

## DEVE-SE REALIZAR A COLECISTECTOMIA PROFILÁTICA DURANTE A GASTROPLASTIA REDUTORA PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA?

A obesidade atinge grande parcela da população mundial, sendo hoje um dos maiores problemas de saúde pública na grande maioria dos países. A doença obesidade já não poupa nem as crianças. O sobrepeso em crianças vem aumentando gradativamente nos últimos anos, sendo considerado problema atual de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde, sobrepondo-se, inclusive, a enfermidades que, tradicionalmente, provocam graves danos à saúde, como a desnutrição e as doenças infecciosas. Estima-se que existam mais de 17,6 milhões de crianças menores de cinco anos com sobrepeso ou com risco de sobrepeso em todo o mundo. Segundo dados do *National Center for Health Statistics* (NCHS), uma em cada cinco crianças norte-americanas está com excesso de peso. Nos Estados Unidos, em crianças de 2 a 5 anos, segundo *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), 1999-2000, o excesso de peso foi encontrado em 20,6%, sendo 10,4% de sobrepeso propriamente dito. No Brasil, a situação não é diferente, sendo a incidência de obesidade em crianças muito alta, até mesmo na região Nordeste, onde historicamente existe ou existia um grande número de crianças desnutridas. Em estudo recente constatou-se que na cidade de Natal a prevalência de excesso de peso é alta em crianças entre 2 e 6 anos em todas as classes sociais mas em maior número em estudantes de escolas privadas.

A obesidade é o maior fator de risco para o desenvolvimento de cálculos de colesterol. Cerca de 25% a 45% desta população apresentam colelitíase, sendo realizadas cerca de 750.000 colecistectomias por ano nos Estados Unidos, acarretando um custo de 8 a 10 bilhões de dólares ao sistema de saúde daquele país.

Em obesos mórbidos, se considerarmos os indivíduos já colecistectomizados e os que são diagnosticados previamente à cirurgia de gastroplastia, os índices de colelitíase calculosa chegam a quase 50% dos pacientes.

Sabe-se que os pacientes submetidos à gastroplastia e que sofrem grande emagrecimento em curto espaço de tempo também estão sujeitos ao aparecimento da colelitíase, principalmente nos primeiros meses do pós-operatório. Alguns autores, na tentativa de prevenir o aparecimento de cálculos biliares após a cirurgia de redução gástrica, usaram o ácido ursodeoxicólico

no pós-operatório por seis meses e obtiveram redução no aparecimento de cálculos, porém os resultados não podem recomendar o seu uso rotineiro. Outros autores estudaram a indicação de colecistectomia profilática por ocasião da cirurgia de redução gástrica. Os resultados se mostraram conflitantes principalmente devido ao surgimento de complicações atribuídas à colecistectomia e que poderiam ter sido evitadas caso a vesícula biliar não tivesse sido retirada de maneira profilática (vesícula sem a presença de cálculos).

Cabe lembrar, no entanto, que a dificuldade técnica na realização da colecistectomia em obesos pela via aberta, assim como as complicações inerentes à própria cirurgia podem levar ao aumento da morbi-mortalidade do procedimento combinado. Portanto, sugerimos que o cirurgião que optar pela colecistectomia durante a gastroplastia com vesícula biliar alitiásica, deverá discutir detalhadamente o procedimento com o seu paciente, colocando claramente os riscos e as possíveis complicações para evitar futuros problemas éticos e legais.

ELIAS JIRJOSS ILIAS<sup>1</sup>  
PAULO KASSAB<sup>1</sup>  
CARLOS ALBERTO MALHEIROS<sup>2</sup>

1. Professor convidado do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP.
2. Professor-adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP.

### Referências

1. Villegas L, Schneider B, Provost D, Chang C, Scott D, Sims T, et al. Is routine cholecystectomy required during laparoscopic gastric bypass?. *Obes Surg.* 2004;14(1):60-6.
2. Caruana JA, McCabe MN, Smith AD, Camara DS, Mercer MA, Gillespie JA. Incidence of symptomatic gallstones after gastric bypass: is prophylactic treatment really necessary? *Surg Obes Relat Dis.* 2005;1(6):564-7.
3. Mason EE, Renquist KE. Gallbladder management in obesity surgery. *Obes Surg.* 2002;12(2):222-9.
4. Taylor J, Leitman IM, Horowitz M. Is routine cholecystectomy necessary at the time of Roux en Y gastric bypass?. *Obes Surg.* 2006;16(6):759-61.
5. Fobi M, Lee H, Igwe D, Felahy B, James E, Stanczyk M, et al. Prophylactic cholecystectomy with gastric bypass operation: incidence of gallbladder disease. *Obes Surg.* 2002;12(3):350-3.
6. Liem RK, Niloff PH. Prophylactic cholecystectomy with open gastric bypass operation. *Obes Surg.* 2004;14(6):763-5.
7. Taha MIA, Malheiros CA, Freitas Jr WR, Puglia CR, Lacombe A. Fatores preditivos de colelitíase em obesos mórbidos após gastroplastia em Y de Roux. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52(6):430-4.
8. Barreto ACNG, Brasil LMP, Maranhão HS. Sobrepeso: uma nova realidade no estado nutricional de pré-escolares de Natal, RN. *Rev. Assoc Med Bras* 2007;53(2):311-6.