

O USO DA LAPAROSCOPIA NO ABDOME AGUDO

MARCOS B. PITOMBO

MARIA CRISTINA A. MAYA

MARCO ANTONIO C. GUIMARÃES-FILHO

ANDRÉ DE S. MELGAÇO

RESUMO

Os quadros abdominais agudos, muitas vezes, trazem dificuldades diagnósticas importantes, principalmente relacionadas à indicação ou não de um tratamento cirúrgico. Sabe-se que a taxa de complicação de laparotomias não terapêuticas vai de 5 a 20%. A laparoscopia diagnóstica é mais uma opção para se evitar um possível erro de conduta. Este método tem uma elevada precisão diagnóstica com percentuais de acerto que vão de 83 a 97%. Além disso, a grande maioria dos pacientes poderá ser submetida a uma terapêutica definitiva por via laparoscópica com taxas de complicações aceitáveis. Procedimentos, como apendicectomia, rafia das perfurações duodenais e tratamento dos quadros ginecológicos agudos, têm sido amplamente realizados por essa via de acesso.

PALAVRAS-CHAVE: *Abdome agudo; Laparoscopia; Tratamento cirúrgico.*

INTRODUÇÃO

O abdome agudo é uma causa frequente de atendimento nos setores de emergência. Diversas afecções, de tratamento cirúrgico ou

não, cursam com dor abdominal e uma avaliação clínica minuciosa associada a métodos complementares é de fundamental importância para elucidação diagnóstica.

Segundo Paterson-Brown¹, a utilização de qualquer técnica diagnóstica, invasiva ou não, terá que ser avaliada de acordo com a sua eficácia em alterar a terapêutica (operar ou não). O diagnóstico clínico patológico passa a ter importância secundária.

Esse raciocínio norteia a abordagem moderna dos quadros abdominais agudos quando o principal objetivo da investigação diagnóstica é a indicação ou não de uma intervenção cirúrgica.

Quadros inflamatórios agudos, como a apendicite, têm como chave do tratamento a intervenção cirúrgica precoce. Contudo, cerca de 20 a 35% das laparotomias para tratamento de quadros apendiculares vão encontrar um apêndice normal principalmente em mulheres pré-menopáusicas quando o diagnóstico diferencial com afecções ginecológicas pode ser difícil². Essas laparotomias não terapêuticas estão relacionadas a uma taxa de complicação que vai de 5 a 22%³. Por outro lado, uma conduta expectante pode levar a um diagnóstico tardio e a uma consequente demora na adoção de

medidas terapêuticas com aumento nas taxas de morbidez e mortalidade.

A laparoscopia é mais uma opção para se evitar um possível erro de conduta, principalmente quando o quadro clínico e os exames complementares não conseguem definir o diagnóstico e/ou tratamento ideal. Além disso, com o advento da videocirurgia, a maior parte das afecções intra-abdominais agudas pode ser tratada pelo acesso mini-invasivo.

A laparoscopia é definida como a técnica para examinar a cavidade peritoneal pela introdução de um telescópio através da parede abdominal anterior. Kelling⁴, em 1902, realizou o primeiro procedimento laparoscópico ao visualizar a cavidade abdominal de um cão vivo utilizando um cistoscópio. Em 1910, Jacobeus⁵ descreveu a realização do exame em seres humanos, denominando-o “laparoscopia”. Apesar do crescente entusiasmo com a realização desse procedimento, foi somente na segunda metade do século XX que a laparoscopia diagnóstica passou a ser empregada de uma forma ampla em quadros abdominais agudos^{6,7}. Em 1973, Llanio *et al.*⁷ publicaram uma série de 1265 exames em pacientes portadores de abdome agudo com acerto diagnóstico de 97,5%. A partir de 1988, com o advento das técnicas de videocirurgia, a laparoscopia assumiu uma nova dimensão. Vários procedimentos cirúrgicos passaram a ser realizados por essa via de acesso^{8,9}. Em 1991, Gotz *et al.*¹⁰ publicaram trabalho clássico demonstrando a realização de apendicectomia por via laparoscópica em 625 pacientes. No decorrer dos últimos anos, vários autores vêm enfatizando e propagando a utilização da videocirurgia na resolução de afecções intra-abdominais agudas^{11,12,13,2}.

Uma das características mais importantes da realização da laparoscopia nos quadros abdominais agudos é a sua elevada precisão diagnóstica com taxas de sucesso que vão de 83 a 97% (Tab.1). Além disso, a grande maioria desses pacientes poderá ser submetida a uma terapêutica definitiva por via laparoscópica^{12,2}. Por outro lado, o número de explorações cirúr-

gicas não terapêuticas diminui acentuadamente principalmente nos quadros de apendicite aguda quando as taxas de ressecção de apêndices normais por laparotomia, que giram em torno de 30 a 33%^{14,15}, são reduzidas para 5 a 16% quando o acesso laparoscópico é empregado^{16,12}.

CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

A laparoscopia pode ser realizada tanto sob anestesia geral quanto local. O procedimento sob anestesia local apresenta menor custo e morbidez anestésica. Contudo apresenta limitações importantes relacionadas à dificuldade de acesso a toda a cavidade peritoneal, limitação na introdução de trocartes acessórios e possibilidade terapêutica mínima.

A anestesia geral tem como vantagens permitir uma boa visualização intracavitária, facilitar a realização de outros acessos ao peritônio e possibilidade de realização de procedimentos cirúrgicos. Também permite um controle ventilatório ideal e otimiza as condições cirúrgicas através do relaxamento da musculatura abdominal e posicionamento adequado da mesa cirúrgica.

Com o paciente anestesiado, é realizado cateterismo gástrico e vesical. Em pacientes do sexo feminino com suspeita de quadros pélvicos, pode ser introduzido um histeropecsor transvaginal que melhora substancialmente

TABELA 1. LAPAROSCOPIA NO ABDOME AGUDO. PRECISÃO DIAGNÓSTICA SEGUNDO DIVERSOS AUTORES.

Autor	Diagnóstico (%)
Llanio (1973)	97,9
Rachail (1974)	88,7
Tostivint (1975)	91,5
Sundal (1982)	95,8
Carrilho (1983)	83,7
Negroto (1983)	96,7
Zantut (1990)	96,4
Pitombo (1996)	96,6
Golash (2005)	90

a exposição do útero, anexos e fundo de saco posterior (Fig.1).

Habitualmente, o acesso inicial é realizado na região umbilical por permitir uma boa visualização de todas as regiões do abdome. A primeira punção é realizada por intermédio de uma agulha (Verres) e a cavidade peritoneal é insuflada lentamente até que uma pressão de 12-15 mm Hg seja atingida. O gás normalmente utilizado é o gás carbônico (CO₂) devido ao seu alto poder de difusão, ausência de propriedades anestésicas ou inflamáveis. O primeiro trocarte é, então, posicionado. Através dele, é introduzido o sistema ótico (laparoscópio acoplado a uma microcâmera) e o inventário cavitário é realizado. Em pacientes distendidos ou com operações prévias, o pneumoperitônio é realizado pela técnica aberta quando todos os planos parietais são incisados e o primeiro trocarte é introduzido sob visão direta. Após o inventário inicial, outros trocarteres são posicionados de acordo com a região a ser abordada (Fig.2 e 3).

CONTRAINDICAÇÕES E COMPLICAÇÕES.

As contraindicações para a realização da laparoscopia podem ser divididas em dois grupos: absolutas e relativas (Tab. 2)^{16,15}. Os sangramentos intracavitários associados a distúrbios graves são de difícil controle pela via laparoscópica. A presença de obstrução mecânica ou íleo associado à grande dilatação intestinal traz grande dificuldade na punção e insuflação abdominal. O aumento da pressão intraperitoneal, além do ambiente rico em gás carbônico, acarreta alterações cardiorrespiratórias que normalmente não são toleradas por pacientes portadores de cardiopatias graves, ou problemas pulmonares severos. As operações prévias podem causar dificuldade no acesso e na manipulação intracavitária. Quadros de peritonite difusa podem ser abordados pela via laparoscópica desde que seja possível a drenagem de todos os focos sépticos. As hérnias de hiato volumosas podem levar à formação de pneumomediastino durante a insuflação cavitária e há um risco de isquemia

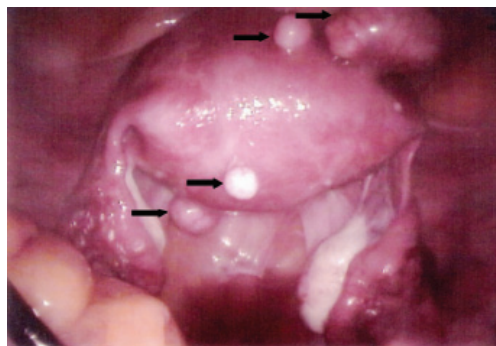


FIGURA 1. EXPOSIÇÃO DO ÚTERO E ANEXOS ATRAVÉS DA INTRODUÇÃO DO HISTEROPECSOR TRANSVAGINAL. OBSERVAM-SE MIOMAS SUBSEROSOS (SETAS).

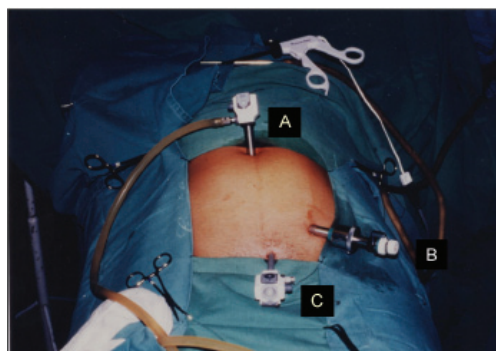


FIGURA 2. POSICIONAMENTO DOS TROCARTES PARA REALIZAÇÃO DE APENDICECTOMIA. CICATRIZ UMBILICAL (A), FOSSA ILÍACA ESQUERDA (B), REGIÃO SUPRAPÚBICA (C).

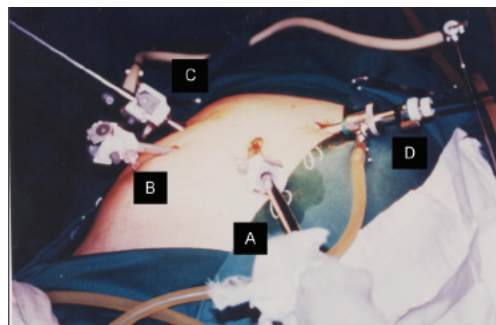


FIGURA 3. POSICIONAMENTO DOS TROCARTES PARA REALIZAÇÃO DE RAFIA DE ÚLCERA DUODENAL PERFURADA. CICATRIZ UMBILICAL (A), HIPOCÔNDRIO DIREITO (B E C), HIPOCÔNDRIO ESQUERDO (D).

do conteúdo de hérnias encarceradas da parede abdominal quando a pressão intracavitária é elevada pelo pneumoperitônio. A laparoscopia pode ser realizada em pacientes portadores de doenças cardiopulmonares leves a moderadas através de uma rigorosa monitorização anes-

tésica e utilização de pressões intracavitárias menores (em torno de 10 mm Hg). A utilização de dispositivos para suspensão abdominal mecânica permite a realização de procedimentos sem pneumoperitônio, o que pode ser benéfico para esse grupo de pacientes¹⁷.

A morbidez global derivada de procedimentos laparoscópicos em quadros abdominais agudos é baixa variando de 0,9 a 13%^{2,12,18,19}. As complicações relacionadas à laparoscopia podem ser divididas em quatro grupos: perfuração visceral ou vascular com agulha de Verres ou trocartes; introdução inadequada de CO₂ em vísceras ocas, vasos e parede abdominal; efeitos adversos do pneumoperitônio como dificuldade ventilatória, arritmias, hipotensão e pneumotórax; complicações derivadas de procedimentos cirúrgicos como lesões viscerais pelo instrumental, sangramento pós-operatório, fístulas entéricas e biliares, abscessos residuais e de parede.

As complicações ditas menores, como enfisema subcutâneo, celulite e sangramento de pequena monta, têm maior importância estatística. Acidentes graves relacionados à lesão vascular ou intestinal têm sido relatados esporadicamente.

Em 1996, Champault *et al.*²⁰ analisaram os acidentes provocados pela introdução de trocartes em 103.852 cirurgias laparoscópicas, envolvendo quase 390.000 punções. Houve sete óbitos com índice de mortalidade de 0,007/1000 pacientes. Desses, seis foram secundários à lesão

de um grande vaso intra-abdominal. As lesões vasculares ocorreram em 0,5/1000 pacientes com mortalidade de 17%. As lesões viscerais ocorreram em 0,6/1000 pacientes, sendo o intestino delgado o órgão envolvido com maior frequência. Segundo os autores, o primeiro trocarte foi responsável por 83% das lesões vasculares, 75% das lesões intestinais e 50% das hemorragias locais.

É consenso que a tração adequada da aponeurose durante a primeira punção e a utilização ampla da técnica aberta, principalmente em vigência de distensão abdominal e operações prévias, são fundamentais para reduzir os riscos desses tipos de lesão.

PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS

APENDICITE AGUDA

A inflamação aguda do apêndice é a causa mais comum de abdome agudo nos pacientes que procuram os serviços de emergência (Fig.4). A apendicectomia laparoscópica tem sido largamente utilizada para o tratamento desses pacientes. Diversos trabalhos vêm demonstrando as vantagens da apendicectomia laparoscópica quando comparada ao procedimento aberto, relacionados à recuperação pós-operatória, infecção de parede e retorno às atividades^{21,22,23}. Os pacientes do sexo feminino em idade fértil e os pacientes obesos são especialmente beneficiados pelo acesso laparoscópico devido às dificuldades diagnósticas inerentes a esses dois grupos²².

TABELA 2. CONTRAINDICAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA LAPAROSCOPIA.

Absolutas	Relativas
Coagulopatias graves	Cirurgias abdominais prévias
Distensão abdominal maciça	Distensão abdominal moderada
Insuficiência cardiopulmonar severa	Peritonite difusa
	Hérnias encarceradas
	Hérnias hiatais volumosas
	Insuficiência cardiopulmonar moderada



FIGURA 4. APENDICITE AGUDA. ASPECTO VIDEO LAPAROSCÓPICO.

Em relação à incidência de abscessos residuais pós-apendicectomia, ainda não há consenso na literatura que demonstre sua maior incidência pós-apendicectomia laparoscópica comparada ao procedimento aberto^{24,25}.

Um outro aspecto importante durante a realização de laparoscopia por provável apendicite aguda ocorre quando o inventário da cavidade evidencia um apêndice normal. Se o restante da avaliação demonstrar uma alteração patológica em algum outro órgão (p. ex. salpingite), a apendicectomia não deverá ser realizada sendo a terapêutica direcionada ao órgão acometido. Por outro lado, se o restante do inventário não demonstrar alterações, o apêndice deverá ser removido, pois cerca de 20% dos apêndices macroscopicamente normais apresentam focos de apendicite quando analisados microscopicamente.²⁶ Além disso, a remoção do apêndice vai prevenir uma futura apendicite.

AFECÇÕES GINECOLÓGICAS

Diversas afecções ginecológicas agudas podem ser abordadas de forma adequada por via laparoscópica não só com objetivos de diagnóstico, mas também para a instituição de uma terapêutica definitiva. Os diagnósticos etiológicos mais frequentemente encontrados em mulheres com dor abdominal aguda são a prenhez ectópica (cerca de 20% dos casos), salpingites (20%), aderências pélvicas (20%), endometriose (15%) e cistos de ovário (15%)²⁷. Em emergências ginecológicas, o uso de tomografia computadoriza-

da, ultrassonografia convencional e transvaginal podem ser extremamente úteis para a elucidação diagnóstica, contudo, a laparoscopia se mostra uma ferramenta mais útil, e pode corrigir um diagnóstico pré-operatório em cerca 40% das pacientes^{28,29,30}.

Cirurgiões laparoscópicos treinados podem abordar a doença pélvica aguda através de ressecções tubo-ovarianas, salpingostomias, principalmente no tratamento conservador da gravidez tubária, drenagem de coleções, lise de aderências e cauterização de focos de endometriose.

OUTROS PROCEDIMENTOS

As úlceras pépticas perfuradas respondem por cerca de 5% das emergências abdominais. Normalmente, o tratamento cirúrgico é obrigatório e visa à rafia da perfuração associado ou não a um procedimento para o controle da secreção ácido-péptica (úlceras duodenais). O primeiro relato de rafia laparoscópica de uma úlcera perfurada foi publicado em 1990³¹; dois trabalhos prospectivos randomizados demonstraram uma superioridade do tratamento laparoscópico em comparação ao tratamento convencional^{32,33}. Normalmente, o tratamento consiste na rafia da lesão com pontos separados e colocação de *patch* omental, associado a bloqueadores de bomba de prótons em altas doses por via parenteral.

Os quadros obstrutivos talvez sejam os maiores limites para realização de procedimentos laparoscópicos, principalmente, devido à dificuldade na confecção e manutenção do pneumoperitônio associado ao pequeno campo operatório. É mandatória a insuflação cavitária pelo método aberto e a utilização de instrumental de maior diâmetro para se evitar a lesão de segmentos intestinais. Apesar dos inegáveis benefícios do acesso laparoscópico relacionados à recuperação pós-operatória mais rápida e o retorno mais precoce dos movimentos intestinais, tem-se demonstrado uma maior incidência de lesão intestinal durante a abordagem laparoscópica quando comparada

ao acesso convencional³⁴. Diferente de outros procedimentos, a taxa de conversão na abordagem dos quadros obstrutivos é alta e somente 50 a 60% dos pacientes completam o tratamento por essa via²⁷. Uma história de duas ou mais operações abdominais, uma abordagem tardia (>24 h) e o diâmetro intestinal maior que quatro centímetros estão associados a um pior prognóstico em relação ao sucesso do tratamento laparoscópico²⁷.

Em pacientes portadores de diverticulite aguda, quando o tratamento cirúrgico está indicado (perfuração e/ou peritonite difusa), a abordagem laparoscópica pode ser realizada. Contudo, os procedimentos de ressecção intestinal e saneamento cavitário em vigência de peritonite difusa são de alta complexidade e requerem uma equipe extremamente treinada^{35,36}.

Afecções como pancreatite aguda e isquemia mesentérica podem ter na laparoscopia uma boa arma diagnóstica. Contudo, o papel da videocirurgia no desbridamento da necrose pancreática e na ressecção de grandes segmentos de intestino necrosado ainda não está definido.

REFERÊNCIAS

1. Paterson-Brown S, Vipond MN. Modern aids to clinical decision-making in the acute abdomen. *Br J Surg.* 1990;77:13-8.
2. Golash V, Willson PD. Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: a review of 1,320 patients. *Surg Endosc.* 2005;19:882-5.
3. Memon MA, Fitzgibbons RJ Jr. The role of minimal access surgery in the acute abdomen. *Surg Clin North Am.* 1997;77:1333-53.
4. Kelling G. Über Ösophagoskopie, Gastroskopie und Kólioskopie. *Münch Med Wochenschr.* 1901:21-4.
5. Jacobsen HC. Über die Möglichkeit die Zytoskopie bei Untersuchung Seröser Hohlräume anzuwenden. *Münch Med Wochenschr.* 1910;58:2090.
6. Boquien Y, Prib PP, Eckhauser ML. Intérêt de la péritonéoscopie dans le diagnostic des affections aiguës de l'abdomen. *La Presse Médicale.* 1964;72:1701-6.
7. Llanio R, Sotto A, Jimenez G. La laparoscopie d'urgence. *Sem Hôp Paris.* 1973;49:873-7.
8. Mouret P. From the first laparoscopy to the frontiers of laparoscopic surgery: The future

prospectives. *Dig Surg.* 1991;8:124-5.

9. Dubois F, Icard P, Berthelot G, Levard H. Coelioscopic cholecystectomy: Preliminary report of 36 cases. *Ann Surg.* 1990 Jan;11:60-2.
10. Pier A, Götz F, Bacher C. Laparoscopic appendectomy in 625 cases: from innovation to routine. *Surg Laparosc Endosc.* 1991;1:8-13.
11. Cuesta MA, Borgstein PJ, Meijer S. Laparoscopy in the diagnosis and treatment of acute abdominal conditions. Clinical review. *Eur J Surg.* 1993;159:455-6.
12. Pitombo MB, Guarino JL, Martins LAL. Laparoscopia no abdome agudo não traumático: estudo retrospectivo. *Rev Col Bras Cir.* 1999;26:233-6.
13. Cuesta MA, Eijbouts QA, Gordijn RV, Borgstein PJ, de Jong D. *Surg Endosc.* Diagnostic laparoscopy in patients with an acute abdomen of uncertain etiology. 1998;12:915-7.
14. Jess P, Bjerregaard B, Brynitz S, Holst-Christensen J, Kalaja E, Lund-Kristensen J. Acute appendicitis. Prospective trial concerning diagnostic accuracy and complications. *Am J Surg.* 1981;141:232-4.
15. Chang FC, Hogle HH, Welling DR. The fate of the negative appendix. *Am J Surg.* 1973;126:752-4.
16. Bouillot JL, Salah S, Fernandez F, al-Hajj G, Dehni N, Dhote J, Badawy A, Alexandre JH. Laparoscopic procedure for suspected appendicitis: A prospective study in 283 consecutive patients. *Surg Endosc.* 1995;9:957-60.
17. Margarido NF. Suspensão abdominal mecânica. In: De Paula AL, Hashiba K, Baffuto M. (Org.). *Anais do IV curso internacional de cirurgia laparoscópica.* Goiânia: Hospital Samaritano. 1994:393-5.
18. Reiertsen O, Rosseland AR, Høivik B, Solheim K. Laparoscopy in patients admitted for acute abdominal pain. *Acta Chir Scand.* 1985;151:521-4.
19. Nagy AG, James D. Diagnostic laparoscopy. *Am J Surg.* 1989;157:490-3.
20. Champault G, Cazacu F, Taffinder N. Serious trocar accidents in laparoscopic surgery: a French survey of 103,852 operations. *Surg Laparosc Endosc.* 1996;6:367-70.
21. Chung RS, Rowland DY, Li P, Diaz J. A meta-analysis of randomized controlled trials of laparoscopic versus conventional appendectomy. *Am J Surg.* 1999;177:250-6.
22. Sauerland S, Lefering R, Neugebauer EA. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; 18:CD001546.
23. Fukami Y, Hasegawa H, Sakamoto E, Komatsu S, Hiromatsu T. Value of laparoscopic appendectomy in perforated appendicitis. *World J Surg.* 2007;31:93-7.

24. Kapischke M, Caliebe A, Tepel J, Schulz T, Hedderich J. Open versus laparoscopic appendectomy: a critical review. *Surg Endosc.* 2006;20:1060-8.
25. Gupta R, Sample C, Bamehriz F, Birch DW. Infectious complications following laparoscopic appendectomy. *Can J Surg.* 2006;49:397-400.
26. Lau WY, Fan ST, Yiu TF, Chu KW, Suen HC, Wong KK. The clinical significance of routine histopathologic study of the resected appendix and safety of appendiceal inversion. *Surg Gynecol Obstet.* 1986;162:256-8.
27. Sauerland S, Agresta F, Bergamaschi R, Borzellino G, Budzynski A, Champault G, *et al.* Laparoscopy for abdominal emergencies: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc.* 2006;20:14-29.
28. Easter DW, Cuschieri A, Nathanson LK, Lavelle-Jones M. The utility of diagnostic laparoscopy for abdominal disorders: Audit of 120 patients. *Arch Surg.* 1992;127:379-83.
29. Taylor EW, Kennedy CA, Dunham RH, Bloch JH. Diagnostic laparoscopy in women with acute abdominal pain. *Surg Laparosc Endosc.* 1995;5:125-8.
30. Kontoravdis A, Chryssikopoulos A, Hassiakos D, Liapis A, Zourlas PA. The diagnostic value of laparoscopy in 2,365 patients with acute and chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet.* 1996;52:243-8.
31. Mouret P, François Y, Vignal J, Barth X, Lombard-Platet R. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 1990;77:1006.
32. Lau WY, Leung KL, Kwong KH, Davey IC, Robertson C, Dawson JJ, *et al.* A randomized study comparing laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer using suture or sutureless technique. *Ann Surg.* 1996;224:131-8.
33. Siu WT, Leong HT, Law BK, Chau CH, Li AC, Fung KH, *et al.* Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Ann Surg.* 2002;235:313-9.
34. Wullstein C, Gross E. Laparoscopic compared with conventional treatment of acute adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg.* 2003;90:1147-51.
35. Franklin ME Jr, Dorman JP, Jacobs M, Plasencia G. Is laparoscopic surgery applicable to complicated colonic diverticular disease? *Surg Endosc.* 1997;11:1021-5.
36. Pugliese R, Di Lerna S, Sansonna F, Scandroglio I, Maggioni D, Ferrari C, *et al.* Laparoscopic treatment of sigmoid diverticulitis: a retrospective review of 103 cases. *Surg Endosc.* 2004;18:1344-8.

ABSTRACT

Acute abdominal affections frequently bring important diagnosis doubts especially related to the surgical approach. It is established that the complication rate for no therapeutic laparotomies ranges from 5 to 20%. The diagnostic laparoscopy is another option to prevent a possible error in choosing ideal therapeutic procedure. This approach has high diagnostic performance that ranges from 83 to 97%. Besides most of patients could be definitively managed by laparoscopy with acceptable complications rates. Appendectomy, duodenal ulcer suture, and gynecological affections have been largely performed by this access.

KEYWORDS: Acute abdomen; Laparoscopy; Surgical treatment.

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 Cirurgões.

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 Cirurgões.

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 Cirurgões.

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
Cirurgões.

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
Cirurgões.

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 Cirurgões.

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
Cirurgões (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
Cirurgões.

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
Cirurgias.

ARTIGO 6: ISQUEMIA MESENTÉRICA

CARLOS EDUARDO VIRGINI-MAGALHÃES

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

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
Cirurgias.

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