença/cenário	Quando considerar tratamento conservador	Limites que indicam intervenção ou resgate
Apendicite aguda não complicada	Paciente estável, imagem compatível, ausência de perfuração, abscesso volumoso, peritonite difusa e seguimento possível.	Apendicolito com piora, dor progressiva, febre persistente, aumento de marcadores inflamatórios, perfuração ou impossibilidade de seguimento.
Diverticulite aguda	Quadro não complicado, abscesso pequeno ou abscesso drenável, paciente estável e monitorização disponível.	Peritonite difusa, sepse persistente, abscesso não drenável, obstrução, fístula complexa ou imunossupressão com deterioração.
Colecistite aguda	Alto risco cirúrgico temporário, necessidade de estabilização, possibilidade de antibiótico e drenagem quando indicada.	Gangrena, perfuração, empiema, peritonite, sepse persistente, obstrução biliar ou recorrência sem tratamento definitivo.
Pancreatite aguda necrosante	Necrose estéril, suporte clínico efetivo, ausência de deterioração e	Necrose infectada com piora, sepse persistente, síndrome

	possibilidade de intervenção tardia se necessário.	compartimental, hemorragia ou falha de abordagem minimamente invasiva.
Obstrução intestinal adesiva	Obstrução parcial ou simples, sem sinais de isquemia, estrangulamento, alça fechada ou perfuração.	Dor contínua, lactato elevado, acidose, defesa abdominal, febre, alça fechada, pneumoperitônio ou ausência de melhora.
Trauma abdominal fechado	Lesão de órgão sólido em paciente hemodinamicamente estável, tomografia disponível e suporte hospitalar adequado.	Instabilidade, peritonite, lesão de víscera oca, sangramento ativo não controlado, transfusão persistente ou falta de estrutura.

Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura consultada.

4. Conclusão

O tratamento conservador em doenças cirúrgicas abdominais representa uma estratégia legítima, moderna e baseada em evidências quando aplicada a pacientes selecionados, em ambientes capazes de oferecer diagnóstico adequado, monitorização ativa e intervenção de resgate. Não operar pode ser a melhor decisão quando a doença apresenta alta probabilidade de resolução sem cirurgia imediata, quando o processo inflamatório está localizado, quando a intervenção precoce aumenta morbidade ou quando a condição fisiológica do paciente torna a operação desproporcional naquele momento.

Entretanto, o tratamento conservador possui limites claros. Instabilidade hemodinâmica, deterioração clínica, dor progressiva, peritonite, sepse persistente, isquemia, perfuração, sangramento ativo, falha de drenagem, piora laboratorial ou progressão radiológica devem levar à reavaliação imediata da conduta. A segurança da estratégia não depende apenas de escolher bem o paciente no início, mas de reconhecer precocemente quando a doença deixou de se comportar como candidata à observação.

A decisão ideal deve equilibrar prudência cirúrgica e coragem para intervir. Operar cedo demais pode produzir dano evitável; esperar demais pode permitir perda da janela terapêutica. Assim, a excelência em cirurgia não está apenas em saber operar, mas em saber quando operar, quando esperar e quando abandonar com segurança uma

estratégia conservadora que deixou de ser adequada.

Referências

- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. **Optimal perioperative management of the geriatric patient: a best practices guideline.** 2016.
- COCCOLINI, F. *et al.* Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 12, p. 40, 2017.
- CODA COLLABORATIVE. A randomized trial comparing antibiotics with appendectomy for appendicitis. **The New England Journal of Medicine**, v. 383, n. 20, p. 1907-1919, 2020.
- DI SAVERIO, S. *et al.* Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 15, n. 1, p. 27, 2020.
- HALL, J. *et al.* The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the treatment of left-sided colonic diverticulitis. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 63, n. 6, p. 728-747, 2020.
- LEPPÄNIEMI, A. *et al.* 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 14, p. 27, 2019.
- LOOZEN, C. S. *et al.* Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high risk patients: CHOCOLATE multicentre randomised clinical trial. **BMJ**, v. 363, p. k3965, 2018.
- OKAMOTO, K. *et al.* Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. **Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences**, v. 25, n. 1, p. 55-72, 2018.
- PODDA, M. *et al.* Follow-up strategies for patients with splenic trauma managed non-operatively: the 2022 World Society of Emergency Surgery consensus document. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 17, n. 1, p. 52, 2022.
- SALMINEN, P. *et al.* Five-year follow-up of antibiotic therapy for uncomplicated acute appendicitis in the APPAC randomized clinical trial. **JAMA**, v. 320, n. 12, p. 1259-1265, 2018.
- SARTELLI, M. *et al.* 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 15, n. 1, p. 32, 2020.
- TEN BROEK, R. P. G. *et al.* Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction: 2017 update of the evidence-based guidelines from the World Society of Emergency Surgery ASBO Working Group. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 13, p. 24, 2018.
- VAN SANTVOORT, H. C. *et al.* A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. **The New England Journal of Medicine**, v. 362, n. 16, p. 1491-1502, 2010.
- WEBSTER, C. S.; TAYLOR, S.; WEBB, R. K. Cognitive biases in diagnosis and decision making during anaesthesia and intensive care. **BJA Education**, v. 21, n. 11, p. 420-425, 2021.
- WORKING GROUP IAP/APA ACUTE PANCREATITIS GUIDELINES. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. **Pancreatology**, v. 13, n. 4,



**Quando Não Operar é a Melhor Decisão: Limites do Tratamento Conservador em Doenças
Cirúrgicas Abdominais**

Paiva *et. al.*

suplemento 2, p. e1-e15, 2013.

YOKOE, M. *et al.* Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. **Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences**, v. 25, n. 1, p. 41-54, 2018.