

ABDOMINE AGUDO GINECOLÓGICO

MARCO AURELIO P. DE OLIVEIRA

LUIZ AUGUSTO H. MELKI

RITA DE CÁSSIA S. TAVARES

RESUMO

O objetivo deste artigo é esclarecer as principais causas e as condutas adequadas quando o médico é confrontado com um abdome agudo em um paciente do sexo feminino. Nesse cenário, a etiologia pode incluir principalmente causas gastrointestinais, urológicas, ginecológicas ou obstétricas. Esta revisão enfoca as causas ginecológicas, embora muitos achados no exame físico destas pacientes também possam estar presentes na apendicite, linfadenite mesentérica, cistite ou cálculos renais. Cada seção detalha uma causa comum de emergência ginecológica, compreendendo o diagnóstico diferencial, os sinais e sintomas, os resultados laboratoriais, os exames radiográficos e as opções de tratamento. Os tópicos abordados são a gravidez ectópica, torção anexial e abscesso tubo-ovariano.

PALAVRAS-CHAVE: *Abdome agudo; Emergência ginecológica; Prenhez ectópica; Torção anexial; Abscesso tubo-ovariano.*

INTRODUÇÃO

O abdome agudo ginecológico é caracterizado por dor abdominal súbita e aguda de causa ginecológica, causada por irritação peritoneal, que pode levar ao quadro de choque. Acomete principalmente as mulheres jovens em idade reprodutiva, sendo de fundamental importância a preservação da integridade pélvica nestes casos.

O quadro clínico, muitas vezes, está associado a náuseas e/ou vômitos, dor referida no ombro e, menos frequentemente, quadros diarreicos. O exame físico frequentemente mostra dor à palpação no andar inferior do abdome e/ou dor à mobilização do colo do útero.

CLASSIFICAÇÃO

Hemorrágico -- Gravidez Ectópica
Infeccioso/inflamatório -- Doença Inflamatória Pélvica
Isquêmico -- Torção de anexos

ETIOPATOGENIA

Tem grande importância prática considerar as causas etiopatogênicas determinantes do abdome agudo ginecológico tal como apresentadas na Tabela 1.

HEMORRÁGICO

A principal causa de abdome agudo hemorrágico em ginecologia é a gravidez ectópica (GE), sendo os cistos ovarianos rotos a segunda maior causa.

GRAVIDEZ ECTÓPICA (GE)

Conceitua-se como GE, a implantação do ovo fertilizado fora da cavidade uterina. A trompa é a localização mais frequente da GE a tal ponto que é considerada sinônimo dessa afecção. A frequência da prenhez tubárica (PT), segundo as estatísticas, varia de 70,3% a 99,4%, sendo o terço externo da trompa o mais comprometido (58,5%), de acordo com Benzecry, Molmenti e Ruiz¹ (1972). Ainda segundo esses autores, a prenhez ovariana pode ocorrer em 1% a 3% das gestações ectópicas, e a prenhez abdominal é de observação muito rara.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico precoce está diretamente relacionado a uma abordagem terapêutica mais conservadora. Dor abdominal, amenorreia e sangramento vaginal irregular são os sintomas

TABELA 1. CAUSAS DE 768 CASOS DE ABDOME GINECOLÓGICO CIRÚRGICO¹.

Causas	Nº
Prenhez ectópica	97,9
Torsão de tumores ovarianos	88,7
Hemorragia ovariana	91,5
Processos inflamatórios*	95,8
Perfuração simples do útero	83,7
Perfuração complicada do útero	96,7
Torção de anexos	96,4
Torção de mioma e útero	96,6

*PIOSSALPINGE, ABSCESSO TUBO-OVARIANO, ABSCESSO OVARIANO

prevalentes². Ao exame físico, os achados mais comuns incluem sensibilidade anexial ipsilateral, dor abdominal e massa anexial³. A massa anexial pode apresentar-se dolorosa à palpação; ademais, pode-se observar dor à mobilização do colo do útero, sangramento escuro na luva e exame beta-hCG positivo. No caso de rotura, associam-se ao quadro sinais de irritação peritoneal com dor difusa no abdome e dor intensa ao toque (grito de Douglas), chegando a quadro de choque hipovolêmico. Uma sinopse dos principais sinais de GE e respectivas taxas em que aparecem⁴ são mostrados na Tabela 2.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Em pacientes clinicamente estáveis, pode ser útil acompanhá-las com avaliação hormonal e ultrassonografia para esclarecimento diagnóstico.

- Dosagem do beta-hCG: estudos têm mostrado que 85% das gestações normais apresentam aumento de dosagem do beta-hCG de 66% ou mais em 48 horas; ao contrário, somente 13% das GE mostram elevações que excedem 66%⁵. Aumento de 1000mIU/mL em dois dias tem sido usado para diferenciar gestação normal de GE com valor preditivo de 90%, sensibilidade de 86% e especificidade de 93%^{6,7}. Progesterona sérica, que se apresenta em níveis baixos, não diferencia gravidez ectópica da gravidez intrauterina inviável.

- A ultrassonografia (US) é considerada, atualmente, o padrão ouro no diagnóstico. O saco gestacional pode ser identificado

TABELA 2. SINAIS DE GESTAÇÃO ECTÓPICA.

Sinais	Nº
Sensibilidade anexial	97,9
Sensibilidade abdominal	88,7
Massa anexial	91,5
Aumento uterino	95,8
Alterações ortostáticas	83,7
Febre	96,7

pela US endovaginal na terceira semana após a concepção ou quinta semana após a última menstruação e, neste período, deverá apresentar diâmetro médio de 8mm. A ausência de saco gestacional intrauterino neste período associada ao teste de gravidez positivo, à presença de líquido livre em fundo de saco e à massa pélvica anormal é bastante sugestivo de gravidez ectópica. US associada às dosagens séricas do beta-hCG e da progesterona permite o diagnóstico da gravidez ectópica na grande maioria dos casos.

Segundo McWilliams *et al*⁴, embora a ultrassonografia possa minimizar a necessidade de culdocentese, este procedimento simples pode ser usado na triagem de pacientes que necessitam de intervenção cirúrgica. Aspiração de sangue não coagulável evidencia alta probabilidade de prenhez ectópica.

TRATAMENTO

Clínico: Indicado nos casos diagnosticados de PE íntegra, com dosagem de beta-HCG até 5000 mU/ml e saco gestacional até 3,5cm.

Droga utilizada: Metotrexato (IM ou local) na dose de 50 mg/m² IM em dose única.

Cirúrgico: Atualmente só não se recorrem ao tratamento cirúrgico via laparoscópica os casos em que há instabilidade hemodinâmica da paciente, indisponibilidade do equipamento de videolaparoscopia ou casos em que não há cirurgião habilitado para realizar a laparoscopia. A conversão de laparoscopia para laparotomia deve ser considerada nas seguintes situações:

- a) se a paciente se tornar hemodinamicamente instável;
- b) falha do equipamento ou instrumental laparoscópico;
- c) problemas para visão adequada do campo cirúrgico (p.ex. falha na remoção dos coágulos).

Salpingectomia: a mais utilizada.

Indicações:

paciente com prole constituída;

gravidez ectópica após falha na esterilização;
recidiva de gravidez ectópica
grandes distorções anatômicas
sangramento incontrolável.

Técnica:

Com a paciente em posição de semilitotomia, sob anestesia geral.

Colocação do manipulador uterino.

Punção de 10mm em cicatriz umbilical e duas punções de 5 ou 10mm (fossa ilíaca direita e esquerda).

Abordagem do anexo acometido realizando a ressecção de maneira retrógrada do istmo para as fímbrias.

Apreendendo e tracionando pela região ístmica e ressecando com pinça bipolar e tesoura até a liberação gradativa da trompa do lado da fímbria.

Ressecção Segmentar

Indicação: No caso de implantação ovular na região ístmica.

Técnica:

Obedecendo aos mesmos tempos descritos anteriormente, resseca-se somente a região acometida, realizando hemostasia rigorosa e reanastomose imediata ou tardia, em segundo tempo.

Expressão Fimbrial

Indicações: No caso de implantação próxima à região da fímbria.

Técnica:

Obedecendo novamente aos mesmos tempos anteriormente descritos, faz-se uma ordenha delicada com pinça de apreensão no terço final da trompa. Completa-se com hidrodissecção para finalizar a retirada dos resíduos embrionários ou coágulos e completa limpeza intraluminal.

Salpingostomia Linear

Indicações: Quando se deseja manter o futuro reprodutivo.

Técnica:

Realizado por meio de incisão longitudinal, procurando-se o local de maior distensão da trompa, na borda antimesentérica, incisão com

energia mono, bipolar ou *laser*.

Deve-se evitar cauterização desnecessária e, preferencialmente, utilizar a hidrodissecção.

Retira-se o material descolado com pinça de apreensão e/ou aspirador.

Lavagem e aspiração de todo resíduo embrionário ou coágulos se faz imprescindível.

INFLAMATÓRIO E/OU INFECCIOSO

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Moléstia que significa qualquer processo infeccioso que envolve o trato genital superior compreendendo: salpingite, anexite, parametrite, ooforite, salpingo-ooforite, endometrite ou abscesso tubo-ovariano.

ETIOPATOGENIA

A maior causa de DIP é por ascensão bacteriana a partir de contaminação vaginal através do canal endocervical. É comum o início do quadro coincidir com o período menstrual pelas alterações próprias deste período:

- alteração do pH vaginal;
- perda do tampão mucoso natural;
- diminuição da espessura do endométrio;
- contrações uterinas próprias que impulsionam os micro-organismos em direção à

tuba uterina.

Os agentes patogênicos normalmente envolvidos são *Chlamydia tracomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma ureoliticum*, e há, na maioria das vezes, história clínica de vulvovaginite prévia.

A complicação mais comum é o abscesso tubo-ovariano, que acomete 19% dos casos de DIP. Pode evoluir para quadro de pelviperitonite, alcançando o andar superior do abdome, o que pode causar a peri-hepatite (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis).

Os processos inflamatórios pélvicos ou abscessos tubo-ovarianos são os responsáveis por 30% a 40% dos casos de infertilidade primária pela evolução com obstrução tubária ou formação de aderências pélvicas.

DIAGNÓSTICO

Alguns critérios são necessários para instituir o diagnóstico de DIP, tendo em vista que podemos nos deparar com quadros imprecisos, com sintomas leves que mascaram a gravidade do quadro. Segundo Hager *et al.*⁸ (1983), o diagnóstico clínico da DIP baseia-se em três achados principais (critérios *major*) e outros critérios adicionais (critérios *minor*) que podem ser clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos, conforme mostrados no Quadro 1.

QUADRO 1. CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DIP⁸.

Critérios obrigatórios
1 Dor pélvica referida à palpação
2 Dor anexial
3 Dor à mobilização cervical
Critérios adicionais
1 Temperatura acima de 38°C.
2 Leucocitose > 10.500 / mm ³ .
3 Secreção vaginal purulenta, com odor característico ao exame especular e grande quantidade de leucócitos na microscopia.
4 Velocidade de hemossedimentação > 15 mm/h.
5 Aumento da proteína C reativa.
6 Material purulento evidenciado por culdocentese ou laparoscopia.
7 Cultura do material positiva para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i> .
8 Massa inflamatória observada por exame físico ou ultrassonográfico.

A ultrassonografia nem sempre auxilia no diagnóstico, podendo revelar somente espessamento anexial e presença de líquido livre em fundo de saco de Douglas ou perianexial. Quando já se instalou o abscesso tubo-ovariano, é possível se identificar massa com alto grau de suspeição, auxiliando, sobremaneira, o diagnóstico nestes casos, além de ser de extrema utilidade no diagnóstico diferencial. Tomografia computadorizada e ressonância magnética podem ser importantes no diagnóstico diferencial com apendicite aguda. A videolaparoscopia é considerada o padrão ouro no diagnóstico e condução destes casos.

Embora alguns casos de DIP leve possam ser tratados em regime ambulatorial, algumas situações indicam a internação da paciente⁹:

- presença de massa complexa ou abscesso tubo-ovariano;
- gravidez;
- toda paciente adolescente;
- imunodeficiência;
- diagnóstico incerto e emergência cirúrgica;
- sintomas gastrointestinais (náuseas e vômitos);
- história de procedimentos operatórios ou diagnósticos;
- resposta inadequada à terapia ambulatorial;
- peritonite nos quadrantes superiores;
- presença de DIU.

Diagnóstico diferencial:

- cisto de ovário roto;
- gravidez ectópica;
- cólica nefrética;
- torção anexial;
- diverticulite.

Indicações da laparoscopia:

- Diagnóstico definitivo do quadro infeccioso;
- Coleta de material para confirmação laboratorial;

- Tratamento das coleções purulentas associadas;
- Liberação das aderências com melhora do prognóstico reprodutivo.

Vantagens:

- Possibilita melhor visualização de toda a cavidade peritoneal, permitindo avaliação da extensão da doença;
- Permite coleta de material para diagnóstico definitivo;
- Menores efeitos deletérios sobre os órgãos pélvicos;
- Possibilita o tratamento precoce.

Técnica:

- Segue os mesmos princípios de uma laparoscopia diagnóstica em relação ao posicionamento da paciente, anestesia, sondagem vesical. Cuidado especial na colocação do manipulador uterino pela maior friabilidade tecidual;
 - Evitar a posição de Trendelenburg até a aspiração da cavidade;
 - Inventário da cavidade conforme procedimento padrão;
 - Coleta de material para exame bacteriológico;
 - Aspiração de coleções livres;
 - Punção e aspiração de eventuais abscessos com lavagem abundante da cavidade com solução isotônica aquecida;
 - Retirada de tecidos necróticos, quando houver;
 - Lise das aderências, quando houver;
 - Hemostasia com corrente bipolar, quando necessário;
 - Inspeção cuidadosa dos espaços subfrênicos com aspiração das secreções ali acumuladas;
 - Dreno, caso necessário, podendo-se utilizar os orifícios das punções acessórias.
- Controle e acompanhamento
- Não há consenso da necessidade de realização de *second look* após a abordagem cirúrgica.
 - O uso de antibiótico, preferencialmente durante 15 dias, baseando-se na cultura e no antibiograma.
 - Orienta-se para abstinência sexual, tratamento do parceiro e retirada imediata do DIU se presente.

ISQUÊMICO

TORÇÃO ANEXIAL

Comprovadamente uma das causas de abdome agudo ginecológico, sendo a causa de aproximadamente 3% das cirurgias ginecológicas de urgência.

EPIDEMIOLOGIA

Acomete geralmente as mulheres jovens, em idade fértil, mais frequentemente unilateral, com preferência pelo lado direito. O lado esquerdo da pelve é ocupado pelo sigmoide e o lado direito apresenta o ceco com pouca mobilidade, o que favorece a torção do anexo deste lado.

ETIOPATOGENIA

Qualquer fator que leve ao aumento de volume anexial pode ser a causa de torção do pedículo do mesmo. Acomete menos frequentemente órgãos normais (18%). O risco de torção é maior quando o tumor mede aproximadamente de 8 a 12cm¹⁰. Na maioria das vezes, acomete ovário e tuba, podendo envolver menos frequentemente somente a tuba – geralmente associado a um mesossalpinge longo, tortuosidade tubária, hidrossalpinge, tumores tubários, ligadura tubária prévia, gravidez, aderências ou cistos para tubários de mais de 2cm.

O peso do tumor e o crescimento lento favorecem a formação de pedículo longo, facilitando assim a torção.

A ligadura tubária pode ser uma causa, pelo estreitamento localizado e diminuição da mobilidade no local da ligadura, podendo dar origem à torção. Outro fator citado como causa é a hiperestimulação ovariana, sendo descrito em até 9% dos casos. De modo geral, os tumores ovarianos concorrem para 50 a 60% dos casos de torção e, destes, os cistos dermóides são os mais frequentemente envolvidos⁴.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico, por vezes, é bastante difícil, tendo em vista serem os sintomas geralmente inespecíficos. A queixa principal é dor abdominal tipo “facada”, às vezes tipo cólica,

localizada em fossa ilíaca, com irradiação para os flancos, podendo vir acompanhada de náuseas e vômitos e com seu início coincidindo com a prática de atividade física. No caso de torção parcial, a dor muitas vezes é referida com episódios de melhora e piora do quadro. A febre não obrigatoriamente está presente, exceto quando já associada à necrose tecidual, levando a um quadro de peritonite.

O exame físico não é esclarecedor, exceto quando já há quadro de peritonite.

Os exames laboratoriais são inespecíficos, podendo apresentar apenas leucocitose e aumento de VHS.

O exame que mais auxilia no diagnóstico é a US, que revela aumento e edema anexiais com a presença de líquido circundando o órgão comprometido. A dopplerfluxometria pode nos dar uma segurança da viabilidade vascular do órgão e nortear a decisão de cirurgia conservadora.

Diagnóstico Diferencial

Faz-se com as outras causas de abdome agudo:

- Prenhez ectópica;
- Doença Inflamatória Pélvica;
- Apendicite;
- Diverticulite;
- Cólica nefrética

Tratamento:

A laparoscopia, neste caso, é, sem dúvida alguma, o tratamento de eleição, mostrando ser um tratamento seguro e eficaz. Deve-se instituir o tratamento o mais breve possível, assim que se faça suspeita diagnóstica, tentando deste modo diminuir o dano ao ovário ou ao órgão envolvido.

Técnica:

A abordagem deve seguir os mesmos preceitos de uma videolaparoscopia diagnóstica, com 3 punções, sendo preferencialmente a punção umbilical de 10mm e as auxiliares de 5mm.

O uso do manipulador uterino se faz indispensável.

A conduta intraoperatória deverá respeitar

a idade da paciente e as condições do órgão envolvido.

Tipos de abordagens:

Paciente em perimenopausa:

Anexectomia sem reverter a torção do pedículo.

Paciente em idade reprodutiva:

Reverter a torção do anexo.

Observação do retorno do fluxo sanguíneo por até 20 minutos.

Ooforoplastia ou cistectomia: no caso de tecido revitalizado.

Ooforopexia: atualmente o consenso recomenda que se pratique nos seguintes casos:

- Quando há indicação de se manter o cisto, no caso de gestação inicial com presença de cisto de corpo lúteo, procede-se com a sutura do mesovário na parede pélvica;

- No caso de recorrência de torção de anexo, quando se observa alongamento do ligamento útero-ovárico procede-se com plicatura do mesmo.

A ooforopexia tem taxa de sucesso de aproximadamente 88%¹¹, o que também foi confirmado por outros autores^{12,13}. Algumas considerações devem ser feitas em relação à redução de torção anexial na paciente grávida, o que ocorre em 1:5000 gestações¹⁴. Quando o útero está bem aumentado de volume já ocupando a cavidade abdominal, o pneumoperitônio pode diminuir o fluxo sanguíneo uterino devido ao aumento da pressão intra-abdominal. A frequência cardíaca fetal deverá ser monitorada antes e após o procedimento, e a paciente deve ser operada em decúbito dorsal um pouco inclinada para a esquerda. A paciente deverá estar consciente dos riscos que incluem rotura prematura das membranas e parto prematuro.¹⁵

REFERÊNCIAS

1. Benzecry LI, Molmenti LA, Ruiz V. Abdomen agudo ginecológico. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 1972.
2. Weckstein LN. Current perspectives on ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 1985;40(5):259-72.
3. Lawlor HK, Rubin BJ. Early diagnosis of ectopic

pregnancy. *West J Med.* 1993;159(2):210-1.

4. McWilliams GDE, Micah J, Hill CS, Dietrich III CS. Gynecologic Emergencies. *Surg Clin N Am.* 2008;88:265-83.
5. Kadar N, Caldwell BV, Romero R. A method of screening for ectopic pregnancy and its indications. *Obstet Gynecol.* 1981;58(2):162-6.
6. Gronlund B, Marushak A. Serial human chorionic gonadotropin determination in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1983;22(3):312-4.
7. Spandorfer SD, Sawin SW, Benjamin I, *et al.* Postoperative day 1 serum human chorionic gonadotropin level as a predictor of persistent ectopic pregnancy after conservative surgical management. *Fertil Steril.* 1998;70(1):172-4.
8. Hager WD, Eschenbach DA, Spence MR, *et al.* Criteria for diagnosis and grading of salpingitis. *Obstet Gynecol.* 1983;61(1):113-4.
9. Modified from centers for disease control and prevention: 1998 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1997;47:81.
10. Stenchever MA, Droegemueller W, Herbst, *et al.* *Comprehensive gynecology.* 4th ed. Philadelphia: Mosby;2001.519p.
11. Zweizig S, Perron J, Grubb D, *et al.* Conservative management of adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168 (6 Pt 1):1791-5.
12. Cohen SB, Wattiez A, Seidman DS, *et al.* Laparoscopy versus laparotomy for detorsion and sparing of twisted ischemic adnexal. *JLS.* 2003;7(4):295-9.
13. Oelsner G, Bider D, Goldenberg M, *et al.* Long-term follow-up of the twisted ischemic adnexal managed by detorsion. *Fertil Steril.* 1993;60(6):976-9.
14. Al-Fozan H, Tulandi T. Safety and risks of laparoscopy in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002;14(4):375-9.
15. Agarwal N, Parul, Kriplani A, *et al.* Management and outcome of pregnancies complicated with adnexal masses. *Arch Gynecol Obstet.* 2003;267(3):148-52.

ABSTRACT

The purpose of this article is to clarify the main causes and the best decision making when confronted with an acute abdomen in a female patient. In this setting the etiology may include gastrointestinal, urologic, gynecologic, or obstetric considerations. The article focuses on the gynecologic causes, though many of the

acute findings can be duplicated on physical examination in a patient who has appendicitis, mesenteric lymphadenitis, cystitis, or renal calculi. The structure for each section details common gynecologic emergencies and covers differential diagnosis, signs and symptoms, labo-

ratory results, radiographic tests, and treatment options. Topics covered are ectopic pregnancies, adnexal torsion, and tube-ovarian abscess.

KEYWORDS: Acute abdomen; Gynecologic emergencies; Ectopic pregnancy; Adnexal torsion; Tube-ovarian abscess.

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 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
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