

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL

COLECISTITE AGUDA

JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS

FORTALEZA
2018

COLECISTITE AGUDA

ORIENTADOR: DR. JOSÉ EUDES BASTOS PINHO

FORTALEZA

2018

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	4
2. INTRODUÇÃO.....	5
3. OBJETIVOS.....	6
4. METODOLOGIA.....	7
5. RESULTADOS.....	8
6. CONCLUSÃO.....	15
7. REFERÊNCIAS.....	16

RESUMO

INTRODUÇÃO: Colecistite aguda é uma das principais causas de dor abdominal e de procura dos serviços de emergência, sendo mais comum em mulheres. É secundária a colelitíase em 95% dos casos. Pode complicar de diversas formas, apresentando altas taxas de morbimortalidade. Geram impacto econômico significativo, visto que representam importante causa de falta no trabalho. **OBJETIVO:** Orientar acadêmicos e residentes de cirurgia geral quanto a abordagem inicial da colecistite aguda, estabelecendo um fluxograma de cuidado para o serviço de cirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. **METODOLOGIA:** O presente trabalho é parte integrante de um manual organizado pelos concludentes das residências de Cirurgia Geral e Digestiva do HGF em conjunto com preceptores do hospital. Cada capítulo foi baseado em fontes renomadas da literatura cirúrgica mundial bem como artigos científicos recentes. **RESULTADOS:** A colecistite aguda ocorre quando há obstrução do ducto cístico e consequente aumento da pressão intraluminal da vesícula biliar. A consequência disso é o comprometimento da perfusão tecidual, inflamação da vesícula por liberação de fatores inflamatórios, translocação bacteriana e até perfuração. É causa comum de dor abdominal principalmente em mulheres na quarta a sétima décadas de vida. Frequentemente leva o paciente a procurar atendimento em departamentos de emergência cirúrgica e pode apresentar complicações potencialmente graves. Necessita que o tratamento com antibióticos seja iniciado o mais precocemente possível e, caso não haja resposta significativa, a cirurgia de urgência para retirada da vesícula deve ser realizada. A resposta ao tratamento clínico e o tempo de evolução são os principais determinantes na realização da colecistectomia precoce. **CONCLUSÃO:** Pacientes que dão entrada na emergência do Hospital Geral de Fortaleza com quadro de colecistite aguda devem ter seu tratamento iniciado com brevidade e, a depender do tempo de evolução e da resposta ao tratamento clínico, serem submetidos a colecistectomia ainda nesse internamento. O presente trabalho propõe um fluxograma para condução destes pacientes.

INTRODUÇÃO

Colecistite aguda é o termo utilizado para designar a inflamação aguda da vesícula biliar, comumente associada a obstrução do ducto cístico por cálculos ou lama biliar. É uma das apresentações das doenças da via biliar e é secundária a cálculos em aproximadamente 95% dos casos. Ela pode ser litiásica, quando está associada a cálculos, ou alitiásica, uma forma mais grave de apresentação que ocorrem em pacientes graves, como nos que necessitam de suporte intensivo, nas vítimas de grandes queimaduras, nos politraumatizados ou nos pacientes em uso de nutrição parenteral.

A colecistite aguda é a complicação mais comum da colelitíase e frequentemente leva o paciente a procurar o serviço de emergência. É responsável por 3 a 10% dos casos de dor abdominal e é a segunda causa mais frequente de dor abdominal em gestantes, ficando atrás apenas da apendicite.

A presença de cálculo na vesícula biliar é uma das patologias mais prevalentes na população ocidental, particularmente em mulheres na idade reprodutiva. São fatores de risco tanto para a colelitíase quanto para a colecistite: obesidade, consumo de alimentos gordurosos, sexo feminino, gravidez, diabetes mellitus, doença hemolítica, doença de Crohn e cirurgias gástricas. A relação mulher x homem é de 4:1 durante a idade reprodutiva e é mais comum entre a 4ª e 7ª décadas de vida.

Nos casos sintomáticos, a litíase biliar evoluirá para colecistite aguda em aproximadamente 12% dos pacientes, enquanto nos assintomáticos esse taxa é de 3,8%. A mudança do estado assintomático para o sintomático é mais frequente nos três primeiros anos após o diagnóstico. A incidência das complicações varia de 7,2 a 26%. A mortalidade relacionada a colecistite aguda pode chegar a 10% a depender de fatores como idade, comorbidades e tempo até o diagnóstico. Já na forma onde temos necrose de parede com perfuração da vesícula biliar, a mortalidade pode chegar a 25%.

Nessa forma de apresentação da doença calculosa da via biliar temos um quadro de dor mais intensa e persistente, além de náuseas, vômitos e ocasionalmente febre.

Ocorre o acometimento inflamatório da vesícula biliar, gerando edema, congestão, supuração, necrose, gangrena e até perfuração. Assim, pode resultar em infecção secundária, colecistite enfisematosa, íleo biliar e perfuração da vesícula (com sinais de peritonite).

OBJETIVOS

Geral

- Estabelecer um fluxograma de condutas para a abordagem dos casos de colecistite aguda dos pacientes que dão entrada no serviço de emergência do Hospital Geral de Fortaleza.

Específicos

- Definir colecistite aguda e orientar quanto ao diagnóstico e tratamento desta patologia.
- Auxiliar a condução desses pacientes por estudantes de medicina, residentes e médicos em geral.
- Disseminar conhecimentos sobre Emergência Cirúrgica.
- Otimizar o atendimento aos pacientes portadores de colecistite aguda atendidos no setor de emergência do Hospital Geral de Fortaleza.

METODOLOGIA

Este trabalho surgiu como iniciativa por parte dos concludentes das Residências de Cirurgia Geral e Cirurgia Digestiva do Hospital Geral de Fortaleza, bem como de cirurgiões egressos da residência de Cirurgia Geral deste Hospital, com o objetivo de formar um Manual para orientar a propedêutica inicial ao Abdome Agudo na Emergência do Hospital Geral de Fortaleza.

O Manual é composto por 14 capítulos distribuídos entre os concludentes. Foram elencados os principais temas referentes a doenças prevalentes dentre os pacientes admitidos na Emergência do Hospital Geral de Fortaleza. O presente capítulo foca na abordagem da Colecistite Aguda.

Foram utilizados tanto fontes consagradas da literatura médica cirúrgica, quanto artigos recentes e guias de condutas para colecistite aguda, de forma a permitir um embasamento teórico e impedir que possíveis vícios da prática diária pudessem contaminar o texto do capítulo.

Após a escrita do esboço inicial, todos os participantes enviaram seus textos para uma revisão inicial realizada por um dos membros, encarregado da organização e estruturação do livro. Foram dadas orientações de forma a homogeneizar a composição dos capítulos e direcionar a escrita para os objetivos do Manual.

Após a primeira revisão, os autores receberam os capítulos de volta com sugestões. Uma vez realizadas as alterações sugeridas, os textos foram enviados para a apreciação dos revisores específicos de cada tema, escolhidos dentre os preceptores das residências envolvidas. Uma vez concluída a segunda revisão, essa versão do texto foi enviada para revisão ortográfica, diagramação e demais trâmites envolvidos no processo de publicação.

RESULTADOS

O texto a seguir apresenta a versão final do capítulo em questão.

Colecistite Aguda

Introdução

Colecistite aguda é o termo utilizado para designar a inflamação aguda da vesícula biliar, comumente associada a obstrução do ducto cístico por cálculos ou lama biliar. É uma das apresentações das doenças da via biliar e é secundária a cálculos em aproximadamente 95% dos casos. Ela pode ser litiásica, quando está associada a cálculos, ou alitiásica, uma forma mais grave de apresentação em paciente graves, como os que necessitam de suporte intensivo, as vítimas de grandes queimaduras, os politraumatizados ou os que utilizam nutrição parenteral.

A colecistite aguda é a complicação mais comum da colelitíase e frequentemente leva o paciente a procurar o serviço de emergência. É responsável por 3 a 10% dos casos de dor abdominal e é a segunda causa mais frequente de dor abdominal em gestantes, ficando atrás apenas da apendicite.

Nessa forma de apresentação da doença calculosa da via biliar, temos um quadro de dor mais intensa e persistente, além de náuseas, vômitos e ocasionalmente febre.

Existe o acometimento inflamatório da vesícula biliar, ocasionando edema, congestão, supuração, necrose, gangrena e até perfuração. Assim, pode resultar em infecção secundária, colecistite enfisematosa, íleo biliar e perfuração da vesícula (com sinais de peritonite).

Epidemiologia

A presença de cálculo na vesícula biliar é uma das patologias mais prevalentes na população ocidental, particularmente em mulheres na idade reprodutiva. São fatores de risco para a colelitíase: obesidade, consumo de alimentos gordurosos, sexo feminino, gravidez, diabetes mellitus, doença hemolítica, doença de Crohn e cirurgias gástricas. A relação mulher x homem é de 4:1 durante a idade reprodutiva e é mais comum entre a 4ª e 7ª décadas de vida.

Devido a íntima relação entre a colelitíase e a colecistite, esta última tem maior incidência nas populações onde a litíase biliar é mais prevalente. A colecistite aguda é mais frequente em mulheres (3:1), principalmente na idade reprodutiva e nas que apresentam obesidade.

Outros fatores de risco são terapia de reposição hormonal, hipertrigliceridemia, cirurgia bariátrica, anemia falciforme, perda de peso rápida e neoplasia de vesícula. No entanto, na colecistite alitiásica, o sexo masculino é mais afetado na proporção de 2 a 3:1.

A obesidade e a perda de peso são fatores isolados para colelitíase e colecistite, tanto em homens quanto em mulheres.

Nos casos sintomáticos, a litíase biliar evoluirá para colecistite aguda em aproximadamente 12% dos pacientes, enquanto nos assintomáticos essa taxa é de 3,8%. A mudança do estado assintomático para o sintomático é mais frequente nos três primeiros anos após o diagnóstico. A incidência das complicações varia de 7,2 a 26%. A mortalidade relacionada a colecistite aguda pode chegar a 10% a depender de fatores como idade, comorbidades e tempo

até o diagnóstico. Já na forma onde temos necrose de parede com perfuração da vesícula biliar, a mortalidade pode chegar a 25%.

Anatomia

A via biliar extra-hepática é formada pela junção dos ductos hepáticos direito e esquerdo, formando o ducto hepático comum (fig. 1). Após a união com o ducto cístico, este passa a ser denominado colédoco, estendendo-se até a papila de Vater e esvaziando no duodeno. O colédoco possui de 5 a 9 cm de comprimento.

A vesícula biliar funciona como um reservatório de bile e comunica-se com a via biliar principal através do ducto cístico. Possui fundo, corpo, infundíbulo e colo que se afila para formar o ducto cístico. Pode ter de 7 a 10 cm de comprimento e tem capacidade aproximada de 30 a 60 ml. Localiza-se na face inferior do fígado. Já o ducto cístico varia de 1 a 5 cm de comprimento e 3 a 7 mm de diâmetro.

A perfusão da vesícula biliar é mantida principalmente por uma artéria cística única, mas em 12% dos pacientes podemos identificar uma artéria cística dupla. Esta pode ter origem nas artérias hepática esquerda, hepática comum, gastroduodenal ou mesentérica superior. A artéria cística divide-se em ramos superficial e profundo antes de entrar na vesícula biliar.

O ducto hepático comum, o ducto cístico e a borda inferior do fígado definem os limites do triângulo de Calot, importante referencia anatômica durante a realização da colecistectomia. Localizadas no interior desse triângulo encontra-se a artéria cística, a artéria hepática direita e o linfonodo do ducto cístico.

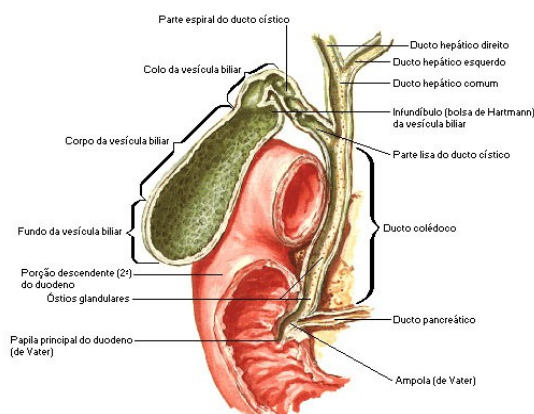


Fig. 1

Fisiopatologia

A colecistite aguda tem íntima relação com a litíase biliar pois está associada à presença de cálculo em aproximadamente 95% dos casos. O quadro tem início com a obstrução do ducto cístico, desencadeando uma cascata de eventos subsequentes. Com o objetivo de vencer a obstrução, a vesícula contrai-se, causando dor em cólica. Caso a obstrução seja mantida, haverá distensão da vesícula com inflamação e edema de parede, levando a formação de líquido pericolecístico. Comumente, o cálculo será deslocado pela contração da vesícula e a obstrução será desfeita. Nesse caso, o processo inflamatório

regredirá. No entanto, caso a obstrução permaneça, estaremos frente às formas complicadas da doença. Haverá isquemia e necrose da parede, podendo haver proliferação bacteriana em 80% das situações. A *Escherichia coli* é o microrganismo mais comum.

Em termos patológicos, a colecistite pode ser classificada em edematosa (2 a 4 dias de evolução), necrotizante (3 a 6 dias) ou supurativa (7 a 10 dias). Ela também pode ser classificada em alitiásica (quando não identificamos litíase como fator desencadeador), xantogranulomatosa ou enfisematosa.

A forma alitiásica ocorre em aproximadamente 5% dos casos e tem pior prognóstico. Esta forma é multifatorial na sua etiologia e envolve mediadores inflamatórios, isquemia tecidual e estase biliar. A necrose da parede da vesícula é um evento comum e a mortalidade pode chegar a 66%. Esta alta mortalidade está associada ao diagnóstico tardio e com as comorbidades associadas. Ocorre mais frequentemente em vítimas de grandes queimaduras, politraumatizados, além de pacientes com sepse, com regime de cuidados intensivos, em imunodeprimidos, em diabéticos, em jejum prolongado ou em nutrição parenteral. Pode, ainda, estar associada à infecção pela *Salmonella typhi*. Nos países asiáticos, a ascariíase é uma das principais causas de colecistite alitiásica.

Na forma xantogranulomatosa, há o espessamento xantogranulomatoso da parede vesicular. Na forma enfisematosa, existe ar na parede da vesícula biliar, devido à infecção por bactérias anaeróbias produtoras de gás, incluindo o *Clostridium perfringens*. A evolução para sepse é precoce. Esta apresentação é mais comum em diabéticos.

No que diz respeito às complicações, podemos ter perfuração (resultado da isquemia e necrose da parede), empiema (pus no interior da vesícula), peritonite biliar (secundária a rotura da vesícula com extravasamento de bile para a cavidade abdominal), abscesso pericolecístico, fístula bilioentérica (comunicação entre a vesícula e o duodeno), íleo biliar (secundário à migração de um cálculo volumoso através de uma fístula bilioentérica e obstrução da válvula ileocecal) e síndrome de Mirizzi (compressão extrínseca da via biliar por um cálculo impactado no ducto cístico com ou sem formação de fístula).

Quadro Clínico

A apresentação clínica da colecistite aguda é dor em hipocôndrio direito ou em região epigástrica, predominantemente em cólicas, de intensidade ascendente. O paciente relata dor de duração mais prolongada que os episódios prévios de cólica biliar (70% dos pacientes com colecistite aguda referem sintomas prévios de cólica biliar). Essa dor pode ser referida no ombro direito e irradiar-se para o dorso. Frequentemente relacionada à ingestão de alimentos e ao período de início a noite, estando associada à náuseas, vômitos, anorexia e, ocasionalmente, febre. Em idosos, a única manifestação pode ser alteração do estado mental. A icterícia ocorre em 20% das vezes e sugere a presença de um cálculo na via biliar principal ou uma compressão extrínseca (síndrome de Mirizzi). Quando a dor localiza-se difusamente no abdômen, suspeitamos de colecistite aguda perfurada com extravasamento de bile para a cavidade peritoneal.

Exame Físico

Habitualmente, o doente apresenta-se com queda do estado geral, fácies de dor e febre. Podemos observar, ainda, icterícia em uma pequena parcela dos casos, estando esta associada às complicações da colecistite. Identificamos no exame físico uma maior sensibilidade no quadrante superior direito do abdômen e dor a palpação desta topografia. Pode estar presente defesa abdominal localizada ou generalizada quando estamos frente a quadros complicados. Nesses casos, podemos identificar também defesa abdominal e rigidez. Na cólica biliar, a irritação peritoneal está ausente. Ocasionalmente, podemos palpar também uma vesícula biliar distendida ou um plastrão sobre a mesma. Devemos sempre pesquisar pelo clássico sinal de Murphy, que é a suspensão da inspiração por dor durante a compressão abaixo do rebordo costal direito. Este sinal é bastante útil na prática para diferenciarmos a cólica biliar da colecistite aguda. Ele tem uma alta especificidade e quando presente é muito sugestivo de colecistite. No entanto, possui uma baixa sensibilidade e não podemos excluir essa patologia na ausência deste sinal. Devemos também pesquisar icterícia e tentar quantificar pelo exame físico.

O sinal de Courvoisier é classicamente descrito como uma vesícula distendida, palpável e indolor em um paciente com icterícia. Normalmente está associada com quadros neoplásicos, mas pode ser encontrada em obstruções da via biliar principal por cálculos. Podemos encontrar também o sinal de Boas, que é a presença de hiperestesia na região infraescapular direita.

Exames Laboratoriais

É comum encontramos leucocitose discreta acompanhada da elevação da proteína C reativa. Podemos encontrar também aumento da bilirrubina às custas da direta (maior que 4mg/dl), transaminases e enzimas canaliculares (fosfatase alcalina e gama-glutamiltanspeptidase). A elevação da amilase sugere pancreatite biliar concomitante ou colecistite gangrenosa. O aumento das transaminases e da fosfatase alcalina não são diagnóstico de colecistite, mas sugerem complicações, como a coledocolitíase. A realização de hemocultura não é rotineira na colecistite leve.

Exames de Imagens

A ultrassonografia é o exame de imagem de escolha para o diagnóstico da colecistite aguda, com elevada sensibilidade e especificidade. É bastante preciso na identificação de cálculos biliares e pode mostrar também espessamento da parede vesicular (≥ 4 mm), líquido pericolecístico, distensão da vesícula (maior eixo superior a 8 cm ou menor eixo superior a 4 cm), cálculo impactado no infundíbulo e sinal de Murphy ultrassonográfico. Todos esses são sinais diretos de edema e inflamação da vesícula biliar.

A tomografia frequentemente é utilizada para investigação dos pacientes com dor abdominal na emergência. Ela pode identificar alguns desses sinais inflamatórios da vesícula, mas é menos sensível do que o ultrassom para a colecistite aguda.

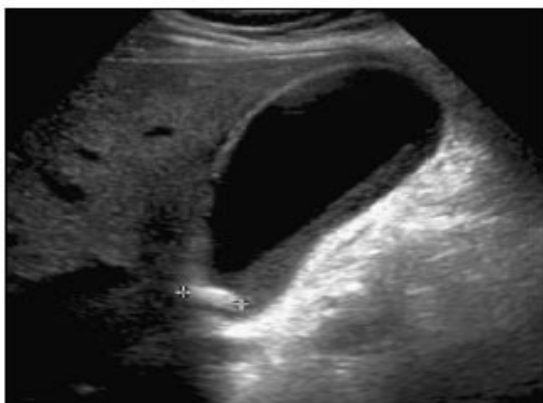


Fig 2. Espessamento da parede da vesícula biliar com presença de líquido pericolecístico.



Fig 3. Imagens hiperecogênicas, móveis, com sombra acústica posterior, correspondendo a cálculos.

Diagnóstico Diferencial

A colecistite aguda implica em diagnóstico diferencial com inúmeras outras patologias que levam ao quadro de abdômen agudo, dentre elas apendicite aguda, perfuração de úlcera péptica, pancreatite aguda, pielonefrite, pneumonia da base direita, infarto agudo do miocárdio, colangite, isquemia mesentérica, hepatite e abscesso hepático.

Segundo as Diretrizes de Tóquio, para fazermos o diagnóstico de colecistite aguda, precisamos da evidência de pelo menos um sinal de inflamação local da vesícula biliar (sinal de Murphy, dor em hipocôndrio direito ou massa palpável) associado a um sinal de acometimento sistêmico (febre, leucocitose ou elevação da PCR). Dessa forma, haverá forte suspeição de um quadro de colecistite aguda.

O diagnóstico definitivo requer a presença desses critérios associados a achados característicos de colecistite em exames de imagem. Podemos encontrar na ultrassonografia uma vesícula distendida, com espessamento das paredes, líquido pericolecístico, presença de cálculos e o sinal de Murphy ultrassonográfico. Outro exame de imagem que pode ser utilizado é a tomografia computadorizada e a cintilografia hepatobiliar (ausência de enchimento da vesícula biliar no prazo de 60 minutos). No entanto, com base em revisão sistemática, a impressão diagnóstica de um médico experiente parece ser mais preciso que qualquer componente isolado da anamnese, exame físico ou laboratorial. O exame patológico da vesícula é o padrão-ouro para o diagnóstico.

Tratamento

O manejo inicial da colecistite aguda inclui a prescrição de dieta zero, hidratação venosa com reposição hidroeletrólítica, analgesia e antibioticoterapia. O uso de antibióticos deve ter o objetivo de cobrir principalmente agentes aeróbios gram-negativos e também anaeróbios.

A escolha do antibiótico dependerá da gravidade dos sintomas e se o paciente encontrava-se ou não hospitalizado. Para aqueles pacientes com quadro leve a moderado provenientes da comunidade, sugere-se o início de regime empírico com cefazolina, cefuroxima ou ceftriaxone. Para os casos graves ou em pacientes internados, sugere-se o uso de metronidazol associado a um beta-lactâmico (cefepime ou ceftazidime). Se o paciente tiver contra-indicação aos beta-lactâmicos, substituir por uma fluorquinolona (ciprofloxacina ou levofloxacina). Outra opção seria a monoterapia com meropenem, imipenem ou piperacilina-tazobactam. Caso o paciente realize a colecistectomia, manter o antibiótico por pelo menos 24 horas após o procedimento. No entanto, naqueles casos de maior gravidade ou associados a complicações, deve-se manter um curso mais longo de antibioticoterapia por 4 a 7 dias após a colecistectomia e até que o paciente esteja afebril, sem leucocitose e sem sinais de peritonite. Caso haja persistência de fator obstrutivo ou cálculo residual na via biliar, manter o antibiótico até que esta complicação tenha sido resolvida.

Após isso, deve-se proceder a colecistectomia precoce por ser o tratamento definitivo para a colecistite aguda. Preferencialmente, a cirurgia deve ser realizada em até 72 horas após o início do sintomas, pela via laparoscópica, sem haver aumento da taxa de conversão ou de complicações. A colecistectomia precoce está associada a um tempo de internamento mais curto e a um mais breve retorno às atividades cotidianas.

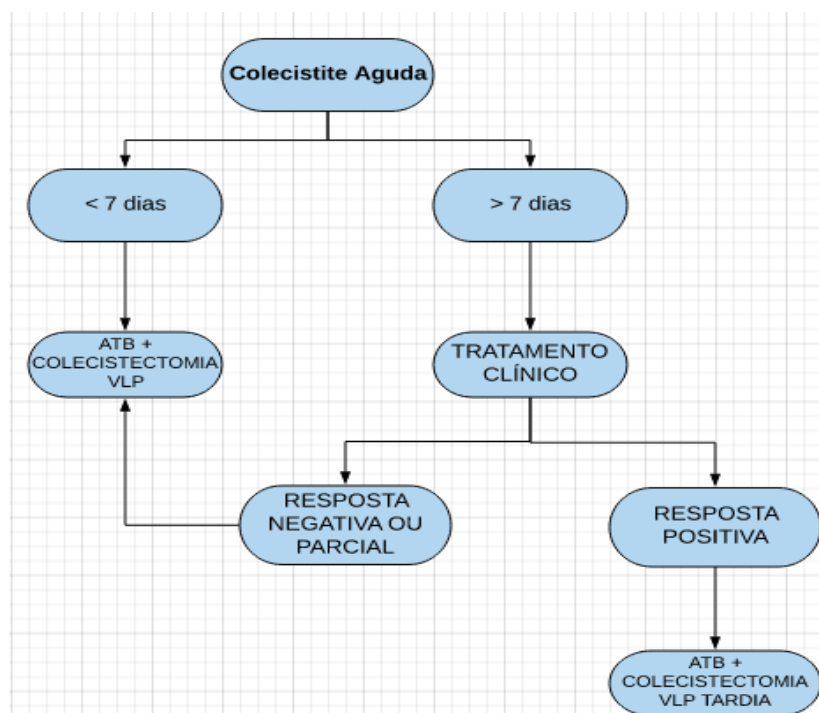
Pode optar-se pela cirurgia após 6 semanas do início do quadro (colecistectomia tardia), mas alguns trabalhos mostram menor índice de morbidade e recuperação mais breve quando realizada precocemente. Quando decide-se pelo manejo clínico inicial com cirurgia tardia, em 20% dos casos, o paciente necessitará de cirurgia antes do prazo estipulado, aumentando a chance de conversão da via laparoscópica para a aberta e risco de lesão de via biliar.

Novos trabalhos tem demonstrado que a janela para realização da colecistectomia precoce pode ser estendida de 72 horas para até sete dias após o início da dor sem haver aumento da morbimortalidade ou das lesões de via biliar. Esse fato é de grande valor, não só para os pacientes do Hospital Geral de Fortaleza com quadro de colecistite aguda, mas também para os demais serviços públicos do país. Devido a grande fila de espera para realização de colecistectomia eletiva, os pacientes tem enfrentado dificuldade na realização do procedimento de forma tardia. Dessa forma, não é incomum esses pacientes complicarem com novos quadros de colecistite, pancreatite biliar ou coledocolitíase, entre outras. Assim, propomos que os pacientes que dêem entrada no serviço de emergência do HGF com quadro de colecistite aguda sejam operados de forma precoce utilizando a janela de até sete dias do início da dor, caso suas condições clínicas permitirem. Essa cirurgia deve preferencialmente ser realizada por via laparoscópica.

Naqueles pacientes que se apresentam com quadros graves e com sinais de disfunção de órgãos, deve-se proceder a drenagem percutânea da vesícula biliar guiada por exames de imagem (colecistostomia percutânea transhepática) até que ele possa ser submetido a colecistectomia. Esta drenagem é realizada com anestesia local e com pouca repercussão sistêmica. Nos dias atuais, a colecistectomia videolaparoscopia é o padrão-ouro para a extração da vesícula biliar, com trabalhos mostrando menor mortalidade, tempo de internação hospitalar e tempo de afastamento das atividades trabalhistas. A taxa de conversão para a via aberta é mais alta na colecistite aguda (30%) que na colelitíase sintomática (5%).

CONCLUSÃO

A confecção do capítulo permitiu a organização do seguinte fluxograma



de condutas para abordagem da colecistite aguda no departamento de emergência do Hospital Geral de Fortaleza.

Considerações:

1. O diagnóstico de colecistite aguda deve contemplar um sinal local de inflamação da vesícula biliar (dor ou massa palpável em hipocôndrio direito ou Murphy positivo) associado a um sinal de repercussão sistêmica (febre, leucocitose ou elevação da PCR). O exame de imagem auxilia no diagnóstico mas não é obrigatório para o mesmo.
2. O tratamento clínico deve incluir dieta zero, hidratação venosa com reposição hidroeletrólítica, analgesia e antibioticoterapia.
3. Resposta negativa ou parcial é aquela que há persistência da dor após 48 horas de antibioticoterapia ou piora do quadro clínico.
4. Deve-se respeitar as indicações de estudo da via biliar no pré ou no intra-operatório.
5. Deve-se respeitar as indicações de drenagem endoscópica da via biliar.

6. Naqueles pacientes com quadro grave e sem condições de cirurgia, deve-se realizar a drenagem percutânea da vesícula biliar e posteriormente a colecistectomia videolaparoscópica.
7. É importante que aqueles pacientes que serão submetidos a colecistectomia tardia concluam o tratamento com antibióticos (o período dependerá da gravidade e da presença de complicações) e recebam alta já com a consulta ambulatorial agendada para que não se perca o seguimento.

REFERÊNCIAS

1. Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice, 19th edition, 2012 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. Section 10, chapter 46 page 1114.
2. Zollinger RM, Ellison EC. *Zollinger Atlas de Cirurgia*. 9ª edição. Editora Guanabara Koogan LTDA. 2012.
3. SANKARANKUTTY, Ajith et al. Colecistite aguda não-complicada: colecistectomia laparoscópica precoce ou tardia?. *Rev. Col. Bras. Cir.* [online]. 2012, vol.39, n.5 [cited 2018-01-31], pp.436-440.
4. Andrade, Jose Ivan de, et al. "Colecistite aguda tratada por operação precoce e retardada: Estudo prospectivo e randomizado." *Rev Col Bras Cir* 18.2 (1991): 42-6
5. Maya, Maria Cristina, et al. "Colecistite aguda: diagnóstico e tratamento." *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* 8.1 (2009).
6. Nunes, Emeline Caldana, Roger dos Santos Rosa, and Ronaldo Bordin. "Hospitalizations for cholecystitis and cholelithiasis in the state of Rio grande do Sul, Brazil." *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)* 29.2 (2016): 77-80.
7. Torres, Orlando Jorge Martins, et al. "Colecistectomia videolaparoscópica: análise dos 65 casos iniciais." *Rev. Col. Bras. Cir* 22.1 (1995): 45-7.
8. Larrachea, H., et al. "Colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda." *Rev. chil. Cir* 47.4 (1995): 371-5.
9. Castro, Felipe, Juliana Galindo, and Mónica Bejarano. "Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia." *Revista Colombiana de Cirugía* 23.1 (2008).
10. Janikow, Christian, et al. "USEFUL OF TOKYO GUIDELINES IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE CHOLECYSTITIS. ANATOMO-pATHOLOGIE CORRRELATIONSHIp." *revista de la Facultad de Ciencias médicas* 74.2 (2017): 88-92.
11. López, Javier, et al. "Resolución quirúrgica de la colecistitis aguda. ¿ Influye el tiempo de evolución?." *Revista chilena de cirugia* 69.2 (2017): 129-134.
12. FELÍCIO, Saulo José Oliveira, et al. "MORTALITY OF URGENCY VERSUS ELECTIVE VIDEOLAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

FOR ACUTE CHOLECYSTITIS." *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*30.1 (2017): 47-50.