

COLECISTITE AGUDA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

MARIA CRISTINA A. MAYA

ROBERTO G. FREITAS

MARCOS B. PITOMBO

ANDRÉ RONAY

RESUMO

A colecistite ainda é uma das doenças mais frequentes nas emergências em todo o mundo. A obstrução do ducto biliar por um cálculo, em 90% dos casos, leva à inflamação aguda da vesícula na maioria dos casos. Surge uma cólica que logo se transforma em uma dor intensa no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e febre em 70% dos pacientes. A indicação cirúrgica ocorre em grande número de pacientes com colelitíase após um quadro de colecistite, pelo medo de um agravamento do quadro e pelo risco de conversão da colecistectomia do método videolaparoscópico para o método aberto.

A ultrassonografia é o exame “ouro”, sendo a alteração mais sugestiva de colecistite aguda o espessamento da parede vesicular.

A colecistite aguda continua sendo uma doença com a qual o cirurgião se depara frequentemente. A cirurgia videolaparoscópica veio mudar o manuseio e evolução dos pacientes tornando o pós-operatório mais curto e menos doloroso. A literatura médica tem levado alguns cirurgiões a retardarem a indicação cirúrgica, entretanto novos trabalhos, inclusive com análise de medicina baseada em evidências, têm

demonstrado que a intervenção na primeira semana do início do quadro é a melhor conduta.

As complicações, a dor pós-operatória, o tempo cirúrgico, a lesão de via biliar, entre outros itens analisados foram semelhantes, mas o tempo de internação foi menor no grupo operado precocemente. Levando-se em consideração a realidade brasileira, a indicação se impõe pela dificuldade de se conseguir leitos para cirurgias eletivas. Recomendamos, então, a cirurgia precoce nos casos de colecistite aguda.

PALAVRAS-CHAVE: *Colecistite aguda, Vesícula biliar, Alitiásica, Colecistectomia, Colescistostomia, Laparoscopia.*

INTRODUÇÃO

Os cálculos de vesícula estão presentes em mais de 10% da população ocidental e esta incidência aumenta com a idade. A colelitíase é uma das doenças que têm maior indicação cirúrgica. Anualmente, cerca de 500.000 colecistectomias são realizadas nos EUA. Os fatores de risco para o surgimento dos cálculos são obesidade, diabetes *mellitus*, estrogênio, gravidez, doença hemolítica e cirrose. A relação mulher x homem é 4:1 na idade reprodutiva e

se iguala com o envelhecimento¹.

A colecistite aguda é uma doença comum em emergências em todo o mundo. Na maioria dos casos, é causada pela inflamação da parede da vesícula secundária à impactação de um cálculo no ducto cístico obstruindo-o, o que causa um ataque de dor repentino e muito agudo. A indicação cirúrgica ocorre em grande número de pacientes com colelitíase após um quadro de colecistite pelo medo de um agravamento do quadro e pelo risco de conversão da colecistectomia do método videolaparoscópico para o método aberto. Pela sua importância e frequência, realizaremos uma breve revisão sobre o assunto.

FISIOPATOLOGIA

COLECISTITE LITIÁSICA

A colecistite aguda está associada à colelitíase em mais de 90% dos casos. O quadro ocorre devido à obstrução do ducto cístico por um cálculo.

Existem outros fatores que podem levar à obstrução do ducto, por exemplo, uma lesão durante uma intervenção cirúrgica da vesícula ou tumores. Causas mais raras de obstrução incluem a infecção parasitária por *Ascaris lumbricoides* ou *Clonorchis sinensis*¹.

Se a obstrução continua, a vesícula se

distende e suas paredes tornam-se edematosas. O processo inflamatório inicia-se com espessamento da parede, eritema e hemorragia subserosa. Surgem hiperemia e áreas focais de necrose. Na maioria dos casos, o cálculo se desloca e o processo inflamatório regride. Se o cálculo não se move, o quadro evolui para isquemia e necrose da parede da vesícula em cerca de 10% dos casos (Fig.1 e 2). A formação de abscesso e empiema dentro da vesícula é conhecida como colecistite aguda gangrenosa. Com a infecção bacteriana secundária, principalmente por anaeróbios, há formação de gás que pode ocorrer dentro ou na parede da vesícula. Esse é um quadro mais grave conhecido com colecistite enfisematosa.

COLECISTITE AGUDA ALITIÁSICA

A colecistite aguda também pode ocorrer sem a presença de cálculos em cerca de 5% dos casos. Tem uma evolução mais rápida e frequentemente evolui para gangrena, empiema ou perfuração. Ocorre em pessoas idosas ou em estado crítico após trauma, queimaduras, nutrição parenteral de longa data, cirurgias extensas, sepses, ventilação com pressão positiva e a terapia com opioides também parece estar envolvida. A etiologia é confusa, mas a estase, a isquemia, a injúria por reperfusão e os efeitos dos mediadores pró-inflamatórios

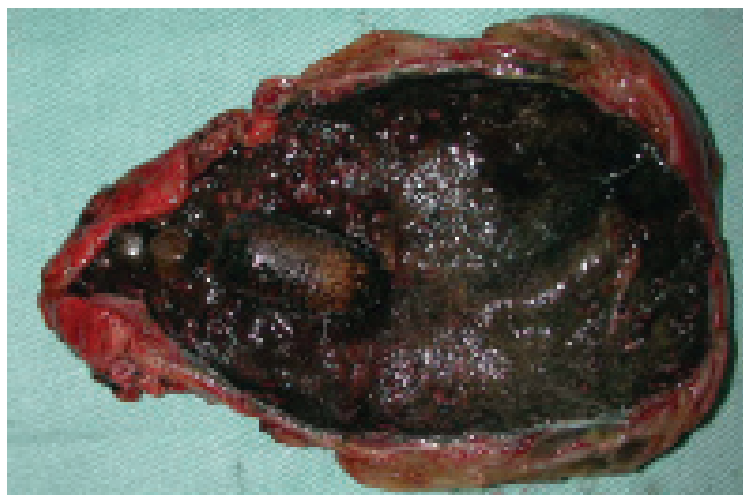


FIGURA 1. EDEMA DE PAREDE DA VESÍCULA COM NECROSE DA SUA MUCOSA. CÁLCULOS DE DIVERSOS TAMANHOS.

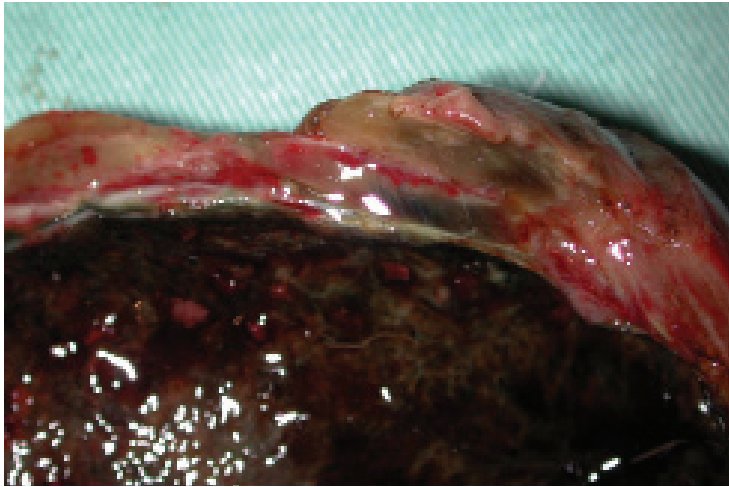


FIGURA 2. DETALHE DO EDEMA DE PAREDE E NECROSE DE MUCOSA DA VESÍCULA BILIAR.

eicosanoides são apontados como causas. A estase da vesícula é comum em pacientes graves que não são alimentados por via enteral e pode ocorrer a colonização bacteriana da vesícula. A isquemia visceral é comum e explica a alta incidência de gangrena da vesícula. A colecistite aguda alitiásica também pode ser causada pela febre Q. O diagnóstico é confirmado pelo achado de granulomas epitelióide na biópsia hepática que deve ser realizada em casos com febre prolongada e alteração do hepatograma. O tratamento é feito administrando-se doxiciclina. A patogênese da colecistite aguda é um paradigma em complexidade, e até crianças podem ser afetadas após uma virose².

QUADRO CLÍNICO

O quadro se inicia com uma cólica biliar caracterizada como dor no hipocôndrio direito com irradiação para escápula direita e região epigástrica. Como sintoma mais comum, o paciente apresenta dor e pressão no hipocôndrio direito, mais duradoura das que nas crises de cólica biliar a que ele frequentemente se refere. Esse é o primeiro sinal de inflamação da vesícula. A dor pode intensificar-se quando a pessoa respira profundamente e muitas vezes estende-se à parte inferior da escápula direita e à região epigástrica. A febre, assim como náuseas e vômitos, que podem ser biliosos, são

habituais em 70% dos pacientes.

A febre alta, os calafrios, leucocitose e a distensão abdominal com diminuição da peristalse costumam indicar a formação de um abscesso, gangrena ou perfuração da vesícula biliar. Nestas condições, torna-se necessária a cirurgia de urgência. A icterícia pode indicar coledocolitíase ou compressão externa do cóledoco pela vesícula inflamada.

Os sinais e sintomas da colecistite alitiásica são semelhantes em pacientes conscientes que podem se expressar. O paciente não costuma mostrar sintomas prévios de uma doença da vesícula biliar até que experimenta uma dor repentina e agudíssima na parte superior do abdômen. Os exames diagnósticos não evidenciam cálculos. Em outros, podem surgir febre de origem desconhecida, leucocitose e hiperamilasemia, sem dor ou sensibilidade no hipocôndrio direito. A colecistite aguda alitiásica em UTIs é uma complicação conhecida em pacientes graves. A doença pode não ser reconhecida devido à complexidade dos problemas do paciente. O exame físico não é esclarecedor, pois o paciente pode estar sedado e em ventilação mecânica. Em geral, a doença é de prognóstico muito grave e pode evoluir para gangrena ou perfuração da vesícula³.

Também podem ocorrer outras complicações na colecistite aguda como a síndrome de Mirizzi, que é causada pela fistulização de um

cálculo da vesícula para o colédoco destruindo parcialmente a parede e o íleo biliar, que é a fistulização da vesícula para o duodeno, estômago ou jejuno com a passagem do cálculo para a alça e posterior obstrução intestinal pelo mesmo no íleo terminal ou válvula íleo-cecal.

O exame abdominal está alterado com dor à palpação do hipocôndrio direito com defesa voluntária nessa região. Com o comprometimento peritoneal, o exame fica mais alterado com rigidez local. Palpa-se uma massa que pode ser constituída pela vesícula aumentada de tamanho em 20% dos casos (Fig. 3) ou o peritônio e as vísceras adjacentes aderidas à vesícula formando um “plastrão” (Fig. 4). O sinal de Murphy também pode ser encontrado e demonstra comprometimento visceral e parietal do peritônio. Esse sinal é definido como dor intensa quando o examinador, com a mão no ponto vesicular, solicita que o paciente respire profundamente, mobilizando a vesícula doente em direção a sua mão e piorando o quadro algíco.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E DE IMAGENS

O hemograma habitualmente apresenta



FIGURA 3. VESÍCULA BILIAR AUMENTADA DE VOLUME, INFLAMADA, CORRESPONDENDO À MASSA ABDOMINAL PALPÁVEL NO HIPOCÔNDRIO DIREITO.

leucocitose com desvio para esquerda.

O hepatograma está alterado com elevação das transaminases, da fosfatase alcalina, bilirrubinas e amilase.

A hiperbilirrubinemia pode ser devido à compressão extrínseca pelo processo inflamatório grave, pela coledocolitíase ou pela síndrome de Mirizzi, que é causada pela impactação de um cálculo no infundíbulo que pode fistulizar para o colédoco e obstruí-lo.

A hiperamilasemia pode ocorrer devido à obstrução do ducto pancreático levando à pancreatite concomitante.

A ultrassonografia é o exame inicial e permite a identificação de alterações que não são visíveis no exame físico e permite uma classificação. É considerado o exame “ouro” nesses casos. Tem alta sensibilidade para a detecção de cálculos e o espessamento da parede que é considerado anormal quando maior que 4 mm (Fig. 5). Também pode haver visualização de líquido perivesicular, distensão da vesícula, cálculos impactados no infundíbulo e o sinal de Murphy ultrassonográfico. Este sinal é relatado quando, após a identificação da vesícula inflamada, o ultrassonografista comprime o abdômen na topografia da mesma com o transdutor e o paciente refere dor intensa. A ultrassonografia laparoscópica intraoperatória tem sido usada no lugar da colangiografia no diagnóstico da coledocolitíase.

A tomografia computadorizada (TC) helicoidal e a ressonância nuclear magnética

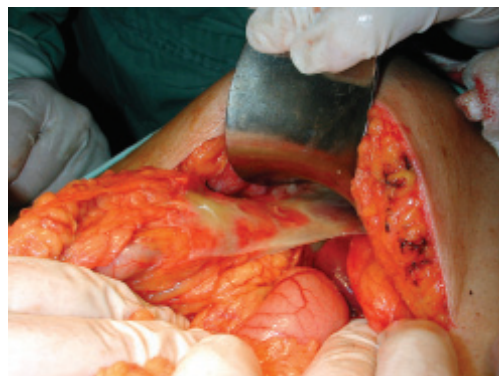


FIGURA 4. “PLASTRÃO” EM TOPOGRAFIA DE VESÍCULA BILIAR NECROSADA.

(Fig. 6) também ajudam na identificação de alterações mal diagnosticadas pelo ultrassom. Ela permite a identificação de coleções ou gás na parede ou no interior da vesícula e a presença de pneumoperitônio, que não são detectados pelo ultrassom, e que sempre requerem tratamento de emergência. Se há mais de um sinal de gravidade, a TC é obrigatória para identificar a colecistite complicada e para indicar cirurgia de urgência⁴.

A cintigrafia com radionuclídeos (HIDA) pode ser útil, mas é pouco utilizada pelas dificuldades em realizá-la em situações de emergência. Pode ser utilizada para esclarecimento de casos atípicos. Se não há a visualização da vesícula 4 horas após a administração do radionuclídeo, a vesícula está obstruída sugerindo colecistite aguda em cerca de 95% dos casos (Fig. 7 e 8). O jejum pode alterar os resultados podendo levar a falsos positivos¹.

Na colecistite alitiásica, a ultrassonografia é o método de escolha principalmente porque pode ser feito à beira do leito. O paciente pode ter ultrassonografia normal. É o método com maior acurácia em pacientes gravemente doentes. Nesses casos, a espessura da parede vesicular maior do que 3,5 mm e a presença de líquido perivesicular são os achados mais significativos. A cintigrafia pode ser feita, mas tem um resultado falso positivo em 40% dos casos. Os exames laboratoriais são inespecíficos e podem retardar o diagnóstico e tratamento levando a altos índices de morbidade e mortalidade. A colecistite aguda alitiásica é mais comum do que a literatura médica sugere. A laparoscopia pode ser usada como um procedimento diagnóstico inicial, seguida da colecistectomia se forem evidenciados achados indicativos de colecistite aguda^{5,6}.

TRATAMENTO

O tratamento é feito pela drenagem percutânea, que é curativa na colecistite alitiásica. A colecistectomia é indicada nos pacientes com colelitíase associada à colecistite aguda.

Em geral, um paciente com colecistite aguda

é hospitalizado, hidrata-se o paciente e faz-se a reposição de eletrólitos por via intravenosa e estabelece-se jejum.

A analgesia deve ser feita com analgésicos que não sejam derivados da morfina ou a própria pela possibilidade de piora do quadro pelo espasmo do esfíncter de Oddi.

A antibioticoterapia deve ser iniciada e devem ser utilizados antibióticos que atuem sobre micro-organismos gram-negativos e anaeróbios, sabendo-se que o micro-organismo frequentemente envolvido é a *Escherichia coli*.

O tratamento cirúrgico com a colecistectomia é o tratamento definitivo para pacientes com colecistite aguda e é indicado nas primeiras 72 horas do início do quadro. Há cerca de 10 anos, considerava-se como contraindicação absoluta da colecistectomia laparoscópica situações como gravidez, cirurgia abdominal prévia, intolerância ao aumento da pressão intra-abdominal, obstrução intestinal, coagulopatia, obesidade, cirrose, intolerância à anestesia geral, coledocolitíase e colecistite aguda. Suas principais vantagens são menos dor pós-operatória e recuperação mais rápida do que na colecistectomia aberta. Com o passar dos anos, a maior experiência do cirurgião com o método e o melhor conhecimento e controle das repercussões do pneumoperitônio pelo anestesista, ampliaram as indicações dos procedimentos laparoscópicos e restringiram suas contraindicações. Ela é preferida à que é realizada 6 a 10 semanas do quadro inicial por alguns grupos. Quanto mais precocemente for realizada a colecistectomia videolaparoscópica, menor a taxa de conversão. Embora seja recomendada a intervenção precoce, ela não é universalmente utilizada⁷.

A colecistectomia videolaparoscópica é o tratamento de escolha na colecistite aguda litiásica e alitiásica. A cirurgia videolaparoscópica tem como característica básica diminuir a agressão e conseqüente trauma cirúrgico. Tem sido demonstrada, nesta abordagem, uma menor repercussão orgânica, representada por menor reação metabólica, inflamatória e imunológica quando comparada a uma cirurgia aberta. Isto



FIGURA 5. ULTRASSONOGRAFIA DE VESÍCULA EVIDENCIANDO CÁLCULO IMPACTADO NO INFUNDÍBULO E ESPESAMENTO DE PAREDE¹.

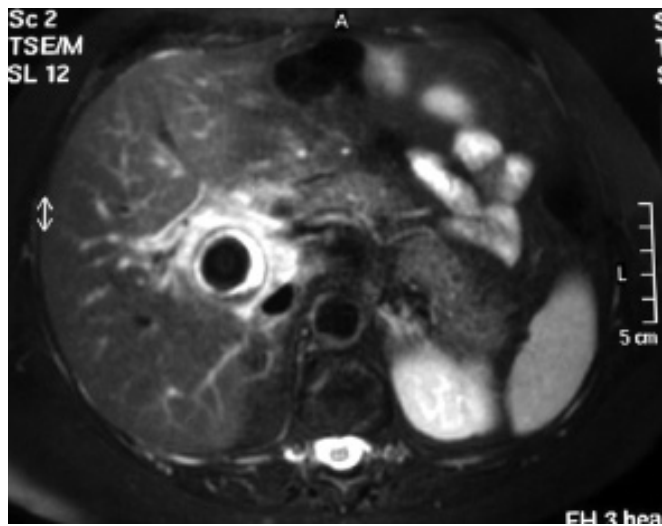


FIGURA 6. RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COM COMPROMETIMENTO DO PARÊNQUIMA HEPÁTICO EM TORNO DA VESÍCULA (SETA).



FIGURA 7. CINTIGRAFIA COM RADIONUCLÍDEOS (HIDA) COM EXAME NORMAL. NOTE A VESÍCULA VISÍVEL AO FINAL DO EXAME (SETA).

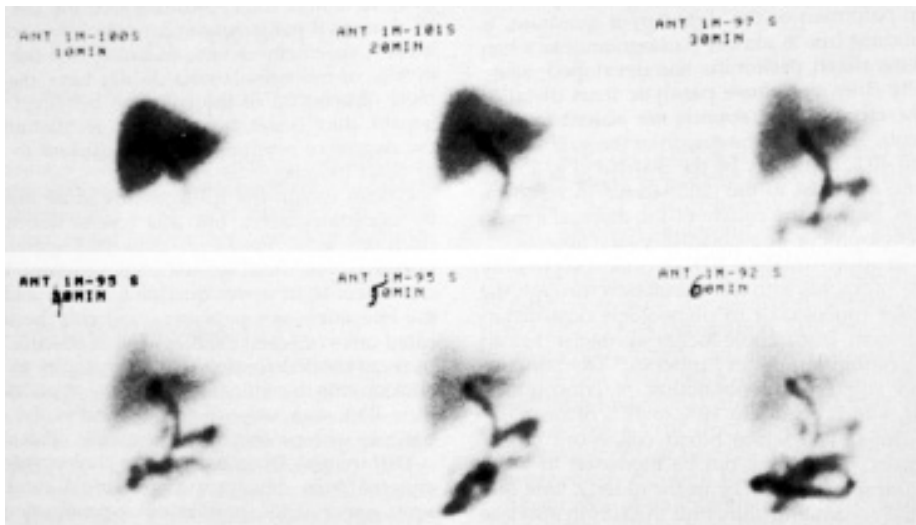


FIGURA 8. CINTIGRAFIA COM RADIONUCLÍDEOS (HIDA) COM EXAME DEMONSTRANDO COLECISTITE AGUDA. NÃO SE EVIDENCIA A VESÍCULA NO EXAME (SETA).

representa um grande benefício para o paciente, principalmente àqueles mais graves, já com comprometimento de órgãos e sistemas, mesmo nos pacientes com idade avançada^{8,9}.

A taxa de conversão de cirurgia videolaparoscópica para cirurgia aberta é maior nos casos de colecistopatia calculosa aguda do que na crônica. O fator que mais dificulta a realização do procedimento videolaparoscópico é a alteração anatômica ou se não há uma adequada visualização das estruturas¹⁰. A colecistite aguda (21,1% dos casos), junto com o sexo masculino, peso maior do que 65 kg, idade superior a 60 anos, cirurgia abdominal prévia, cirurgiões inexperientes, ASA elevado, espessamento da vesícula maior que 4 mm e diabetes são considerados fatores de risco para a conversão para a cirurgia aberta^{11,12}.

A colecistectomia laparoscópica ambulatorial com alta no mesmo dia exige uma equipe treinada e pacientes preparados com antecedência. Este procedimento não é adequado nos casos de colecistite aguda em que há sintomas mais intensos impedindo a alta precoce e necessidade de antibioticoterapia inicial por via endovenosa por, pelo menos, 48 horas¹³.

Avaliando-se a colecistectomia videolaparoscópica realizada precocemente até 96 horas do início do quadro e comparando-se à realizada

tardiamente, de 6 a 12 semanas após o quadro agudo, não houve diferença quanto à conversão que foi de 25%, ao tempo operatório que foi em média 100 minutos, à dor pós-operatória e a complicações. Entretanto, o tempo de internação foi menor no grupo de cirurgia precoce e deve ser oferecido nesses casos¹⁴.

Na revisão realizada pelo grupo da Royal Free Hospital and University College School of Medicine em Londres, não houve diferença estatística entre as lesões de via biliar e a necessidade de conversão para cirurgia aberta. Não houve mortalidade nos dois grupos. No grupo de cirurgia tardia, houve necessidade de cirurgia de emergência em 17,5% dos pacientes por não ter havido a resolução do quadro ou por colecistite recorrente; e desses, 45% tiveram que ser convertidos para cirurgia aberta. O tempo de internação foi menor em 4 dias no grupo com cirurgia precoce. A recomendação é pela realização precoce da cirurgia, até 7 dias do início dos sintomas, pois as complicações são raras com estatísticas semelhantes nos dois grupos e o tempo de internação é menor¹⁵.

Recentemente, a laparoscopia vem sendo utilizada na definição diagnóstica, mesmo em pacientes críticos, com quadro séptico, internados em CTI, sendo realizada, inclusive, à beira do leito com alguns cuidados especiais¹⁶.

A colecistite aguda com empiema, necrose ou perfuração, apesar da antibioticoterapia, deve ser operada em regime de emergência. Se o processo inflamatório é tão intenso que impeça a identificação das estruturas do triângulo de Calot, pode ser realizada uma colecistectomia parcial com cauterização do leito da vesícula descrita pela técnica de Torek.

Na colecistite alitiásica, o tratamento cirúrgico deve ser instituído em pacientes que toleram a anestesia e a cirurgia. É necessária a cirurgia imediata. Devido à alta incidência de gangrena, perfuração e empiema, a colecistectomia aberta é utilizada frequentemente. Como os pacientes são muito graves, a morbidade gira em torno de 40% e a mortalidade é elevada.

Se o paciente não puder ser operado, a colecistostomia percutânea pode ser diagnóstica e terapêutica com melhora em 90% dos casos. Nos pacientes instáveis e idosos em que a cirurgia é arriscada, a colecistostomia percutânea com anestesia local pode ser realizada e em associação com a antibioticoterapia pode melhorar o quadro agudo e a colecistectomia ser realizada em 3 a 4 meses^{17,18}.

A colecistostomia percutânea foi utilizada em pacientes em estado crítico por Alvarez e 40% dos casos eram colecistite alitiásica. A técnica de Seldinger foi utilizada em 59% dos casos. A mortalidade intra-hospitalar foi de 23%¹⁹. O tradicional tratamento realizando-se uma colecistectomia aberta ou por via laparoscópica vem sendo substituído por alguns autores pela colecistostomia percutânea, que controla a doença em 85% dos casos. A recuperação é rápida e a mortalidade, seja pela técnica aberta ou percutânea, é semelhante e gira em torno de 30%. A colecistectomia só é indicada, nesses casos, se surgirem cálculos após a crise. Caso não ocorra, após a resolução do quadro agudo, o dreno da colecistostomia é retirado².

CONCLUSÃO

A colecistite aguda continua sendo uma doença com a qual o cirurgião se depara frequentemente. A cirurgia videolaparoscópica

veio mudar o manuseio e evolução dos pacientes tornando o pós-operatório mais curto e menos doloroso. A literatura médica tem levado alguns cirurgiões a retardarem a indicação cirúrgica, entretanto novos trabalhos, inclusive com análise de medicina baseada em evidências, têm demonstrado que a intervenção na primeira semana do início do quadro é a melhor conduta.

As complicações, a dor pós-operatória, o tempo cirúrgico, a lesão de via biliar, entre outros itens analisados foram semelhantes, mas o tempo de internação foi menor no grupo operado precocemente. Levando-se em consideração a realidade brasileira, a indicação se impõe pela dificuldade de se conseguir leitos para cirurgias eletivas. Recomendamos, então, a cirurgia precoce nos casos de colecistite aguda.

REFERÊNCIAS

1. Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecystitis. *J Long Term Eff Med Implants*. 2005;15(3):329-38.
2. Barie PS, Eachempati SR. Acute acalculous cholecystitis. *Curr Gastroenterol Rep*. 2003 Aug;5(4):302-9.
3. Boland G, Lee MJ, Mueller PR. Acute cholecystitis in the intensive care unit. *New Horiz*. 1993 May;1(2):246-60.
4. De Vargas Macciucca M, Lanciotti S, De Cicco ML, Bertini L, Colaiacomo MC, Gualdi G. Imaging of simple and complicated acute cholecystitis. *Clin Ter*. 2006 Sep-Oct;157(5):435-42.
5. Arnot RS. Laparoscopy and acalculous cholecystitis. *Aust N Z J Surg*. 1994 Jun;64(6):405-6.
6. González Delgado L, López Larramona G, Santolaria Piedrafita S, García Prats D, Ferrero Cáncer M, Montoro Huguet M. Acalculous cholecystitis: an uncommon. *Int J Surg*. 2009 Apr;7(2):94-9. Epub 2009 Jan 20. Links
7. Sekimoto M, Imanaka Y, Hirose M, Ishizaki T, Murakami G, Fukata Y. QIP Cholecystectomy Expert Group. Impact of treatment policies on patient outcomes and resource utilization in acute cholecystitis in Japanese hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:40.
8. Hackam DJ, Rostein OD. Host response to laparoscopic surgery: mechanisms and clinical correlates. *Can J Surg*. 1998;41(2):103-11.
9. Yi NJ, Han HS, Min SK. The safety of a laparoscopic cholecystectomy in acute

cholecystitis in high-risk patients older than sixty with stratification based on ASA score. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2006;15(3):159-64.

10. Luiz Carlos Von Bahten, TCBC-PRI; Ana Cristina Isa, ASCBC-PRII; Pâmela Conceição Figueiredo, ASCBC-PRIII; Hugo CampezatoIII; Rosana Hapsi IsaiIII; Márcia OlandoskiIV. Colecistopatia aguda e crônica: análise comparativa das taxas e causas de conversão para laparotomia *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.* Rev. Col. Bras. Cir. vol.36 no.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2009.
11. Ibrahim S, Hean TK, Ho LS, Ravintharan T, Chye TN, Chee CH. Risk factors for conversion to open surgery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *World J. Surg.*30(9):1698-704, 2006 Sep.
12. Roberto Carlos de Oliveira e Silva, TCBC-MGI; Alcino Lázaro da Silva, TCBC-MGII; Antônio Carlos Cioffi, ACBC-MGIII; Lincoln Lopes Ferreira, TCBC-MGIV; Leonardo Ghizone BezV. Alterações histológicas da vesícula biliar litíásica: influência no diagnóstico e tratamento por videolaparoscopia. *Rev Col Bras Cir.* v.28 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2001.
13. Tenconi SM, Boni L, Colombo EM, Dionigi G, Rovera F, Cassinotti E. *Int J Surg.* 2008; 6 Suppl 1:586-8. Epub 2008 Dec 14. Links PMID: 19167938 [PubMed - indexed for MEDLINE.
14. Kolla SB, Aggarwal S, Kumar A, Kumar R, Chumber S, Parshad R, Seenu V. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective randomized trial. *Surg Endosc.* 2006 Nov; 20(11):1780-1; author reply 1784.
15. Gurusamy KS, Samraj K. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD005440. DOI: 10.1002/14651858.CD005440.pub2.
16. Marco Antônio Cezário de Melo, ACBC-PEI, Otacílio Francisco Albuquerque II, Valéria Gondim III. Colecistectomia laparoscópica em pacientes de alto risco. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.* Rev Col Bras Cir. v.30 n.1. Rio de Janeiro jan./fev. 2003.
17. Teoh WM, Cade RJ, Banting SW, Mackay S, Hassen AS. Percutaneous cholecystostomy in the management of acute cholecystitis. *ANZ J Surg.*75(6):396-8, 2005 Jun.
18. Howard JM, Hanly AM, Keogan M, Ryan M, Reynolds JV. Percutaneous cholecystostomy: a safe option in the management of acute biliary sepsis in the elderly *ilus, tab, graf.*

19. Álvarez Rodríguez J, Lorenzo A, Sánchez N, Klappenbach N, Baglietto N. Colecistostomía percutánea en colecistitis aguda / Percutaneous cholecystostomy in acute cholecystitis. *Rev Argent Cir.;* 95(3/4):101-7, 2008.

ABSTRACT

Cholecystitis is still one of the most common diseases in emergencies around the world. The bile duct obstruction by a gallstone in 90% of cases, leads to acute inflammation of the gallbladder in most cases. Colic soon becomes a pain in the right hypochondrium with nausea, vomiting and fever in 70% of patients. Surgical indication occurs in many patients with gallstones after a crisis of cholecystitis caused by the fear of a worsening of the condition and the risk of conversion of laparoscopic cholecystectomy method for the open.

Ultrasound examination is the “gold” exam, the sign more suggestive of acute cholecystitis is the gallbladder wall thickening.

Acute cholecystitis remains a disease with which the surgeon often faces. The laparoscopic surgery has come to change the handling and outcome of patients after surgery making the shorter and less painful. The medical literature has led some surgeons to delay surgery indication, however further studies, including analysis of evidence-based medicine has shown that intervention in the first week of onset is the best approach.

The complications, postoperative pain, duration of surgery, the lesion via bilar, among other items discussed were similar but the length of hospital stay was shorter in patients operated early. Taking into account the Brazilian reality, the indication is required by the difficulty of getting beds for elective surgery. We would therefore recommend early surgery in cases of acute cholecystitis.

KEYWORDS: Acute cholecystitis; Biliar visicle; Laparoscopy; Cholecystetomy.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

IVAN MATHIAS

Professor Associado da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ;
Chefe da Divisão de Cirurgia Ambulatorial da Policlínica Piquet Carneiro da UERJ;
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Artigo 1: Diagnóstico por imagem no abdome agudo Não Traumático

ALEXANDRA MARIA VIEIRA MONTEIRO

Mestre e Doutora em Medicina/UFRJ;
Professora Adjunta de Radiologia na Graduação e no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas/UERJ.

CLÁUDIO MÁRCIO AMARAL DE OLIVEIRA LIMA

Aluno do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas/UERJ;
Médico radiologista do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

ÉRICA BARREIROS RIBEIRO

Médica radiologista do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

ARTIGO 2: O USO DA LAPAROSCOPIA NO ABDOME AGUDO

MARCOS B. PITOMBO

Mestre em Cirurgia Gastroenterológica/UFF;
Doutor em Cirurgia Abdominal/UFRJ.
Chefe do Departamento de Cirurgia Geral, Faculdade de Ciências Médicas/UERJ.

MARIA CRISTINA A. MAYA

Mestre e Doutora em Cirurgia Abdominal/UFRJ;
Coordenadora da Disciplina de Cirurgia Geral,

Faculdade de Ciências Médicas/UERJ.

MARCO ANTONIO C. GUIMARÃES-FILHO

Médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.

ANDRÉ DE SOUZA MELGAÇO

Mestre em Cirurgia Gastroenterológica/UFF;
Doutor em Cirurgia Abdominal/UFRJ;
Vice-diretor da Faculdade de Ciências Médicas/
UERJ.

ARTIGO 3: Apendicite Aguda

ROBERTO GARCIA DE FREITAS

Professor Associado do Departamento de Cirurgia Geral da FCM/UERJ;
Livre-Docente em Cirurgia Geral/UERJ;
Mestre em Cirurgia Gastroenterológica/UFF;
Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do HUPE/
UERJ.

MARCOS BETTINI PITOMBO

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Geral. Doutor em Cirurgia Geral/UFRJ;
Chefe do Departamento de Cirurgia Geral da FCM/UERJ;

Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

MARIA CRISTINA ARAÚJO MAYA

Professora Adjunta do Departamento de Cirurgia Geral;
Doutora em Cirurgia Geral/UFRJ;
Coordenadora da Disciplina de Cirurgia Geral da FCM/UERJ;

Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

PAULO ROBERTO FALCÃO LEAL

Professor Assistente do Departamento de Cirurgia Geral da FCM/UERJ;

Mestre em Cirurgia Gastroenterológica/UFF;
Chefe da UDA de Cirurgia Oncológica do HUPE/
UERJ.

ARTIGO 4: : COLECISTITE AGUDA — DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

MARIA CRISTINA ARAÚJO MAYA

Professora Adjunta do Departamento de Cirurgia Geral. Doutora em Cirurgia Geral/UFRJ.

Coordenadora da Disciplina de Cirurgia Geral da FCM – UERJ. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

ROBERTO G. FREITAS

Professor adjunto de Cirurgia Geral da UERJ.
Mestre em Cirurgia Geral pela UFF. Livre Docente pela UERJ. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

MARCOS BETTINI PITOMBO

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Geral. Doutor em Cirurgia Geral pela UFRJ. Chefe do Departamento de Cirurgia Geral da FCM – UERJ. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

ANDRÉ RONAY

Médico do Hospital Universitário Pedro Ernesto e da Secretaria Municipal de Saúde.

ARTIGO 5: PANCREATITE AGUDA: ETIOLOGIA, APRESENTAÇÃO CLÍNICA E TRATAMENTO

MARCO ANTONIO CORREA GUIMARÃES-FILHO

Médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ).
Médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF)
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC).

MARIA CRISTINA ARAÚJO MAYA

Professora Adjunta do Departamento de Cirurgia Geral. Doutora em Cirurgia Geral pela UFRJ.
Coordenadora da Disciplina de Cirurgia Geral da FCM – UERJ. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

PAULO ROBERTO FALCÃO LEAL

Professor Assistente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ
Mestre em Cirurgia Gastroenterológica pela Universidade Federal Fluminense
Chefe da Unidade Docente Assistencial de Cirurgia Oncológica HUPE-UERJ
Médico do Instituto Nacional do Câncer

ANDRÉ DE SOUZA MELGAÇO

Vice-Diretor da Faculdade de Ciências Médicas,
Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia
e Membro Titular do Colégio Brasileiro de
Cirurgiões.

ARTIGO 6: ISQUEMIA MESENTÉRICA

CARLOS EDUARDO VIRGINI-MAGALHÃES

Professor Doutor e Coordenador da Disciplina de
Cirurgia Vasculuar, Membro Titular da Sociedade
Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculuar.

MONICA ROCHEDO MAYALL

Médica Residente de Cirurgia Endovascular do
HUPE-UERJ.

ARTIGO 7: ABDOME AGUDO GINECOLÓGICO

MARCO AURELIO PINHO DE OLIVEIRA

Prof. Adjunto e Chefe da Disciplina de Ginecologia
da FCM/UERJ
Chefe do Ambulatório de Endometriose do
Hospital Universitário Pedro Ernesto
Vice-Presidente da Sobracil-RJ
Vice-Presidente da Comissão de Endoscopia
Ginecológica da FEBRASGO

LUIZ AUGUSTO HENRIQUE MELKI

Prof. Adjunto da Disciplina de Ginecologia da
FCM/UERJ
Chefe do Setor de Histeroscopia do Hospital
Universitário Pedro Ernesto

RITA DE CÁSSIA SEVERINO TAVARES

Ginecologista com TEGO e título de
vidolaparoscopia pela FEBRASGO
Pós-graduação em Saúde Pública pela Escola de
Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” / SES-MS

ARTIGO 8: URGÊNCIAS EM CIRURGIA ONCOLÓGICA ABDOMINAL PARA O CIRURGIÃO GERAL

PAULO ROBERTO FALCÃO LEAL

Professor Assistente de Cirurgia Geral do Hospital
Universitário Pedro Ernesto – UERJ
Mestre em Cirurgia Gastroenterológica pela
Universidade Federal Fluminense
Chefe da Unidade Docente Assistencial de Cirurgia
Oncológica HUPE-UERJ
Médico do Instituto Nacional do Câncer.

ROBERTO G. FREITAS

Professor adjunto de Cirurgia Geral da UERJ.
Mestre em Cirurgia Geral pela UFF. Livre Docente
pela UERJ. Titular do Colégio Brasileiro de
Cirurgiões.

CARLOS B. COLA

Médico do Departamento de Cirurgia Geral do
Hospital Universitário Pedro Ernesto.

MARCO A. CORREA GUIMARÃES-FILHO

Médico do Departamento de Cirurgia Geral do
Hospital Universitário Pedro Ernesto