
Dor e diarreia depois de tirar a vesícula

O que é normal, o que investigar e a quem recorrer



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Dor e diarreia depois de tirar a vesícula

O que é normal, o que investigar e a quem recorrer

AUTOR	Dr. Mateus Antunes Nogueira
REGISTRO	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
ESPECIALIDADE	Cirurgia do Aparelho Digestivo
SÉRIE	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 60
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

1. O corpo sem a vesícula	4
1.1 Para quem é este livro	4
1.2 O que mudou por dentro	5
1.3 O que faz a leitura parar e o telefone tocar	7
2. A diarreia que aparece depois	10
2.1 Por que o intestino estranha	10
2.2 Quantas pessoas passam por isso	11
2.3 Quanto tempo costuma durar	13
2.4 O que costuma ajudar antes de qualquer remédio	13
2.5 Quando o remédio entra	14
3. A dor que continua ou volta	16
3.1 A conta que ninguém fez antes da cirurgia	16
3.2 Onde dói, e o que pode estar por trás	16
3.3 Quando a dor começou muda a lista	17
4. Os exames que respondem	20
4.1 A sequência habitual	20
4.2 Dois exames que competem	21
5. A síndrome pós-colecistectomia, dita com sobriedade	24
5.1 O que o nome quer dizer	24
5.2 O esfíncter de Oddi, e o que um ensaio mudou	24
5.3 O que acontece se eu não investigar	26
6. Quem cuida disso, e o que perguntar	29
6.1 A divisão de trabalho	29
6.2 O corpo depois, com os números que existem	29
6.3 O que levar para a consulta	31
Glossário	33
Referências	35
Sobre o autor	37
Transparência e licenças	38

O corpo sem a vesícula

EM UMA FRASE

A bolsa saiu. O fígado continua fabricando a mesma bile, que passa a chegar ao intestino sem parada intermediária.

1.1 Para quem é este livro

Este livro é para quem já operou a vesícula e ficou com uma pergunta que a alta hospitalar não respondeu. A diarreia que apareceu vai passar? A dor que continua, ou que voltou meses depois, tem a ver com a operação? Investigar agora, ou esperar mais um pouco?

Quem está com dor forte neste momento precisa de atendimento hoje, e o mesmo vale para febre com calafrio ou para a pele amarelada. A Figura 1.4, no fim deste capítulo, separa o que é para agora do que cabe na próxima consulta.

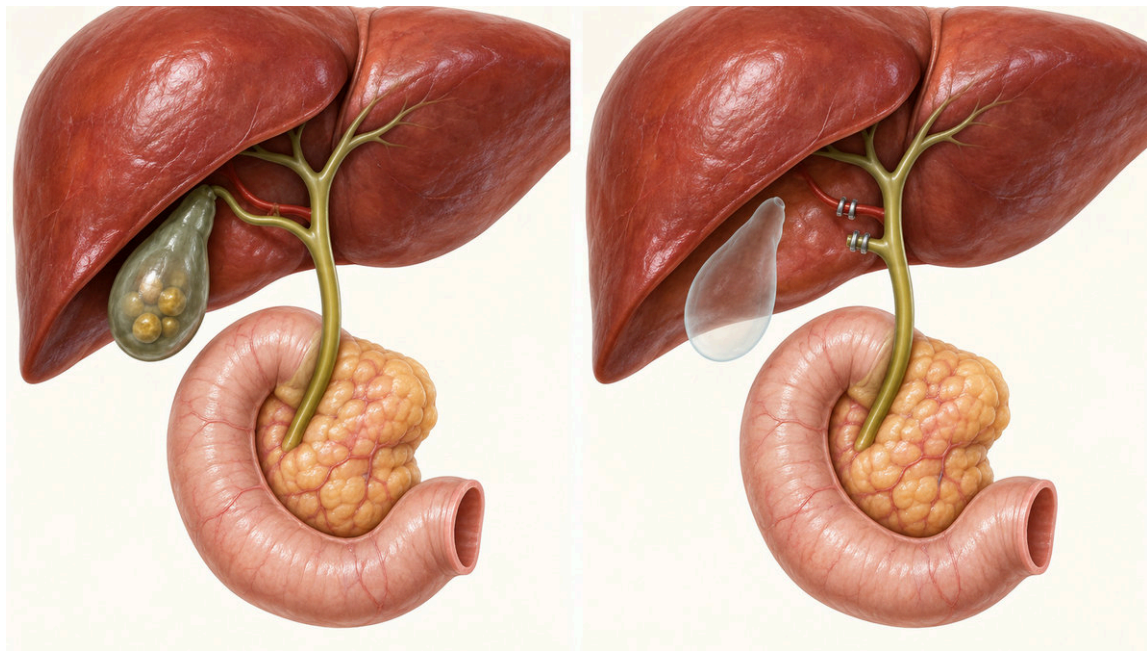
Quatro assuntos vizinhos têm livro próprio nesta série e aparecem aqui só por remissão: a cirurgia em si, o que comer com pedra na vesícula, a pedra presa no canal da bile e a pancreatite causada por cálculo. A Tabela 1.1 diz onde mora cada um.

TABELA 1.1 — ONDE ESTÁ CADA ASSUNTO NESTE LIVRO

A SUA PERGUNTA	ONDE ELA É RESPONDIDA
Por que meu intestino mudou depois da cirurgia?	Capítulo 2 deste livro
A dor que continua tem a ver com a operação?	Capítulos 3 e 5 deste livro
Quais exames respondem a isso?	Capítulo 4 deste livro
Quando devo procurar o pronto-socorro?	Figura 1.4, ainda neste capítulo
Eu precisava mesmo operar? Como foi a cirurgia?	Livro sobre a pedra na vesícula e a colecistectomia
O que posso comer?	Livro sobre a alimentação de quem tem pedra na vesícula
E se sobrou uma pedra no canal da bile?	Livro sobre a coledocolitíase
E se o pâncreas inflamou?	Livro sobre a pancreatite biliar

1.2 O que mudou por dentro

A vesícula era uma bolsa do tamanho de um dedo polegar, pendurada na lateral do canal que leva a bile do fígado ao intestino. Ela guardava e concentrava a bile entre as refeições. Fabricar, nunca fabricou nada. A Figura 1.2 mostra a peça que saiu e o canal que ficou no lugar.

**FIGURA 1.2**

À esquerda, antes da operação: a vesícula, com pedras, pendurada embaixo do fígado e ligada ao canal principal da bile por um canal curto. À direita, depois: a vesícula saiu (silhueta clara); o canal curto e a pequena artéria ficaram fechados com cliques, e o canal principal, que desce do fígado ao intestino, permanece inteiro.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Vale a comparação com a pia que tem torneira e ralo. O fígado é a torneira, que pinga sem parar. O intestino é o ralo. A vesícula era um balde ao lado da pia, que juntava água para despejar de uma vez quando a refeição gordurosa pedia. Sem o balde, a água escorre direto. Para a maior parte das pessoas essa troca passa despercebida, e a vida volta ao normal em algumas semanas — prazo de consultório, que nenhum estudo deste livro cronometrou. Uma parte menor sente o intestino reclamar depois de comida gordurosa. Há ainda quem siga com a mesma dor que motivou a cirurgia, e essa é a queixa que mais merece atenção neste livro. A Figura 1.3 põe as três situações lado a lado.

Figura 1.3 — A entrega da bile antes e depois da operação

A vesícula guardava e concentrava; ela não fabricava bile nenhuma.

Com a vesícula

O fígado produz bile o dia inteiro.
Parte dela ficava guardada e concentrada na bolsa, e era despejada de uma vez quando chegava comida com gordura.

Sem a vesícula

O fígado produz a mesma bile. Sem a bolsa de reserva, ela escorre pelo canal até o intestino de forma contínua, em vez de em jatos combinados com a refeição.

A quantidade de bile por dia é a mesma nos dois quadros. O que muda é o ritmo da entrega.

Elaborado pelo autor

FIGURA 1.3

A entrega da bile antes e depois da retirada da vesícula. O que muda é o ritmo da entrega; a quantidade que o fígado produz continua a mesma.

Elaborado pelo autor

1.3 O que faz a leitura parar e o telefone tocar

Boa parte do que aparece depois da cirurgia é incômodo, e incômodo se resolve na consulta marcada. Alguns sinais mudam a pressa. A Figura 1.4 organiza esses sinais em três níveis, e a caixa abaixo repete a lista em palavras.

Depois da retirada da vesícula: o que não pode esperar

Três níveis, três condutas. Esta é a mesma lista da caixa de alerta do capítulo 1.

Emergência — vá ao pronto-socorro agora

- Dor forte que não cede, com a barriga dura ou muito dolorida ao toque.
- Pele ou olhos amarelados junto com febre ou calafrio.
- Vômito que não para, a ponto de não conseguir beber água.
- Confusão mental, sonolência fora do comum ou desmaio.
- Falta de ar ou dor forte na panturrilha.

Se não conseguir ir por conta própria, ligue 192.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje

- Febre acima de 38 graus, mesmo sem dor forte.
- Dor que aumenta a cada dia, em vez de diminuir.
- Urina escura ou fezes muito claras, sem febre.
- Pele ou olhos amarelados, mesmo sem febre.
- Saída de líquido, vermelhidão ou calor ao redor de um dos furos.

Telefone do consultório e do plantão, à mão, desde a alta.

Na próxima consulta — anote e leve

- Fezes soltas ou urgência para evacuar depois de comida gordurosa.
- Dor parecida com a cólica de antes, que vai e volta.
- Caroço ou abaulamento na cicatriz de um dos furos.
- Perda de peso sem explicação.

Anote quando começou e o que melhora ou piora.

Esta lista orienta a pressa. Quem examina você é quem decide.

Elaborado pelo autor.

FIGURA 1.4

Depois da retirada da vesícula: o que não pode esperar, o que é para o mesmo dia e o que cabe na próxima consulta.

Elaborado pelo autor

SINAIS DE ALERTA**Emergência agora — pronto-socorro ou 192:**

- Dor forte que não cede, com a barriga dura ou muito dolorida ao toque.
- Pele ou olhos amarelados junto com febre ou calafrio.
- Vômito que não para, a ponto de você não conseguir beber água.
- Confusão mental, sonolência fora do comum ou desmaio.
- Falta de ar ou dor forte na panturrilha.

No mesmo dia — fale com a sua equipe ou procure atendimento:

- Febre acima de 38 graus, mesmo sem dor forte.
- Dor que aumenta a cada dia, em vez de diminuir.
- Urina escura ou fezes muito claras, sem febre.
- Pele ou olhos amarelados, mesmo sem febre.
- Saída de líquido, vermelhidão ou calor ao redor de um dos furos.

Na próxima consulta — anote e leve:

- Fezes soltas ou urgência para evacuar depois de comida gordurosa.
- Dor parecida com a cólica de antes, que vai e volta.
- Caroço ou abaulamento na cicatriz de um dos furos.
- Perda de peso sem explicação.

Esta lista orienta a pressa. Quem examina você é quem decide.

O incômodo mais comum dessa entrega contínua de bile é intestinal, e é dele que trata o capítulo seguinte, sobre a diarreia que aparece depois da cirurgia.

A diarreia que aparece depois

EM UMA FRASE

Mais ácido biliar chegando ao intestino grosso significa mais água dentro dele e menos tempo até a próxima corrida ao banheiro.

2.1 Por que o intestino estranha

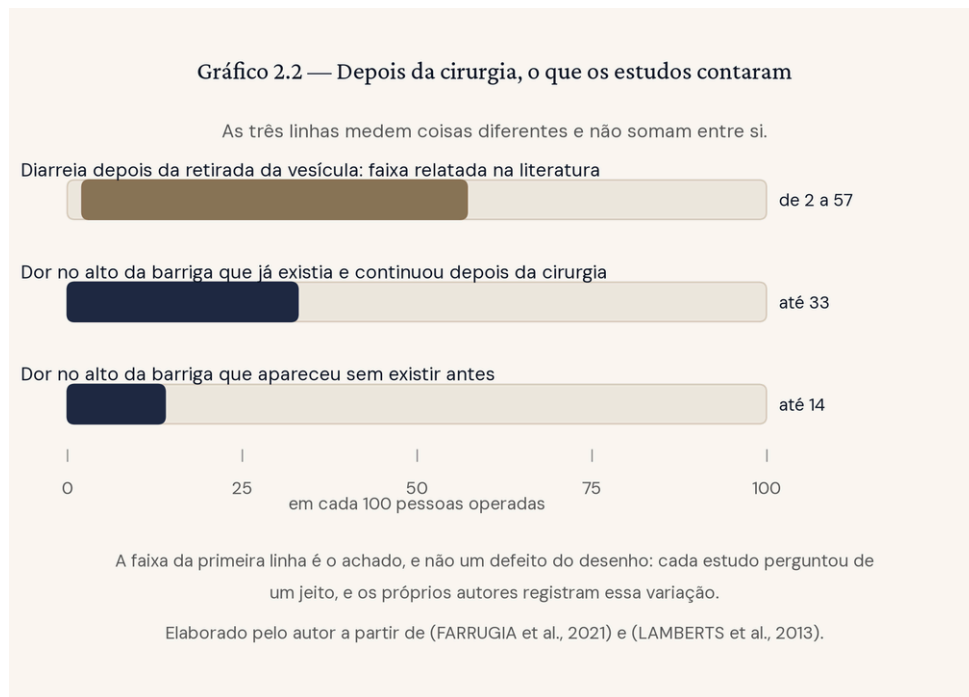
O capítulo anterior descreveu o corpo sem a vesícula. A bile passa a chegar ao intestino sem parada intermediária. Falta dizer por que isso mexe com o intestino de algumas pessoas.

Os ácidos biliares fazem o trabalho pesado da digestão da gordura e, terminada a tarefa, são reabsorvidos no fim do intestino delgado para voltar ao fígado. Esse circuito tem capacidade limitada. Quando a bile chega em fluxo contínuo, em vez de em jatos combinados com a refeição, uma fração maior dela escapa da reabsorção e alcança o intestino grosso. Ali o ácido biliar puxa água para dentro do tubo e acelera o trânsito, e o resultado é fezes moles com aquela urgência que aparece meia hora depois do almoço. A Figura 2.1 desenha o percurso em três quadros.



2.2 Quantas pessoas passam por isso

A resposta honesta aqui é desconfortável. Os números variam muito, e a variação diz mais sobre como cada estudo perguntou do que sobre o intestino de quem operou. O Gráfico 2.2 mostra a faixa.

**GRÁFICO 2.2**

Diarreia depois da retirada da vesícula: a faixa relatada na literatura e o que uma revisão de 38 estudos encontrou. A faixa larga é o achado, e o quadro declara isso.

Elaborado pelo autor a partir de (FARRUGIA et al., 2021) e (LAMBERTS et al., 2013)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Cinco centros britânicos cruzaram cinco anos de cirurgias com os exames pedidos depois delas (FARRUGIA et al., 2021). O que acharam diz mais sobre a investigação do que sobre o intestino. A incerteza vem primeiro. A frequência publicada para essa diarreia vai de 2,1% a 57,2%, e o ácido biliar não explica todos esses casos. Entre 9.439 pessoas operadas por laparoscopia, só 202 — 2,1% — chegaram a fazer o exame que mede a perda de ácido biliar, o SeHCAT, e dessas 62,8% receberam o diagnóstico, depois de uma espera cuja mediana entre a cirurgia e o exame foi de 672 dias. A frequência real, concluem eles, pode ser bem maior do que a diagnosticada. Outra revisão, de 38 estudos, separa o que continua do que começa (LAMBERTS et al., 2013). A dor no alto da barriga é a queixa que mais leva à cirurgia, e costuma ir embora com ela. Em até 33 de cada 100 operados, porém, ela fica. E em até 14 ela aparece depois, sem nunca ter existido antes. Entre as queixas que continuam, a diarreia é a mais relatada: 85%. Entre as que nascem depois, o excesso de gases: 62%. Os próprios autores registram variação grande entre os estudos.

Fonte: FARRUGIA et al., 2021; LAMBERTS et al., 2013

2.3 Quanto tempo costuma durar

A adaptação do circuito da bile leva semanas, e o pior costuma ficar nos primeiros meses — de novo, prazo de consultório, não de estudo. A Figura 2.3 mostra o percurso habitual e marca os pontos em que vale falar com a equipe.



FIGURA 2.3

A adaptação do intestino, semana a semana. As faixas são gerais; o seu cirurgião ajusta o que vale para o seu caso.

Elaborado pelo autor

2.4 O que costuma ajudar antes de qualquer remédio

Três medidas simples resolvem boa parte dos casos leves, e nenhuma depende de receita. Fracionar as refeições diminui a carga de gordura por vez. Fibra solúvel dá forma às fezes. A Tabela 2.4 separa o que cabe tentar em casa do que pede consulta.

TABELA 2.4 — O QUE TENTAR EM CASA E O QUE LEVAR À CONSULTA

SITUAÇÃO	O QUE COSTUMA AJUDAR	QUANDO LEVAR À CONSULTA
Fezes mais soltas depois de refeição gordurosa, nas primeiras semanas	Porções menores, gordura reintroduzida aos poucos, fibra solúvel na rotina	Se não houver melhora nenhuma depois de algumas semanas
Urgência para evacuar logo após comer, várias vezes ao dia	Anotar o que precede cada episódio e levar o registro	Quando atrapalha trabalho, sono ou vida social
Diarreia com perda de peso, sangue nas fezes ou febre	Nenhuma medida caseira responde a isso	No mesmo dia
Diarreia que começou meses depois de um período normal	Revisar remédios novos e mudanças de alimentação	Na próxima consulta, com a lista dos remédios

2.5 Quando o remédio entra

Existe tratamento com remédio para a diarreia por ácidos biliares, e ele funciona em boa parte de quem o toma. A indicação e a dose saem da consulta com o seu médico, depois de afastadas outras causas. Este livro não prescreve nada.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Os remédios dessa família se chamam sequestradores de ácidos biliares. Eles se ligam ao ácido biliar dentro do intestino e o impedem de irritar o intestino grosso. Uma revisão sistemática reuniu 30 publicações, com 1.241 adultos com diarreia por ácido biliar de qualquer causa, não só a que aparece depois da cirurgia (WILCOX et al., 2014). De 801 pacientes tratados com o agente mais estudado dessa família, 70% responderam, e a taxa foi de 63% a 100% de um estudo para outro. Os revisores anotam duas ressalvas. A tolerância pode ser ruim. E o remédio atrapalha o aproveitamento de outros que sejam tomados no mesmo horário, razão prática para que a prescrição saia de quem conhece a sua lista. Uma metanálise recente somou sete ensaios randomizados dessa mesma população, com 311 pacientes (SOARES et al., 2025). A chance de a diarreia cessar foi maior no grupo tratado: risco relativo de 3,27, com intervalo de confiança de 95% entre 2,08 e 5,15. O outro lado da conta apareceu no mesmo quadro. Cólica abdominal foi mais frequente entre os tratados, com risco relativo de 5,27 e um intervalo largo, de 1,21 a 22,93. Urgência, náusea e a soma dos eventos adversos não separaram os dois grupos.

Fonte: WILCOX et al., 2014; SOARES et al., 2025

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha diarreia tem cara de ser por ácido biliar, ou pode vir de outra coisa?
- Vale investigar antes de tentar remédio, ou tentar o remédio já responde?
- Algum dos remédios que eu já tomo atrapalha esse tratamento?

O intestino é a queixa mais comum, e costuma ser a mais fácil de resolver. A queixa que mais angustia é outra, e o capítulo seguinte trata dela: a dor que continua ou volta.

A dor que continua ou volta

EM UMA FRASE

A vesícula saiu com as pedras dentro dela. Por que a dor não saiu junto?

3.1 A conta que ninguém fez antes da cirurgia

A diarreia do capítulo anterior incomoda e tem saída conhecida. A dor que permanece mexe com outra coisa: a sensação de que a operação não valeu. A cirurgia retirou uma bolsa com pedras dentro. Se a dor vinha das pedras, ela tende a acabar. Se vinha de outro lugar, que continuou no corpo, ela permanece — e isso acontece com mais gente do que a sala de espera imagina. A caixa deste capítulo registra a faixa em que essa proporção foi medida.

3.2 Onde dói, e o que pode estar por trás

Localizar a dor estreita a lista. A Figura 3.1 mapeia as regiões e o que costuma explicar cada uma delas.

**FIGURA 3.1**

Onde dói e o que costuma estar por trás. O mapa organiza a conversa da consulta; quem fecha o diagnóstico é o médico que examina você.

Elaborado pelo autor

A dor em cólica que sobe para as costas ou para o ombro direito, com a pele amarelada ou a urina escura, aponta para o canal da bile — uma pedra pode ter ficado ali, e esse assunto tem livro próprio, o da coledocolitíase. A dor em faixa, que atravessa para as costas e vem com vômito, levanta a hipótese do pâncreas, tema do livro sobre a pancreatite biliar. Queimação no meio do peito, piora ao deitar e gosto amargo na boca falam a favor de refluxo ou de gastrite, que já estavam lá antes da cirurgia. Já a dor que piora ao levantar da cama, localizada com a ponta do dedo perto de um dos furos, costuma vir da parede do abdome.

3.3 Quando a dor começou muda a lista

O tempo entre a cirurgia e o início da dor é a segunda pista forte. A Figura 3.2 organiza as causas por esse critério.

Figura 3.2 — As causas mais prováveis, conforme o tempo desde a operação

O intervalo entre a cirurgia e o início da dor é a segunda pista da investigação.

1
Primeiras semanas

Complicação ligada à própria operação: coleção de líquido, vazamento de bile e, raramente, lesão do canal principal — 8 em cada 1.000 laparoscopias num levantamento nacional de 29.739 cirurgias.

2
Primeiros três anos

O estômago é a origem mais provável nesse período, o que justifica pensar logo na endoscopia digestiva alta.

3
Mais tarde

Passado esse período, a causa mais provável passa a ser cálculo remanescente nos canais da bile. A disfunção do esfíncter de Oddi respondeu por um terço dos casos numa população não selecionada.

Elaborado pelo autor a partir de (ISHERWOOD et al., 2019) e (REINSOO et al., 2023).

FIGURA 3.2

As causas mais prováveis conforme o tempo decorrido desde a operação.

Elaborado pelo autor a partir de (ISHERWOOD et al., 2019) e (REINSOO et al., 2023)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio holandês que sorteou 1.067 pessoas com dor abdominal e cálculo comprovado ao ultrassom abre o seu relato com o dado que justifica a pesquisa inteira: a proporção de quem segue com dor depois da cirurgia varia, de uma série para outra, entre 10% e 41% (VAN DIJK et al., 2019). O intervalo é largo. Ele depende de quem foi operado e do motivo da indicação. Uma revisão sistemática de 21 estudos foi atrás das causas desses sintomas (ISHERWOOD et al., 2019). O tempo entre a cirurgia e o sintoma muda a aposta: nos três primeiros anos o estômago é a origem mais provável, o que justifica pensar logo na endoscopia digestiva alta. Passado esse período, a causa mais provável passa a ser cálculo remanescente nos canais da bile. Os revisores registram ainda que, numa população não selecionada, a disfunção do esfíncter de Oddi respondeu por um terço dos casos, e que em boa parte das pessoas nenhuma causa chega a ser identificada. Há também a complicação cirúrgica rara que precisa ser nomeada: a lesão do canal principal da bile. Num levantamento nacional de 29.739 cirurgias por laparoscopia houve 241 lesões — 0,81%, cerca de 8 em cada 1.000 —, e as graves ficaram em 0,13%, cerca de 1 em cada 1.000 (REINSOO et al., 2023).

Fonte: VAN DIJK et al., 2019; ISHERWOOD et al., 2019; REINSOO et al., 2023

Dor que não cede, febre ou icterícia nas primeiras semanas voltam para quem operou, sem esperar consulta marcada. A Tabela 3.3 separa o esperado do que pede investigação.

TABELA 3.3 — O QUE COSTUMA SER ESPERADO E O QUE PEDE INVESTIGAÇÃO

QUEIXA	COSTUMA SER ESPERADO QUANDO	PEDE INVESTIGAÇÃO QUANDO
Dor nos furos	Some ao longo das primeiras semanas e piora só ao esforço	Persiste depois de meses, ou há caroço no local
Desconforto no alto da barriga	Aparece após refeição grande e cede sozinho	Repete a cólica de antes, com náusea e suor
Fezes soltas	Ligadas à gordura, melhorando mês a mês	Com perda de peso, sangue ou febre
Pele amarelada	Não é esperada em momento nenhum	Sempre — com febre, é emergência
Queimação e empachamento	Já existiam antes da cirurgia	Pioraram muito depois dela

Localizar a dor e datar o começo estreita a lista de hipóteses até um ponto. Daí em diante quem responde é exame, e o capítulo seguinte percorre os que costumam ser pedidos.

Os exames que respondem

EM UMA FRASE

Cada exame responde a uma pergunta e ignora as outras. A ordem importa mais do que a quantidade. Pedir todos de uma vez costuma atrasar o diagnóstico.

4.1 A sequência habitual

A dor que continua, assunto do capítulo anterior, deixa em aberto uma lista curta de hipóteses. A investigação começa pelo que é simples e rápido, e só avança quando a resposta não vem. A Figura 4.1 mostra esse caminho.



Exames de sangue do fígado e ultrassom do abdome abrem a fila. Eles respondem rápido à pergunta mais urgente: a bile está represada? Quando os dois vêm normais e a dor não tem cara de canal biliar, a endoscopia digestiva alta costuma entrar cedo, sobretudo nos quadros que começaram nos primeiros anos. Se a suspeita de pedra no canal persiste,

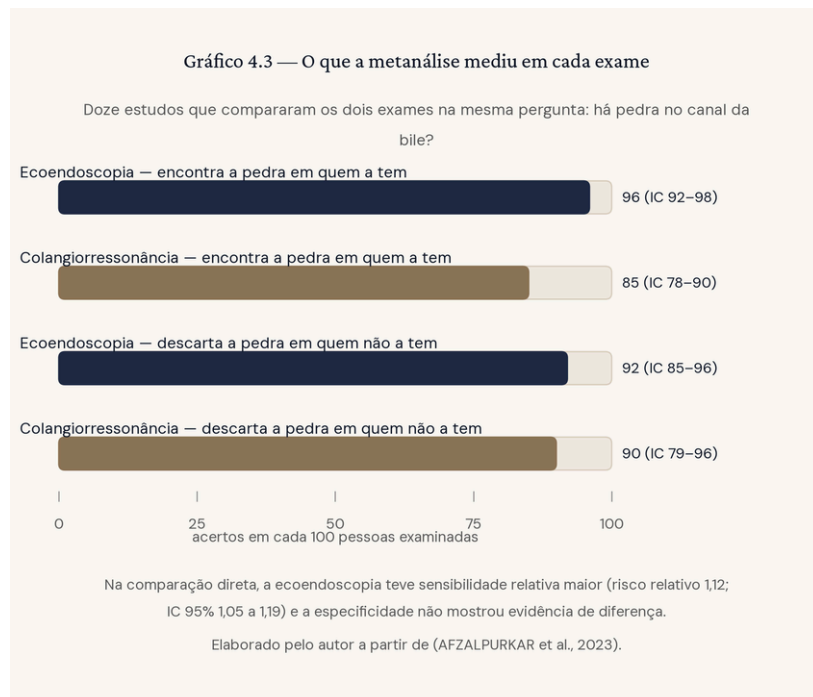
entram os exames que desenham o canal. Um é a colangiorressonância, feita por fora. O outro é a ecoendoscopia, feita por dentro. A Tabela 4.2 resume o que cada um responde.

TABELA 4.2 — O QUE CADA EXAME RESPONDE, E O QUE ELE NÃO RESPONDE

EXAME	RESPONDE BEM	NÃO RESPONDE
Exames de sangue do fígado	Se há sinal de bile represada ou inflamação	Onde está o obstáculo
Ultrassom do abdome	Se os canais estão dilatados; fígado e rins	Cálculo pequeno no fundo do canal
Endoscopia digestiva alta	Esôfago, estômago e duodeno por dentro	Canal da bile e pâncreas
Colangiorressonância	O desenho dos canais, sem entrar no corpo	Nada retira nem trata
Ecoendoscopia	O canal visto de muito perto, por dentro do intestino	Exige sedação e serviço habituado
CPRE	Retira a pedra do canal no mesmo ato	Tem risco próprio; não serve de triagem

4.2 Dois exames que competem

A colangiorressonância e a ecoendoscopia respondem à mesma pergunta por caminhos diferentes. O Gráfico 4.3 põe os números lado a lado.

**GRÁFICO 4.3**

O que uma metanálise de 12 estudos mediu em cada um dos dois exames que desenharam o canal da bile.

Elaborado pelo autor a partir de (AFZALPURKAR et al., 2023)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma metanálise de 12 estudos comparou os dois exames na busca por cálculo no canal da bile (AFZALPURKAR et al., 2023). A ecoendoscopia encontrou a pedra em 96 de cada 100 pessoas que a tinham, com intervalo de confiança de 95% entre 92 e 98. A colangiorressonância encontrou 85, com intervalo entre 78 e 90. Para descartar a pedra em quem não a tinha, os dois ficaram próximos, 92 contra 90, e a comparação direta não mostrou evidência de diferença nesse ponto. A diretriz americana de endoscopia organiza a escolha entre os dois e lembra do outro lado da conta: a CPRE, que retira a pedra, tem eventos adversos em 6% a 15% dos procedimentos, o que a mantém fora da triagem (ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE, 2019). Na porta de entrada continuam o ultrassom do abdome e os exames de sangue do fígado, que são a base do diagnóstico da doença do cálculo (LAMMERT et al., 2016).

Fonte: AFZALPURKAR et al., 2023; ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE, 2019; LAMMERT et al., 2016

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual pergunta cada exame que você está pedindo vai responder?
- Se este exame vier normal, o que muda na conduta?
- Preciso fazer todos, ou dá para esperar o resultado do primeiro?

Quando a fila inteira de exames volta normal e a dor continua, entra em cena um nome que assusta mais do que deveria: síndrome pós-colecistectomia. O capítulo seguinte a explica com sobriedade.

A síndrome pós-colecistectomia, dita com sobriedade

EM UMA FRASE

Um nome de síndrome não fecha o caso.

5.1 O que o nome quer dizer

Os exames do capítulo anterior às vezes voltam todos normais, e a dor segue ali. Nesse ponto costuma aparecer, no laudo ou na conversa, a expressão síndrome pós-colecistectomia. Ela reúne, sob um rótulo só, sintomas que continuaram ou que começaram depois da cirurgia. O rótulo abre a investigação. Ele não a encerra.

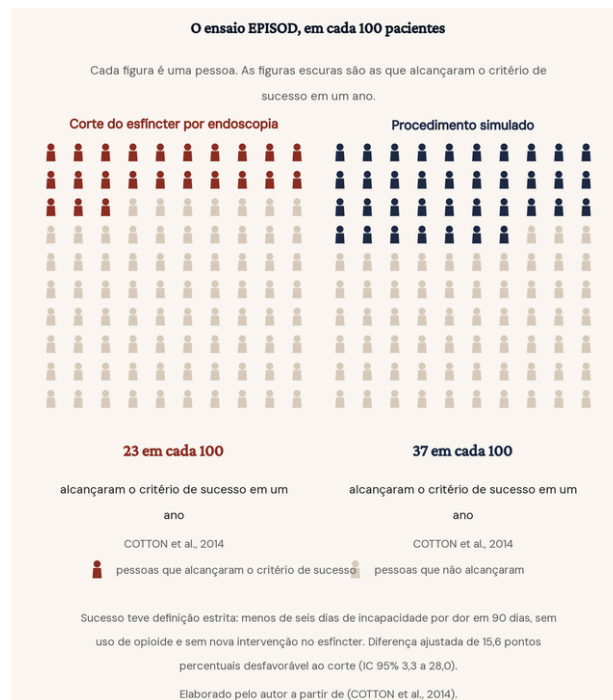
O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão narrativa de 2025 lembra que o quadro tem nome desde 1947 e continua sem definição fechada: a causa, o critério de diagnóstico e o tratamento seguem em disputa (NAM et al., 2025). A frequência que ela cita chega a 47% dos operados. Esse número depende inteiramente de quanto cada estudo considera sintoma. Os autores separam as causas em biliares e não biliares. E destacam duas ferramentas que melhoraram a investigação: a ecoendoscopia, para achar pedra remanescente, e o exame que mede a perda de ácido biliar. A revisão sistemática de 2019 chega a um retrato compatível, com uma cifra de partida mais sóbria — cerca de 10% dos operados — e um alerta que interessa a quem lê este livro: boa parte desses sintomas vinha de fora da vesícula e podia já existir antes da cirurgia (ISHERWOOD et al., 2019).

Fonte: NAM et al., 2025; ISHERWOOD et al., 2019

5.2 O esfíncter de Oddi, e o que um ensaio mudou

Entre as causas biliares está a disfunção do esfíncter de Oddi, o anel de músculo que controla a saída da bile. A hipótese é antiga e faz sentido pelo mecanismo: um anel que não relaxa direito represa a bile e dói. Durante anos, a conduta natural foi cortar esse anel por endoscopia. Um ensaio randomizado testou a ideia contra um procedimento simulado, e o resultado não sustentou a conduta. O Gráfico 5.1 resume o que ele mediu.

**GRÁFICO 5.1**

O ensaio EPISOD, em cada 100 pacientes. O critério de sucesso era exigente: o paciente só contava como sucesso se tivesse ficado menos de seis dias incapacitado pela dor nos três meses anteriores à avaliação, sem opioide e sem novo procedimento no esfíncter.

Elaborado pelo autor a partir de (COTTON et al., 2014)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio EPISOD sorteou 214 pessoas com dor depois da retirada da vesícula, todas sem alteração relevante nos exames de imagem e de sangue (COTTON et al., 2014). Uma parte recebia o corte do esfíncter por endoscopia. A outra recebia um procedimento simulado. Ao fim de um ano, alcançaram o critério de sucesso 23% dos que receberam o corte e 37% dos que receberam o procedimento simulado. A diferença ajustada foi de 15,6 pontos percentuais desfavorável ao corte, com intervalo de confiança de 95% entre 3,3 e 28,0. A manometria, exame que mede a pressão do esfíncter e que justificava a indicação, não se associou ao resultado. Pancreatite ocorreu em 11% dos que fizeram o corte e em 15% do grupo simulado. Os autores enceraram dizendo que a indicação, nesse cenário, perde o apoio da evidência. Os critérios internacionais de Roma, que dão nome a esses quadros, acompanharam o ensaio: descartaram o antigo tipo III, rótulo de quem tinha dor sem alteração nenhuma nos exames, e reservaram o nome distúrbio funcional do esfíncter biliar para o quadro com sinal objetivo de obstrução da bile (COTTON et al., 2016). A distinção decide a conduta, porque o resultado do EPISOD vale para o primeiro cenário.

Fonte: COTTON et al., 2014; COTTON et al., 2016

5.3 O que acontece se eu não investigar

Conviver calado tem custo. Ele não é o mesmo em todos os cenários. A Figura 5.2 separa os três desfechos que a investigação evita.

Figura 5.2 — O que a espera muda, em três cenários

A investigação não tem a mesma urgência em todos eles.

Pedra que ficou no canal da bile

Não se dissolve com o tempo. Pode obstruir o canal, infectar a bile represada e inflamar o pâncreas. É o cenário em que esperar custa caro.

Doença do estômago que já existia

A maior parte segue tratável mais tarde, e o custo da espera são os anos de desconforto. Perda de peso sem explicação ou sangue nas fezes tiram o caso dessa conta e pedem endoscopia logo.

Diarreia por ácido biliar

Quase nunca é perigosa. Na auditoria britânica, a mediana entre a cirurgia e o exame foi de 672 dias: tempo de vida com um sintoma que teria tratamento.

Elaborado pelo autor a partir de (ISHERWOOD et al., 2019) e (FARRUGIA et al., 2021).

FIGURA 5.2

O que a espera muda e o que ela não muda, em três cenários diferentes.

Elaborado pelo autor a partir de (ISHERWOOD et al., 2019) e (FARRUGIA et al., 2021)

Uma pedra esquecida no canal da bile não se dissolve com o tempo, e ela pode chegar a obstruir o canal, infectar a bile represada e inflamar o pâncreas — esse é o cenário em que esperar custa caro. A maior parte das doenças do estômago que já existiam antes segue tratável mais tarde. Perda de peso sem explicação ou sangue nas fezes tiram o caso dessa conta e pedem endoscopia logo. A diarreia por ácido biliar quase nunca é perigosa, mas a demora mediana de quase dois anos até a investigação, registrada na auditoria britânica, é tempo de vida com um sintoma que teria tratamento. A Tabela 5.3 reúne as causas mais citadas e o exame que costuma esclarecer cada uma.

TABELA 5.3 — AS CAUSAS MAIS CITADAS, E O QUE COSTUMA ESCLARECER CADA UMA

CAUSA CITADA	O QUE COSTUMA ESCLARECÊ-LA
Pedra que ficou no canal da bile	Colangiorressonância ou ecoendoscopia; a retirada é feita por CPRE ou por cirurgia
Doença do estômago ou do esôfago que já existia	Endoscopia digestiva alta, sobretudo nos quadros que começaram cedo
Diarreia por ácido biliar	O exame que mede a perda de ácido biliar, onde ele existe; o tratamento sai da consulta
Disfunção do esfíncter de Oddi	Nenhum exame previu quem melhoraria: no ensaio EPISOD a manometria não se associou ao resultado
Nenhuma causa identificada	Acontece com boa parte das pessoas; o acompanhamento continua e a conduta é conversada caso a caso

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O rótulo de síndrome pós-colecistectomia significa que a investigação acabou?
- Ainda falta algum exame que mudaria a conduta no meu caso?
- Se me propuserem um procedimento no esfíncter, qual evidência o sustenta?

Resta a parte prática, que é saber a quem levar tudo isso e o que perguntar. É o assunto do último capítulo.

Quem cuida disso, e o que perguntar

EM UMA FRASE

Quem operou responde pelo pós-operatório. O que vem depois costuma ser trabalho compartilhado com o gastroenterologista.

6.1 A divisão de trabalho

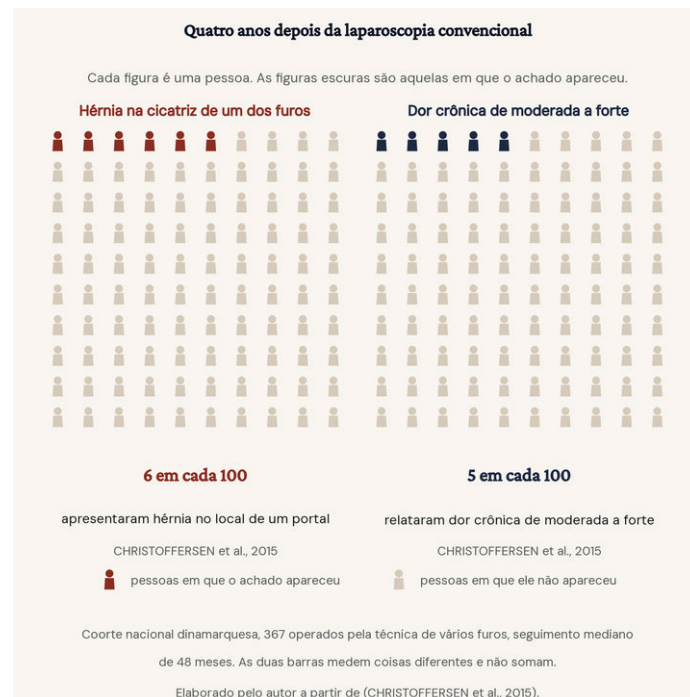
A síndrome pós-colecistectomia do capítulo anterior é um rótulo que abre a investigação. Cabe agora dizer a quem entregá-la. Nas primeiras semanas, quem opera responde. Dor que não cede, febre, líquido saindo pelos furos e icterícia voltam para a equipe cirúrgica, sem intermediários. Passado esse período, a dor persistente e a mudança do hábito intestinal costumam ser conduzidas com o gastroenterologista. A Tabela 6.1 resume essa divisão e diz o que levar em cada momento.

TABELA 6.1 — QUEM RESPONDE PELO QUÊ, E O QUE LEVAR

MOMENTO	QUEM COSTUMA RESPONDER	O QUE LEVAR
Primeiras semanas depois da alta	A equipe que operou, sem intermediários	A queixa por escrito, a temperatura medida e o registro do curativo
Depois do primeiro mês	O gastroenterologista, com o cirurgião por perto	O relatório da cirurgia e o resultado do exame do material retirado
Diante da proposta de um novo procedimento	Cirurgião e endoscopista, juntos	Os exames já feitos e a lista de perguntas deste livro

6.2 O corpo depois, com os números que existem

Duas coisas que ninguém pergunta na alta merecem ser ditas. A cicatriz de um dos furos pode abaular meses depois. E uma parte das pessoas mantém dor de moderada a forte no longo prazo. O Gráfico 6.2 traz os números de uma coorte nacional que acompanhou os operados por cerca de quatro anos.

**GRÁFICO 6.2**

Quatro anos depois da laparoscopia convencional: hérnia na cicatriz de um dos furos e dor crônica de moderada a forte, em cada 100 operados.

Elaborado pelo autor a partir de (CHRISTOFFERSEN et al., 2015)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um estudo dinamarquês de base nacional foi atrás de quem havia operado a vesícula por laparoscopia, por questionário e exame clínico (CHRISTOFFERSEN et al., 2015). Entre os 367 operados pela técnica convencional, de vários furos, a hérnia na cicatriz de um dos portais apareceu em 6%. A dor crônica de moderada a forte apareceu em 5%. O seguimento mediano foi de 48 meses. O trabalho comparava essa técnica com a de furo único e não achou evidência de diferença entre as duas em nenhum dos dois desfechos. Sobre a volta à rotina, a revisão Cochrane comparou alta no mesmo dia com uma noite de internação. Dois ensaios, com 217 participantes, mediram o tempo até retomar as atividades. A revisão não achou evidência de diferença entre os dois regimes: a estimativa pontual ficou em meio dia a menos para a alta no mesmo dia, com intervalo de confiança de 95% que vai de 2,18 dias a menos até 1,08 dia a mais (VAUGHAN et al., 2013). Os próprios autores classificam os seis ensaios como de alto risco de viés, o que pede cautela com qualquer prazo tirado dali.

Fonte: CHRISTOFFERSEN et al., 2015; VAUGHAN et al., 2013

O Gráfico 6.3 reúne as faixas de retorno que costumam ser combinadas em consulta.



GRÁFICO 6.3

A volta às atividades depois da retirada da vesícula. São faixas gerais; o seu cirurgião ajusta cada uma delas ao seu caso.

Elaborado pelo autor; regime de alta de (VAUGHAN et al., 2013)

6.3 O que levar para a consulta

Este livro termina onde começou: numa conversa. A Tabela 6.4 junta, por momento, as perguntas espalhadas pelos capítulos anteriores. Leve-as impressas ou no celular.

TABELA 6.4 — O QUE PERGUNTAR, POR MOMENTO

MOMENTO	O QUE VALE PERGUNTAR
Na consulta de retorno, nas primeiras semanas	O que o exame do material retirado mostrou? · O que ainda é esperado sentir nesta fase? · Quais sinais me fazem ligar antes da próxima consulta?
Quando a diarreia não melhora	A minha diarreia tem cara de ser por ácido biliar? · Vale investigar antes de tentar remédio? · Algum remédio que eu já tomo atrapalha esse tratamento?
Quando a dor continua ou volta	Qual pergunta cada exame pedido vai responder? · Se este exame vier normal, o que muda? · A quem eu levo isso daqui para a frente?
Diante da proposta de um novo procedimento	Qual evidência sustenta esse procedimento no meu caso? · Quais são os riscos dele? · O que acontece se eu não fizer nada por mais alguns meses?

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quem eu procuro primeiro se a dor voltar daqui a meses?
- Preciso de algum acompanhamento de rotina por causa da cirurgia?
- O que ainda posso esperar que melhore com o tempo?

EM UMA FRASE

Uma parte do que incomoda depois da retirada da vesícula passa sozinha. Outra parte tem nome, exame e tratamento. Conviver calado é a única saída que não muda nada. Leve as suas queixas a quem operou você, e decida com informação.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Vesícula biliar

A bolsa do tamanho de um dedo polegar que ficava pendurada embaixo do fígado e guardava a bile entre as refeições.

Bile

O líquido que o fígado fabrica o tempo todo para ajudar o intestino a quebrar a gordura dos alimentos.

Colecistectomia

A operação que retirou a vesícula.

Ácidos biliares

Os componentes da bile que dissolvem a gordura. Quando sobram no intestino grosso, puxam água para dentro dele.

Diarreia por ácidos biliares

Fezes soltas e urgência causadas pelo excesso de ácido biliar que chega ao intestino grosso em vez de ser reabsorvido antes.

Colédoco

O canal principal que leva a bile do fígado até o intestino.

Coledocolitíase

Um cálculo preso dentro desse canal, barrando a saída da bile.

Esfíncter de Oddi

O anel de músculo que controla a saída da bile e do suco do pâncreas para o intestino.

Síndrome pós-colecistectomia

O nome genérico dado a sintomas que continuam ou aparecem depois da retirada da vesícula. Funciona como rótulo de investigação até que a causa apareça.

Critérios de Roma

A classificação internacional que dá nome e limite aos distúrbios do aparelho digestivo que não têm lesão visível nos exames. É ela que diz o que hoje se chama distúrbio funcional do esfíncter biliar: o quadro em que existe sinal objetivo de obstrução da bile.

Icterícia

A cor amarelada que a pele e os olhos ganham quando a bile não consegue escoar e se acumula no sangue.

Colangiorressonância

A ressonância magnética feita para desenhar os canais da bile, sem contraste na veia e sem aparelho entrando pelo corpo.

Ecoendoscopia

Exame em que um aparelho com câmera e ultrassom na ponta desce pela boca e olha o canal da bile de muito perto, por dentro do intestino.

CPRE

Procedimento endoscópico que alcança a saída do canal da bile e permite retirar um cálculo de lá, sem cortes na barriga.

Hérnia de portal

O abaulamento que pode aparecer, meses ou anos depois, na cicatriz de um dos furos da laparoscopia.

SeHCAT

Exame de medicina nuclear que mede quanto ácido biliar o intestino está perdendo. Não está disponível em todo serviço.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor-data e remetem a esta lista.

AFZALPURKAR, S. et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography versus endoscopic ultrasound for diagnosis of choledocholithiasis: an updated systematic review and meta-analysis. **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 37, n. 4, p. 2566–2573, 2023. DOI: 10.1007/s00464-022-09744-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09744-3>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 36344899.

ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. **Gastrointestinal endoscopy**, [S. l.], v. 89, n. 6, p. 1075–1105.e15, 2019. DOI: 10.1016/j.gie.2018.10.001. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2018.10.001>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 30979521.

CHRISTOFFERSEN, M. W. et al. No difference in incidence of port-site hernia and chronic pain after single-incision laparoscopic cholecystectomy versus conventional laparoscopic cholecystectomy: a nationwide prospective, matched cohort study. **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 29, n. 11, p. 3239–45, 2015. DOI: 10.1007/s00464-015-4066-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-015-4066-4>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 25612547.

COTTON, P. B. et al. Effect of endoscopic sphincterotomy for suspected sphincter of Oddi dysfunction on pain-related disability following cholecystectomy: the EPISOD randomized clinical trial. **JAMA**, [S. l.], v. 311, n. 20, p. 2101–9, 2014. DOI: 10.1001/jama.2014.5220. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.5220>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 24867013.

COTTON, P. B. et al. Rome IV. Gallbladder and Sphincter of Oddi Disorders. **Gastroenterology**, [S. l.], p. S0016–5085(16)00224–9, 2016. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.033. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.033>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 27144629.

FARRUGIA, A. et al. Rates of Bile Acid Diarrhoea After Cholecystectomy: A Multicentre Audit. **World journal of surgery**, [S. l.], v. 45, n. 8, p. 2447–2453, 2021. DOI: 10.1007/s00268-021-06147-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06147-8>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 33982189.

ISHERWOOD, J.; OAKLAND, K.; KHANNA, A. A systematic review of the aetiology and management of post cholecystectomy syndrome. **The surgeon**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 33–42, 2019. DOI: 10.1016/j.surge.2018.04.001. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.surge.2018.04.001>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 29730174.

LAMBERTS, M. P. et al. Persistent and de novo symptoms after cholecystectomy: a systematic review of cholecystectomy effectiveness. **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 709–18, 2013. DOI: 10.1007/s00464-012-2516-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-012-2516-9>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 23052498.

LAMMERT, F. et al. Gallstones. **Nature reviews. Disease primers**, [S. l.], v. 2, p. 16024, 2016. DOI: 10.1038/nrdp.2016.24. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.24>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 27121416.

NAM, C. et al. Clinical perspectives on post-cholecystectomy syndrome: a narrative review. **Annals of medicine**, [S. l.], v. 57, n. 1, p. 2496408, 2025. DOI: 10.1080/07853890.2025.2496408. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07853890.2025.2496408>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 40304725.

REINSOO, A. et al. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomies: an 11-year population-based study. **European journal of trauma and emergency surgery**, [S. l.], v. 49, n. 5, p. 2269–2276, 2023. DOI: 10.1007/s00068-022-02190-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00068-022-02190-9>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 36462050.

- SOARES, G. A. R. et al. Efficacy of Bile Acid Sequestrants in the Treatment of Bile Acid Diarrhea: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Journal of clinical pharmacology**, [S. l.], v. 65, n. 4, p. 478-485, 2025. DOI: 10.1002/jcph.6154. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jcph.6154>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 39428959.
- VAN DIJK, A. H. et al. Restrictive strategy versus usual care for cholecystectomy in patients with gallstones and abdominal pain (SECURE): a multicentre, randomised, parallel-arm, non-inferiority trial. **Lancet**, [S. l.], v. 393, n. 10188, p. 2322-2330, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30941-9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30941-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30941-9). Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 31036336.
- VAUGHAN, J.; GURUSAMY, K. S.; DAVIDSON, B. R. Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 2013, n. 7, p. CD006798, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD006798.pub4. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006798.pub4>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 23904112.
- WILCOX, C.; TURNER, J.; GREEN, J. Systematic review: the management of chronic diarrhoea due to bile acid malabsorption. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, [S. l.], v. 39, n. 9, p. 923-39, 2014. DOI: 10.1111/apt.12684. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apt.12684>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 24602022.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

MÉDICO · CRM-SP 97.070 · CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO · RQE 46345

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345.

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade. Trato de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula, do pâncreas e da parede do abdome.

Escrevo esta série por um motivo prático. Na consulta, o tempo é curto e a cabeça de quem acabou de receber um diagnóstico está cheia. Muita coisa importante se perde no caminho entre o consultório e a casa. Um texto que pode ser lido com calma, e relido antes de decidir, costuma valer mais do que qualquer folheto de sala de espera. Aqui está o que eu explicaria a você se tivéssemos uma hora livre, sem telefone tocando.

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Figura 1.2	À esquerda, antes da operação: a vesícula, com pedras, pendurada embaixo do fígado e ligada ao canal principal da bile por um canal curto. À direita, depois: a vesícula saiu (silhueta clara); o canal curto e a pequena artéria ficaram fechados com cliques, e o canal principal, que desce do fígado ao intestino, permanece inteiro.	Figura_1.2_antes-e-depois-da-vesicula.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 1.3	A entrega da bile antes e depois da retirada da vesícula. O que muda é o ritmo da entrega; a quantidade que o fígado produz continua a mesma.	Figura_1.3_bile-antes-e-depois.png	Elaborado pelo autor
Figura 1.4	Depois da retirada da vesícula: o que não pode esperar, o que é para o mesmo dia e o que cabe na próxima consulta.	Figura_1.4_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor
Figura 2.1	Por que as fezes ficam mais soltas: o que muda no percurso do ácido biliar quando a bile deixa de ser guardada.	Figura_2.1_por-que-a-diarreia.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 2.2	Diarreia depois da retirada da vesícula: a faixa relatada na literatura e o que uma revisão de 38 estudos encontrou. A faixa larga é o achado, e o quadro declara isso.	Grafico_2.2_frequencia-diarreia.png	Elaborado pelo autor a partir de (FARRUGIA et al., 2021) e (LAMBERTS et al., 2013)
Figura 2.3	A adaptação do intestino, semana a semana. As faixas são gerais; o seu cirurgião ajusta o que vale para o seu caso.	Figura_2.3_linha-do-tempo.png	Elaborado pelo autor
Figura 3.1	Onde dói e o que costuma estar por trás. O mapa organiza a conversa da consulta; quem fecha o diagnóstico é o médico que examina você.	Figura_3.1_onde-doi.png	Elaborado pelo autor
Figura 3.2	As causas mais prováveis conforme o tempo decorrido desde a operação.	Figura_3.2_quando-comecou.png	Elaborado pelo autor a partir de (ISHERWOOD et al., 2019) e (REINSOO et al., 2023)
Figura 4.1	O caminho habitual da investigação, do exame de sangue ao exame que olha o canal por dentro. Cada degrau só é dado quando o anterior deixou a dúvida de pé.	Figura_4.1_caminho-da-investigacao.png	Elaborado pelo autor a partir de (ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE, 2019) e (LAMMERT et al., 2016)
Gráfico 4.3	O que uma metanálise de 12 estudos mediu em cada um dos dois exames que desenharam o canal da bile.	Grafico_4.3_ressonancia-x-ecoendoscopia.png	Elaborado pelo autor a partir de (AFZALPURKAR et al., 2023)

Gráfico 5.1	O ensaio EPISOD, em cada 100 pacientes. O critério de sucesso era exigente: o paciente só contava como sucesso se tivesse ficado menos de seis dias incapacitado pela dor nos três meses anteriores à avaliação, sem opioide e sem novo procedimento no esfíncter.	Grafico_5.1_episod.png	Elaborado pelo autor a partir de (COTTON et al., 2014)
Figura 5.2	O que a espera muda e o que ela não muda, em três cenários diferentes.	Figura_5.2_se-nao-investigar.png	Elaborado pelo autor a partir de (ISHERWOOD et al., 2019) e (FARRUGIA et al., 2021)
Gráfico 6.2	Quatro anos depois da laparoscopia convencional: hérnia na cicatriz de um dos furos e dor crônica de moderada a forte, em cada 100 operados.	Grafico_6.2_quatro-anos-depois.png	Elaborado pelo autor a partir de (CHRISTOFFERSEN et al., 2015)
Gráfico 6.3	A volta às atividades depois da retirada da vesícula. São faixas gerais; o seu cirurgião ajusta cada uma delas ao seu caso.	Grafico_6.3_volta-as-atividades.png	Elaborado pelo autor; regime de alta de (VAUGHAN et al., 2013)

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

Conflitos de interesse

O autor declara não ter recebido patrocínio, amostra de cortesia, honorário de palestra ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de equipamentos, instrumentais, próteses ou medicamentos citados nesta obra. Nenhum hospital, operadora, indústria ou fabricante patrocinou esta obra. As ilustrações do acervo do autor foram produzidas pelo autor com auxílio de inteligência artificial e aparecem creditadas nas legendas.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

Colofão. Composto em Crimson Pro (títulos) e DM Sans (texto), da identidade visual do autor. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.