

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

JÉSSICA JANAÍNA ARAÚJO DE SOUSA
TARCÍSIO JOSÉ DOS SANTOS ALVES

ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

MACEIÓ
2023

JÉSSICA JANAÍNA ARAÚJO DE SOUSA
TARCÍSIO JOSÉ DOS SANTOS ALVES

ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do
curso de Medicina da
Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ
2023

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
Sandrele Carla dos Santos
Tauani Belvis Garcez



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos.
IV. Título.

CDD-616.025

NLM-WB-100

23-166323

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Gerson Odilon Pereira

Co-organização:

- Tauani Belvis Garcez
- Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
- Sandrele Carla dos Santos

sarvier

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Gerson Odilon Pereira

Impressão e Acabamento

Digitop Gráfica Editora

Direitos Reservados

Nenhuma parte pode ser duplicada ou reproduzida sem expressa autorização do Editor.

sarvier

Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda.
Rua Rita Joana de Sousa, nº 138 – Campo Belo
CEP 04601-060 – São Paulo – Brasil
Telefone (11) 5093-6966
sarvier@sarvier.com.br
www.sarvier.com.br

Abdome Agudo Inflamatório

- Jéssica Janaína Araújo de Sousa
- Tarcísio José dos Santos Alves
- Larissa Lins Azevedo

► INTRODUÇÃO

As dores que acometem a região abdominal correspondem a cerca de 10% dos casos que chegam a um departamento de emergência. Nesse sentido, o abdome agudo é o termo utilizado para caracterizar a dor intensa em região abdominal, geralmente associada a irritação peritoneal e com evolução de até 48 horas, necessitando de tratamento urgente. Grande parte desses pacientes retornam à emergência com sintomas recorrentes persistentes, devido a falha do tratamento clínico.

Devido às inúmeras etiologias de abdome agudo e com o fim de facilitar o estudo e o raciocínio clínico, essa síndrome costuma ser subdividida em: inflamatória, perfurativa, obstrutiva, vascular e hemorrágica. O abdome agudo inflamatório decorre de uma afecção inflamatória ou infecciosa intra-abdominal e seu quadro clínico é composto por dor abdominal de origem visceral, com início insidioso e caráter progressivo, comumente acompanhada de náuseas, vômitos, febre, hiporexia e taquicardia.

► ETIOLOGIA

Dentre as principais etiologias do abdome agudo estão: apendicite, colecistite, diverticulite, pancreatite e a doença inflamatória pélvica. O manejo tem como base a etiologia, que deverá ser pesquisada através dos sinais, sintomas e exames laboratoriais, podendo também ter o auxílio dos exames de imagem, como a ultrassonografia (US) e a tomografia computadorizada (TC).

► APENDICITE AGUDA

O apêndice é um pequeno órgão de formato cilíndrico, com diâmetro que não costuma ultrapassar os 7 mm, que se conecta ao ceco e, embora faça parte do mecanismo de defesa do organismo contra infecções, sua função é ainda discutível. Sua anatomia, de pequeno diâmetro e longa extensão (até 10cm), predispõe à obstrução. As principais causas são por fecalito e, em pacientes menores de 20 anos, a hiperplasia linfóide.

EPIDEMIOLOGIA

É a urgência abdominal mais frequente, com incidência de 100/100.000 habitantes/ano nos Estados Unidos e na Europa, acometendo principalmente indivíduos jovens, com incidência similar em ambos os sexos.

QUADRO CLÍNICO

O sintoma mais característico é a dor que inicia em região periumbilical e migra para a fossa ilíaca direita, tendo como sintomas comuns náuseas, vômitos e anorexia. Menos comum é a ocorrência de febre, diarreia, tenesmo e dor ao urinar.

No exame físico, alguns sinais podem ser encontrados:

- **Sinal de Blumberg** – Caracterizado por dor à descompressão brusca da parede abdominal, quando realizada no ponto apendicular (Ponto de Mcburney), localizado no terço médio da linha que liga a espinha ilíaca ântero-superior à cicatriz umbilical;
- **Sinal do Obturador** – Com o paciente em decúbito dorsal, é feita a flexão passiva da perna direita sobre a coxa e da coxa sobre a pelve, em seguida é feita uma rotação interna da coxa. O sinal é considerado positivo se houver queixa de dor no quadrante inferior direito;
- **Sinal de Rovsing** – É realizada a palpação em quadrante inferior direito, partindo do sigmoide e subindo pelo colon descendente, quando positivo o paciente queixa-se de dor no quadrante inferior direito;
- **Sinal do Psoas** – É positivo quando ocorre dor no quadrante inferior direito ao se fazer a flexão ativa ou hiperextensão ativa do membro inferior direito;
- **Sinal de Dunphy** – O paciente sente dor no ponto de Mcburney ao tossir ou ao ser realizada a percussão neste ponto;
- **Sinal de Lenander** – O sinal é positivo quando a temperatura retal é maior que a axilar em mais de 1°C.

Para confirmação da hipótese diagnóstica é utilizado o **Score de Alvarado**:

Tabela 1 Score de Alvarado. Fonte: GUTIERREZ *et al.*

Sintomas	Migração da dor abdominal	1
	Anorexia	1
	Náuseas e/ou vômitos	
Sinais	Defesa de parede no quadrante inferior direito do abdome	2
	Dor à descompressão	1
	Elevação da temperatura corporal	1
Laboratório	Leucocitose	2
	Desvio de esquerda	1
Total		10

EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma, eletrólitos, TC de abdome com contraste e US de abdome.

COMPLICAÇÕES

Complicações podem acontecer e estão diretamente associadas ao tempo de evolução da doença, tais como fleimão (massa inflamatória sem conteúdo purulento localizado na base apendicular), abscessos (o abscesso intra-abdominal (AIA) é uma coleção intra-abdominal purulenta ou de material infectado, geralmente decorrente de uma infecção localizada dentro da cavidade abdominal, podendo ocorrer antes ou após a apendicectomia), peritonite generalizada (a apendicite é uma das principais causas de peritonite, pois a inflamação que acontece no apêndice pode se estender através da cavidade abdominal e atingir o peritônio, principalmente quando ela não é rapidamente tratada e apresenta complicações como ruptura ou formação de abscesso) e pielotromboflebite.

TRATAMENTO

Dentre as medidas utilizadas estão a antibioticoterapia, medidas de suporte e a apendicectomia.

O padrão-ouro no tratamento da apendicite é a apendicectomia, apresentando esta uma menor taxa de complicações, quando comparada ao tratamento apenas com antibióticos. A antibioticoterapia é recomendada para os pacientes antes da realização do procedimento cirúrgico e deve ter uma cobertura contra microrganismos gram negativos e anaeróbios, utilizando cefalosporinas de 2ª geração.

A apendicectomia é uma urgência cirúrgica comum, após a qual são incomuns as complicações, embora estas, quando ocorrem, sejam causas de grande preocupação. A maioria das complicações precoces graves são as sépticas e as relacionadas à ferida operatória. Entre as mais referidas na literatura temos:

- Abscesso de parede;
- Abscesso residual;
- Obstrução intestinal;
- Fístula fecal;
- Evisceração;
- Eventração;
- Peritonites
- Hemorragias.

Além destas, complicações comuns a qualquer celiotomia também podem ocorrer, tais como:

- Infecções respiratórias, urinárias e cardíacas;
- Hematomas;
- Hemorragias subcutâneas;
- Infecções hospitalares.

► COLECISTITE AGUDA

É a inflamação da vesícula biliar que ocorre de forma aguda, comumente resultante da obstrução do ducto cístico por algum cálculo que, por sua vez, provoca estase biliar. Cerca de 95% dos pacientes com colecistite aguda apresentam colelitíase. Outras etiologias possíveis são processos isquêmicos, distúrbios de motilidade, lesões químicas diretas, infecções, doenças do colágeno e reações alérgicas.

EPIDEMIOLOGIA

A prevalência de colecistite aguda é no sexo feminino, pessoas de meia idade e a obesidade é um fator relevante.

QUADRO CLÍNICO

Dor contínua no hipocôndrio direito, presença de febre, náuseas e vômitos são achados comuns. Sinal de Murphy também pode estar presente, este sinal é pesquisado realizando uma palpação profunda no ponto cístico (localizado na intersecção da linha hemiclavicular com o rebordo costal direito) e solicitando que o paciente realize uma inspiração profunda. É considerado positivo quando há uma interrupção abrupta do movimento respiratório.

Segundo o Guideline de Tóquio de 2018, o diagnóstico definitivo deve preencher 3 critérios:

1. Sinal local de inflamação (dor, sensibilidade, massa palpável ou sinal de Murphy);
2. Sinal sistêmico de inflamação (febre, leucitose ou PCR elevada);
3. Achados de imagem característicos.

EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma, eletrólitos, enzimas hepáticas e canaliculares, além da USG abdominal.

COMPLICAÇÕES

Dentre as complicações da colecistite aguda estão:

- Peritonite;
- Perfuração;
- Fístulas;
- Choque séptico;
- Abscessos.

TRATAMENTO

As medidas a serem adotadas incluem jejum, antibioticoterapia, manejo hidroeletrolítico, analgesia e monitoramento continuado, oferecendo um cenário favorável para o tratamento intervencionista, quer seja a colecistectomia ou a drenagem da via biliar.

A antibioticoterapia é sugerida como um tratamento de suporte pois a estase biliar pode desencadear uma infecção secundária e evoluir para sepse.

O tratamento de primeira linha é a colecistectomia precoce, preferencialmente por via laparoscópica, possibilitando a redução do tempo de internação e custos hospitalares. Os critérios para a realização da colecistectomia estão apresentados na Tabela 2 e são sugeridos no Guideline de Tóquio 2018, levando em conta o grau da colecistite (Tabela 3), o Charlson Comorbidity Index (Tabela 4) e a classificação ASA-PS (Tabela 5).

Tabela 2 Tratamento da colecistite aguda de acordo com a gravidade. Fonte: Junior ES, *et al.*, 2021; dados extraídos de Okamoto, *et al.*, 2019.

Gravidade	Tratamento
Grau I (Leve)	Colecistectomia laparoscópica é o tratamento de primeira linha, podendo ser instituído tratamento clínico e observação para aqueles com risco cirúrgico muito alto, utilizando-se como referência o CCI e o ASA-PS
Grau II (Moderada)	Colecistectomia precoce caso os escores CCI e ASA-PS indicarem que o paciente possa resistir a cirurgia, sendo ainda recomendada a realização de cirurgia em centro avançado, com cirurgião experiente. Recomenda-se redobrar os cuidados para evitar lesões ao decorrer da cirurgia, podendo-se recorrer a colecistectomia subtotal ou colecistectomia aberta a depender das condições. Caso o paciente não possua condições clínicas para o procedimento cirúrgico, deve-se considerar o tratamento conservador e drenagem biliar.
Grau III (Grave)	Após oferta do suporte adequado às disfunções orgânicas (suporte ventilatório, estabilização hemodinâmica e outros) e antibioticoterapia, deve-se avaliar a resposta ao tratamento. Caso seja positiva, e os escores CCI e ASA-PS sejam favoráveis, na ausência de disfunção neurológica, respiratória e icterícia (Bilirrubina total < 2 mg/dL), pode-se realizar a colecistectomia videolaparoscópica precoce, em centro de referência, com suporte intensivo e cirurgião especialista. Caso o paciente não apresente condições clínicas para a cirurgia, deve-se instituir tratamento conservador abrangente, considerando drenagem biliar precoce, reservando colecistectomia após a melhora clínica do paciente.

Tabela 3 Critérios de gravidade para colecistite aguda. Fonte: Junior ES, *et al.*, 2021; dados extraídos de Miura F, *et al.*, 2013 e Yokoe M, *et al.*, 2018.

Gravidade	Disfunção
Grau I (Leve)	Não apresenta os critérios de colecistite grau II ou III. Pode também ser descrito como colecistite aguda em pacientes sem disfunção orgânica, pequenas alterações inflamatórias da vesícula biliar, tornando a colecistectomia um procedimento seguro e de baixo risco.
Grau II (Moderada)	Leucocitose > 18.000/mm ³ ; Massa palpável, sensível, em quadrante superior direito do abdome; Tempo de evolução superior a 72 horas; Sinais de inflamação local sugestivo de: colecistite gangrenosa, abscesso pericolecístico, peritonite biliar, colecistite enfisematosa.
Grau III (Grave)	Disfunção cardiovascular: hipotensão que requer tratamento com dopamina em doses iguais ou superiores a 5 mcg/kg/min, ou qualquer dose de norepinefrina; Disfunção neurológica: diminuição do nível de consciência; Disfunção respiratória: PaO ₂ /FIO ₂ < 300; Disfunção hepática: INR > 1,5; Disfunção renal, oligúria, creatinina >2.0 mg/dL Disfunção hematológica: contagem de plaquetas < 100.000/mm ³ .

Tabela 4 Charlson Comorbidity Index. Fonte: Junior ES, *et al.*, 2021; dados extraídos de Charlson ME, *et al.*, 1987.

Peso atribuído	Condição
1	Infarto do miocárdio Insuficiência cardíaca congestiva Doença vascular periférica Doença cerebrovascular Demência Doenças pulmonar crônica Doença do tecido conjuntivo Doença ulcerosa péptica Diabete mellitus sem complicações
2	Hemiplegia Doença renal crônica moderada ou grave Diabetes mellitus, com lesão de órgão alvo Qualquer tumor sólido Leucemia Linfoma
3	Doença hepática moderada ou grave.
1	Cada década de idade acima de 40 anos.
6	Tumor sólido metastático Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Tabela 5 Classificação ASA-PS. Fonte: Junior ES, *et al.*, 2021; dados extraídos de ASA, 2014.

Classificação ASA-PS	Definição	Exemplos
ASA I	Paciente saudável	Saudável, não tabagista, sem ingestão alcoólica ou ingestão mínima.
ASA II	Paciente com doença sistêmica leve	Doenças leves, sem limitações funcionais substanciais. Os exemplos incluem (mas não se limitam a): tabagista atual, consumo social de álcool, gravidez, obesidade (IMC < 40), diabetes / hipertensão bem controlada, doença pulmonar leve;
ASA III	Paciente com doença sistêmica grave	Doença com limitação funcional: uma ou mais doenças moderadas a graves. Os exemplos incluem (mas não se limitam a): Diabetes Mellitus (DM) ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) mal controlada, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), obesidade mórbida (IMC > 40), hepatite ativa, dependência ou abuso de álcool, marcapasso implantado, redução da fração de ejeção, doença renal crônica dialítica, história de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE) há mais de 3 meses.
ASA IV	Doença sistêmica grave, com ameaça constante a vida	Os exemplos incluem (mas não se limitam a): história recente (a menos de 3 meses) de IAM, AVE, AIT, redução severa da fração de ejeção, sepse, CIVD, doença respiratória aguda, doença renal em estágio terminal, não sendo submetidas regularmente a programa de diálise.
ASA V	Paciente moribundo, sem expectativa de sobrevivência sem cirurgia	Os exemplos incluem (mas não se limitam a): disfunção de múltiplos órgãos / sistemas, ruptura de aneurisma torácico ou abdominal, trauma extenso, hemorragia intracraniana com efeito massa, isquemia intestinal decorrente de patologia cardíaca significativa
ASA VI	Paciente com morte cerebral	Paciente com morte cerebral cujos órgãos serão removidos para fins de doação

Em pacientes com CA grau I e com ASA ≤ 2 , a antibioticoterapia não deve ser continuada após o ato cirúrgico. A antibioticoterapia nesses casos deve cobrir os Gram negativos aeróbios mais comuns, como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e anaeróbios, como o *Bacteroides fragilis*. Antibióticos com boa penetração na bile e que cobrem esses germes são: Amoxicilina + Clavulanato, Ciprofloxacino e Ceftriaxona associado a Metronidazol. Nos grau II e III, avaliar se é possível realizar colecistectomia de emergência ou se o tratamento será conservador, com drenagem da via biliar associada a antibioticoterapia por 1 semana.

► DIVERTICULITE AGUDA

A diverticulite é uma complicação aguda da diverticulose. Corresponde a um processo inflamatório associado aos divertículos, que são pequenas bolsas salientes projetadas em estruturas do intestino grosso (cólon) principalmente. A etiologia da diverticulose é desconhecida, porém pode estar relacionada a falta de fibras na dieta, obesidade, tabagismo e sedentarismo.

EPIDEMIOLOGIA

A diverticulite é mais comum em pessoas idosas, uma vez que com o passar do tempo a estrutura muscular do intestino grosso tem maior tendência a perder a elasticidade e favorecer a formação dos divertículos. Estima-se que a sua incidência é de cerca de 70% da população entre 80 e 90 anos.

QUADRO CLÍNICO

A dor característica da diverticulite ocorre nos quadrantes inferior, predominantemente no lado esquerdo. O paciente apresenta febre e podem estar presentes sintomas urinários.

EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma, Proteína C Reativa, TC e USG de abdome.

COMPLICAÇÕES

Os quadros de diverticulite com evolução desfavorável estão associados a perfuração, estenose (obstrução), fístulas ou abscessos.

► TRATAMENTO

Antibioticoterapia e suporte, drenagem ou cirurgia. Na maior parte dos casos, a resolução é clínica.

► PANCREATITE AGUDA

EPIDEMIOLOGIA

É mais frequente em pessoas de meia idade, principalmente do sexo masculino. Pessoas com histórico de cálculo biliar, dislipidemias e etilistas.

QUADRO CLÍNICO

Na pancreatite aguda é característica a dor na região epigástrica em faixa, com irradiação dorsal, presença de febre, náuseas e vômitos. É importante pesquisar os sinais de Grey-Turner e Cullen, ambos característicos de sangramento retroperitoneal. O sinal de Cullen, eventualmente presente na pancreatite aguda, é caracterizado por uma coloração escurecida na região periumbilical e pode estar associado ao sinal de Grey-Turner que, por sua vez, é caracterizado por equimose em flancos.

EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma, enzimas pancreáticas, enzimas hepáticas e canaliculares, US abdominal.

COMPLICAÇÕES

Sepse e disfunção orgânica. Como complicações locais, temos necrose, abscesso, pseudocisto pancreático.

TRATAMENTO

Suporte, jejum e avaliar complicações.

► DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

A DIP é uma síndrome clínica inflamatória e infecciosa, que resulta do avanço de microrganismos da vagina e colo uterino até o trato genital superior. É uma das principais consequências das cervicites. As bactérias mais correlacionadas à DIP são a *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e *Mycoplasma genitalium*.

EPIDEMIOLOGIA

A DIP é mais frequente em mulheres jovens com histórico de relação sexual sem proteção adequada.

QUADRO CLÍNICO

Paciente apresenta defesa abdominal, dor ao exame físico e mobilização do colo uterino, corrimento vaginal, dor em faixa, febre, náuseas e vômito.

EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma, eletrólitos, USG transvaginal, teste de gravidez, swab vaginal.

COMPLICAÇÕES

As complicações mais comuns da DIPa são: abscessos, adesões, bloqueio das trompas, Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (inflamação da cápsula hepática) e peritonite, nos casos em que há disseminação da infecção para a cavidade pélvica.

TRATAMENTO

Antibioticoterapia e drenagem de abscesso, se necessário. Nos casos de abscessos que persistem, apesar do tratamento com antibióticos, possivelmente serão drenados. Inicialmente, a antibioticoterapia leva em consideração o estágio em que a paciente se encontra e avalia a necessidade de tratamento ambulatorial ou hospitalar.

► ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO NA PEDIATRIA

Os quadros de abdome agudo inflamatório na criança frequentemente estão associados a apendicite aguda. Por se tratar de uma condição cirúrgica e potencialmente letal, é crucial o diagnóstico precoce para evitar complicações.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Inicialmente a criança apresenta dor periumbilical que migra para o quadrante inferior direito (QID) nas primeiras 24 horas iniciais do quadro. Ao exame físico, o sinal de Blumberg positivo, com dor à palpação no ponto de Mcburney, é bastante característico. Além disso, a presença de anorexia, febre, vômitos e defesa da musculatura abdominal constituem a apresentação clássica.

DIAGNÓSTICO

Durante o exame físico, toda criança com dor à palpação em QID, deve-se suspeitar de apendicite aguda. A história clínica, achados dos exames físico e laboratoriais (leucograma e proteína C reativa) são cruciais nos casos de forte suspeita de apendicite. Aspectos semiológicos que auxiliam no diagnóstico são o sinal de Rovsing, o sinal do obturador, o sinal do íleo-psoas e o sinal de Blumberg. Os métodos de imagens, como USG e TC, são utilizados em casos atípicos de apendicite ou quando o diagnóstico clínico é inconclusivo.

TRATAMENTO

Reposição volêmica, antibioticoterapia e analgesia. Para a conduta, é necessário ainda avaliar presença de perfuração, abscesso e plastrão apendicular. Na apendicite inicial, a recomendação é apendicectomia, uma vez que é resolutive e previne perfurações. Na apendicite complicada, com necrose ou perfuração, a conduta é apendicectomia de urgência. Em casos de apendicite associada a plastrão ou abscesso, é necessário avaliar o estado geral da criança e a apendicectomia é indicada em situações de mau estado geral.

► REFERÊNCIAS

1. JUNIOR, Emerson Schindler *et al.* Abordagem diagnóstica e tratamento da colecistite aguda: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 9, p. e8772-e8772, 2021;
2. Halsey-Nichols M, McCain N. Abdominal Pain in the Emergency Department: Missed Diagnoses. *Emerg Med Clin North Am.* 2021;
3. DANIELS, Jo; GRIFFITHS, Mark; FISHER, Emma. Assessment and management of recurrent abdominal pain in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, v. 37, n. 8, p. 515-521, 2020;
4. DI SAVERIO, Salomone *et al.* Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World journal of emergency surgery*, v. 15, n. 1, p. 1-42, 2020;
5. Halsey-Nichols M, McCain N. Abdominal Pain in the Emergency Department: Missed Diagnoses. *Emerg Med Clin North Am.* 2021;
6. SANTOS, Thiago Lima *et al.* Achados clínicos em pacientes com dor abdominal aguda submetidos a tomografia computadorizada em um serviço de urgência. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 8, p. e3069-e3069, 2020;
7. ADDISS, David G. *et al.* The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *American journal of epidemiology*, v. 132, n. 5, p. 910-925, 1990.
8. GUTIERREZ, Daiana *et al.* A APENDICITE AGUDA: REVISÃO DE LITERATURA. *Ensaio USF*, v. 6, n. 1, 2022;
9. JUNIOR, Emerson Schindler *et al.* Abordagem diagnóstica e tratamento da colecistite aguda: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 9, p. e8772-e8772, 2021;
10. TAKADA, Tadahiro *et al.* Modified Socratic Method (planned and executed by Takada) for medical education: Grade II Acute Cholecystitis of Tokyo Guidelines 2018 as an example case. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, v. 29, n. 5, p. 505-520, 2022.
11. LINDENMEYER, Christina. **Colecistite aguda.** Manual mds versão para profissionais da saúde. Setembro 2021. Disponível em < <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbi-os-hep%C3%A1ticos-e-biliares/dist%C3%BArbi-os-da-ves%C3%ADcula-biliar-e-ductos-biliares/cole-cistite-aguda?query=Colecistite> > . Acesso em: 27/12/2022.
12. BAUM, Joel; COMPANIONI, Rafael. **Diverticulose colônica.** Manual mds versão para profissionais da saúde. Outubro 2020. Disponível em < <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbi-os-gastrointestinais/doen%C3%A7a-diverticular/diverticulose-col%C3%B4nica> > . Acesso em: 26/12/2022.
13. CUNHA, Hélio. **Doença diverticular atinge 70% dos idosos brasileiros.** Notícias da santa casa de misericórdia de maceió/AL. 18 de abril de 2011. Disponível em: < <https://www.santacasademaceio.com.br/2011/04/doenca-diverticular-atinge-70-dos-idosos-brasileiros/> > , Acesso em: 25/12/2022.
14. LUCENA, Ana C. Gomes *et al.* **Abdome agudo inflamatório em pediatria.**
15. VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* **Medicina de emergência: abordagem prática.** 16ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole. 2022.
16. MENEZES, Maria Luiza Bezerra *et al.* **Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, p. e2020602, 2021.
17. FONSECA, Alice Santos. APENDICITE AGUDA EM PEDIATRIA. In: **ANAIS DO I CONGRESSO NORTE-MINEIRO DE CIRURGIA.** p. 40. 2018.
18. SOUSA, Alexandre Venâncio *et al.* **Métodos diagnósticos na apendicite aguda em crianças.** *Perspectivas Médicas*, v. 16, p. 25-28, 2005.
19. DE VASCONCELLOS, Luisa Almeida Sarti *et al.* Colecistite Aguda: aspectos clínicos e manejo terapêutico: Acute Cholecystitis: clinical aspects and therapeutic management. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 10, p. 68667-68678, 2022.
20. SANTOS, Maria Elisa Leite *et al.* Tratamento do plastrão apendicular: conservador ou cirúrgico?. *Rev Med Minas Gerais*, v. 20, n. 4 Supl 2, p. S77-S80, 2010.