
Colecistite aguda

A inflamação da vesícula e a cirurgia de urgência



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Colecistite aguda

A inflamação da vesícula e a cirurgia de urgência

AUTOR	Dr. Mateus Antunes Nogueira
REGISTRO	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
ESPECIALIDADE	Cirurgia do Aparelho Digestivo
SÉRIE	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 58
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

1. A vesícula inflamou	4
1.1 Antes de começar	4
1.2 A porta que não se abriu	5
1.3 O que faz a leitura parar	6
2. O que acontece no pronto-socorro	9
2.1 Do balcão à decisão	9
2.2 As horas que você passa esperando	10
3. Leve, moderada ou grave	12
3.1 Por que a equipe gradua	12
4. Operar agora ou esperar	15
4.1 O costume que os sorteios derrubaram	15
4.2 O que a soma dos ensaios mostra	16
5. A cirurgia de urgência por dentro	19
5.1 O mesmo objetivo, com menos visibilidade	19
5.2 As saídas previstas	20
6. Quando o dreno vem primeiro	22
6.1 O tubo que atravessa a pele	22
6.2 O que são os aparelhos ao redor da cama	24
7. A internação e a volta para casa	25
7.1 Os dias, um a um	25
7.2 Depois da alta	26
7.3 O que perguntar antes de sair	27
Glossário	29
Referências	31
Sobre o autor	33
Transparência e licenças	34

A vesícula inflamou

EM UMA FRASE

A pedra encravou na saída da bolsa e a parede inflamou. Daqui em diante quem marca o tempo é a inflamação.

1.1 Antes de começar

Este livro é para quem chegou ao pronto-socorro e ouviu a frase “a sua vesícula está inflamada”, e para quem espera notícia na cadeira ao lado. Leia por partes: a Tabela 1.1 mostra onde cada assunto mora.

Uma ressalva vem antes de tudo. Se você está em casa com dor que já passa de seis horas, com febre ou com a pele amarelada, procure atendimento agora: nenhuma página daqui vale esse tempo.

TABELA 1.1 — ONDE ESTÁ CADA ASSUNTO NESTE LIVRO

CAPÍTULO	A PERGUNTA QUE ELE RESPONDE
1. A vesícula inflamou	O que está acontecendo dentro de mim agora?
2. O que acontece no pronto-socorro	Por que tanto exame, e por que a espera?
3. Leve, moderada ou grave	O que a equipe quer dizer com “grau”?
4. Operar agora ou esperar	Por que operar nesta internação, e o que muda se eu adiar?
5. A cirurgia de urgência por dentro	O que muda na sala quando a vesícula está inflamada?
6. Quando o dreno vem primeiro	E se o meu corpo não aguentar a operação hoje?
7. A internação e a volta para casa	Quanto tempo eu fico, e o que observo depois da alta?

A conversa com a equipe que cuida de você vale mais do que este livro inteiro.

1.2 A porta que não se abriu

A vesícula é uma bolsa do tamanho de um dedo polegar, pendurada embaixo do fígado, que guarda bile entre as refeições e a despeja no intestino quando chega comida com gordura. A saída dessa bolsa é estreita e tem nome: ducto cístico. A Figura 1.2 mostra onde tudo isso fica.

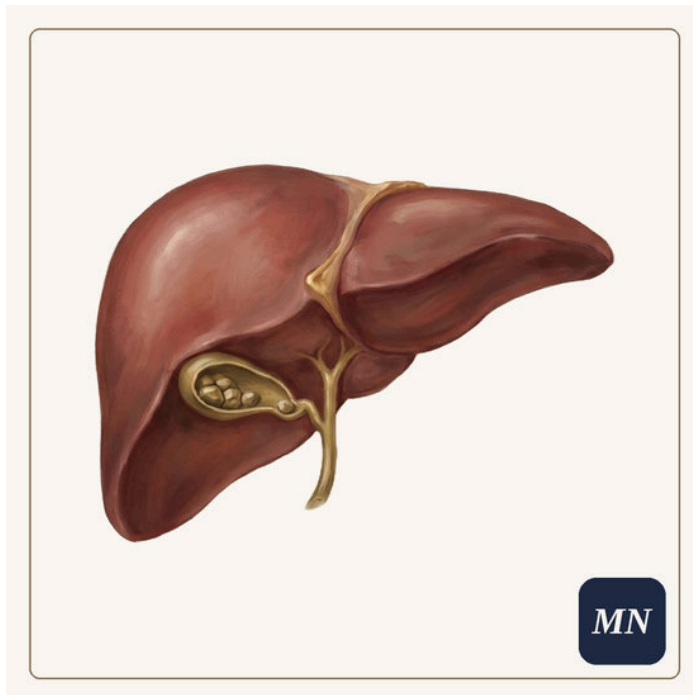


FIGURA 1.2

O fígado, a vesícula e os canais da bile. A vesícula aparece embaixo do fígado, com cálculos no seu interior, ligada por um ducto curto ao canal principal que desce para o intestino.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Na cólica, um cálculo tampa essa saída e depois escorrega de volta: a dor aperta durante algumas horas e cede de uma vez. Na colecistite aguda ele fica encravado. A bile presa não tem para onde ir e a pressão sobe dentro da bolsa. A parede incha. O sangue circula pior ali dentro, e bactérias do intestino encontram terreno. A Figura 1.3 põe a bolsa calma e a inflamada lado a lado.

**FIGURA 1.3**

A vesícula com pedras e a vesícula inflamada. Prancha da Servier Medical Art recortada e rotulada em português pelo autor; as cores da ilustração original foram preservadas.

Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0

A diferença prática está no relógio. Cólica passa. Colecistite se instala: a dor fica e aparece febre. A barriga dói ao toque logo abaixo das costelas do lado direito, e foi por isso que você veio parar aqui.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão internacional sobre cálculo biliar dá o tamanho do problema (LAMMERT et al., 2016). Até um em cada cinco adultos chega a formar pedra na vesícula, e mais de um em cada cinco desses chega a ter sintoma ou complicação. São três as complicações que podem ameaçar a vida, cada uma com livro próprio: a inflamação da vesícula, que é a sua; a inflamação do pâncreas; e a infecção do canal da bile. As três se tratam no hospital. A fronteira entre a cólica que passa e a inflamação instalada também está escrita: ela tem critérios de consenso internacional, usados por equipes no mundo inteiro (YOKOE et al., 2018).

Fonte: LAMMERT et al., 2016; YOKOE et al., 2018

1.3 O que faz a leitura parar

A Figura 1.4 reparte os sinais em três níveis de pressa, e a caixa abaixo repete os mesmos.

**FIGURA 1.4**

Vesícula inflamada: os sinais em três níveis de pressa. A forma do ícone repete a urgência que a cor indica.

Elaborado pelo autor

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192. Dor forte no alto da barriga que não cede, com febre ou calafrio · dor e febre junto com pele ou olhos amarelados · barriga dura, que dói ao caminhar ou tossir · confusão mental, sonolência ou desmaio · vômito que impede você de beber água.

Como ir. Confusão mental, sonolência, desmaio ou barriga dura pedem 192: quem está assim não dirige nem vai de carona sozinho. Nos outros três sinais, procure o pronto-socorro pelo meio mais rápido que tiver.

No mesmo dia — procure atendimento hoje. Dor no alto da barriga que já passa de seis horas · febre isolada depois de uma crise de dor · pele ou olhos amarelados, sem febre · crise de dor em quem tem diabetes ou usa remédio que baixa a imunidade.

Na próxima consulta — anote e leve. Crises curtas de dor que passam sozinhas e se repetem · enjojo depois de comida gordurosa · dúvida sobre remédio de uso contínuo · dor que mudou de jeito desde a última conversa.

Dor e febre junto com pele amarelada apontam para a colangite: a bile represada dentro do canal principal, já infectada. Ela corre mais do que a inflamação da vesícula e tem livro próprio.

Quem está na maca há três horas já entendeu o que inflamou e carrega outra pergunta: por que tanto exame antes de alguém dizer alguma coisa. O próximo capítulo acompanha esse caminho dentro do pronto-socorro.

O que acontece no pronto-socorro

EM UMA FRASE

A demora do atendimento tem endereço: nenhum exame sozinho fecha o diagnóstico da vesícula inflamada.

2.1 Do balcão à decisão

A bolsa inflamada por dentro já está descrita. Agora vem o que se passa do lado de fora, na sala de espera, onde o tempo custa a passar e ninguém parece decidir nada. O caminho tem quatro estações. A Figura 2.1 desenha as quatro.



A primeira estação é a mão do médico sobre a sua barriga. A segunda é o sangue. A terceira é a imagem, quase sempre um ultrassom. A quarta é a decisão. A Tabela 2.2 diz o que cada exame responde e o que ele deixa em aberto.

TABELA 2.2 — O QUE CADA EXAME RESPONDE, E O QUE ELE NÃO RESPONDE

EXAME	O QUE ELE RESPONDE	O QUE ELE NÃO RESPONDE
Exame da barriga pelo médico	Se a dor piora quando a mão aperta o ponto da vesícula e você prende a respiração	Não distingue sozinho a cólica que passou da inflamação instalada
Sangue	Se há reação inflamatória no corpo inteiro e como estão o fígado e o rim	Não mostra a parede da vesícula nem diz se há pedra
Ultrassom do abdome	Se há cálculo dentro da bolsa, se a parede está espessa e se há líquido em volta	Enxerga mal o canal principal da bile em boa parte das pessoas; a pedra que desce para esse canal tem livro próprio, o da coledocolitíase e da CPRE
Tomografia	O que acontece em volta da vesícula e em outros órgãos da barriga	Não é o primeiro exame para procurar pedra

Nenhuma linha dessa tabela fecha o diagnóstico sozinha. É por isso que a equipe espera o sangue e a imagem antes de dizer qualquer coisa com firmeza, mesmo quando a mão sobre a barriga já apontou para a vesícula; e é por isso que ir embora antes da quarta estação é sair sem resposta.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Os critérios que a equipe usa hoje vêm daquele consenso internacional (YOKOE et al., 2018). A versão de 2013 acertava mais e errava menos do que a de 2007. O antibiótico tem texto separado (GOMI et al., 2018). Ele é peça central do tratamento, e a primeira escolha é empírica, decidida antes de o laboratório saber qual bactéria está ali. O mapa de resistência de cada hospital também pesa nessa escolha. O tempo de uso entrou na revisão: encerrar cedo, quando o quadro permite, virou parte da decisão. Nada disso é receita para levar para casa — o que se usa e por quanto tempo se decide à beira do leito.

Fonte: YOKOE et al., 2018; GOMI et al., 2018

2.2 As horas que você passa esperando

Enquanto a decisão amadurece, quatro coisas acontecem com você. Entra soro na veia, porque quem passou horas com dor e vômito chega desidratado. Vem remédio para a dor. O antibiótico começa quando há indicação. E começa o jejum, que existe por um motivo só: manter você pronto para uma anestesia que talvez seja hoje. A Figura 2.3 põe isso em horas.

**FIGURA 2.3**

As primeiras horas dentro do hospital. As faixas orientam a leitura; nenhum estudo publicou esses tempos, e o relógio real depende do serviço e da sua gravidade.

Elaborado pelo autor

O jejum incomoda mais do que a dor em muita gente. Pergunte a cada troca de plantão se já pode molhar os lábios.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O meu ultrassom já saiu, e o que ele mostrou da parede da vesícula?
- O meu caso tem indicação de operar nesta internação?
- Se a cirurgia for hoje, a que horas vocês me levam?
- Quem da equipe conversa com a minha família?

Assim que o diagnóstico fecha, a equipe passa a usar uma palavra que assusta quem escuta pela primeira vez: grau. O capítulo seguinte traduz o que separa um quadro leve de um moderado e de um grave.

Leve, moderada ou grave

EM UMA FRASE

O grau da colecistite mede o quanto o resto do corpo entrou na história. O tamanho da sua dor corre por fora dessa conta.

3.1 Por que a equipe gradua

O pronto-socorro termina com um diagnóstico. Falta uma segunda pergunta, que a equipe responde entre si e decide a conduta do dia seguinte: quão longe a inflamação foi. A resposta cabe em três degraus. A Tabela 3.1 traduz os três.

TABELA 3.1 — OS TRÊS GRAUS DA COLECISTITE AGUDA, EM LINGUAGEM LEIGA

GRAU	O QUE O GRAU LEVA EM CONTA	O QUE COSTUMA MUDAR NA CONDUTA
Grau I — leve	A inflamação está na vesícula, e nenhum órgão do corpo falhou	Cirurgia precoce por laparoscopia, para quem fica dentro dos limites de doenças associadas e de risco anestésico que o consenso fixa
Grau II — moderado	A inflamação local pesa mais, pela intensidade ou pelo tempo, e ainda assim nenhum órgão falhou	A mesma cirurgia precoce, nas mãos de equipe habituada; fora daqueles limites, remédio e drenagem da vesícula antes, e a operação depois
Grau III — grave	Pelo menos um sistema do corpo falhou e precisa de apoio	Estabilizar primeiro; a laparoscopia entra em centro com experiência e sob critérios estritos, e quem fica fora deles drena antes e opera depois

Quem gradua é o médico que examina você. A Figura 3.2 repete os três degraus com a forma de ícone dos sinais de alerta do capítulo 1, para que a leitura seja imediata.

**FIGURA 3.2**

Os três graus e o que cada um costuma mudar. A tabela e a figura traduzem a ideia de cada degrau em palavras simples; os critérios objetivos são do consenso, e quem os aplica é quem examina o paciente.

Elaborado pelo autor a partir de (YOKOE et al., 2018) e (OKAMOTO et al., 2018)

Vale dizer com clareza: a graduação serve para a equipe combinar a conduta entre si, e ela não classifica você como pessoa. Uma dor de dez em dez pode aparecer num grau I. Um idoso quieto pode estar num grau III.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A graduação em três degraus passou por muitos estudos antes de chegar à forma atual (YOKOE et al., 2018). O consenso registra que ela andou junto, com significado estatístico, com a morte em trinta dias, com a troca para a cirurgia convencional, com o custo e com os dias de hospital — e foi por passar nesse teste que seguiu sem mudança de uma edição para a outra.

O fluxograma publicado junto mostra o que cada degrau muda (OKAMOTO et al., 2018). No grau I, opera-se cedo, por laparoscopia. Vale para quem fica dentro dos limites de doenças associadas e de risco anestésico que o texto fixa. No grau II a indicação é a mesma, com a operação nas mãos de equipe habituada; fora daqueles limites, o caminho passa antes pelo remédio e pela drenagem. No grau III esta edição abriu uma porta que a anterior mantinha fechada: em serviços com experiência, parte dessas pessoas pode ir para a laparoscopia, desde que preencha uma lista estreita de critérios. Quem fica fora dela drena primeiro e opera depois.

Fonte: YOKOE et al., 2018; OKAMOTO et al., 2018

O degrau já está definido, e a família faz no corredor a pergunta seguinte: por que operar agora, e o que aconteceria se a operação ficasse para daqui a um mês.

Operar agora ou esperar

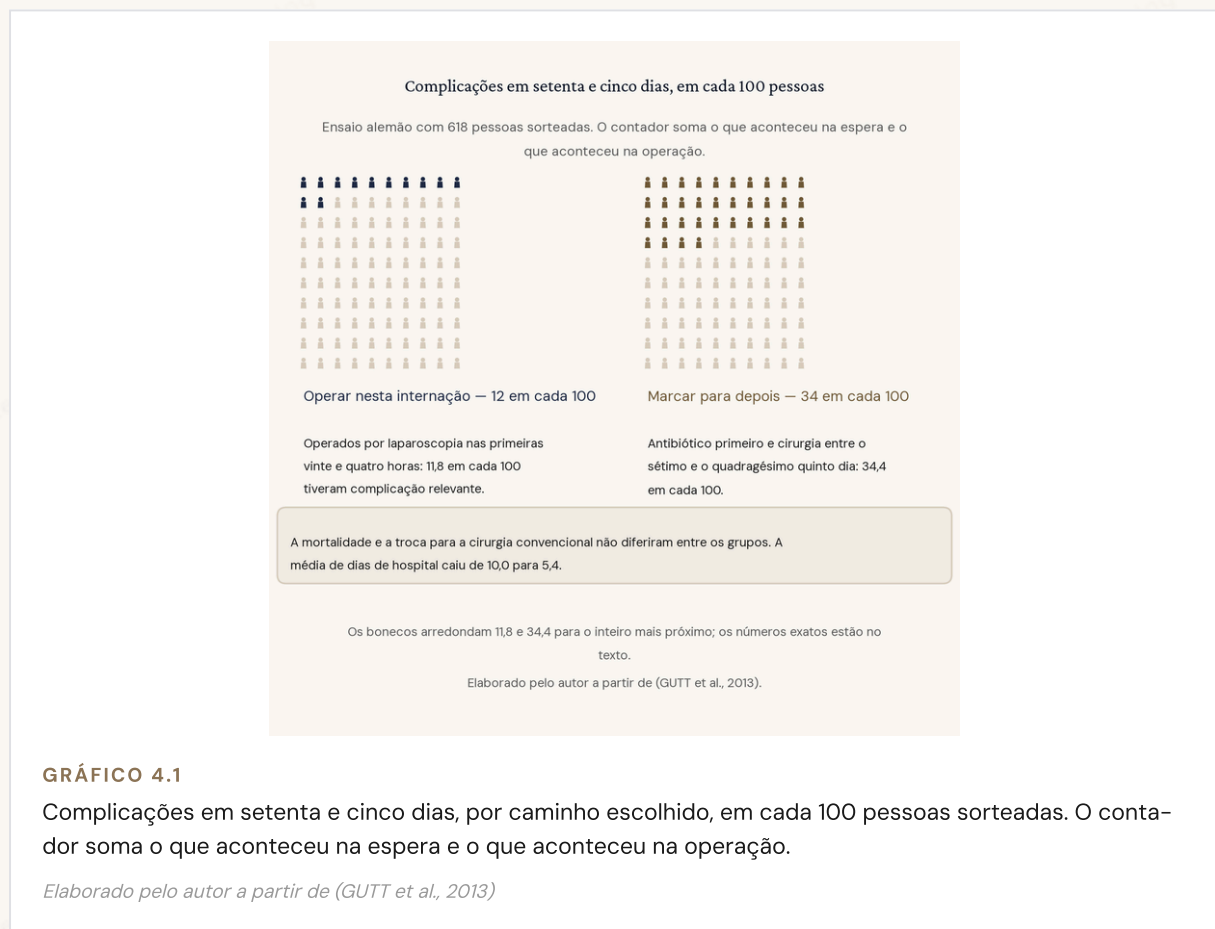
EM UMA FRASE

Adiar a operação da vesícula inflamada não deixa o problema parado. Os ensaios mediram o que acontece no intervalo.

4.1 O costume que os sorteios derrubaram

Durante anos, o grau moderado foi o caso típico de esfriar a inflamação com antibiótico e operar seis semanas depois. A ideia parecia sensata. Tecido inflamado sangra mais e cola nos órgãos vizinhos, o que apaga os limites da anatomia, e por isso a espera parecia proteger quem ia para a mesa. Isso explica por que o costume durou tanto.

Os sorteios apontaram para o outro lado. O Gráfico 4.1 mostra o resultado do maior deles em frequência natural.



O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio alemão sorteou 618 pessoas com colecistite aguda entre dois caminhos (GUTT et al., 2013). Num grupo a operação por laparoscopia acontecia nas primeiras vinte e quatro horas; no outro entrava antibiótico e a cirurgia ficava marcada para o intervalo de sete a quarenta e cinco dias. O contador principal reuniu as complicações relevantes de setenta e cinco dias, e separou os grupos: 11,8% entre os 304 operados logo, contra 34,4% entre os 314 que aguardaram. A mortalidade ficou sem diferença estatística, e o mesmo aconteceu com a troca para a cirurgia convencional. A média de dias de hospital caiu de 10,0 para 5,4. A janela de setenta e cinco dias cobre o intervalo inteiro da espera.

Fonte: GUTT et al., 2013

4.2 O que a soma dos ensaios mostra

Um ensaio sozinho convence pouco. A Figura 4.2 põe os dois caminhos em paralelo.



O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Quinze ensaios randomizados foram reunidos numa mesma análise (LYU et al., 2018). Comece pela complicação mais temida, a lesão do canal da bile: o risco relativo ficou em 0,79, com intervalo de confiança de 95% entre 0,23 e 2,79. A faixa é larga e atravessa o ponto de nenhuma diferença, o que quer dizer que a análise não achou evidência de diferença entre os dois caminhos — resultado que fica longe de provar que eles se equivalem. O vazamento de bile repetiu esse mesmo achado, e com ele a infecção da ferida e a troca para a cirurgia convencional. Os dias somados de hospital foram 3,07 a menos no grupo operado cedo, com intervalo entre 2,16 e 3,98 dias. Os autores fecham com prudência: a segurança de operar cedo apareceu comparável à de adiar, dentro dos sete primeiros dias desde a apresentação do quadro. A diretriz internacional de cirurgia de urgência publicada depois mantém a cirurgia como tratamento principal mesmo no risco alto, e cita o idoso e quem tem cirrose entre os que costumavam ficar de fora (PISANO et al., 2020).

Fonte: LYU et al., 2018; PISANO et al., 2020

O Gráfico 4.3 traduz esses dias em uma imagem.

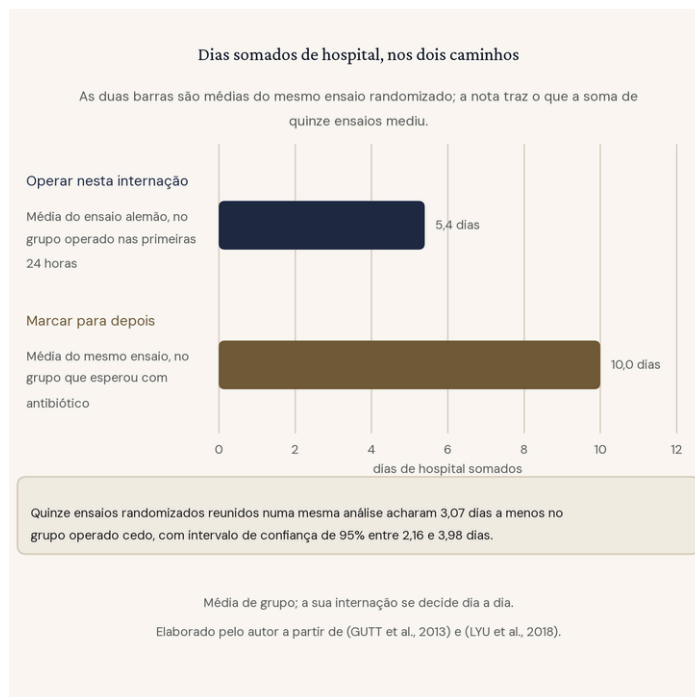


GRÁFICO 4.3

Dias somados de hospital nos dois caminhos. As barras são médias do ensaio alemão de 618 pessoas; a nota traz o que a soma de quinze ensaios randomizados mediu.

Elaborado pelo autor a partir de (LYU et al., 2018) e (GUTT et al., 2013)

Duas ressalvas fecham o capítulo. Nada disso vale como indicação para o seu caso, que depende do grau e das outras doenças; e a cirurgia programada, com a vesícula calma, tem livro próprio, o da pedra na vesícula e da colecistectomia. Quando a operação fica marcada para esta internação, resta saber o que muda dentro da sala — a cirurgia de urgência por dentro.

A cirurgia de urgência por dentro

EM UMA FRASE

A operação retira a mesma vesícula. O que a inflamação muda é a facilidade de enxergar o que não pode ser cortado.

5.1 O mesmo objetivo, com menos visibilidade

Operar agora, o caminho que os sorteios pesaram contra a espera, não muda o alvo da cirurgia. A pessoa dorme. O abdome é inflado com gás e entram quatro acessos pequenos, chamados portais: por um passa a câmera, pelos outros os instrumentos, e é por um deles que a vesícula sai inteira no fim, com as pedras dentro. A Figura 5.1 mostra essa sequência.

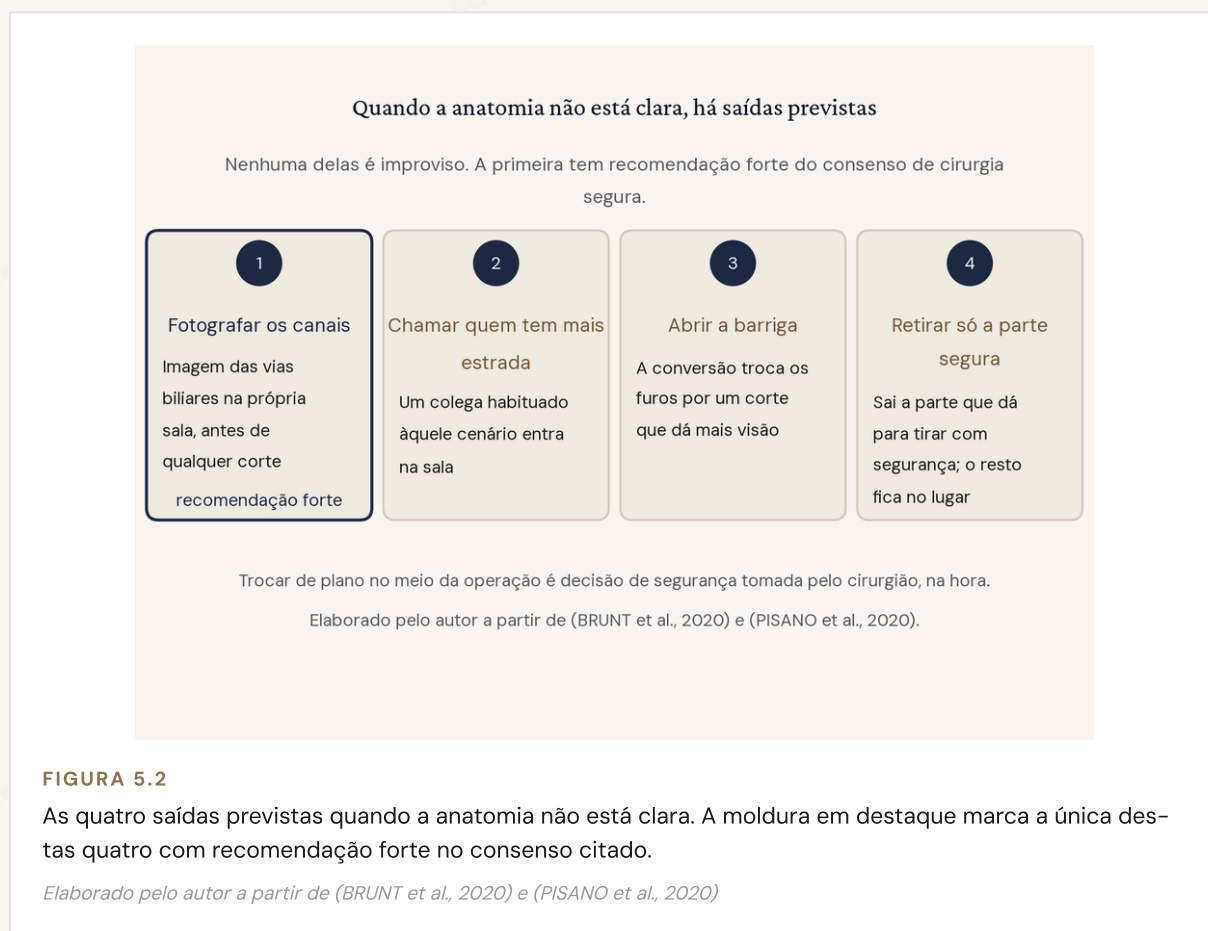


A parte que ninguém apressa é a do meio. A vesícula se liga ao resto por duas estruturas finas: um ducto e uma artéria. O canal principal da bile passa ali do lado, e a dissecação só termina quando as duas estão identificadas sem sombra de dúvida, antes que qualquer

pinça feche. Na vesícula inflamada esse ponto custa a aparecer: o tecido incha, sangra fácil, e a inflamação cola a bolsa nos órgãos vizinhos.

5.2 As saídas previstas

Quando a inflamação apaga os planos, a equipe tem saídas combinadas de antemão. Fazer uma imagem dos canais da bile durante a operação. Chamar um colega mais habituado. Trocar os furos por um corte maior, a conversão. Ou retirar apenas a parte da vesícula que dá para tirar com segurança, deixando o resto no lugar: é a colecistectomia subtotal. A Figura 5.2 desenha as quatro.



Quem recebe a notícia da conversão na sala de espera costuma entender que algo deu errado, e costuma ser o contrário: a equipe olhou para uma anatomia que não estava clara o bastante e escolheu, no meio do caminho, a via que dá mais visão e mais espaço. É decisão de segurança.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Cinco sociedades cirúrgicas responderam a dezoito perguntas sobre como tornar essa operação mais segura, e chegaram a acordo em dezessete delas (BRUNT et al., 2020). Duas ganharam força de recomendação forte. Diante da suspeita de que o canal já foi lesado, ou de anatomia que deixa dúvida, uma delas manda fotografar as vias biliares na própria sala. A outra manda entregar essa lesão a uma equipe hepatobiliar acostumada a tratá-la. A maior parte das outras saiu condicional, e o consenso disse por quê: a certeza da evidência é baixa. Sobre a retirada parcial, dez estudos foram reunidos numa comparação entre a subtotal e a total na vesícula difícil (KOO et al., 2024). A lesão do canal principal apareceu menos com a subtotal, 0% contra 1,6%, com risco relativo de 0,30 e intervalo de confiança de 95% entre 0,10 e 0,87. O preço vem depois: reoperação, coleção de líquido dentro da barriga, endoscopia depois da operação e vazamento de bile ficaram todos mais frequentes na retirada parcial.

Fonte: BRUNT et al., 2020; KOO et al., 2024

TABELA 5.3 — A RETIRADA PARCIAL DA VESÍCULA: O QUE ELA REDUZ E O QUE ELA AUMENTA

O QUE A COMPARAÇÃO MEDIU	RETIRADA PARCIAL (SUBTOTAL)	RETIRADA INTEIRA (TOTAL)
Lesão do canal principal da bile	0 em cada 100 nos estudos reunidos	1,6 em cada 100 nos estudos reunidos
Nova operação	Mais frequente	Menos frequente
Coleção de líquido dentro da barriga	Mais frequente	Menos frequente
Endoscopia depois da operação	Mais frequente	Menos frequente
Vazamento de bile	Mais frequente	Menos frequente

A Tabela 5.3 mostra os dois lados dessa troca: a primeira linha melhora e as quatro seguintes pioram. A lógica está em trocar a lesão mais grave por complicações que se resolvem com mais frequência. Quem escolhe é o cirurgião, na hora.

E existe o caso em que nem essa operação entra na conversa de hoje: o corpo não tem folga para atravessá-la. Nele, o dreno vem primeiro.

Quando o dreno vem primeiro

EM UMA FRASE

Esvaziar a vesícula por um tubo baixa a pressão e a febre sem abrir a barriga. Para a maior parte das pessoas, ele é uma ponte até a operação.

6.1 O tubo que atravessa a pele

A cirurgia de urgência pede que o corpo aguente anestesia geral, e nem todo corpo aguenta hoje. Para esses, com anestesia local e agulha guiada por ultrassom, um tubo fino atravessa a pele e o fígado até a vesícula, e o pus e a bile presa saem por ele para uma bolsa coletora. A pressão cai. A febre costuma ceder em horas, e a Figura 6.1 mostra o trajeto do tubo.



O tubo resolve a crise daquele dia. A bolsa continua no lugar, com as pedras dentro dela, e por isso a drenagem costuma funcionar como ponte: segura o quadro enquanto o corpo

se recupera, e a operação fica marcada para quando a pessoa melhorar.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio holandês testou essa prudência em 142 pessoas de alto risco cirúrgico com colecistite aguda (LOOZEN et al., 2018). Sessenta e seis foram sorteadas para a operação por laparoscopia e sessenta e oito para o tubo pela pele; a análise intermediária prevista no protocolo bastou para o ensaio parar ali.

Entre os operados, 12% tiveram complicação maior; entre os drenados, 65%. A reintervenção dentro de um ano foi necessária em 12% dos operados e em 66% dos drenados, e a doença biliar voltou em 5% de um lado contra 53% do outro. Morreram 3% de um lado e 9% do outro. A diferença não foi estatística. Uma revisão sistemática anterior já registrara o quanto o terreno era pobre: dois ensaios randomizados apenas, 156 participantes somados, ambos com alto risco de viés (GURUSAMY et al., 2013).

Fonte: LOOZEN et al., 2018; GURUSAMY et al., 2013

O Gráfico 6.2 põe esses dois números lado a lado em cada 100 pessoas.



Existe ainda uma terceira rota. Poucos serviços a oferecem: drenar a vesícula por dentro, com um aparelho de endoscopia guiado por ultrassom, sem tubo saindo pela pele.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio internacional sorteou 80 pessoas de risco cirúrgico muito alto entre a drenagem por endoscopia e a drenagem pela pele (TEOH et al., 2020). A colecistite voltou em 2,6% de um lado e em 20% do outro, e os eventos adversos somados de um ano inteiro ficaram em 25,6% contra 77,5%. O sucesso do procedimento ficou parecido nos dois braços, e a mortalidade em trinta dias também. Os autores põem condição na conclusão: a rota depende de equipe treinada e de decisão tomada em conjunto por várias áreas, e o tempo de duração do benefício ainda pede estudo.

Fonte: TEOH et al., 2020

6.2 O que são os aparelhos ao redor da cama

Quem fica em observação se vê cercado de tubos. A Tabela 6.3 nomeia os mais comuns.

TABELA 6.3 — OS APARELHOS E TUBOS MAIS COMUNS, E O QUE CADA UM FAZ

O QUE É	PARA QUE SERVE	QUANTO TEMPO COSTUMA FICAR
Soro na veia	Repor água e sal, e levar remédio e antibiótico até o sangue	Enquanto durar o jejum e a fase aguda
Dreno da vesícula, pela pele	Esvaziar o pus e a bile presa, para baixar a pressão dentro da bolsa	Semanas, com data revista na consulta de retorno
Sonda na bexiga	Medir de hora em hora quanto o rim está filtrando, quando a pressão preocupa	Enquanto durar a fase mais instável
Monitor de beira de leito	Acompanhar pressão, frequência do coração e oxigênio sem acordar você	Enquanto durar a observação
Cateter em veia do pescoço	Levar medicação que precisa de veia calibrosa quando a pressão exige apoio	Enquanto durar o apoio à pressão

A maior parte desses tubos sai em poucos dias. Quem precisa da terapia intensiva costuma sair de lá antes da alta, e a internação segue no quarto comum.

Quando a fase aguda passa, por qualquer dos dois caminhos, vem a parte que a família pergunta desde o primeiro dia: quanto tempo dura a internação e o que observar depois dela.

A internação e a volta para casa

EM UMA FRASE

A alta chega quando você come, anda e controla a dor sem ajuda da veia. O calendário de casa se combina na consulta.

7.1 Os dias, um a um

O dreno serve a uma minoria. Quem é operado nesta internação percorre uma linha do tempo curta, e a Figura 7.1 mostra os marcos dela.



O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Os dias da Figura 7.1 têm origem medida. Na soma de quinze ensaios randomizados, o hospital somado ficou 3,07 dias menor no grupo operado cedo, num intervalo de confiança de 95% entre 2,16 e 3,98 dias (LYU et al., 2018); o ensaio alemão do capítulo 4 mediu 5,4 contra 10,0 dias de internação média (GUTT et al., 2013). São médias de grupo: a sua data de alta se decide na beira do leito, dia a dia.

Fonte: GUTT et al., 2013; LYU et al., 2018

Você acorda com quatro curativos pequenos e com dor controlada. Um desconforto no ombro direito é comum nas primeiras horas: o gás usado para inflar o abdome irrita o músculo que separa o tórax da barriga, e esse músculo divide o mesmo nervo com a pele do ombro. Caminhar ajuda, e o incômodo passa em um ou dois dias.

Antes de liberar, a equipe vai querer ver você bebendo água e caminhando pelo quarto sem tontura.

7.2 Depois da alta

Ande desde o primeiro dia. Coma de tudo, em porções menores, observando como o corpo responde à gordura. Para dirigir, a régua é frear com força sem que a dor limite o movimento; o trabalho sentado costuma voltar na segunda semana, e o esforço pesado mais tarde, em prazos que variam caso a caso. Quem fecha o seu é a equipe que operou. A Figura 7.2 repete os três níveis de pressa, agora com os sinais do pós-operatório.

**FIGURA 7.2**

Depois da alta: os sinais em três níveis de pressa. A forma do ícone repete a urgência que a cor indica.

Elaborado pelo autor

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192. Dor que aumenta a cada dia, com barriga dura · febre acima de 38 graus com calafrio · pele ou olhos amarelados · falta de ar ou dor na panturrilha · vômito que não para, com a barriga inchada.

Como ir. Falta de ar, dor na panturrilha e barriga dura pedem 192; nos outros sinais desta faixa, procure o pronto-socorro pelo meio mais rápido que tiver, sem dirigir você mesmo.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje. Saída de líquido pelos furos, vermelhidão ou calor ao redor deles · febre baixa que se repete · dor que parou de melhorar · dreno que saiu do lugar.

Na próxima consulta — anote e leve. Fezes mais soltas depois de comida gordurosa · cansaço que demora a passar · dúvida sobre quando retomar esforço · resultado do exame do material retirado.

7.3 O que perguntar antes de sair

A alta acontece depressa, e a cabeça ainda está no susto. A Tabela 7.3 reúne o que vale perguntar enquanto a equipe está na sua frente.

TABELA 7.3 — O QUE PERGUNTAR À EQUIPE ANTES DA ALTA

ASSUNTO	A PERGUNTA
A operação	A minha vesícula saiu inteira ou em parte, e por quê?
Achados	Houve alguma dificuldade na cirurgia que eu deva contar a outro médico no futuro?
Dreno	Se eu vou para casa com dreno, quem cuida dele e quando ele sai?
Retorno	Em quantos dias é o meu retorno, e com quem eu falo antes disso se algo mudar?
Remédios	Quais remédios de uso contínuo eu retomo, e a partir de quando?
Comida	Eu preciso de alguma restrição na comida, e por quanto tempo?
Se a dor voltar	Se ela voltar daqui a meses, a quem eu procuro primeiro?

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O resultado do exame do material retirado já saiu, e o que ele mostrou?
- Quando eu posso voltar ao esforço que a minha rotina exige?

EM UMA FRASE

A vesícula inflamada tira de você a escolha do momento. A escolha de entender continua inteira: aqui estão os números dos dois caminhos, com os intervalos publicados, inclusive os largos. A decisão se fecha com a equipe que está ao seu lado.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Vesícula biliar

Uma bolsa do tamanho de um dedo polegar, pendurada na face de baixo do fígado. Ela guarda e concentra a bile entre as refeições.

Bile

O líquido que o fígado produz o tempo todo para ajudar o intestino a quebrar a gordura dos alimentos.

Cálculo biliar

O nome técnico da “pedra”. Formação sólida que aparece quando a bile fica concentrada demais e parte do que estava dissolvido nela se deposita.

Cólica biliar

A crise de dor que acontece quando um cálculo tampa a saída da vesícula e depois escorrega de volta. Ela aperta, dura de minutos a poucas horas e passa.

Colecistite aguda

A inflamação da parede da vesícula, que se instala quando a obstrução da saída não cede. A dor deixa de ir embora e costuma vir com febre.

Ducto cístico

O canal curto e estreito que liga a vesícula ao canal principal da bile. É nele que o cálculo costuma encravar.

Colédoco

O canal principal que leva a bile do fígado até o intestino. A vesícula é uma bolsa ligada à lateral dele.

Icterícia

A cor amarelada que a pele e os olhos ganham quando a bile não consegue escoar e se acumula no sangue.

Colangite

A infecção da bile represada dentro do canal principal. É uma urgência hospitalar.

Colecistectomia

A operação que retira a vesícula inteira, com os cálculos dentro dela.

Colecistectomia subtotal

A retirada apenas da parte da vesícula que pode ser separada com segurança, quando a inflamação apagou os limites das estruturas.

Laparoscopia

Técnica em que a operação é feita por pequenos furos, com uma câmera e instrumentos finos, em vez de um corte único maior.

Conversão

A decisão de trocar a laparoscopia por um corte maior durante a operação, quando a visão pelos furos deixa de ser segura.

Colangiografia

A imagem dos canais da bile feita durante a operação, com contraste ou com luz especial, para confirmar a anatomia antes de cortar.

Drenagem percutânea da vesícula

A colocação de um tubo fino dentro da vesícula, atravessando a pele com anestesia local, para esvaziar o pus e a bile sem abrir a barriga.

Falência de órgão

A situação em que um órgão deixa de dar conta do seu trabalho e precisa de apoio — pressão que exige medicação na veia, rim que para de filtrar, pulmão que precisa de oxigênio.

Ensaio randomizado

Estudo em que as pessoas são sorteadas entre dois caminhos de tratamento. O sorteio é o que permite comparar os dois sem que a escolha do médico contamine o resultado.

Frequência natural

A forma de dizer risco que este livro usa: “X em cada 100 pessoas”, em vez de porcentagem solta. Ela é mais fácil de conferir e mais difícil de distorcer.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor–data e remetem a esta lista.

- BRUNT, L. M. et al. Safe Cholecystectomy Multi-society Practice Guideline and State of the Art Consensus Conference on Prevention of Bile Duct Injury During Cholecystectomy. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 272, n. 1, p. 3–23, 2020. DOI: 10.1097/SLA.0000000000003791. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003791>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 32404658.
- GOMI, H. et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. **Journal of hepato–biliary–pancreatic sciences**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 3–16, 2018. DOI: 10.1002/jhbp.518. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhbp.518>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 29090866.
- GURUSAMY, K. S.; ROSSI, M.; DAVIDSON, B. R. Percutaneous cholecystostomy for high-risk surgical patients with acute calculous cholecystitis. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 2013, n. 8, p. CD007088, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD007088.pub2. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007088.pub2>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 23939652.
- GUTT, C. N. et al. Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). **Annals of surgery**, [S. l.], v. 258, n. 3, p. 385–93, 2013. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3182a1599b. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182a1599b>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 24022431.
- KOO, S. S. et al. Subtotal vs total cholecystectomy for difficult gallbladders: A systematic review and meta-analysis. **American journal of surgery**, [S. l.], v. 229, p. 145–150, 2024. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2023.12.022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2023.12.022>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 38168604.
- LAMMERT, F. et al. Gallstones. **Nature reviews. Disease primers**, [S. l.], v. 2, p. 16024, 2016. DOI: 10.1038/nrdp.2016.24. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.24>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 27121416.
- LOOZEN, C. S. et al. Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high risk patients (CHOCOLATE): multicentre randomised clinical trial. **BMJ**, [S. l.], v. 363, p. k3965, 2018. DOI: 10.1136/bmj.k3965. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.k3965>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 30297544.
- LYU, Y. et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: an up-to-date meta-analysis of randomized controlled trials. **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 32, n. 12, p. 4728–4741, 2018. DOI: 10.1007/s00464-018-6400-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-018-6400-0>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 30167953.
- OKAMOTO, K. et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. **Journal of hepato–biliary–pancreatic sciences**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 55–72, 2018. DOI: 10.1002/jhbp.516. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhbp.516>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 29045062.
- PISANO, M. et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. **World journal of emergency surgery: WJES**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 61, 2020. DOI: 10.1186/s13017-020-00336-x. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 33153472.

TEOH, A. Y. B. et al. Endosonography-guided gallbladder drainage versus percutaneous cholecystostomy in very high-risk surgical patients with acute cholecystitis: an international randomised multicentre controlled superiority trial (DRAC 1). **Gut**, [S. l.], v. 69, n. 6, p. 1085–1091, 2020. DOI: 10.1136/gutjnl-2019-319996. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-319996>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 32165407.

YOKOE, M. et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). **Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 41–54, 2018. DOI: 10.1002/jhbp.515. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhbp.515>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 29032636.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

MÉDICO · CRM-SP 97.070 · CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO · RQE 46345

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345.

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade. Trato de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula, do pâncreas e da parede do abdome.

Escrevo esta série por um motivo prático. Na consulta, o tempo é curto e a cabeça de quem acabou de receber um diagnóstico está cheia. Muita coisa importante se perde no caminho entre o consultório e a casa. Um texto que pode ser lido com calma, e relido antes de decidir, costuma valer mais do que qualquer folheto de sala de espera. Aqui está o que eu explicaria a você se tivéssemos uma hora livre, sem telefone tocando.

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Figura 1.2	O fígado, a vesícula e os canais da bile. A vesícula aparece embaixo do fígado, com cálculos no seu interior, ligada por um ducto curto ao canal principal que desce para o intestino.	vesicula_vias_biliares_marfim.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 1.3	A vesícula com pedras e a vesícula inflamada. Prancha da Servier Medical Art recortada e rotulada em português pelo autor; as cores da ilustração original foram preservadas.	Figura_1.3_calma-e-inflamada.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 1.4	Vesícula inflamada: os sinais em três níveis de pressão. A forma do ícone repete a urgência que a cor indica.	Figura_1.4_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor
Figura 2.1	Do balcão à decisão: as quatro estações do atendimento. Esquema do percurso dentro do hospital; os tempos variam com a lotação do serviço e com a gravidade de quem chega.	Figura_2.1_do-balcao-a-decisao.png	Elaborado pelo autor
Figura 2.3	As primeiras horas dentro do hospital. As faixas orientam a leitura; nenhum estudo publicou esses tempos, e o relógio real depende do serviço e da sua gravidade.	Figura_2.3_as-horas-da-espera.png	Elaborado pelo autor
Figura 3.2	Os três graus e o que cada um costuma mudar. A tabela e a figura traduzem a ideia de cada degrau em palavras simples; os critérios objetivos são do consenso, e quem os aplica é quem examina o paciente.	Figura_3.2_tres-graus.png	Elaborado pelo autor a partir de (YOKOE et al., 2018) e (OKAMOTO et al., 2018)
Gráfico 4.1	Complicações em setenta e cinco dias, por caminho escolhido, em cada 100 pessoas sorteadas. O contador soma o que aconteceu na espera e o que aconteceu na operação.	Grafico_4.1_frequencia-natural.png	Elaborado pelo autor a partir de (GUTT et al., 2013)
Figura 4.2	Operar nesta internação ou marcar para depois: o		

	que cada caminho envolve. Os dois cartões trazem, lado a lado, o que foi medido em cada caminho, e os números de dias vêm dos ensaios citados na legenda.	Figura_4.2_dois-caminhos.png	Elaborado pelo autor a partir de (LYU et al., 2018) e (GUTT et al., 2013)
Gráfico 4.3	Dias somados de hospital nos dois caminhos. As barras são médias do ensaio alemão de 618 pessoas; a nota traz o que a soma de quinze ensaios randomizados mediu.	Grafico_4.3_dias-de-hospital.png	Elaborado pelo autor a partir de (LYU et al., 2018) e (GUTT et al., 2013)
Figura 5.1	O percurso da operação, do gás ao fechamento dos furos. Esquema; o número e a posição dos acessos variam com a anatomia e com a preferência da equipe.	Figura_5.1_passo-a-passo.png	Elaborado pelo autor
Figura 5.2	As quatro saídas previstas quando a anatomia não está clara. A moldura em destaque marca a única destas quatro com recomendação forte no consenso citado.	Figura_5.2_saidas-previstas.png	Elaborado pelo autor a partir de (BRUNT et al., 2020) e (PISANO et al., 2020)
Figura 6.1	A drenagem da vesícula pela pele, e a ponte até a operação. O tubo atravessa a parede do abdome e o fígado antes de entrar na bolsa, e a bile sai para uma bolsa coletora presa ao corpo.	Figura_6.1_drenagem-percutanea.png	Elaborado pelo autor a partir de (OKAMOTO et al., 2018)
Gráfico 6.2	Complicações maiores em cada 100 pessoas de alto risco cirúrgico, por caminho sorteado. O grupo drenado também precisou de mais reintervenções dentro de um ano.	Grafico_6.2_frequencia-natural.png	Elaborado pelo autor a partir de (LOOZEN et al., 2018)
Figura 7.1	Da chegada ao hospital à volta às atividades. As faixas em dias são orientação de consulta, individualizadas caso a caso; só os dias somados de hospital vêm dos ensaios citados no crédito.	Figura_7.1_linha-do-tempo.png	Elaborado pelo autor; os dias de hospital a partir de (GUTT et al., 2013) e (LYU et al., 2018)
Figura 7.2	Depois da alta: os sinais em três níveis de pressão. A forma do ícone repete a urgência que a cor indica.	Figura_7.2_alerta-pos-alta.png	Elaborado pelo autor

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

Conflitos de interesse

O autor declara não ter recebido patrocínio, amostra de cortesia, honorário de palestra ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de equipamentos, instrumentais, próteses ou medicamentos citados nesta obra. Nenhum hospital, operadora, indústria ou fabricante patrocinou esta obra. As ilustrações do acervo do autor, feitas com auxílio de inteligência artificial, aparecem creditadas nas legendas; uma prancha anatômica vem da Servier Medical Art, sob licença CC BY 4.0, com o crédito exigido pela licença.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

Colofão. Composto em Crimson Pro (títulos) e DM Sans (texto), da identidade visual do autor. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.