

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ANA BÁRBARA DE JESUS CHAVES

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS GASTROINTESTINAIS PRECOSES EM
PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA**

ARACAJU - SE
2018

ANA BÁRBARA DE JESUS CHAVES

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS GASTROINTESTINAIS PRECOSES
EM PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
colegiado do curso de Medicina da Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial para a
obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Alves Júnior

Coorientador: Prof Dr. Paulo Vicente dos Santos
Filho

ANA BÁRBARA DE JESUS CHAVES

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS GASTROINTESTINAIS PRECOCES
EM PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe, sob a orientação do Prof. Dr. Antônio Alves Júnior e coorientação do Prof. Dr. Paulo Vicente dos Santos Filho.

Autora: Ana Bárbara de Jesus Chaves

Orientador: Prof. Dr. Antônio Alves Júnior

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Vicente dos Santos Filho

ARACAJU

2018

ANA BÁRBARA DE JESUS CHAVES

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS GASTROINTESTINAIS PRECOSES
EM PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe, sob a orientação do Prof. Dr. Antônio Alves Júnior e coorientação do Prof. Dr. Paulo Vicente dos Santos Filho.

Aprovada em: / /

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

ARACAJU

2018

Àquela que sempre foi dedicação e amor: Izabel.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à Nossa Senhora, meus protetores, por sempre estarem presentes em minha vida, proporcionando momentos bons e me sustentando nos desafios cotidianos! Obrigada pela força, coragem e sabedoria que me deram ao longo da caminhada, transformando os obstáculos em lutas vencidas!

Àqueles que proporcionaram a base do meu aprendizado acadêmico, confiando a mim suas dores físicas e espirituais: aos pacientes!

À minha mãe, por sempre ter sido meu porto seguro em meio às tempestades, por nunca ter me deixado faltar nada e por todo apoio me ofertado na corrida em busca dos nossos sonhos!

À minha família por todo apoio na jornada. Pelas vezes que ampararam a mim e minha mãe e que compreenderam minha ausência.

Ao meu namorado, Ricardo, pelo amor, carinho e cumplicidade. Pelas vezes que aguentou meus choros e ouviu minhas angústias e pelos conselhos dados que me ajudaram em momentos decisivos.

Agradeço também aos meus amigos, que por vezes entenderam minhas faltas e mesmo assim permaneceram ao meu lado nessa caminhada! Em especial a Bel, fiel companheira de produções e risadas, presente que a UFS me trouxe.

Aos mestres, pela dedicação, compromisso e ensinamentos que contribuíram para a minha formação. Em especial, gostaria de agradecer à Dra. Cristina Gama (que esteve ao meu lado desde o sexto período) e aos meus orientadores, Dr. Antônio Júnior e Dr. Paulo Vicente, e a Sydney Leão, por terem aceitado conduzir esse trabalho junto comigo.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta primeira etapa do meu sonho. Muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DBC – Doença biliar calculosa

EUA – Estados Unidos da América

DATASUS – Departamento de informática do Sistema Único de Saúde

USG – ultrassonografia

TC – tomografia computadorizada

NVB – neoplasia de vesícula biliar

SPC – síndrome pós-colecistectomia

DGIF – desordens gastrointestinais funcionais

MHI – mudança do hábito intestinal

HU – UFS – Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 Doença biliar calculosa.....	11
2.1.1 Epidemiologia.....	11
2.1.2 Fisiopatologia e manifestações clínicas	12
2.1.3 Fatores de risco	13
2.1.4 Diagnóstico	14
2.2 Outras colecistopatias.....	14
2.2.1 Pólipos vesiculares	14
2.2.2 Neoplasia de vesícula biliar	15
2.3 Tratamento das colecistopatias.....	16
2.4 Complicações pós-colecistectomia.....	16
2.5 Síndrome pós-colecistectomia.....	17
2.5.1 Diarreia crônica	18
2.5.2 Dor abdominal	19
2.5.3 Sintomas dispépticos	19
3. REFERÊNCIAS.....	22
4. ARTIGO ORIGINAL.....	28
4.1 Normas de Publicação da Revista.....	28
4.2 Artigo.....	35
4.2.1 Resumo.....	36
Abstract.....	36
4.2.2 Introdução.....	37
4.2.3...Métodos.....	38
4.2.4...Resultados.....	39
4.2.5...Discussão.....	42
4.2.6...Conclusões.....	44
4.2.7...Referências.....	45
5. APÊNDICE 01.....	48
6. APÊNDICE 02.....	49

7. APÊNDICE 03	51
8. ANEXO 01.....	53

1.INTRODUÇÃO

A colelitíase, colecistolitíase ou doença biliar calculosa (DBC) é a doença mais comum do trato biliar e se caracteriza pela formação de cálculos no interior da vesícula biliar (JUREDINI; MATHEUS; PENTEADO, 2008; FREITAS et al, 2012; AFDHAL, 2016). A patogenia da doença, segundo diversos autores, decorre da incapacidade de manter colesterol e sais biliares solubilizados (AFDHAL, 2009; CHARI; A SHAH, 2010; MELO, 2012).

A gênese de tal condição se potencializa em algumas situações, que caracterizam os fatores de risco, a exemplo de jejum prolongado, sexo feminino, idade, obesidade e presença de comorbidades associadas (SALIM; CUTAIT, 2008; MENEZES et al, 2013). Analisando a crescente presença destes, a exemplo do aumento da expectativa de vida da população é considerável uma incidência elevada nos próximos anos da doença e consequente aumento significativo do número de procedimentos cirúrgicos realizados para tratá-la (CASTRO et al, 2014).

Nos Estados Unidos da América (EUA) cerca de um milhão de pessoas são diagnosticadas todos os anos como portadoras da patologia, indicando um problema de saúde pública (ZAKKO, 2018). Estima-se que em meio a população americana, considerando indivíduos entre 20 e 74 anos de idade, 6,3 milhões de homens e 14,2 milhões de mulheres apresentem DBC, aparecendo uma variação na prevalência quando consideradas as diversas etnias que habitam o país, o sexo e as faixas etárias (EVERHART et al, 1999; AFDHAL, 2016). No Brasil, a prevalência da DBC na população é estimada entre 9,3% e 10,3% (ALTENFELDER, 1994; MANTOVANI; LEAL; FONTENELLES, 2001). Em 2004, Ferreira et al estimaram a prevalência da colelitíase em 12 milhões de brasileiros com idade superior a 20 anos, considerando uma população geral de 150 milhões de habitantes.

O quadro clínico é descrito classicamente por cólicas biliares, iniciadas em hipocôndrio direito, com ou sem irradiação para outras regiões abdominais, que podem ser acompanhadas de náuseas e vômitos. A DBC poderá progredir ainda com complicações decorrentes da migração dos cálculos ou alteração da arquitetura vesicular, a exemplo da pancreatite biliar e escleroatrofia vesicular. Para esse grupo de pacientes a cirurgia é recomendada na maioria dos casos (SANTOS et al, 2008). Já nos pacientes assintomáticos

a indicação cirúrgica para realização de colecistectomia objetiva evitar as complicações decorrentes da evolução da doença (AFDHAL, 2018).

Os pacientes submetidos à colecistectomia estão sujeitos aos riscos pós-operatórios, inerentes a qualquer procedimento cirúrgico. Uma entidade comum nestes casos é a chamada “Síndrome pós- 10 colecistectomia” que se caracteriza pela manutenção ou surgimento de queixas dispépticas e/ou gastrointestinais, estando presente entre 10 a 50% dos pacientes colecistectomizados (SALIM; CUTAIT, 2008; MENEZES et al, 2013). Dentro do quadro sindrômico, dor, dispepsia e diarreia crônica são queixas comuns, sendo esta última a mais frequente, apesar de pouco descrita na literatura (LEÓN-BARÚA, 2013; DEL GRANDE et al, 2017).

Frente à importância do tema devido ao elevado número de cirurgias e do potencial risco dessas complicações, aliados à escassa literatura disponível sobre o tema, torna-se importante conhecer os sintomas gastrointestinais presentes antes e após a realização de colecistectomia em pacientes portadores de DBC ou não, visando contribuir com a otimização da qualidade da assistência aos operados. Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo é avaliar a prevalência de sintomas gastrointestinais em pacientes submetidos a colecistectomia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU - UFS).

2.REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Doença Biliar Calculosa

2.1.1 Epidemiologia

Estima-se que a prevalência de litíase biliar gire em torno de 10 a 15%, considerando a população geral (JUREIDINI; MATHEUS; PENTEADO, 2008; CASTRO et al, 2014). Este percentual varia a depender de vários fatores relacionados, a exemplo da idade, sexo e etnia dos indivíduos considerados. Quando considerados estudos de autópsia, esse número se eleva, podendo variar de 11 a 36%, aumento justificado na ausência de sintomas, comum à maioria dos pacientes portadores da doença (CHARI; ASHAH 2010).

A colelitíase é uma patologia característica de indivíduos adultos, sendo raro seu surgimento na infância. Sua incidência se eleva de acordo com o avançar da idade e seu diagnóstico aumenta a partir dos 20 anos de idade, acentuando-se por volta dos 55 anos, tendo uma maior prevalência entre indivíduos idosos (SANTOS et al, 2008; COELHO et al, 2009; MAYA et al, 2009; FREITAS et al, 2012).

Quando avaliada a variável gênero, percebe-se que a DBC é mais prevalente no sexo feminino e que a proporção masculino:feminino pode ser de até 1:3, respectivamente, a depender da etnia considerada para análise. A diferença entre homens e mulheres é mais percebida quando se analisam indivíduos jovens (AFDHAL; VOLLMER, 2018).

A incidência da litíase biliar é maior nas mulheres com múltiplas gestações e também está discretamente aumentada em pacientes obesos, fato justificado na maior predisposição à estase biliar desenvolvida nestes pacientes (SANTOS et al., 2008; FREITAS et al, 2012).

Existem múltiplos estudos europeus, baseados em ultrassonografia, que caracterizam a prevalência e incidência de litíase biliar. O Estudo Italiano Multicêntrico de Colelitíase (MICOL) analisou 33.000 indivíduos entre 30 e 69 anos em 18 coortes realizadas em 10 regiões do país e encontrou uma prevalência da doença no sexo feminino de 18.8% e no masculino de 9,5% (ATILLI et al, 1995).

Somente no ano de 2017, segundo informações do DATASUS em sua plataforma TabNET, foram registrados 260.750 internamentos por conta de colelitíase ou colecistite (complicação mais comum à DBC), sendo aproximadamente 76,8% referentes ao sexo feminino e 23,2% ao masculino. Do total, 62.975 ocorreram no Nordeste, sendo 2.105 em Sergipe, e 452 na capital, Aracaju (BRASIL, 2017).

2.1.2 Fisiopatologia e manifestação clínica

A patogenia da doença, representada pelo triângulo de Admirand-Small (FIGURA 1), decorre da incapacidade de manter colesterol e sais biliares solubilizados, favorecendo a formação de cálculos. Estes podem ser classificados em pigmentares ou de colesterol, a depender do composto predominante em sua composição: bile ou colesterol, respectivamente (JUREIDINI; MATHEUS; PENTEADO, 2008; CHARI; A SHAH, 2010; MELO, 2012).

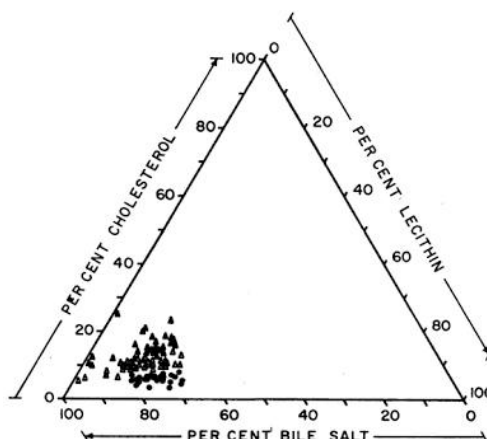


Figura 1: triângulo de Admirand-Small

Essa ineptidão é agravada em indivíduos portadores de fatores de risco descritos na literatura, a exemplo de jejum prolongado, dieta parenteral, imobilização no leito, sexo feminino, hiperlipidemia, multiparidade, genética, gestação em curso, obesidade, idade e presença de comorbidades associadas, a exemplo de doença hemolítica crônica e do diabetes mellitus (FREITAS et al, 2012; MENEZES et al, 2013).

A DBC é assintomática na maioria dos casos, podendo chegar este percentual a 70% e quando sintomática, a queixa mais comum é dor do tipo cólica em hipocôndrio direito, irradiada ou não para epigástrio, geralmente associada pelos pacientes à ingestão

de alimentos gordurosos (JUREIDINI; MATHEUS, PENTEADO, 2008; AFDHAL, 2009; FREITAS et al, 2012). Somado a isso, o quadro clínico também pode apresentar sintomas inespecíficos, abrangendo queixas dispépticas e gastrointestinais a exemplo de náuseas, vômitos, distensão abdominal, anorexia, eructação, flatulências, indigestão e constipação (SALIM; CUTAIT, 2008; SANCHES, 2015). Enquanto a maioria dos pacientes com achados de cálculos biliares não desenvolvem sintomas atribuídos à doença, aproximadamente 15 a 25% desenvolverão sintomas durante 10 a 15 anos de seguimento pós-diagnóstico através de exames de imagem (SHABANZADEH; SORENSEN; JORGENSEN, 2015).

2.1.3 Fatores de risco

Conhecendo-se a epidemiologia e a fisiopatologia da colelitíase, percebe-se que fatores que favorecem a estase biliar e a produção de colesterol facilitam o surgimento de cálculos. A partir de tal entendimento, cabe enumerar os fatores de risco, mais conhecidos, associados à formação da DBC:

- **Idade/Sexo:** Estima-se que 20% dos adultos com mais de 40 anos de idade e 30% com mais de 70 anos tenham cálculos biliares. Cerca de 50% das mulheres e 16% dos homens, aos 70 anos de idade, tem cálculos biliares. Durante os anos reprodutivos, a proporção entre homens e mulheres é de cerca de 1:4, respectivamente, com a discrepância sexual diminuindo na população mais velha até a igualdade. Logo, ficou bem demonstrado que a presença de cálculos biliares aumenta com a idade (SCHIRMER; WINTERS; EDLICH, 2005; RUBERT; HIGA; FARIAS, 2016).
- **Paridade/Gestação/Uso de contraceptivos orais/Reposição hormonal:** A variação hormonal altera a motilidade da vesícula biliar, causando uma dificuldade de esvaziamento, assim como a alteração do metabolismo do colesterol, pois o estrógeno aumenta a síntese e captação hepática do colesterol, levando a uma secreção biliar excessiva desse composto (FREITAS et al, 2012).
- **História familiar positiva para a doença/ predisposição genética:** Em 1995, um estudo casocontrole estudou 105 pacientes portadores de cálculos biliares e 330 parentes de primeiro grau destes. Foi encontrada uma prevalência de 15,5% de litíase biliar entre

os familiares dos casos, em comparação com 3,6% entre os familiares do grupo controle (SARIN et al, 1995).

- Obesidade: A doença biliar é comum nos obesos mórbidos, sendo a obesidade o maior fator de risco para o desenvolvimento de cálculos de colesterol. Cerca de 25% a 45% desta população apresenta colelitíase (ALI TAHA et al, 2006).
- Perda de peso rápida: Entre 10 e 25% das pessoas que tem perda de peso através de severa restrição calórica desenvolvem cálculos na vesícula. Em adição, 35 a 38% dos pacientes com obesidade mórbida desenvolvem litíase biliar após cirurgia bariátrica (MILLER et al, 2003).
- Diabetes mellitus: Em um estudo caso-controle, realizado somente com mulheres, revelou uma prevalência da presença de cálculos biliares em 42% das mulheres diabéticas versus 26% entre as não diabéticas (CHAMPMAN et al, 1996). Ainda não se conhece bem o mecanismo pelo qual o diabetes predispõe ao surgimento de cálculos na vesícula. Acredita-se que a resistência hepática à insulina seja importante na gênese da condição (RUHL; EVERHART, 2000). Outros fatores poderiam também contribuir, a exemplo da hipertrigliceridemia e da neuropatia automática, que levariam a um quadro de estase biliar e hipomobilidade da vesícula (HAHM et al, 1996).

2.1.4 Diagnóstico

A ultrassonografia (USG) abdominal e os estudos de medicina nuclear podem fazer o diagnóstico precoce da doença biliar. A presença de cálculos é confirmada neste exame pelo aparecimento de falhas de enchimento na luz da vesícula biliar com presença de sombra acústica posterior (CHIARI; A SHAH, 2010).

Quando realizado por um operador experiente, a USG abdominal pode apresentar especificidade e sensibilidade superiores a 98 e 95%, respectivamente, devendo fazer parte da avaliação rotineira de pacientes com suspeita de DBC. Outros exames de imagem podem ser utilizados no diagnóstico, a exemplo de radiografia, colecistografia oral e tomografia computadorizada (TC) de abdome (JUREIDINI; MATHEUS, PENTEADO, 2008).

2.2 Outras colecistopatias

2.2.1 Pólipos vesiculares

Os pólipos da vesícula biliar são originados a partir da parede da mucosa. Eles são geralmente achados ultrassonográficos ou do estudo da peça após colecistectomia. Quando detectados na ultrassonografia, sua significância clínica está relacionada, em grande parte, ao seu potencial maligno. A maioria dessas lesões não são neoplásicas, mas são hiperplásicas ou representam depósitos lipídicos (colesterolose) e mesmo quando benignas, podem causar sintomas semelhantes aos provocados pela litíase biliar (ZAKKO; ZAKKO, 2017).

A prevalência de tal colecistopatia é bastante variável e depende do meio utilizado para detecção. São observados em 0,004 a 13,8 por cento das vesículas biliares ressecadas e em 1,5 a 4,5 por cento das vesículas biliares avaliadas por ultrassonografia (YAN; SUN; WANG, 1992). Em um relato, não foi observada associação entre a presença de pólipos e a idade do paciente, sexo, peso, número de gestações, uso de hormônios femininos exógenos ou quaisquer outros fatores de risco que geralmente se acredita estarem associados aos cálculos biliares (JORGENSEN; JENSEN, 1990).

2.2.2 Neoplasia de vesícula biliar

A neoplasia de vesícula biliar (NVB) é uma patologia maligna incomum, porém associada a um alto índice de mortalidade, ligada, geralmente, ao seu diagnóstico quase sempre tardio. A maioria dos casos é um achado incidental em pacientes submetidos à exploração de colelitíase; estima-se a presença do tumor em 1 a 2% desses casos (MEHROTRA, 2017).

Existe uma variabilidade geográfica no que diz respeito a prevalência de tal condição. Esta se mostra mais acentuada em algumas regiões, a exemplo dos países da América do Sul. Concomitantemente percebe-se que nessas populações coexiste uma alta prevalência de litíase biliar e/ou infecção por salmonella sp, considerados fatores de risco para a gênese da neoplasia de vesícula biliar (MEHROTRA, 2017).

Além da geografia, também há diferenças relacionadas à idade, raça e gênero na incidência de NVB. Esta aumenta progressivamente com a idade, as mulheres são afetadas de duas a seis vezes mais que os homens, e a NVB é mais comum em

caucasianos do que em negros. Outros fatores de risco são descritos na literatura, a exemplo da vesícula em porcelana, pólipos vesiculares, colangite esclerosante primária, cistos biliares congênitos, uso de medicações, obesidade e diabetes (MEHROTRA, 2017).

2.3 Tratamento das colecistopatias

O tratamento, indicado para todos os pacientes com história prévia de cólica biliar, objetiva aliviar os sintomas e reduzir problemas decorrentes e consiste na remoção da vesícula biliar, procedimento denominado colecistetomia (SALIM; CUTAIT, 2008; MENEZES et al, 2013). Tal cirurgia pode ser realizada por via aberta ou laparoscópica, sendo esta última, introduzida no meio médico a partir da década de 1980, considerada o padrão ouro, devido a menor taxa de complicações no pós-operatório e menor tempo de recuperação (SALIM, CUTAIT 2008; JUREIDINI; MATHEUS; PENTEADO, 2008; CHARI; A SHAH, 2010; MENEZES et al, 2013).

Anteriormente, a condução não cirúrgica ainda era aplicada, entretanto há uma forte tendência à realização de cirurgia devido às vantagens obtidas com a laparoscopia (ZAKKO, 2018). A aplicabilidade do tratamento cirúrgico em pacientes assintomáticos é bastante divergente na literatura. Embora, para estes casos não haja indicação formal como medida profilática, existem recomendações seletivas para a realização do procedimento. Nos casos de suspeita ou risco de malignidade (cálculos associados com pólipos ≥ 1 cm, vesícula escleroatrófica e cálculo ≥ 3 cm de diâmetro), doença hemolítica crônica e candidatos a transplante, a colescistectomia é fortemente indicada (SANTOS et al, 2008).

Quando há risco aumentado para colelitíase sintomática - expectativa de vida > 20 anos, portadores de macrocálculos ($>1,5$ cm) e microcálculos ($< 0,3$ cm) numerosos -, vesícula não funcionante e presença de sintomas dispépticos, o procedimento cirúrgico tem recomendação relativa. Dentre as recomendações questionáveis, encontram-se os pacientes submetidos à cirurgia na cavidade abdominal e àqueles com dificuldades para acesso aos serviços de saúde (SANTOS et al, 2008).

2.4 Complicações pós-colecistectomia

Devido à popularização da cirurgia laparoscópica, houve um aumento considerável do número de colecistectomias realizadas desde a década de 1980. Somente no Brasil, no ano de 2017 foram realizadas, de acordo com informações do DATASUS, 200.817 colecistectomias, sendo 119.801 por via aberta e 81.016 por via laparoscópica. Desse total, 1.935 ocorreram em Sergipe, sendo 1.237 feitas na capital, Aracaju (BRASIL, 2017).

Apesar da evolução da técnica cirúrgica e das baixas taxas de complicações vistas atualmente, os pacientes submetidos à colecistectomia estão sujeitos aos riscos pós-operatórios inerentes a qualquer procedimento cirúrgico.

Uma entidade comum nestes casos é a chamada “Síndrome pós-colecistectomia” (SPC) que se caracteriza pela manutenção ou surgimento de queixas dispépticas e/ou gastrointestinais. Dentro do quadro sindrômico, dor, dispepsia e diarreia crônica são queixas comuns, sendo esta última a mais frequente, apesar de pouco descrita na literatura (LEÓN-BARÚA, 2013; DEL GRANDE et al, 2017).

2.5 Síndrome pós-colecistectomia

Por definição, a SPC é um complexo e heterogêneo conjunto de sintomas que incluem persistência e recorrência de dor abdominal e dispepsia pós-colecistectomia. Ela pode ser definida como precoce ou tardia, a depender da fase de aparecimento, pré-operatória ou após meses/anos, respectivamente (AFDHAL, 2018; SOPER, MALLADI, 2018). Existem informações limitadas e inconsistentes sobre a qualidade de vida a longo prazo dos pacientes colecistectomizados (TALSETH, 2017).

A literatura diverge quanto à prevalência dos sintomas entre os pacientes colecistectomizados. Estima-se que as queixas possam estar presentes entre 10 a 50% dos indivíduos submetidos ao procedimento cirúrgico (SALIM; CUTAIT, 2008; MENEZES et al, 2013). Em 2012, Schmidt afirmou que até 30% dos pacientes apresentam sintomas póscolecistectomia. Outro estudo refere que somente 60% dos pacientes obtém alívio completo dos sintomas após 12 semanas da realização de colecistectomia por litíase biliar não complicada (LAMBERTS et al, 2015).

Não está claro até que ponto os sintomas pós-colecistectomia se assemelham aos sintomas exatos antes da remoção da vesícula biliar. Embora a gravidade da doença biliar

seja utilizada para indicação cirúrgica, não se tem trabalhos úteis e amplamente aceitos para uso clínico pré-operatório e avaliação de resultados pós-operatórios. Como consequência, a indicação de colecistectomia é, às vezes, vaga e a avaliação do desfecho sofre de acordo. Alguns fatores são descritos em estudos e considerados preditores de desfecho para esse grupo, a exemplo da presença prévia de Síndrome do intestino irritável (SCHMIDT, 2012). De acordo com o acima exposto, as principais queixas da SPC estão abaixo relatadas:

2.5.1 Diarreia crônica

Dentre as variáveis que compõem a SPC, a diarreia é um sintoma, frequentemente, referido por pessoas colecistectomizadas (LÉON-BARÚA, 2013). Ela é relatada em estudos com prevalência variando 0,9% a 35,6%, com a maioria referindo uma prevalência entre 12% e 20% (FISHER; SPILAI; TONG, 2008; DEL GRANDE et al, 2017). No entanto, diferenças entre os grupos estudados, questionários aplicados e definições de diarreia dificultam a comparação entre os dados encontrados (TALSETH et al, 2017).

A ocorrência de tal condição é multifatorial. Inclui um fluxo contínuo de bile hepática no duodeno combinado com má absorção de ácido biliar devido à saturação da capacidade reabsortiva no íleo distal, resultando em quantidades aumentadas de ácidos biliares apresentadas ao intestino causando diarreia secretora e aceleração da passagem colônica. Além disso, fatores psicológicos e psicossomáticos influenciam a motilidade intestinal (FISHER; SPILAI, TONG, 2008; TALSETH et al, 2017).

Diarreia é definida como a passagem de fezes soltas ou aquosas, tipicamente pelo menos três vezes em um período de 24 horas. Ela reflete o aumento do teor de água das fezes, seja devido à absorção de água prejudicada e/ou secreção ativa de água pelo intestino (LAROCQUE, HARRIS, 2018). Esta é considerada crônica se persiste por um período de duração igual ou maior que quatro semanas (SCHILLER; PARDI; SELLIN, 2017; BONIS; LAMONT, 2017) e associada à SPC após afastadas outras possíveis causas (JARAMILLO et al, 2017). Nos pacientes colecistectomizados, ela aparece, caracteristicamente, após um tempo prolongado da realização da cirurgia (LEÓNBARÚA, 2013).

Após a realização de colecistectomia, estima-se que de 5% a 12% dos pacientes desenvolvam o quadro de diarreia, sendo que em muitos casos, a queixa desaparece em algumas semanas ou meses (BONIS; LAMONT, 2017). Muitos pacientes associam o aparecimento de diarreia após colecistectomia com a ingesta de alimentos gordurosos. Em um seguimento de 40 pacientes, divididos em dois grupos, com e sem restrição lipídica pós-operatória, respectivamente, observou-se a inexistência da intolerância à ingestão de alimentos gordurosos, relatada na literatura. No grupo submetido a dieta hipolipídica, o percentual de pacientes sem sintomas pósoperatórios foi de 63,6% e entre os que tiveram dieta sem restrições, 66,7%, demonstrando uma diferença não significativa (MENEZES et al, 2013).

Hoje, a prescrição de dieta hipolipídica é um tópico bastante controverso na literatura e entre os cirurgiões, pois apesar de não se ter documentada melhora significativa dos sintomas com esta dieta, muitos médicos a prescrevem e, quando não o fazem, muitos pacientes continuam com a restrição, visto que previamente à cirurgia os alimentos ricos em gordura são relacionados ao surgimento dos sintomas (DEL GRANDE et al, 2017).

2.5.2. Dor abdominal

O quadro clínico pré-cirúrgico apresenta a cólica biliar como um sintoma frequente e clássico à colelitíase sintomática. Geralmente tal dor está localizada em hipocôndrio direito ou epigástrico, podendo ter ou não irradiação para outras regiões, como já citado no tópico 2.1.2.

Sabe-se que em quase todos os pacientes com cálculos biliares, a dor desaparece após a realização da colecistectomia, porém alguns estudos demonstram que tal sintoma pode permanecer após a retirada da vesícula biliar ou uma nova dor abdominal, diferente desta pode surgir, caracterizando a chamada dor não-cólica dentro do grupo dos colecistectomizados. Estudos anteriores relataram que a chamada cólica biliar permaneceu em apenas 8% a 9% dos pacientes, em contraste com a dor não cólica que incidiu numa variação de 18% a 32%. Outros encontraram uma incidência de cerca de 20% de dor persistente do mesmo caráter que antes da operação (KIM et al, 2014).

Em 2012, um estudo de coorte prospectivo, realizado na Holanda com 423 pacientes, documentou que apenas 59,2% dos pacientes estavam livres de dor abdominal 24 semanas após colecistectomia (WENNEMACKER et al, 2016).

2.5.3 Sintomas dispépticos

As desordens gastrointestinais funcionais (DGIF) aparecem como uma condição real da doença do cálculo biliar. A conexão patológica ainda é obscura, mas um traço disfuncional comum foi mostrado (SCHMIDT, 2012). Em meio a tal contexto, a existência de dispepsia é uma queixa que aparece para alguns dos pacientes submetidos à colecistectomia. Tal quadro clínico é definido como um distúrbio da digestão, caracterizado por sintomas relacionados ao TGI, descritos pelo consenso de ROMA III (Tabela 1) (MATSUDA; MAIA; TRONCON, 2010).

Tabela 1: critérios diagnósticos de dispepsia funcional de acordo com o consenso ROMA III.

Apresentação dos sintomas por, pelo menos, três meses, contínuos ou intermitentes, com um mínimo de seis meses de duração:

1. Um ou mais dos seguintes sintomas
 - a. Empachamento pós-prandial
 - b. Saciedade precoce
 - c. Dor epigástrica
 - d. Queimação epigástrica
 2. Nenhuma evidência de doença orgânica (incluindo à endoscopia digestiva alta) que justifica os sintomas.
-

Inicialmente, quando ainda não realizada a colecistectomia, a estimulação da vesícula biliar por cálculos biliares pode dar origem aos sintomas gastrointestinais como indigestão, náusea, vômito e intolerância alimentar. Porém apesar de se acreditar na estimulação como causa dos sintomas gastrointestinais, sabe-se que as taxas de alívio destas queixas tendem a ser baixas e heterogêneas em pacientes submetidos à colecistectomia eletiva (KIM et al, 2014).

Os sintomas gastrointestinais pós-colecistectomia são geralmente inespecíficos e leves, como flatulência, náuseas, eructação, epigastralgia, sensação de indigestão e mudanças do hábito intestinal (MHI). (DEL GRANDE et al, 2017).

Em um estudo anterior, o tratamento da colelitíase sintomática através da colecistectomia resultou em cura ou melhora dos sintomas em cerca de 90% dos pacientes, mas 20 a 30% dos pacientes relataram dor significativa e sintomas dispépticos. Outro estudo constatou que 7% dos os pacientes tinham dor epigástrica persistente três meses após a colecistectomia, mas isso foi causado principalmente por outras doenças e foi aliviado após o tratamento específico. Três anos após a cirurgia apenas 4% relataram que ainda tinham dor de estômago (TALSETH, 2017).

REFERÊNCIAS

AFDHAL, N. H.; VOLLMER C. M. **Complications of laparoscopic cholecystectomy**. Up To Date, fev 2018. Acesso em 19 de maio de 2018 às 22:15hs.

AFDHAL, N. H. **Epidemiology of and factors for gallstones**. Up To Date, nov 2016. Acesso em 20 de maio de 2018, às 19:04hs. AFDHAL, N. H. Doenças da Vesícula e dos Ductos Biliares. In: GOLDMAN, L; A AUSIELLO, D. Cecil medicina. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Cap. 159. p. 1327-1337.

ALI TAHA M. I. et al. **Fatores preditivos de coledolitíase em obesos mórbidos após astroplastia em Y de Roux**. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, vol 52 (6), p. 430-434, 2006.

ALTENFELDER, S. R. **Complicações da colecistectomia vídeo laparoscópica**. In: Videocirurgia. Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 1ª edição. São Paulo: Editora Robe, p. 223-35, 1994.

ATTILI A. F. et al. **Epidemiology of gallstone disease in Italy: prevalence data of the Multicenter Italian Study on Cholelithiasis (M.I.C.O.L)**. American Journal of Epidemiology, vol 141 (2), p. 158-165, 1995.

BONIS P,A.L.; LAMONT J.T. **Approach to the adult with chronic diarrhea in resource-rich settings**. Up To Date, jun 2017. Acesso em 19 de maio de 2018 às 21:43hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS. **Informações de Saúde. Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Sergipe.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qise.def>. Acesso em: 06 de junho de 2018.

CASTRO P. M. V. et al. **Colecistectomia laparoscópica versus minilaparotômica na coledolitíase: revisão sistemática e metanálise.** Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, São Paulo, vol 27, n.2, p. 148-153, 2014.

CHAPMAN B. A. et al. **Prevalence of Gallbladder Disease in Diabetes Mellitus.** Digestive Diseases and Sciences, vol 14 (11), p 2222-2228, 1996.

CHARI, R. S; A SHAH, S. **Vias Biliares.** In: SABISTON, D. C. Sabiston Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Cap. 54. p. 1452-1489.

COELHO J. C. U. et al. **Prevalência e fisiopatologia da litíase biliar em pacientes submetidos a transplante de órgãos.** Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, São Paulo, vol 22 (2), p. 120- 123, 2009.

DEL GRANDE, L. M et al. **Prevalência e Preditores de Alterações do Hábito Intestinal PósColecistectomia Videolaparoscópica.** Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, São Paulo, vol 30(1), p. 3-6, 2017.

EVERHART J. E. et al. **Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States.** Gastroenterology . v. 117 (3): 632 – 639, 1999.

FREITAS, E. R. et al. **Litíase biliar em paciente obesa do sexo feminino: relato de caso.** Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde (Três Corações), vol 2 (2), p. 43 – 47, 2012.

FISHER, M.; SPILAIS, D.C.; TONG, L.K. **Diarrhea after laparoscopic cholecystectomy: incidence and main determinants**. ANZ Journal of Surgery, vol. 78 (6), p 482-486. 2008.

HAHM, J.S. et al. **Gallbladder motility in diabetes mellitus using real time ultrasonography**. American Journal of Gastroenterology, vol 91 (11), p 2391-4, 1996.

JARAMILLO, R. G. S.; YURGAKY, J. M. S.; REGIN W. O. **Diarrea poscolecistectomia, enfoque diagnóstico y terapéutico**. Revista Med, vol 25(2), p. 96 – 104, 2017.

JORGENSEN, T.; JENSEN, K. H. **Polyps in the gallbladder**. A prevalence study. Scandinavian Journal of Gastroenterology, vol 25, p. 281, 1990.

JUREIDINI, R.; MATHEUS, AS; PENTEADO, S. **Colecistopatia**. In: RODRIGUES, J. J. G.; MACHADO, M. C. C.; RASSLAN, S. Clínica Cirúrgica. Barueri: Manole, 2008. Cap. 56. p. 764- 773.

KIM, G. H. et al. **Fate of Dyspeptic or Colonic Symptoms After Laparoscopic Cholecystectomy**. Journal of Neurogastroenterology And Motility, v. 20 (2), p.253-260, abr 2014.

LAMBERTS, M. P. et al. **Prospective multicentre cohort study of patient-reported outcomes after cholecystectomy for uncomplicated symptomatic cholecystolithiasis**. British Journal of Surgery, vol 102 (11), p. 1402 – 1409, 2015.

LAROCQUE, R.; HARRIS, J. B. **Approach to the adult with acute diarrhea in resource-rich settings**. UpToDate, mai 2018. Acesso em 03/06/2018 às 18:00h.

LEÓN-BARÚA, R. **Diarrea crónica postcolecistectomía. Gastroenterology training today**. Revista de Gastroenterología del Peru, vol 33(1), p. 82-84, 2013.

MANTOVANI M.; LEAL R. F.; FONTENELLES M. J. **Incidência de colelitíase em necropsias realizadas em hospital universitário do município de Campinas – SP.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, vol 28 (4), p. 259 – 263, 2001.

MATSUDA N. M.; MAIA C. C.; TRONCON L. E. A. **Dispepsia funcional: revisão de diagnóstico e fisiopatologia.** Diagnóstico e Tratamento, vol 15 (2), p. 114 – 116, 2010.

MAYA M. C. et al. **Colecistite Aguda: Diagnóstico e Tratamento.** Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, ano 8, p 52- 60, 2009.

MEHROTRA, B. **Gallbladder cancer: Epidemiology, risk factors, clinical features and diagnosis.** Up To Date, dez 2017. Acesso em 07/07/18 às 13:15h.

MELO, M. T. P. T. **Litíase Vesicular. Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento.** 2012. 31 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2012.

MENEZES, H. L. et al. **Estudo randomizado para avaliação da dieta hipolipídica nos sintomas digestivos no pós-operatório imediato da colecistectomia por videolaparoscopia.** Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões, vol 40(3), p. 203 - 207, 2013.

MILLER, K. et al. **Gallstone Formation Prophylaxis After Gastric Restrictive Procedures for Weight Loss.** Annals of Surgery, vol 238 (5), p. 697- 702, 2003.

RUHL, C. E.; EVERHART J. E. **Association of diabetes, serum insulin, and C-peptide with gallbladder disease.** Hepatology, vol 31 (2), 2003.

RUBERT, C.P.; HIGA, R. A.; FARIAS, F. V. B. **Comparação entre colecistectomia eletiva aberta e laparoscópica em idosos, em um hospital escola.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, vol 43 (1), p. 002 – 005, 2016.

SALIM, M. T.; CUTAIT, R. **Complicações da cirurgia videolaparoscópica no tratamento de doenças da vesícula e vias biliares.** Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, São Paulo, vol 21 (4), p.153-157, 2008.

SANCHES, N. S. **Avaliação dos resultados das colecistectomias laparoscópicas realizadas em hospital universitário de Salvador (Bahia, Brasil), no período de 2010 a 2012.** 2015. 49 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SANTOS, J. S. et al. **Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias.** Medicina (Ribeirão Preto), vol 41, p. 449-64, 2008.

SARIN, S. K. et al. **High familial prevalence of gallstones in the first-degree relatives of gallstone patients.** Hepatology, vol 22 (1), p. 138-141, 1995.

SCHILLER, L. R.; PARDI, D. S.; SELLIN, J. H. **Chronic Diarrhea: Diagnosis and Management.** Clinical Gastroenterology and Hepatology, vol 15, p 182-193, 2017.

SCHIMER, B.; WINTERS, K.; EDLICH, R. **Cholelithiasis and cholecystitis.** Journal of Long Term Effects of Medical Implants, vol 15(3), p. 329-338, 2005.

SCHMIDT, M. **Post-cholecystectomy symptoms were caused by persistence of a functional gastrointestinal disorder.** World Journal of Gastroenterology, vol 18 (12), p. 1365-1372, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v18.i12.1365>. Acesso em: 30 set 2017.

SHABANZADEH, D. M.; SORENSEN, L. T.; JORGENSEN, T. **A Prediction Rule for Risk Stratification of Incidentally Discovered Gallstones: Results From a Large Cohort Study.** Gastroenterology, 2015.

SOPER N. J.; MALLADI P. **Laparoscopic cholecystectomy**. Up To Date, 2018. Acesso em 24 de maio de 2018 às 13:09hs.

TALSETH, A. et al. **Quality of life and psychological and gastrointestinal symptoms after cholecystectomy: a population-based cohort study**. Bmj Open Gastroenterology, vol 4 (1), p. 1- 10, abr. 2017.

WENNMACKER, S. et al. **Consistency of patient-reported outcomes after cholecystectomy and their implications on current surgical practice: a prospective multicenter cohort study**. Surgical Endoscopy, vol 31 (1), p. 215-224, 2016.

YANG H. L.; SUN Y. G.; WANG Z. **Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery**. British Journal of Surgery, vol 79, p. 227, 1992.

ZAKKO S. F. **Nonsurgical treatment of gallstones**. Up To Date, mar 2018. Acesso em 24 de maio de 2018 às 15:42hs.

ZAKKO W. F.; ZAKKO S. F. **Gallbladder polyps and cholesterolosis**. Up To Date, jul 2017. Acesso em 29 de junho de 2018 às 11:51hs.

4. ARTIGO ORIGINAL

4.1 Normas de Publicação da Revista

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CIRURGIA DIGESTIVA INSTRUÇÕES AOS AUTORES MISSÃO

ABCD - ARQUIVOS BRASILEIROS de CIRURGIA DIGESTIVA é periódico trimestral com um único volume anual e suplementos de propriedade do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva - CBCD e Órgão Oficial de publicações do CBCD e entidades afiliadas (ABCD, SBCBM, CBHPBA, SOBRACIL e GEDP). É bilíngue, sendo em português na forma impressa e em inglês online, com acesso feito através do site www.scielo.br/abcd ou www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed. Tem por missão a publicação de artigos de estudos clínicos e experimentais que contribuam para o desenvolvimento da pesquisa, ensino e assistência na área da gastroenterologia cirúrgica, clínica, endoscópica e outras correlatas. Tem como seções principais: artigos originais, artigos de revisão ou atualização, técnica (detalhes técnicos de idéias cirúrgicas novas), cartas ao editor (inclui relatos de caso, comunicações rápidas e cartas comentando opiniões sobre artigos recentes publicados no ABCD) e artigos de opinião (a convite). Outras seções podem existir na dependência do interesse da revista ou da necessidade de divulgação de temas relevantes que não se incluam nas formas referidas.

MANUSCRITOS

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos e destinarem-se exclusivamente ao ABCD e não podem ter sido publicados anteriormente em forma semelhante. Toda matéria relacionada à investigação humana e pesquisa animal deve ter aprovação prévia do comitê de ética em pesquisa - CEP - da instituição onde o trabalho foi realizado, ou em outra instituição local ou regional se não houver este comitê onde ela foi desenvolvida. Seguindo as normas correntes da boa prática em pesquisa humana, os pacientes arrolados no estudo devem ter formulário de consentimento livre e informado assinado. Estes dados devem ser informados nos manuscritos enviados

O ABCD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação - em relação aos artigos oriundos de estudos controlados aleatórios (randomized controlled trials), ensaios clínicos (clinical trials), pesquisas que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE (www.icmje.org) -, os artigos que vierem acompanhados do número de identificação do registro do trabalho no final do resumo.

Todos os artigos devem ser escritos em português e inglês (o ABCD é bilíngue), e enviados eletronicamente por meio do site da revista (www.revistaabcd.com.br). A confirmação eletrônica não garante a publicação do artigo, mas sim confirma o recebimento e o encaminhamento para análise editorial. A redação dos manuscritos deve obedecer à forma escolhida pelo autor dentre as seções do ABCD e detalhadas mais adiante.

Os artigos devem ser digitados em espaço simples em fonte Arial tamanho 12. O tamanho máximo do texto, iniciado no título, incluindo referências, tabelas e ilustrações, deve ser de até 15 páginas para artigos originais e artigos de revisão, 10 para artigos de técnica e 5 para cartas ao editor e artigos de opinião. As tabelas devem vir logo após terem sido citadas no texto e não ao final do trabalho. As figuras, por sua vez, devem vir no local apropriado (item 6 da submissão eletrônica). Todos os conceitos e assertivas científicas emanadas pelos artigos, ou as publicidades impressas, são de inteira

responsabilidade dos autores ou anunciantes. A fim de efetuar uniformização da linguagem de termos médicos, os autores deverão utilizar a Terminologia Anatômica, São Paulo, Editora Manole, 1ªEd., 2001, para os termos anatômicos. O ABCD tem a liberdade de modifica-la caso o(s) autor(es) não a tenham seguido.

Todo artigo submetido à publicação, escrito de maneira concisa e no todo na terceira pessoa do singular ou plural, deve constar de uma parte pré/pós-textual e uma textual.

PARTE PRÉ/PÓS TEXTUAL

Deve ser composta por: 1) título em português e em inglês; 2) nome(s) completo(s) do(s) autor(es); 3) identificação do(s) loca(is) onde o trabalho foi realizado, ficando clara a(s) instituição(ões) envolvida(s), cidade, estado e país; 4) nome e endereço eletrônico do autor responsável; 5) agradecimentos após as conclusões, quando pertinentes; 6) resumo, que não deve conter abreviaturas, siglas ou referências, em até 300 palavras, parágrafo único e estruturado da seguinte forma: artigo original - racional, objetivo, método(s), resultados e conclusão(ões); artigo de revisão - introdução, (objetivo - opcional), método, mencionando quantos artigos foram escolhidos do universo consultado, o período de consulta, os descritores utilizados, as bases de dados pesquisadas, síntese das subdivisões do texto e conclusão; artigo de técnica - racional, objetivo, método(s), resultados e conclusão(ões); cartas ao editor não deve apresentar resumo; 7) abstract, contendo as mesmas divisões, informações científicas e obedecendo a mesma forma redacional usada para o em português redigidas da seguinte forma: original article - background, aim, method(s), results, conclusion; technic- background, aim, method(s), results, conclusion; review article - background, (aim - opcional), method, conclusion; letter to the editor sem abstract; 8) descritores, três a cinco palavras-chave, que estejam contidas nos Descritores de Ciências da Saúde - DeCS <http://decs.bvs.br/> ou no MESH site www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html (atenção: não devem ser citadas palavras-chave que não constem no DeCS/MESH, pois elas serão recusadas); 9) headings (palavras-chave em inglês), da forma como aparecem no DeCS ou MESH.

PARTE TEXTUAL

Pode conter poucas siglas - evitadas ao máximo -, e usadas somente para palavras técnicas repetidas mais de 10 vezes no texto. Elas devem ser postas entre parênteses na primeira vez em que aparecem e a seguir somente as siglas. A divisão do texto deve seguir a seguinte orientação:

Artigos originais - introdução (cujo último parágrafo será o objetivo), método(s), resultados, discussão, conclusão(ões) (se o artigo não tiver conclusões, a sugestão final pode ser dada no último parágrafo da discussão) e no máximo 30 referências;

Artigos de revisão - racional, método (referir as palavras-chave procuradas, as bases de dados pesquisadas e o período de tempo analisado), revisão da literatura (pode ser dividida em sub-temas aglutinando os achados encontrados, podendo ser incluída a experiência dos autores), conclusão(ões) (sumário das tendências atuais) e no máximo 30 referências; artigos de técnica - introdução (cujo último parágrafo será o objetivo), técnica, resultados, discussão, conclusão(ões) (se o artigo não tiver conclusões, a sugestão final pode ser dada no último parágrafo da discussão) e no máximo 15 referências; artigos de opinião (editoriais) - deverão ser feitos sob convite do Conselho Editorial;

Cartas ao editor para relatos de caso - introdução, relato do caso, discussão (com revisão da literatura, máximo de três ilustrações e de 10 referências);

Cartas ao editor para comunicações e opiniões - redação clara sobre o comentário que se pretende publicar em no máximo cinco páginas, podendo ou não conter referências (máximo 5 referências); referências - normalizadas segundo as Normas de Vancouver (Ann Inter Med 1997; 126:36-47 ou site www.icmje.org itens IV.A.9 e V), sendo que serão aceitas até 30 referências para artigos originais e de revisão; 15 para artigos de técnica; e até 10 para relatos de casos ou comunicações. Relacionar a lista de referências com os autores por ordem alfabética do sobrenome do primeiro autor e numerá-las em números arábicos sequenciais. Na citação no texto, utilizar o número da referência de forma sobrescrita sem parêntesis. Os títulos dos periódicos devem ser referidos de forma abreviada de acordo com List of Journal Indexed in Index Medicus. Não devem ser citados livros ou teses. Devem ser incluídas referências do ABCD quando houver tema já publicado sobre o assunto.

O texto do trabalho deve ser auto-explicativo, ou seja, ele deve trazer claramente a interpretação e síntese dos dados sem que o leitor tenha a necessidade de, para tanto, recorrer aos gráficos, tabelas, quadros ou figuras. Deve-se evitar dizer: "Os resultados estão descritos na Tabela 1" e não descrevê-los no texto. Da mesma forma as tabelas, gráficos, quadros e figuras devem ser auto-explicativos, ou seja, se o leitor quiser evoluir sua leitura somente utilizando-os, ao final ele poderá interpretar os resultados da mesma maneira que lendo unicamente o texto.

ILUSTRAÇÕES: GRÁFICOS, QUADROS, FOTOGRAFIAS E TABELAS

Adicionalmente ao texto podem ser enviadas no máximo SEIS ilustrações, que quando na forma de gráficos, quadros, fotografias, esquemas são chamadas de Figuras, e as na forma de padrão de tabelas, chamadas de Tabelas. Todas devem ser citadas no manuscrito no local onde aparecerem - quer entre parênteses, quer referidos na própria redação. As tabelas são inseridas logo após citadas no texto. As figuras são colocadas no item 6 da submissão eletrônica. Cuidado especial deve ser tomado para que não haja redundância entre eles, ou seja, ter um gráfico que mostre a mesma coisa que uma tabela, por exemplo. Se isso ocorrer, o revisor do artigo sugerirá ao Editor a eliminação do que achar redundante.

Ilustrações, quando pertinentes, devem ser encaminhadas em preto e branco e em cores (figuras coloridas impressas são de custo pago pelos autores e online SciELO/Pubmed são sem custos), numeradas com algarismos arábicos e com seu título e legendas localizadas no rodapé. Tabelas devem ser numeradas com algarismos arábicos, tendo seu título na parte superior e explicações dos símbolos e siglas no rodapé. Fotografias, radiografias e imagens digitalizadas devem ser enviadas em resolução mínima de 300 DPI e diagramas, desenhos/ilustrações e gráficos em 1200 DPI. O título nas tabelas devem vir em cima da imagem e a legenda em baixo. Nas figuras o preenchimento deve seguir a orientação da submissão eletrônica. Figuras previamente publicadas devem ser citadas com a permissão do autor.

PEER REVIEW

Os estudos submetidos ao ABCD são encaminhados a dois revisores de reconhecida competência no tema abordado, designados pelo Conselho Editorial da revista (peer-review) e que são orientados a verificar a relevância da contribuição médica do artigo, originalidade existente, validade dos métodos empregados, validade dos resultados e o aspecto formal da redação. O anonimato é garantido durante todo o processo de avaliação. Os artigos recusados serão devolvidos. Os artigos aprovados ou aceitos sob condições, poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações maiores no processo de revisão ou editoração, e que possam modificar o sentido do exposto no texto enviado. Mudanças menores no texto, quer na forma, quer na linguística (português/inglês) são realizadas pelo peer-review e publicadas com essas modificações

TERMO DE ACEITE E SUBMISSÃO - CONDIÇÕES OBRIGATÓRIAS (LEIA COM ATENÇÃO)

Fica expresso que, com a submissão eletrônica, o(s) autor(es) concorda(m) com as seguintes premissas: 1) que no artigo não há conflito de interesse, cumprindo o que diz a Resolução do CFM no.1595/2000 que impede a publicação de trabalhos e matérias com fins promocionais de produtos e/ou equipamentos médicos, e quando houver, citá-lo mencionando a empresa e relação com o interesse, podendo o artigo ser recusado se colidir com normas vigentes; 2) que não há fonte financiadora e quando houver - não há impedimento quando ela existir - citá-la no campo apropriado; 3) que o trabalho foi submetido à avaliação de Comitê de Ética em Pesquisa que o aprovou; 4) que concede os direitos autorais para publicação ao ABCD; 5) que autoriza o Editor-Chefe e/ou Corpo Editorial da revista a efetuar alterações no texto enviado para que ele seja padronizado no formato linguístico do ABCD, podendo remover redundâncias, retirar tabelas e/ou ilustrações que forem consideradas não necessárias ao bom entendimento do texto, desde que não altere seu sentido; e 6) que o signatário da submissão se responsabiliza pela autorização dos demais autores frente a estas condições obrigatórias. Conforme visualizado na submissão, o texto final revisto e autorizado para publicação em português seguirá para o autor signatário providenciar a versão em inglês. Caso haja alguma

alteração que o autor deseja fazer no texto em português aprovado, deverá demarcá-la em vermelho e envia-lo com estas sugestões, inclusive no texto em inglês.

SUGESTÃO

Modo simples de melhor entender as regras para publicação aqui emanadas é consultar artigos recentemente publicados no ABCD e verificar o modo como estão escritos. Para tanto acesse o site: www.scielo.br/abcd ou www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed e busque artigos de sua escolha dentre as publicações online do ABCD.

Endereço para contato

ABCD – ARQUIVOS BRASILEIROS DE CIRURGIA DIGESTIVA

Al. Augusto Stellfeld, 1980 – Bigorrilho

CEP 80370-150 – Curitiba – PR – Brasil

Tel./Fax: (0xx41) 3240-5488 (Bruno L. Ariede)

e-mail:revistaabcd@gmail.com

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS GASTROINTESTINAIS PRECOSES EM
PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA**

**EVALUATION OF EARLY GASTROINTESTINAL SYMPTOMS IN
PATIENTS SUBMITTED UNDERGOING CHOLECYSTECTOMY**

Ana Bárbara de Jesus Chaves¹; Ana Izabel Nascimento Souza ¹; Paulo Vicente dos Santos Filho ²; Sydney Correia Leão ³. Antônio Alves Júnior ².

¹Acadêmica do Curso de Medicina. Universidade Federal de Sergipe – UFS. Aracaju-SE, Brasil.

²Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – UFS. Aracaju-SE, Brasil.

³Professor Auxiliar do Colegiado de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF. Paulo Afonso – BA, Brasil.

Este estudo não teve nenhuma fonte de financiamento.

Não há conflito de interesse.

Trabalho realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, Campus da Saúde, Aracaju-SE, Brasil.

Autor para correspondências e contatos pré-publicação.

Ana Bárbara de Jesus Chaves

Endereço: Rua Netuno, 21, bairro Inácio Barbosa

CEP: 49040-410

Aracaju – Sergipe.

Celular (79) 999451227

E-mail:anab.abjc@gmail.com

RESUMO

Racional: A realização de colecistectomia se tornou um procedimento cotidiano dentro dos serviços de Cirurgia Geral. No pós-operatório, uma entidade comum é a Síndrome Pós-colecistectomia, caracterizada pela manutenção ou surgimento de sintomas. A queixa mais comum é a diarreia crônica, de origem multifatorial. Os sintomas dispépticos também fazem parte do quadro e possuem baixa taxa de alívio no pós-operatório. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de alterações do hábito intestinal e de sintomas dispépticos em pacientes submetidos à colecistectomia. **Métodos:** Estudo observacional, longitudinal e prospectivo, realizado através da aplicação de questionário em pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe com colecistectomia programada entre novembro de 2017 e abril de 2018. A aplicação ocorreu no pré-operatório e após trinta e noventa dias da cirurgia. A análise estatística foi realizada através da categorização dos dados a partir de medidas de tendência central e variância. As diferenças entre grupos foram analisadas através do teste de qui-quadrado. O valor de p considerado estatisticamente significativo foi $< 0,05$. **Resultados:** A frequência de evacuações foi não significativamente alterada. No seguimento, 25% relatavam dejeções pastosas no pré-operatório, 33,9% e 42,9%, após trinta e noventa dias respectivamente. Houve redução significativa no uso de laxantes ($p = 0,006$) e constipantes ($p = 0,03$). A presença de sintomas dispépticos se manteve elevada, aparecendo em 91,1% no pré-operatório e em 58,9% dos pacientes após noventa dias da cirurgia. Porém a frequência foi proporcionalmente menor e apenas 3,6% dos pacientes precisaram ir ao pronto-socorro por conta de queixas dispépticas no pós-operatório. **Conclusão:** pacientes submetidos à colecistectomia apresentam, em um seguimento de noventa dias, uma tendência a alterar o aspecto das fezes, sem alterar o ritmo. Estes também tendem a manter queixas dispépticas, porém com menor frequência e gravidade.

Descritores: Colecistectomia. Síndrome Pós-colecistectomia. Diarreia. Dispepsia.

ABSTRACT

Rational: Cholecystectomy has become an everyday procedure within the General Surgery services. In the postoperative period, a common entity is the Post-cholecystectomy Syndrome, characterized by the maintenance or appearance of symptoms. The most common complaint is chronic diarrhea, of multifactorial origin. The dyspeptic symptoms are also part of the picture and have a low rate of postoperative relief.

Objective: To evaluate the prevalence of changes in intestinal habit and dyspeptic symptoms in patients undergoing cholecystectomy. **Methods:** Observational, longitudinal and prospective study, performed through the application of a questionnaire in patients hospitalized at the University Hospital of the Federal University of Sergipe with cholecystectomy scheduled between November 2017 and April 2018. The application occurred in the preoperative and after thirty and ninety days of surgery. Statistical analysis was performed by categorizing the data from measures of central tendency and variance. The differences between groups were analyzed using the chi-square test. The p-value considered statistically significant was <0.05 . **Results:** The frequency of bowel movements was not significantly altered. At follow-up, 25% reported pasty bleeding preoperatively, 33.9% and 42.9%, after thirty and ninety days respectively. There was a significant reduction in the use of laxatives ($p = 0,006$) and constipants ($p = 0.03$). The presence of dyspeptic symptoms remained high, appearing in 91.1% in the preoperative period and in 58.9% of patients after ninety days of surgery. However, the frequency of the symptoms was proportionally lower, and only 3.6% of the patients had to go to the emergency room due to postoperative dyspeptic complaints. **Conclusion:** patients submitted to cholecystectomy have, in a follow-up of ninety days, a tendency to change the appearance of the faeces, without changing the rhythm. These also tend to maintain dyspeptic complaints, but with less frequency and intensity.

Headings: Cholecystectomy. Post-cholecystectomy syndrome. Diarrhea. Dyspepsia.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, devido à evolução da técnica cirúrgica, a realização de colecistectomias se tornou um procedimento cotidiano dentro dos serviços de referência

em Cirurgia Geral. Somente no ano de 2017, segundo o DATASUS, no Brasil, foram realizadas 200.817 colecistectomias, sendo 40,35% dessas por via laparoscópica, considerado padrão ouro para a realização de tal procedimento ^{1,2,3,4}.

A aplicabilidade deste tratamento cirúrgico é formalmente indicada para pacientes com litíase biliar sintomática, sendo divergente na literatura sua prática para os casos assintomáticos ⁵.

Os riscos pós-operatórios são inerentes a qualquer procedimento realizado e uma entidade comum entre os pacientes colecistectomizados é a Síndrome pós-colecistectomia, caracterizada pela manutenção ou surgimento de queixas dispépticas e/ou gastrointestinais. Este conjunto sindrômico pode decorrer das mais diversas causas, biliares ou não, como a estenose papilar e a síndrome do intestino irritável, respectivamente ⁶.

A diarreia é um dos sintomas associados à síndrome, frequentemente referido entre estes pacientes e é geralmente multifatorial, decorrendo da má absorção dos ácidos biliares ou de fatores psicossomáticos que afetam a motilidade intestinal ^{7, 8}. Quando vinculada ao quadro sindrômico devem ser afastadas outras possíveis causas, visto que é uma queixa comum a várias doenças ^{4, 9, 10}.

Outra desordem relatada é a dispepsia funcional, descrita pelos critérios do consenso de ROMA III ^{11, 12}. As queixas dispépticas costumam ser inespecíficas e leves, tendendo a baixas taxas de alívio no pós-operatório ^{6, 13}.

Não está claro até que ponto os sintomas pós-colecistectomia se assemelham aos sintomas antes da remoção da vesícula biliar ¹⁴. Frente a crescente realização de tal procedimento e à importância do tema, o presente estudo objetiva avaliar a prevalência de alterações do hábito intestinal e de sintomas dispépticos em pacientes submetidos à colecistectomia em um seguimento de noventa dias pós-operatórios.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, longitudinal e prospectivo com amostra inicial de 62 indivíduos em programação cirúrgica para realização de colecistectomia eletiva no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe entre novembro de 2017 e abril de 2018. Este estudo foi submetido à aprovação do comitê de ética em pesquisa da instituição onde fora realizado (CAAE: 79345917.9.0000.5546). O consentimento dos

participantes foi obtido através da assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram incluídos todos os pacientes que aceitaram participar do estudo e que realizaram a colecistectomia em até trinta dias após a aplicação do primeiro questionário e cujo seguimento via contato telefônico trinta e noventa dias após a cirurgia foi obtido com êxito. Excluíram-se aqueles que se recusaram a participar do estudo, os que não realizaram a cirurgia dentro do prazo de trinta dias após aplicação do primeiro questionário e aqueles que não atenderam as ligações de seguimento após três tentativas em dias consecutivos.

Os participantes responderam a um questionário em três momentos: antes e transcorridos trinta e noventa dias a realização do procedimento cirúrgico. O seguimento pós-operatório foi realizado via contato telefônico.

Para estabelecer a prevalência de sintomas gastrointestinais e dispépticos antes e após colecistectomia entre os participantes do estudo foi elaborado e aplicado um questionário, baseado nos dados literários sobre o tema. Este questionário era composto por quatro blocos de perguntas referentes a dados epidemiológicos, hábitos intestinais, presença de dor abdominal e de sintomas dispépticos. As questões avaliadas neste artigo foram construídas a partir das definições de fatores de risco para doença biliar calculosa, escala de Bristol para classificação do aspecto das fezes, e critérios de ROMA III para diagnóstico de dispepsia funcional.

A análise estatística foi realizada através da construção de tabelas com os resultados, sendo estes categorizados a partir de medidas de tendência central e variância. As diferenças entre grupos foram analisadas através do teste de qui-quadrado. O valor de p considerado estatisticamente significativo foi menor que 0,05.

RESULTADOS

Da amostra inicial, fizeram parte efetivamente do estudo 56 pacientes. Esta redução deveu-se a uma perda de seguimento de três participantes e suspensão do procedimento cirúrgico em outros três. O grupo analisado era composto por 48 mulheres (85,7%) e 8 homens (14,3%). A idade entre os entrevistados variou de 17 a 81 anos, com média de $47,17 \pm 13,2$. Do total, 21,4% (n=12) afirmaram ser diabéticos e 76,8% (n=43)

apresentavam sobrepeso ou obesidade. Acrescenta-se ao grupo de comorbidades a existência de cirurgia abdominal prévia, relatada por 62,5% (n=35) dos entrevistados.

Quanto ao diagnóstico ultrassonográfico, a maioria dos participantes (69,6%) apresentava cálculos biliares descritos entre 0,3 cm e 3,0 cm. Os demais distribuíam-se entre microcálculos (10,7%), cálculo único (12,5%), vesícula escleroatrófica (3,6%) e outros (3,6%). Foram realizadas cinquenta cirurgias por via laparoscópica e seis por via aberta, com taxa de conversão nula.

Na análise dos hábitos intestinais, não houve significância estatística quando analisada a frequência de evacuações. Apesar disso, o aspecto das fezes sofreu modificação significativa ($p = 0,006$) ao longo seguimento (Tabela 1).

Tabela 1: Alterações no aspecto das fezes em valores absolutos (N) e relativos (%) ao longo do seguimento.

Aspecto	Pré-operatório		30 dias		90 dias	
	N	%	N	%	N	%
Endurecidas	7	12,5	2	3,6	12	21,4
Formadas	32	57,1	27	48,2	17	30,3
Pastosas	14	25	19	33,9	24	42,9
Líquidas	3	5,4	8	14,3	3	5,4
TOTAL	56	100	56	100	56	100

Ainda neste bloco, não foi observada significância estatística na investigação de urgência intestinal quando comparou-se o pré-operatório com as avaliações trinta e noventa dias após a cirurgia. Porém, observou-se um valor de p relevante para o uso de laxantes e constipantes durante o acompanhamento (Tabela 2).

Tabela 2: Prevalência de urgência intestinal e do uso de laxantes e constipantes em valores absolutos.

Variável analisada	Presença			Ausência			P
	Pré-	30	90	Pré-	30	90	

	operatório	dias	dias	operatório	dias	dias	
Urgência	10	8	11	46	48	45	0,74
intestinal							
Uso de laxantes	13	6	2	43	50	54	0,006
Uso de constipantes	8	2	2	48	54	54	0,03

Considerado os sintomas dispépticos, no pré- operatório observou-se que 91,1% (n = 51) dos pacientes apresentavam ao menos um dentre os três questionados. No pós-operatório, viu-se que, trinta e noventa dias após o procedimento, esse percentual era de 39,3% (n = 22) e 58,9% (n = 33), respectivamente. Dentro deste contexto, a presença dos sintomas dispépticos durante o acompanhamento dos pacientes, como variável isolada, não demonstrou alteração significativamente estatística (p = 0, 74). A figura 1 representa a prevalência de sintomas dispépticos nos tempos avaliados.

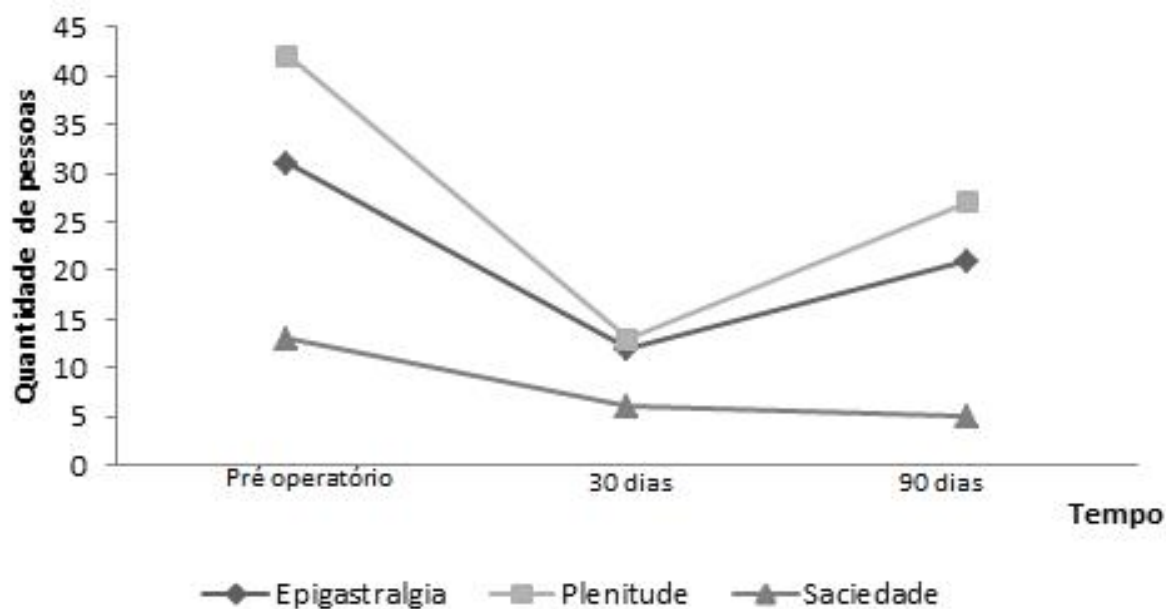


Figura 1 – Representação gráfica da prevalência dos sintomas dispépticos nos tempos avaliados.

Notou-se também nesse segundo bloco que existe uma associação frequente entre dieta hiperlipídica e o aparecimento dos sintomas dispépticos. Entre os pacientes que tinham queixas dispépticas, 68,6% afirmavam existir esta relação no pré – operatório e 76,2% e 66,7% decorridos trinta e noventa dias da realização do procedimento cirúrgico, respectivamente. Houve significância estatística ($p < 0,00001$) na comparação da frequência de aparecimentos dos sintomas dispépticos durante o estudo (Tabela 3).

Tabela 3: Frequência absoluta de queixas dispépticas.

Frequência	Pré-operatório	30 dias	90 dias
≥ 1 vez/ semana	39	17	22
< 3 vezes/ mês	9	5	11
< 12 vezes/ ano	3	0	0
TOTAL	51	22	33

Além disso, existiu uma redução significativa ($p < 0,00001$) de idas ao pronto – socorro por conta das queixas dispépticas durante o seguimento dos pacientes colecistectomizados (Tabela 4).

Tabela 4: Frequência absoluta de idas ao pronto – socorro por conta de queixas dispépticas.

Idas ao pronto- socorro	Pré-operatório	30 dias	90 dias
SIM	17	0	2
NÃO	37	22	31
TOTAL	51	22	33

DISCUSSÃO

A colecistectomia é a cirurgia do aparelho digestivo mais realizada no mundo ¹⁵. Apesar disso, o entendimento dos mecanismos fisiopatológicos de uma das suas principais complicações - a Síndrome Pós-colecistectomia – ainda não é bem difundido no

meio científico, gerando inconsistência e limitações nos dados sobre a qualidade de vida a longo prazo dos pacientes colecistectomizados ⁸.

No presente estudo, a alteração da frequência de evacuações não foi significativa. Os pacientes avaliados não apresentaram mudanças consideráveis no ritmo intestinal nem após trinta, nem após noventa dias pós-cirúrgicos quando comparado ao período pré-operatório. Porém quando analisado o aspecto das fezes viu-se um decréscimo na referência a fezes formadas, acompanhada por uma crescente prevalência no relato de fezes pastosas e endurecidas ao longo do seguimento. A presença de fezes aquosas permaneceu a mesma no início e fim do seguimento, mantendo um percentual condizente com o descrito na literatura ^{7, 8}.

Apesar da alteração no aspecto, a quantidade de indivíduos que afirmavam ter urgência intestinal foi minimamente alterada. Notou-se, contudo, uma redução no uso de constipantes/laxantes comparando-se os períodos antes e após colecistectomia.

As associações encontradas evidenciam que existe uma alteração no aspecto das fezes, e que esta é acompanhada da redução do uso de sintomáticos, sugerindo facilitação dos hábitos intestinais, apesar do fluxo contínuo de bile hepática que existe após a cirurgia, comumente associado ao surgimento de diarreia ⁷. Reforça-se também a necessidade de um tempo amplo de seguimento entre os pacientes colecistectomizados, uma vez que, de acordo com a literatura, o quadro de diarreia aparece no pós-colecistectomia tardio e não existem preditores identificados para o surgimento de tal queixa após três meses da cirurgia ^{4, 16, 17}.

Em um seguimento de cem pacientes, notou-se a incidência de diarreia em 17% da casuística um ano após a cirurgia ⁸. Sabe-se que esta prevalência pode ser maior entre indivíduos obesos, visto que a existência de índice de massa corpórea elevado tem associação com a abertura do quadro ¹⁶.

No tocante aos sintomas dispépticos, observou-se uma redução brusca das queixas ao fim do trigésimo dia após colecistectomia, porém, transcorridos noventa dias do procedimento, notou-se um aumento na prevalência da sintomatologia, corroborando com aquilo que é descrito nos estudos, onde sabe-se que a taxa de alívio após a cirurgia é baixa ¹³. Dentro deste contexto é provável que a adoção de uma dieta com refeições menos copiosas e com mais fácil digestão, associada ao uso de medicações

sintomáticas, comumente prescritas no pós-operatório, sejam fatores relacionados à melhora temporária das queixas.

No decorrer do estudo, entre aqueles que manifestavam queixa dispéptica, a associação desta com dieta hiperlipídica foi significativa, apesar de a recomendação de uma baixa ingesta de gordura ter baixo grau de evidência, atuando somente como fator coadjuvante na adesão ao tratamento ¹⁸. A decisão por restrição lipídica à dieta é um fator que então dependerá da linha de cuidado assistencial adotada, mas que deverá ser individualizada ¹. No grupo que manteve os sintomas, houve uma redução proporcional na frequência de aparecimento e um menor relato de idas aos serviços de pronto – socorro por das queixas dispépticas no período pós-operatório. Isto sugere uma menor gravidade e reflete em um menor custo aos serviços de saúde.

As correlações acima descritas alertam para a necessidade de um seguimento prolongado dos pacientes, visto que o surgimento ou manutenção das queixas dispépticas após colecistectomia ainda não tem sua fisiopatologia bem compreendida ¹⁴. Deve ser lembrada sempre necessidade de se afastarem outras causas orgânicas para este grupo de sintomas, para, só então, se estabelecer o diagnóstico de dispepsia funcional e conduzir o tratamento de maneira adequada ^{12, 18, 19, 20}.

Novos estudos sobre mudanças no hábito intestinal e dispepsia após colecistectomia são necessários para que se definam as causas e relações com possíveis fatores de risco aos seus surgimentos. Os pacientes colecistectomizados devem ser acompanhados a longo prazo, visto que muitos dos sintomas podem surgir em momentos tardios, quando estes não mais estão sendo avaliados pelos cirurgiões, ou, muitas vezes, por nenhum outro profissional.

CONCLUSÕES

1. No período de tempo estudado, os pacientes mantiveram o ritmo intestinal. No entanto, houve alteração no aspecto das dejeções, principalmente com mudança do padrão de fezes formadas para pastosas;

2. Existiu uma redução significativa no uso de laxantes e constipantes nos seguimentos de trinta e noventa dias, comparando-se ao pré-operatório. Tal fato sugere uma facilitação do trânsito intestinal no pós-cirúrgico;
3. Os sintomas dispépticos apresentaram melhora ao fim do trigésimo dia, com aumento da prevalência ao fim de noventa dias pós-operatórios. As queixas no pós-operatório apresentaram menor frequência e gravidade quando comparadas com o pré-operatório;
4. Faz-se necessário o seguimento desses pacientes a longo prazo com o objetivo de identificar temporalmente o surgimento de sintomas gastrointestinais e dispépticos, afastar outras possíveis causas orgânicas e conduzir corretamente o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Menezes HLD, Fireman PA, Wanderley VE, Bispo RKDA, Reis MR. Estudo randomizado para avaliação da dieta hipolipídica nos sintomas digestivos no pós-operatório imediato da colecistectomia por videolaparoscopia. Rev.Col.Bras.Cir. 2013; 40(3): 203-207.
2. Salim MT, Cutait R. Complicações da cirurgia videolaparoscópica no tratamento de doenças da vesícula e vias biliares. Arq Bras Cir Dig. 2008, 21 (4): 153-157.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde. Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Sergipe. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qise.def>. Acesso em: 06 de junho de 2018.
4. Yueh TP, Chen FY, Lin TE, Chuang MT. Diarrhea after laparoscopic cholecystectomy: associated factors and predictors. Asian Journal of Surgery. 2014; 37(4): 171 – 7.
5. Santos JS, Sankarankutty AK, Júnior WS, Módena JLP, Júnior JE, Castro O, Júnior S. Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. Medicina (Ribeirao Preto. Online). 2008, 41(4): 449-464.
6. Soper NJ, Malladi P. Laparoscopic cholecystectomy. **Up To Date**. 2018. Disponível em: <http://www.uptodate.com> Acesso em 24/05/18 às 13:09hs.

7. Del Grande LM, Leme FFP, Marques FP, Ramos AT, Ramos PT, Souza FA. Prevalence and predictors of changes in bowel habits after laparoscopic cholecystectomy. *Arq Bras Cir Dig.* 2017; 30(1): 3 - 6.
8. Fisher M, Spilais DC, Tong LK. Diarrhoea after laparoscopic cholecystectomy: incidence and main determinants. *ANZ J. Surg.* 2008; 78 (6): 482 - 6.
9. Talseth A, Edna T – H, Hveem K, Lydersen S, Ness-Jensen E. Quality of life and psychological and gastrointestinal symptoms after cholecystectomy: a population-based cohort study. *Bmj Open Gastro.* 2017; 4 (1): 1- 10.
10. Jaramillo RGS, Yurgaky JMS, Regin WO. Diarrea poscolecistectomia, enfoque diagnóstico y terapéutico. *Revista Med.* 2017; 25(2): 96 – 104.
11. Matsuda NM, Maia CC, Troncon LEA. Dispepsia funcional: revisão de diagnóstico e fisiopatologia. *Diagn Tratamento.* 2010; 15 (2): 114 – 6.
12. Silva FM. Dyspepsia: clinical aspects and current approach. *Rev Med (São Paulo).* 2008 out.- dez.; 87(4):213-23.
13. Kim GH, Lee HD, Kim M, Kim K, Jeong Y, Hong YJ et al. Fate of Dyspeptic or Colonic Symptoms After Laparoscopic Cholecystectomy. *J Neurogastroenterol Motil.* 2014; 20(2): 253–260.
14. Schmidt M. Post-cholecystectomy symptoms were caused by persistence of a functional gastrointestinal disorder. *World J Gastroenterol.* 2012; 18(12): 1365-1372.
15. Saltiel RV, Pedrini A, Paulin E. Perfil dos pacientes submetidos à colecistectomia no Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes na grande Florianópolis – SC. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR.* 2011; 15 (2): 173 – 9.
16. Talley N, Quan C, Jones M, Horowitz M. Association of upper and lower gastrointestinal tract symptoms with body mass index in an Australian cohort. *Neurogastroenterology and Motility: The Official Journal of The European Gastrointestinal Motility Society.* 2004; 16 (4): 413 – 9.
17. León-Barúa R. Diarrea crónica postcolecistectomía. . *Gastroenterology training today. Rev Gastroenterol Peru.* 2013;33(1):82-4.
18. Borda A, Estremera F. Dispepsia. Clasificación y manejo diagnóstico-terapéutico. *Medicina.* 2016; 12(2): 57-65.

19. Longstreth GF, Lacy BE. Approach to the adult with dyspepsia. Up To Date. 2017. Disponível em <http://www.uptodate.com> Acesso em 20/08/18 às 22:08h.
20. Vinnacia S, Quiceno JM, Medina A, Castañeda B, Castelblanco P. Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. Acta. Colomb. Psicol. 2014; 17 (1): 61 – 70.

APÊNDICE 01



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) de uma pesquisa que será realizada no período de janeiro a maio de 2018 no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, intitulada **“AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS GASTROINTESTINAIS EM PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE”**. Caso você queira participar deste estudo, assine ao final do documento. Você não é obrigado(a) a participar e a qualquer hora pode desistir. Se não quiser participar não terá nenhum prejuízo na relação com os pesquisadores e com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde constam os telefones dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

O objetivo desta pesquisa é identificar a prevalência dos sintomas gastrointestinais em pacientes que realizaram colecistectomia (retirada da vesícula biliar) neste hospital, antes e até 03 meses após a cirurgia. Para participar da pesquisa, você deverá responder ao questionário de acordo com o orientado.

Sua participação será importante para avaliarmos a presença de sintomas gastrointestinais, fornecendo assim dados científicos que podem melhor orientar a conduta médica dos pacientes submetidos à esta cirurgia e suas queixas. Não será realizada nenhuma cobrança e também não será realizado nenhum pagamento pela sua participação.

As informações a respeito dessa pesquisa serão publicadas em periódicos científicos (revistas na área de medicina). Apenas os resultados serão divulgados, preservando a identidade do(a) paciente.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

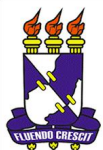
Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelo pesquisador dos procedimentos que serão utilizados, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro que autorizo a utilização dos dados por mim fornecidos, assim como aqueles presentes em meu prontuário. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA: Aracaju, _____ de _____ de _____

(Assinatura do participante ou responsável por extenso)

Telefones dos Responsáveis: Ana Bárbara – 79 99945-1227; Ana Izabel – 79 99963-6356; Antônio Jr – 79 99982 – 7557; Paulo Vicente - 79 99148-1287.

APÊNDICE 02



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS GASTROINTESTINAIS EM PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE QUESTIONÁRIO

1) Nome do pesquisador: _____

2) Questionário N° _____ 3) Tipo: () PRÉ-OP () 30° DPO () 90° DPO

A. DADOS DO PACIENTE

4) Nome: _____

5) Data de Nascimento: ____/____/____ 6) Sexo: 1. Masculino ☐ 2. Feminino ☐

7) Endereço _____

8) Telefones para contato: (____) _____ - _____ / (____) _____ - _____

9) Escolaridade (Até que série completou): _____

10) Comorbidades prévias: _____

11) Cirurgias prévias: _____

12) Peso (kg): _____ 13) Altura(m): _____ 14) IMC (kg/m²): _____

B. DADOS DA DOENÇA

15) Sintomas? 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐

16) Ultrassonografia de abdome:

1. MICROCÁLCULOS ☐ 2. CÁLCULO ÚNICO ≥ 3 CM ☐

3. CÁLCULOS $\geq 0,3$ E < 3 CM ☐ 4. VESÍCULA ESCLEROATRÓFICA ☐

9. NÃO SE APLICA ☐

17) Tipo de colecistectomia proposta/realizada:

1. ABERTA ☐ 2. LAPAROSCÓPICA ☐

B.1 HÁBITOS INTESTINAIS

18) Ritmo intestinal:

1. > 02 VEZES AO DIA ☐ 2. 1-2 VEZES AO DIA ☐ 3. A CADA 2-3 DIAS ☐

4. A CADA 4-5 DIAS ☐ 5. A CADA 6-7 DIAS ☐ 6. > 07 DIAS ☐

19) Aspecto das fezes:

1.ENDURECIDAS ☐ 2.FORMADAS ☐ 3.PASTOSAS ☐ 4.LÍQUIDAS ☐

20) Tem urgência intestinal? 1.SIM ☐ 2.NÃO ☐

21) Já precisou usar laxantes? 1.SIM ☐ 2.NÃO ☐

22) Já precisou usar constipantes ? 1.SIM ☐ 2.NÃO ☐

B.2 CARACTERIZAÇÃO DA DOR ABDOMINAL

23) Já sentiu dor abdominal? 1.SIM ☐ 2.NÃO ☐ 9.NÃO SE APLICA ☐

24) Onde estava localizada essa dor?

1.HIPOCÔNDRIO DIREITO ☐ 2.EPIGÁSTRIO ☐ 3.OUTRO / Qual? _____ ☐

25) Já precisou ir à urgência por causa dessa dor?

1.SIM ☐ 2.NÃO ☐ 9. NÃO SE APLICA ☐

26) Associa o aparecimento da dor à ingestão de alimentos gordurosos?

1. SIM ☐ 2.NÃO ☐ 9.NÃO SE APLICA ☐

27) Com que frequência essa dor aparece?

1. > 01 VEZ AO ANO ☐ 2. UMA VEZ AO ANO ☐ 3. > 01 VEZ AO MÊS ☐

4. UMA VEZ AO MÊS ☐ 5. > 01 VEZ NA SEMANA ☐

6. 01 VEZ NA SEMANA ☐ 9. NÃO SE APLICA ☐

28) Numa escala de 0 (zero) a 10 (dez), onde zero significa AUSÊNCIA DE DOR e dez significa a PIOR DOR QUE JÁ SENTIU, que nota atribui a esta dor? _____

B.3 CARACTERIZAÇÃO DA DISPEPSIA

29) Sintomas presentes (pode-se marcar mais de uma opção):

1. SACIEDADE PRECOCE ☐

2. PLENITUDE PÓS-PRANDIAL/EMPACHAMENTO ☐

3. DOR EM QUEIMAÇÃO LOCALIZADA EM EPIGÁSTRIO ☐

9. NÃO SE APLICA ☐

30) Com que frequência esse(s) sintoma(s) aparecem?

1. > 01 VEZ AO ANO ☐ 2.UMA VEZ AO ANO ☐ 3. > 01 VEZ AO MÊS ☐

4. UMA VEZ AO MÊS ☐ 5. > 01 VEZ NA SEMANA ☐

6. UMA VEZ NA SEMANA ☐ 9. NÃO SE APLICA ☐

31) Associa o aparecimento desse(s) sintoma(s) à ingestão de alimentos gordurosos?

1.SIM ☐ 2.NÃO ☐

32) Já precisou ir à urgência por causa desse(s) sintoma(s)? SIM ☐ NÃO ☐

APÊNDICE 03

DEMAIS DADOS COLETADOS

Tabela 1: Presença de dor abdominal no seguimento, em valores absolutos.

Presença	Pré-operatório	01 mês	03 meses
SIM	52	11	11
NÃO	4	45	45
TOTAL	56	56	56

Tabela 2: Localização da dor abdominal ao longo do seguimento, em valores absolutos.

Localização	Pré-operatório	01 mês	03 meses
Hipocôndrio direito	39	6	9
Epigástrio	9	4	1
Outras regiões	4	1	1
Não se aplica	4	45	45
TOTAL	56	56	56

Tabela 3: Idas ao pronto-socorro (PS) por conta da dor abdominal ao longo do seguimento, em valores absolutos.

Ida ao PS	Pré-operatório	01 mês	03 meses
SIM	45	0	0
NÃO	7	11	11
NÃO SE APLICA	4	45	45
TOTAL	56	56	56

Tabela 4: Associação DOR x ALIMENTOS GORDUROSOS (DIETA HIPERLIPÍDICA), em valores absolutos.

Associação	Pré-operatório	01 mês	03 meses
------------	----------------	--------	----------

SIM	40	4	4
NÃO	12	7	7
NÃO SE APLICA	4	45	45
TOTAL	56	56	56

Tabela 5: Frequência da dor abdominal, em valores absolutos.

Frequência	Pré-operatório	01 mês	03 meses
≥ 1 X na semana	36	10	9
< 3 X/ mês	10	1	2
< 12 X/ ano	6	0	0
Não se aplica	4	45	45
TOTAL	56	56	56

Tabela 6: Intensidade média da dor abdominal segundo escala numérica de dor (considerando o total de participantes).

	Pré-operatório	01 mês	03 meses
Média	8,01	0,67	0,89
Nº de indivíduos	56	56	56

Tabela 7: Intensidade média da dor abdominal segundo escala numérica de dor (considerando os pacientes com queixa algica somente).

	Pré-operatório	01 mês	03 meses
Média	9,35	3,45	4,54
Nº de indivíduos	52	11	11

OBS: Os dados acima apresentados estão sendo utilizados na elaboração de um segundo artigo.

ANEXO

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos sintomas gastrointestinais em pacientes submetidos à colecistectomia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe

Pesquisador: Antônio Alves Júnior

Versão: 1

CAAE: 79345917.9.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 126827/2017

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Avaliação dos sintomas gastrointestinais em pacientes submetidos à colecistectomia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe que tem como pesquisador responsável Antônio Alves Júnior, foi recebido para análise ética no CEP UFS - Universidade Federal de Sergipe em 26/10/2017 às 11:07.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br