
ARTIGO ORIGINAL

Colecistectomia Aberta com preservação do músculo Reto Abdominal: Pós-operatório menos doloroso?

Andressa Biscaro¹, Eduardo Hohmman Camiña¹, Péricles Pretto¹, Giancarlo Búrigo², Ricardo Hohmann Camiña³, Carlos A. Bastian⁴

Resumo

Objetivo: Observar se a técnica de colecistectomia aberta com preservação do músculo reto abdominal proporciona aos pacientes um pós-operatório menos doloroso.

Métodos: Estudo prospectivo, exploratório e documental de 50 pacientes com diagnóstico clínico e imagiológico compatíveis com colecistopatia crônica calculosa, submetidos à colecistectomia aberta com preservação do músculo reto abdominal, no Hospital São José, em Criciúma/SC, no período de janeiro a julho de 2007. Foram excluídos do estudo pacientes com idade inferior a 13 anos, pacientes com colecistopatia aguda, pacientes com complicações em árvore biliar e pacientes com quadro de peritonite generalizada.

Métodos: Quanto ao perfil da amostra, a maioria dos pacientes era do sexo feminino (82%), sendo a média de idade do total de pacientes 50,22 anos. Dentre a equipe de médicos e cirurgiões residentes que participaram das cirurgias, 84% negaram dificuldades técnicas. O número de perfurações de vesícula biliar durante o trans-operatório ocorreu em 20 pacientes (40%). O tempo de internação foi de 2 dias para 49 pacientes e 3 dias para 01 paciente. Quanto à dor no pós-operatório, 68% dos pacientes afirmaram não estar sentindo dor no primeiro dia do pós-operatório, 22% relataram dor branda, 8% dor moderada e 2% dor severa.

Conclusões: De acordo com este estudo a dor sen-

tida no pós-operatório foi relatada como mínima ou ausente pela maioria dos pacientes.

Descritores: 1. Colecistectomia;
2. Dor;
3. Pós-operatório;
4. Colecistite crônica.

Abstract

Objective: To observe if open cholecystectomy with rectus abdominal muscle preservation propitiates for patients a less pain in postoperative.

Methods: Prospective, exploratory and documental study of 50 patients with clinical and image diagnosis compatible with chronic calculi cholecystitis treated with open cholecystectomy with rectus muscle preservation, in São José Hospital, Criciúma/SC, from January until July of 2007. It was excluded patients under of 13 years old, patients with acute cholecystitis, patients with complications in bile duct and patients with generalized peritonitis.

Results: About sample profile, most patients were female sex (82%) and the average age of total patients was 50,22 years. In the staff of surgeons doctors and resident surgeons doctors that participate of surgeries, 84% declared nonexistent technique difficulties. The number of gallbladder perforations during the surgery occurred in 20 patients (40%). The time of internment was 2 days for 49 patients and 3 for 01 patient. About the pain result in postoperative, 68% of patients said that they were not feeling pain in first day of postoperative, 22% report light pain, 8% moderate pain and 2% severe pain.

1— Médico.

2— Médico Cirurgião Geral e chefe do serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José. Preceptor da Cirurgia Geral da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

3— Acadêmico do terceiro ano de Medicina.

4— Cirurgião Geral.

Conclusions: According to this study the pain felt on postoperative was minimum or absent for the most patients.

Key Words: 1. *Cholecystectomy*;
2. *Pain*;
3. *Postoperative*;
4. *Chronic Cholecystitis*.

Introdução

A colecistectomia é a cirurgia do trato digestivo mais realizada, devido à alta incidência de litíase vesicular, cujo tratamento definitivo consiste na exérese da vesícula¹.

As principais indicações para a realização da colecistectomia são: calculose biliar, colecistite aguda ou crônica (calculosa ou alitiásica), malformação da vesícula biliar, fístula pós-colecistostomia, ruptura traumática da vesícula biliar ou ducto cístico, peritonite biliar e neoplasia de vesícula biliar^{1,2}.

Várias técnicas são atualmente disponíveis para realização da colecistectomia, sendo a vídeo-laparoscópica reconhecida como a cirurgia padrão-ouro. Em países desenvolvidos, esta técnica é utilizada em 95% dos pacientes, mas, no Brasil, e principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS) esta realidade não se aplica^{3,4}.

Na colecistectomia aberta convencional podem ser utilizadas as seguintes incisões: incisão de Kocher (subcostal direita), incisão subcostal transversa ou incisões longitudinais (para mediana ou mediana). O músculo reto abdominal é incisado por completo e após a realização da cirurgia é suturado continuamente. Aplicando a técnica de preservação do músculo reto abdominal as fibras desse músculo ao invés de serem completamente incisadas, são divulsionadas com instrumental próprio e por esse espaço é que se procede a colecistectomia^{1,5,6}.

Os resultados encontrados na literatura são favoráveis, os pacientes referem dor mínima e ausência de restrições respiratórias no pós-operatório, sendo esse método de fácil execução em hospital de segundo nível e por cirurgiões em aprendizado (residentes)⁵. Outra vantagem é que proporciona uma técnica alternativa em serviços onde não se dispõe de aparelhos e cirurgiões que realizem a colecistectomia por videolaparoscopia ou então em pacientes que o pneumoperitônio esteja contra-indicado.

Essa técnica demonstra melhor pós-operatório quanto à dor da ferida operatória, menor período de convalescença, ausência de restrição respiratória, diminui complicações e o tempo de internação é mais curto⁷.

A satisfação dos pacientes é algo que hoje preocupa a classe médica em geral. Não somente a satisfação alcançada pelo diagnóstico e cura de sua doença, mas também a qualidade de vida posterior que esse tratamento o proporcionará.

O presente trabalho tem como objetivo principal observar se à colecistectomia aberta com preservação do músculo reto abdominal proporciona aos pacientes um pós-operatório menos doloroso. Além disso, visa identificar o perfil epidemiológico (sexo, idade) dos pacientes, o tempo de evolução da doença, os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes no momento da admissão hospitalar, os achados imaginológicos (radiografia simples de abdome e ultrassonografia), a dificuldade técnica e as complicações surgidas durante o transoperatório, o tempo de internação dos pacientes e as complicações pós-operatórias.

Casuística e Método

Estudo observacional, prospectivo, exploratório e documental, de uma amostra consecutiva e de conveniência, de pacientes com diagnóstico de colecistopatia crônica litiásica confirmada por ultra-som. Os pacientes foram submetidos à colecistectomia eletiva com preservação do músculo reto abdominal pela incisão de Kocher, no período de janeiro a julho de 2007, no Hospital São José, em Criciúma, SC.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico ultrassonográfico de colecistopatia crônica litiásica sem complicações em via biliar que assinaram o termo de consentimento informado concordando em participar da pesquisa.

Pacientes com idade inferior a 13 anos, quadro de peritonite generalizada, colecistopatia litiásica agudizada, complicações em árvore biliar e pacientes que foram submetidos à colecistectomia em caráter de urgência foram excluídos do estudo.

As variáveis estudadas foram: dor na ferida operatória, idade, sexo, tempo de evolução da doença, sinais e sintomas no momento da admissão hospitalar, dificuldades técnicas na realização da cirurgia e complicações no transoperatório, tempo de internação, complicações

pós-operatórias (infecção da ferida operatória, febre, infecção urinária, dispnéia, náuseas, vômitos).

A analgesia utilizada no pós-operatório foi a mesma para todos os pacientes, consistindo-se de um anti-inflamatório (Cetoprofeno endovenoso diluído em 250ml de soro fisiológico 0,9% em um intervalo de 12/12h) e um analgésico comum (Dipirona 4ml endovenoso de 6/6h). Como medicação de resgate, foi utilizado cloridrato de nalbufina 1ml subcutâneo.

A coleta dos dados foi realizada através de um questionário (anexo 01) aplicado por apenas um pesquisador, no momento da admissão dos pacientes e no pós-operatório. Foi utilizado para avaliação da dor no pós-operatório a Escala de Categoria Numérica (Numeric Rating Scale-NRS, anexo 02)¹³.

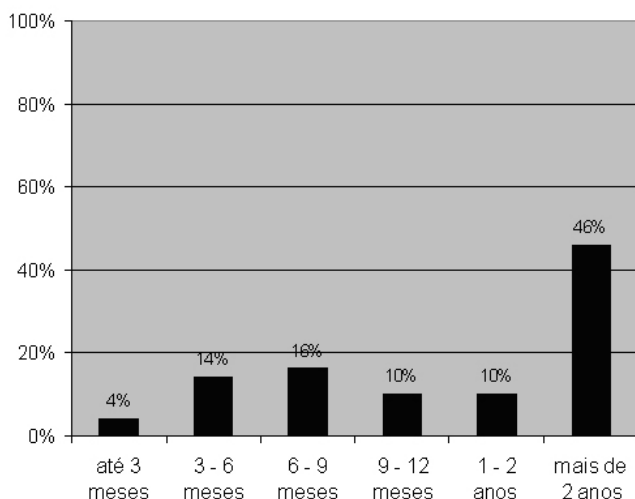
A análise dos dados foi realizada através do programa EPIINFO versão 6.0, e os resultados apresentados por meio de tabelas e gráficos do EXCEL 2003, sendo feita análise descritiva dos mesmos. As variáveis dicotômicas foram descritas de acordo com a sua frequência e as variáveis contínuas de acordo com a sua média.

Resultados

Foram estudados 50 pacientes, sendo 09 (18%) do sexo masculino e 41 (82%) do sexo feminino. A média de idade dos pacientes foi de 50.22 anos, sendo a idade mínima 26 e a máxima 84 anos.

A maior parte dos pacientes relatou um tempo de evolução da doença maior que 2 anos, sendo a distribuição conforme o tempo de evolução encontrada no gráfico 01.

Gráfico 01 – Distribuição segundo o tempo de evolução de doença.



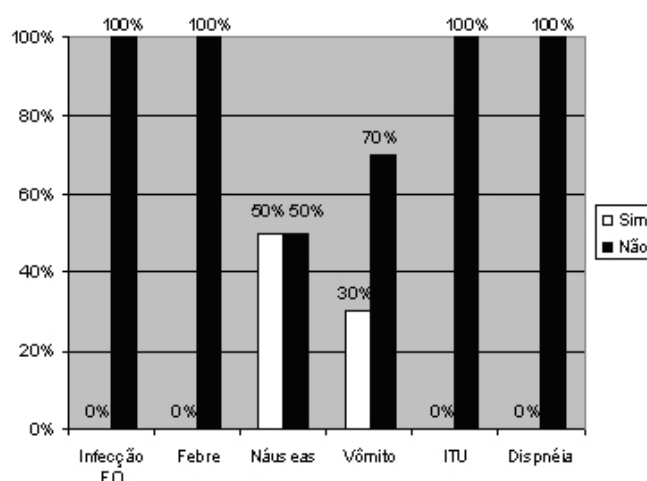
Na admissão, 96% pacientes referiam dor abdominal em hipocôndrio direito, 68% náuseas, 28% vômitos, 26% inapetência. Febre não foi observada em nenhum paciente.

Como exames de imagem, 22 (44%) pacientes realizaram radiografia simples de abdome e todos (50 pacientes – 100%) fizeram ultra-sonografia abdominal no pré-operatório. Em todos os casos, o ultra-som confirmou o diagnóstico de colecistopatia crônica calculosa.

Durante a realização da técnica cirúrgica proposta por este trabalho, 84% dos cirurgiões e médicos residentes do serviço não encontraram nenhuma dificuldade na sua execução. Perfuração da vesícula biliar durante o trans-operatório ocorreu em 20 pacientes (40%).

As únicas complicações ocorridas no pós-operatório foram náuseas e vômitos (gráfico 02).

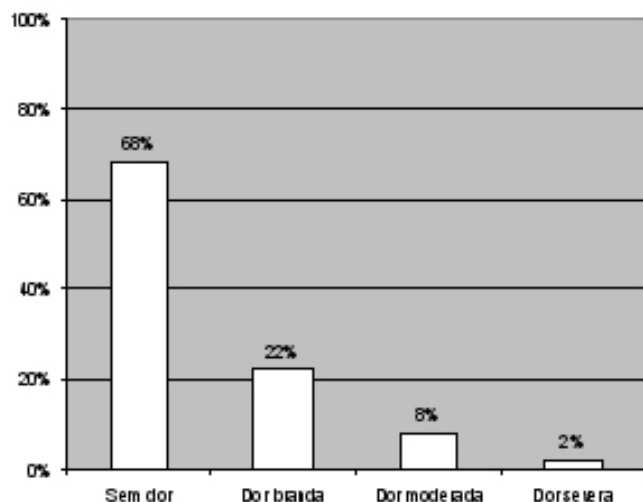
Gráfico 02 – Complicações no pós-operatório



O tempo de internação foi de 02 dias para 49 pacientes e de 03 dias para 01 paciente (devido à náuseas/vômitos intensos).

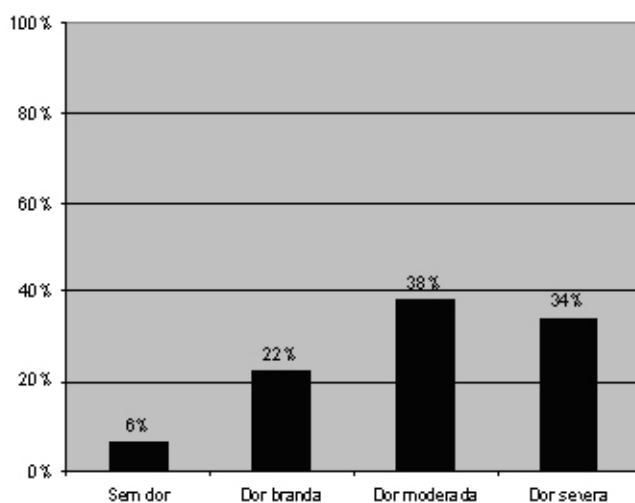
Quanto à avaliação da dor no pós-operatório, a maioria dos pacientes (68%) afirmaram não estar sentindo dor no primeiro dia do pós-operatório (gráfico 03).

Gráfico 03 – Dor no primeiro dia pós-operatório



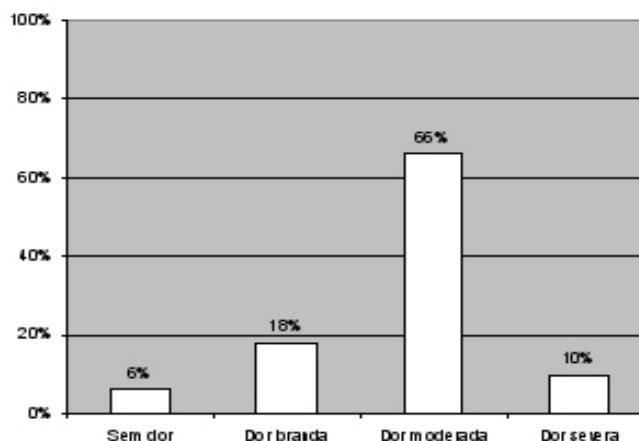
Quando indagados sobre a pior dor sentida no pós-operatório imediato até o momento da visita médica no primeiro dia do pós-operatório, 38% dos pacientes referiram ter sentido dor moderada (gráfico 04).

Gráfico 04 – Pior dor sentida no pós-operatório



No que se refere ao nível de dor considerado mais aceitável pelos pacientes, 66% disseram suportar uma dor de intensidade moderada (gráfico 05).

Gráfico 05 – Intensidade de dor mais aceitável no pós-operatório



Discussão

O perfil da amostra desta pesquisa, quanto ao sexo e a média de idade, não diferiu dos dados encontrados na literatura nacional, uma vez que é sabido que a colecistopatia crônica calculosa tem um nítido predomínio em pacientes do sexo feminino, sendo em sua maioria mulheres jovens⁹.

O quadro clínico característico de dor em hipocôndrio direito, de forte intensidade, curta duração, não acompanhada de icterícia ou colúria, relatado na literatura foi observado na grande maioria dos pacientes estudados¹⁰.

A mensuração da dor é um desafio para os médicos em geral, devido, principalmente, a subjetividade deste sintoma. A escala utilizada neste estudo para avaliar a intensidade da dor no pós-operatório proporciona uma medida unidimensional desta queixa, sendo comumente utilizada na mensuração da intensidade da dor em diversos contextos clínicos⁸. Considerando que este instrumento avalia a dor através do relato subjetivo dos pacientes, a analgesia utilizada no pós-operatório imediato foi a mesma para todos eles, na tentativa de evitar possíveis dados confusionais.

As complicações pós-operatórias abrangem de certa forma, as vantagens e desvantagens da realização da técnica de preservação do músculo reto abdominal na colecistectomia. No presente estudo não se observou dor aos movimentos inspiratórios, dado que está de acordo com o relatado por Elmann, que já em 1981, observou que a função ventilatória era menos deprimida e quando ocorria tinha duração mais curta após colecistectomia com a preservação do músculo reto abdominal. Sabe-se que as complicações mais frequentes no pós-operatório da colecistectomia são alterações pulmonares, infecções do trato urinário e da ferida operatória, sendo que neste

estudo não houve ocorrência de nenhuma delas, fato que se explica talvez pelo número limitado de pacientes estudados¹¹.

Poucos são os estudos disponíveis na literatura atual, principalmente nacional, sobre a técnica de colecistectomia com preservação do músculo reto abdominal, o que dificultou a comparação dos dados encontrados neste estudo. Apesar disso, os poucos dados existentes na literatura apontam para um pós-operatório com menos dor e complicações¹².

Concluimos, portanto, que a colecistectomia através da incisão de Kocher e com preservação do músculo reto abdominal, mostrou ser boa via de acesso à cavidade abdominal, sem grandes prejuízos para o procedimento cirúrgico. O maior benefício desta abordagem foi um pós-operatório minimamente doloroso e com menos complicações. No entanto, outros estudos precisam ser realizados no sentido de comparar esta técnica com a tradicional, com a finalidade de estabelecer qual das duas apresenta um pós-operatório melhor.

Agradecimentos

Aos médicos do serviço de residência em Cirurgia Geral do Hospital São José, Criciúma, SC.

Referências Bibliográficas:

1. Goffi F S; Junior P S G; Sorbello A A. Cirurgia das vias biliares. In: Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. 4ª ed. 2006, Rio de Janeiro: Atheneu, 2006:691-694.
2. David L; Nahrworld MD. Colecistite crônica e colelitíase. In: Tratado de Cirurgia: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna. 16 ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005: 1053-1059.
3. Nilsson E, Ros A, Rahmqvist M et al. Colecystectomy: costs and health-related quality of life: a comparison of two techniques. Internation Journal for Quality in Health Care, 2004: 473-482.
4. Lucena, J R. Colecistectomia laparoscópica frente à colecistectomia convencional por minilaparotomia. Cir Esp. 2005:1332-336.
5. Fink DL; Budd DC. Rectus muscle preservation in oblique incisions for cholecystectomy. Am. Surg 1984: 628-629.
6. Junior, D C S. Atlas de cirurgia geral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
7. Elmann A, Langonnte F , Dixxsaut G, et al. Respi-

ratory function is impaired less by transverse than by median vertical supra-umbilical incisions. Intens Care Med 1981; 7: 235-239

8. Sousa F A E F. Dor: o quinto sinal vital. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2002, 10(3): 446-447.
9. Suarez, C A; Blandford J M; Suarez E M et al. Limited Incisión Cholecystectomy. Florida M.A. Julho, 1992, 79(7):459-463.
10. Junior A C; Savassi-Rocha P R. Colecistopatia Crônica Calculosa. In: Tratado de clínica médica, 2007:1435-1444.
11. Montagnini A L; Jukemura, J; Gianini, P T H et al. Resultados da colecistectomia convencional. Experiência em hospitais universitários. Revista Hospital de Clinicas Faculdade de Medicina São Paulo, 1996(51) 93-95.
12. Baguley, P E; De Gara C J, Gagic C N. Open cholecystectomy: muscle splitting versus muscle dividing incision: a randomized study. J. R. Coll. Surg. Edinb, 1995:230-232.
13. Bonnet F. A dor no meio cirúrgico. Porto Alegre. Editora Artes Médicas, 1993:137.

Anexo 01 - Protocolo – Dados da admissão e do pós-operatório dos pacientes

PRONTUÁRIO:

SEXO: () M () F

IDADE:

TEMPO DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA:

DURAÇÃO DA INTERNAÇÃO:

SINAIS E SINTOMAS NA ADMISSÃO:

() Dor Abdominal

() Náuseas

() Inapetência

() Febre

() Vômitos

EXAMES DE IMAGEM:

() RX abdome. Resultado:

() US. Resultado: () Colecistopatia Crônica Calculosa

EXAMES LABORATORIAIS:

() Hemograma. Infecioso? () Sim () Não

() EQU. ITU? () Sim () Não

TEMPO DE INTERNAÇÃO: () dias

COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS:

Infecção FO: () SIM () NÃO

Febre: () SIM () NÃO
 Náuseas: () SIM () NÃO
 Vômitos: () SIM () NÃO
 ITU: () SIM () NÃO
 Dispnéia: ()SIM () NÃO

Médicos Cirurgiões e Residentes:

DIFICULDADE TÉCNICA NO TRANSOPERATÓRIO: () SIM ()NÃO
PERFURAÇÃO DA VESÍCULA BILIAR:
 () SIM ()NÃO

Anexo 02 - Escala de categoria numérica (Numeric Rating Scale-NRS)

Nº. Prontuário:

Data:

- 1) Qual o número você dá par a dor que esta sentindo agora?
- 2) Qual o número, na escala de 1 a 10, você daria para a sua dor quando ela é a pior possível e quando ela é a mais confortável?
- 3) Qual o número que reflete a dor que está num nível mais aceitável para você?



0 = sem dor

1-3 = dor branda (perturbadora, aborrecedora, interfere pouco com as atividades diárias)

4-6 = dor moderada (interfere significativamente com as atividades do dia-a-dia).

7-10 = dor severa (incapacitante, incapaz de desempenhar atividades cotidianas).

Endereço para correspondência:

Eduardo Hohmman Camiña

Rua Julio Gaidzinski, 485. Apto 101

E-mail: eduardojba@hotmail.com