



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



## ***Abordagem Diagnóstica e Terapêutica do Abdome Agudo Inflamatório***

Néstor Manuel Zorrilla Recalde , Jordson Kaique Oliveira Nunes , Anna Julia Arenas de Andrade, Giovanna Lugli Mantovani Perini, Bárbara Warmling Meurer, Amanda Letícia de Aguiar Galvão, Brenda Mota de Souza, Ariel Cavalcante dos Santos Maso, Olicio Vicente da Silva Neto , Daniella da Silva Araújo , Victor dos Anjos Ferreira, Rosa Ñanduti Vidal Rodríguez



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n5p1306-1321>

Artigo recebido em 20 Abril e publicado em 20 de Maio de 2026

### **Revisão de literatura**

#### **RESUMO**

O abdome agudo inflamatório constitui uma das principais síndromes clínicas observadas nos serviços de urgência e emergência, demandando diagnóstico rápido e conduta terapêutica precisa devido ao potencial risco de complicações graves. Este estudo teve como objetivo revisar criticamente as principais etiologias associadas a essa condição, com ênfase em apendicite aguda, colecistite aguda, diverticulite aguda e pancreatite aguda, abordando seus aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, baseada em publicações científicas nacionais e internacionais, diretrizes clínicas e estudos recentes disponíveis em bases de dados reconhecidas. A análise evidenciou que o reconhecimento precoce dos sinais clínicos, associado ao uso racional de exames laboratoriais e métodos de imagem, é determinante para a redução da morbimortalidade. Observou-se ainda que a individualização das condutas, aliada à incorporação de estratégias minimamente invasivas e protocolos baseados em evidências, tem promovido melhores desfechos assistenciais. Conclui-se que o manejo do abdome agudo inflamatório exige abordagem multidisciplinar, atualização científica constante e integração entre raciocínio clínico e intervenção oportuna, visando maior segurança e efetividade no cuidado ao paciente.

**Palavras-chave:** Abdômen agudo inflamatório; Abdômen agudo; Apendicite; colecistite aguda; Diverticulite aguda; Pancreatite aguda.

## **Diagnostic and Therapeutic Approach to Acute Inflammatory Abdomen**

### **Abstract**

Acute inflammatory abdomen is one of the main clinical syndromes observed in emergency departments, demanding rapid diagnosis and precise therapeutic management due to the potential risk of serious complications. This study aimed to critically review the main etiologies associated with this condition, with emphasis on acute appendicitis, acute cholecystitis, acute diverticulitis, and acute pancreatitis, addressing their epidemiological, pathophysiological, clinical, diagnostic, and therapeutic aspects. This is a narrative literature review, descriptive in nature and with a qualitative approach, based on national and international scientific publications, clinical guidelines, and recent studies available in recognized databases. The analysis showed that early recognition of clinical signs, associated with the rational use of laboratory tests and imaging methods, is crucial for reducing morbidity and mortality. It was also observed that the individualization of management, combined with the incorporation of minimally invasive strategies and evidence-based protocols, has promoted better care outcomes. In conclusion, the management of acute inflammatory abdomen requires a multidisciplinary approach, constant scientific updating, and integration between clinical reasoning and timely intervention, aiming for greater safety and effectiveness in patient care.

**Keywords:** abdome agudo inflamatório; acute abdomen; appendicitis; acute cholecystitis; acute diverticulitis; acute pancreatitis

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 In](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



## ***Introdução***

O abdome agudo configura-se como uma síndrome clínica de múltiplas etiologias, caracterizada por dor abdominal intensa, de instalação súbita ou progressiva, com duração inferior a sete dias, podendo acometer indivíduos de diferentes faixas etárias. Trata-se de uma condição potencialmente grave e de evolução rápida, frequentemente associada a elevada morbimortalidade, exigindo diagnóstico preciso e intervenção terapêutica imediata, seja clínica, cirúrgica ou ambas (1,2,3).

Considerando sua relevância como emergência médica e cirúrgica, a abordagem inicial deve ser célere e sistematizada, respeitando a sequência clássica da avaliação clínica: anamnese detalhada, exame físico direcionado, investigação laboratorial e métodos de imagem complementares. A classificação do abdome agudo baseia-se na natureza fisiopatológica do processo desencadeante, sendo tradicionalmente dividido em inflamatório, perfurativo, obstrutivo, vascular e hemorrágico (4,5).

Dentre essas categorias, o abdome agudo inflamatório ocupa posição de destaque pela elevada prevalência e pela diversidade de condições clínicas envolvidas. Caracteriza-se por processos inflamatórios agudos que acometem órgãos intra-abdominais e estruturas peritoneais adjacentes, comprometendo, sobretudo, o apêndice vermiforme, a vesícula biliar, o cólon e o pâncreas. Entre as principais etiologias destacam-se a apendicite aguda, a colecistite aguda, a diverticulite aguda e a pancreatite aguda (6).

A colecistite aguda corresponde à inflamação da vesícula biliar, geralmente secundária à obstrução do ducto cístico por cálculos biliares, manifestando-se clinicamente por dor em quadrante superior direito ou epigástrico, febre e leucocitose. A apendicite aguda, por sua vez, decorre, na maioria das vezes, da obstrução luminal do apêndice, frequentemente por fecalitos ou hiperplasia linfóide, culminando em proliferação bacteriana e resposta inflamatória local. Clinicamente, apresenta-se com dor abdominal inicialmente periumbilical, que migra para a fossa ilíaca direita, associada a náuseas e vômitos (7).

A diverticulite aguda resulta da inflamação de divertículos colônicos, sendo mais comum em segmentos do cólon esquerdo, e pode cursar com dor abdominal localizada, febre, alterações do hábito intestinal e, ocasionalmente, sangramento digestivo. Já a pancreatite aguda consiste em um processo inflamatório súbito do pâncreas, frequentemente relacionado à litíase biliar ou ao consumo excessivo de álcool, caracterizando-se por dor intensa em abdome superior, náuseas, vômitos e possíveis repercussões metabólicas sistêmicas (8).

Diante da complexidade e da potencial gravidade dessas condições, torna-se essencial uma abordagem diagnóstica e terapêutica rápida, precisa e individualizada, a fim de identificar precocemente a necessidade de intervenção cirúrgica e instituir medidas adequadas de suporte e tratamento definitivo. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão abrangente acerca do manejo e da conduta no abdome agudo inflamatório, enfatizando as especificidades clínicas, diagnósticas e terapêuticas das principais etiologias envolvidas. A compreensão aprofundada e o reconhecimento oportuno dessas patologias constituem elementos fundamentais para a redução da morbimortalidade associada a essa importante síndrome abdominal aguda.

## ***Metodologia***

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, cujo objetivo foi reunir, analisar e sintetizar criticamente as evidências científicas disponíveis acerca do abdome agudo inflamatório, com ênfase em suas principais etiologias, manifestações clínicas, métodos diagnósticos e abordagens terapêuticas. A pesquisa buscou compreender os avanços recentes no manejo dessas condições, considerando sua relevância epidemiológica e seu impacto nos serviços de urgência e emergência.

A busca bibliográfica foi realizada a partir de publicações científicas nacionais e internacionais, utilizando referências indexadas em bases de dados de reconhecida relevância acadêmica, como PubMed/MEDLINE, SciELO, Scopus e Google Scholar, além da consulta a documentos institucionais e diretrizes clínicas atualizadas. Foram

priorizados estudos recentes e produções científicas com maior consistência metodológica, incluindo revisões sistemáticas, revisões narrativas, estudos observacionais e posicionamentos de sociedades médicas.

Os descritores utilizados contemplaram termos nos idiomas português e inglês, tais como “abdome agudo inflamatório”, “acute abdomen”, “appendicitis”, “acute cholecystitis”, “acute diverticulitis” e “acute pancreatitis”, combinados entre si por meio de operadores booleanos, visando ampliar a sensibilidade e especificidade da estratégia de busca. Foram incluídos estudos que abordassem aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos das principais causas de abdome agudo inflamatório, bem como publicações que discutissem condutas clínicas e cirúrgicas baseadas em evidências.

Como critérios de exclusão, foram desconsiderados trabalhos duplicados, estudos com limitações metodológicas relevantes, publicações sem aderência temática ao objetivo proposto e materiais desatualizados que não contribuíssem para a compreensão contemporânea do tema. A análise dos dados ocorreu de forma descritiva e interpretativa, permitindo a integração das evidências encontradas e a elaboração de uma discussão crítica, atualizada e aplicável à prática médica.

Por tratar-se de um estudo fundamentado em dados secundários, de acesso público e sem envolvimento direto de seres humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## ***Resultados e discussão***

### **Colecistite Aguda**

A vesícula biliar é um órgão de pequeno porte, com formato piriforme, situado na face inferior do fígado. Sua principal função consiste no armazenamento e na concentração da bile, substância produzida pelo fígado que é fundamental para a digestão e absorção de lipídios no intestino delgado. Após a ingestão alimentar, especialmente de refeições ricas em gordura, ocorre a liberação da bile para o trato digestório (9).

A colecistite aguda corresponde a um processo inflamatório súbito da vesícula biliar, geralmente desencadeado pela obstrução do ducto cístico. Na maioria dos casos, essa obstrução decorre da presença de cálculos biliares, embora outras condições também possam contribuir para o desenvolvimento do quadro inflamatório. A fisiopatologia envolve estase biliar, distensão vesicular, resposta inflamatória local e, em alguns casos, infecção bacteriana secundária. Alterações vasculares também podem influenciar na progressão e gravidade da doença. Essa condição pode ocorrer em diferentes faixas etárias, porém apresenta maior incidência entre a quarta e a sétima décadas de vida, sendo mais frequente em indivíduos do sexo feminino. O quadro clínico caracteriza-se, em geral, por dor persistente em hipocôndrio direito ou epigástrico, frequentemente associada a náuseas, vômitos, febre e sensibilidade abdominal localizada. Em situações mais avançadas, podem surgir complicações como empiema, gangrena, perfuração vesicular e peritonite (10).

A abordagem terapêutica depende da gravidade da apresentação clínica, da presença de complicações e das condições gerais do paciente. A colecistectomia representa o tratamento definitivo e constitui a conduta mais efetiva, especialmente quando realizada precocemente. Atualmente, a via laparoscópica é considerada padrão, oferecendo menor trauma cirúrgico, recuperação mais rápida e menor tempo de internação. A realização da colecistectomia precoce, preferencialmente nos primeiros dias do quadro clínico, tem demonstrado resultados satisfatórios, com segurança semelhante à abordagem tardia, além de reduzir recorrências e novas admissões hospitalares. Dessa forma, consolidou-se como estratégia preferencial em grande parte dos casos (8,10).

Em cenários de inflamação intensa, dificuldade anatômica ou comprometimento da região perihepática, pode ser necessária a conversão para abordagem aberta, visando maior segurança operatória. Em casos selecionados, quando a dissecação do triângulo hepatocístico apresenta elevado risco, pode-se optar por colecistectomia subtotal, técnica que reduz a probabilidade de lesão de vias biliares. Para pacientes com alto risco cirúrgico ou instabilidade clínica, a drenagem percutânea da vesícula biliar surge como alternativa terapêutica. Esse procedimento minimamente invasivo permite descompressão e drenagem do conteúdo infectado, proporcionando melhora clínica e

estabilização do paciente, possibilitando a realização da cirurgia definitiva em momento oportuno (11).

A definição da melhor estratégia terapêutica deve ser individualizada, considerando o estado clínico do paciente, a extensão do processo inflamatório, as comorbidades associadas e a expertise da equipe cirúrgica. O reconhecimento precoce e a intervenção adequada são determinantes para redução de complicações e melhores desfechos clínicos (12).

### **Apendicite Aguda**

A apendicite aguda representa uma das causas mais frequentes de abdome agudo inflamatório e permanece entre as principais emergências cirúrgicas em todo o mundo. Sua incidência é maior em indivíduos jovens, especialmente entre a segunda e a terceira décadas de vida, com discreto predomínio no sexo masculino. Embora apresente baixa mortalidade em contextos de diagnóstico e tratamento precoces, a evolução para perfuração aumenta substancialmente o risco de complicações, sobretudo em pacientes idosos e em grupos vulneráveis (13).

O apêndice vermiforme é uma estrutura tubular, delgada e rica em tecido linfóide, ligada ao ceco, geralmente localizada próxima à válvula ileocecal. Apesar de possuir relação anatômica constante com o ceco, sua posição na cavidade abdominal pode variar, sendo a localização retrocecal a mais frequente. A fisiopatologia da apendicite está, na maioria das vezes, relacionada à obstrução do lúmen apendicular, causada por fecalitos, hiperplasia linfóide, corpos estranhos, parasitoses, doenças inflamatórias intestinais ou neoplasias (13,14).

A obstrução luminal desencadeia aumento progressivo da pressão intraluminal, distensão do órgão e comprometimento do retorno venoso. A persistência desse processo resulta em redução da perfusão arterial, isquemia da parede apendicular e proliferação bacteriana. A progressão do quadro pode culminar em inflamação transmural, necrose e perfuração, tornando a rapidez diagnóstica um fator decisivo para o prognóstico (15).

Do ponto de vista clínico, a apresentação clássica inclui dor abdominal inicialmente mal localizada, frequentemente em região periumbilical ou epigástrica, associada a anorexia, náuseas e vômitos. Com a evolução, ocorre migração da dor para a fossa ilíaca direita, onde se torna mais intensa e localizada, refletindo irritação peritoneal parietal. O exame físico pode revelar sinais sugestivos de irritação peritoneal, como dor à descompressão brusca, além de manobras específicas relacionadas à posição anatômica do apêndice, como sinais do psoas e do obturador. Esses achados, quando presentes, reforçam a suspeita diagnóstica e orientam a tomada de decisão clínica (12,13,14).

Exames laboratoriais frequentemente demonstram leucocitose e elevação de marcadores inflamatórios, como proteína C reativa. Embora úteis como suporte, esses achados não são específicos. Métodos de imagem são indicados em casos de apresentação atípica ou dúvida diagnóstica. A ultrassonografia constitui alternativa segura, especialmente em crianças e gestantes, permitindo identificação de apêndice não compressível, espessamento parietal, apendicolito e coleções periappendiculares. A tomografia computadorizada, quando disponível, apresenta elevada sensibilidade e especificidade, sendo frequentemente utilizada em adultos. O tratamento da apendicite aguda é predominantemente cirúrgico, com apendicectomia como conduta definitiva. A intervenção precoce reduz significativamente o risco de perfuração e complicações infecciosas. A abordagem laparoscópica tem se consolidado como técnica preferencial em muitos centros, devido à menor dor pós-operatória, recuperação mais rápida e menor tempo de internação (15,16,17,18).

Dessa forma, a apendicite aguda exige reconhecimento clínico imediato, investigação adequada e tratamento oportuno, sendo a agilidade na conduta um dos principais determinantes para redução da morbidade e para obtenção de melhores desfechos cirúrgicos.

### **Diverticulite Aguda**

A doença diverticular do cólon corresponde à presença de divertículos na parede intestinal, especialmente em segmentos do intestino grosso. Esses divertículos consistem em protrusões da mucosa e submucosa através de áreas de fragilidade da

camada muscular, frequentemente associadas à passagem de vasos sanguíneos. Quando ocorre inflamação e/ou infecção desses divertículos, estabelece-se o quadro de diverticulite aguda, condição mais comum no cólon sigmoide (19).

A fisiopatologia da doença está relacionada a fatores mecânicos e inflamatórios. Dietas pobres em fibras favorecem alterações no trânsito intestinal e aumento da pressão intraluminal, contribuindo para a formação dos divertículos. A progressão para diverticulite pode ocorrer em decorrência de obstrução do colo diverticular, estase fecal, alteração da microbiota local, microperfurações e isquemia focal (18).

A prevalência da diverticulose aumenta progressivamente com a idade, sendo incomum em indivíduos jovens e significativamente mais frequente em idosos. Embora muitos portadores permaneçam assintomáticos ao longo da vida, o risco de complicações tende a ser maior em pacientes com idade avançada. Não há predomínio consistente entre os sexos(19,20).

Do ponto de vista clínico, a diverticulite aguda pode ser classificada em formas não complicadas e complicadas. A forma não complicada caracteriza-se por dor abdominal localizada, geralmente em quadrante inferior esquerdo, associada a febre baixa, náuseas, alterações do hábito intestinal e leucocitose moderada. Já a forma complicada envolve abscessos, perfuração, obstrução intestinal, fístulas ou peritonite, podendo apresentar quadro sistêmico mais grave(21,22).

A evolução clínica pode ser estratificada conforme a gravidade anatômica e infecciosa, sendo a classificação de Hinchey amplamente utilizada para orientar condutas. Nos estágios iniciais, o processo inflamatório permanece localizado, enquanto nos estágios avançados há disseminação para a cavidade abdominal, com risco de peritonite generalizada e instabilidade clínica (23).

A tomografia computadorizada de abdome é considerada o método de imagem de escolha, por permitir avaliação detalhada da parede colônica, do tecido pericólico e da presença de coleções, abscessos ou perfurações. Além de confirmar o diagnóstico, auxilia na diferenciação entre diverticulose simples e diverticulite, bem como no planejamento terapêutico (24).

Nos casos não complicados, o tratamento costuma ser conservador, com antibioticoterapia direcionada para germes gram-negativos e anaeróbios, analgesia, hidratação e ajustes dietéticos. Em pacientes selecionados, o manejo pode ser realizado em regime ambulatorial, desde que haja estabilidade clínica e acompanhamento adequado. Na diverticulite complicada, a abordagem depende da extensão do processo infeccioso. Abscessos localizados podem ser tratados por drenagem percutânea guiada por imagem, associada a antibióticos. Quando há falha terapêutica, impossibilidade de drenagem ou piora clínica, está indicada a intervenção cirúrgica (25).

Nos quadros com peritonite difusa, perfuração livre ou comprometimento sistêmico importante, o tratamento cirúrgico torna-se mandatário. Entre as opções operatórias, destacam-se a ressecção do segmento colônico acometido, com possibilidade de anastomose primária em pacientes estáveis, ou procedimento de Hartmann em casos graves, especialmente na presença de comorbidades relevantes. A via laparoscópica tem sido cada vez mais utilizada, sempre que as condições clínicas e técnicas permitirem. O reconhecimento precoce da gravidade e a definição adequada da estratégia terapêutica são fundamentais para reduzir complicações, otimizar resultados e melhorar o prognóstico dos pacientes acometidos por diverticulite aguda (26,27).

### **Pancreatite Aguda**

A pancreatite aguda é uma condição inflamatória do pâncreas desencadeada pela ativação prematura e desregulada de enzimas pancreáticas no interior do próprio órgão, levando à autodigestão tecidual e à liberação de mediadores inflamatórios sistêmicos. Entre as principais etiologias destacam-se a litíase biliar e o consumo excessivo de álcool, responsáveis pela maior parte dos casos. Outras causas incluem hipertrigliceridemia, fármacos, trauma, infecções e alterações metabólicas (28).

A apresentação clínica é caracterizada, classicamente, por dor abdominal intensa em andar superior do abdome, frequentemente irradiada para dorso, associada a náuseas e vômitos. A dor costuma ser contínua, de forte intensidade e, em muitos casos, descrita como em faixa. Em apresentações mais graves, podem ocorrer manifestações sistêmicas como hipotensão, hipóxia, insuficiência renal aguda e resposta inflamatória

sistêmica. Sinais cutâneos de hemorragia retroperitoneal, embora incomuns, podem surgir em casos avançados (29).

O diagnóstico baseia-se na presença de pelo menos dois entre três critérios fundamentais: dor abdominal compatível, elevação sérica de amilase ou lipase em níveis superiores a três vezes o limite da normalidade e achados característicos em exames de imagem. Em apresentações tardias, os níveis enzimáticos podem não estar tão elevados, tornando os métodos de imagem essenciais para confirmação diagnóstica (30).

A classificação da pancreatite aguda em formas leve, moderada e grave é indispensável para orientar o manejo clínico e estimar o prognóstico. Casos leves geralmente permanecem restritos ao pâncreas, com baixa mortalidade e boa evolução. Já as formas moderadas e graves podem cursar com falência orgânica transitória ou persistente, necrose pancreática e complicações locais ou sistêmicas. Para avaliação prognóstica, utilizam-se escores clínicos e laboratoriais validados, capazes de estimar a gravidade nas primeiras horas de internação. Ferramentas como Ranson, APACHE II e BISAP são amplamente empregadas na prática clínica, auxiliando na identificação precoce de pacientes com maior risco de evolução desfavorável (28,29,30,31).

A tomografia computadorizada com contraste endovenoso é considerada exame fundamental nos casos graves ou quando há dúvida diagnóstica, sobretudo após as primeiras 72 horas do início do quadro. Esse método permite avaliar necrose pancreática, coleções líquidas, extensão do processo inflamatório e outras complicações. A ressonância magnética também possui elevada acurácia, especialmente em contextos específicos (31,32).

O tratamento da pancreatite aguda é predominantemente clínico e baseia-se em medidas de suporte intensivo. A reposição volêmica precoce e adequada constitui um dos pilares terapêuticos, associada ao controle rigoroso da dor, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e monitorização contínua. A introdução de suporte nutricional enteral, sempre que possível, é recomendada para preservação da integridade intestinal e redução de complicações infecciosas (33,34).

Intervenções invasivas ou cirúrgicas são reservadas para situações específicas, como necrose infectada, coleções sintomáticas, abscessos ou falha do tratamento conservador. Quando a etiologia é biliar, a resolução definitiva do fator causal, incluindo colecistectomia em momento oportuno, torna-se parte essencial da prevenção de recorrências. A pancreatite aguda representa uma enfermidade de amplo espectro clínico, cuja evolução pode variar de quadros autolimitados a formas graves e potencialmente fatais. O reconhecimento precoce, a estratificação adequada da gravidade e a instituição imediata do tratamento são determinantes para melhores desfechos e redução da mortalidade associada (35).

### ***Considerações finais***

A pancreatite aguda permanece como uma das principais emergências gastroenterológicas e cirúrgicas, exigindo abordagem rápida, criteriosa e baseada em evidências. Sua fisiopatologia complexa, associada à possibilidade de evolução imprevisível, reforça a necessidade de reconhecimento precoce dos sinais clínicos, laboratoriais e radiológicos que orientam o diagnóstico e a estratificação da gravidade.

A adequada classificação dos pacientes, aliada ao uso de escores prognósticos e métodos de imagem, permite direcionar condutas terapêuticas individualizadas e identificar precocemente aqueles com maior risco de complicações sistêmicas. O manejo clínico oportuno, centrado em suporte hemodinâmico, analgesia e monitorização intensiva, representa elemento decisivo para a redução da morbimortalidade.

Além disso, a compreensão das etiologias envolvidas e a adoção de estratégias para eliminação dos fatores desencadeantes são fundamentais para prevenir recorrências e limitar a progressão para formas crônicas da doença. Nesse contexto, a atuação multidisciplinar e a integração entre diagnóstico, tratamento e acompanhamento longitudinal tornam-se indispensáveis.

Dessa forma, o enfrentamento da pancreatite aguda exige não apenas domínio técnico-científico, mas também capacidade de decisão clínica rápida e individualizada.

A consolidação desses princípios contribui para melhores desfechos assistenciais e reforça a importância do aprimoramento contínuo das práticas diagnósticas e terapêuticas no cuidado ao paciente com doença pancreática.

## **Referências**

1. CARDOSO, Fernanda Vieira et al. Manejo e conduta do abdome agudo: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde | ISSN**, v. 2178, p. 2091, 2022.
2. DE SOUZA, Nicolli Bellotti; DO CARMO AMORIM, Gelbert Luiz Chamon. Abdome agudo no departamento de emergência: uma revisão. **Brasília Med**, v. 59, p. 00-00, 2022.
3. VAZ, Octavio. Abordagem do paciente com abdome agudo inflamatório. **Anais da academia nacional de medicina**, v. 193, p. 1, 2022.
4. DE SOUZA, Thifisson Ribeiro et al. Tipos de abdome agudo: abordagem clínica e cirúrgica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 10, p. 1618-1623, 2023.
5. SANTOS, Alysson et al. PADRÃO DO ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO NO NORDESTE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA ÚLTIMA DÉCADA. **Revista GapesVida**, v. 10, n. 27, 2024.
6. MAGALHÃES, Bruna Souza; AZEVEDO, Alan Rodrigues; CUNHA, André Gusmão. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos por abdome agudo em um hospital de referência em Salvador. **Medicina (Ribeirao Preto)**, v. 52, n. 3, p. 193-200, 2019.
7. RODRIGUES, Luiz Antônio. Abdome agudo. **ACTA MSM-Periódico da EMSM**, v. 1, n. 2, p. 89-113, 2013.
8. MILANEZ, A. et al. Síndrome do Abdome Agudo: uma Revisão de Literatura.
9. DA COSTA ARAÚJO, Paulo et al. Achados de imagem na colecistite aguda, suas complicações e tratamento. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e332111234801-e332111234801, 2022.
10. VARGAS, Edimar Júnior Catroli et al. Manejo da colecistite aguda: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 6, p. 1648-1661, 2024.
11. COELHO, Júlio Cezar Uili et al. Colecistite aguda em pacientes de alto risco. tratamento cirúrgico, radiológico ou endoscópico? posicionamento do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 36, p. e1749, 2023.
12. LIMA, LUAN CARDOSO SILVA et al. Colecistite aguda: Calculo e acalculosa. **Gastroenterologia E Hepatologia**, v. 4, n. 11, p. 105-116, 2023.
13. GUTIERREZ, Daiana et al. A apendicite aguda: revisão de literatura. **Ensaio Usf**, v. 6, n. 1, 2022.
14. ZANUTO, Thiago Silva et al. Apendicite aguda na gravidez: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. e25012340716-e25012340716, 2023.



15. DE OLIVEIRA, Túlio Chamone et al. Apendicite Aguda-uma revisão de literatura abrangente sobre o manejo terapêutico. **Brazilian Journal of Health and Biological Science**, v. 1, n. 1, p. e5-e5, 2024.
16. CRUZ, Hellen Evah Maia et al. Apendicite aguda: diagnóstico, tratamento e complicações. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 9, p. 393-400, 2024.
17. JUREMEIRA, Layane Thainá Silva et al. Apendicite aguda: revisão de literatura. **Revista Ensaios Pioneiros**, v. 6, n. 1, 2022.
18. COUTO, Iara Maria Rodrigues et al. TRATAMENTO CONSERVADOR DA APENDICITE AGUDA: UMA REVISÃO NA LITERATURA. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 1681-1689, 2024.
19. AGUDA, HISTÓRIA NATURAL DA DIVERTICULITE. Diverticulite aguda complicada Complicated acute diverticulitis.
20. TORRES, Juan Miguel Macharé et al. Prognóstico em pacientes de diverticulite aguda complicada comparando relação neutrófilos e linfócitos. **Research, Society and Development**, v. 15, n. 1, p. e8915150593-e8915150593, 2026.
21. WIGGERS, Laura Botega; DE ABREU MACHADO, Milleny; POSSAMAI, Joana. Diverticulite Aguda de Cólon esquerdo: uma revisão das complicações graves em um Hospital terciário, Santa Catarina, 2010 A 2020-Ciências da saúde.
22. HULLEN, Camille Leticia; SCHNEIDER, Taiane; DOS REIS SANT'ANA, Daniel. DIVERTICULITE AGUDA:: FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS E NÃO MODIFICÁVEIS. **Revista de Ciências da Saúde-REVIVA**, v. 4, n. 2, 2025.
23. DE CARVALHO CLAUDINO, Gabriel et al. Atualizações acerca da diverticulite aguda: Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 3, p. e1613345198-e1613345198, 2024.
24. DE SOUZA MENDONÇA, Anderson; DA COSTA MOURA, Igor Brunet. Diverticulite Aguda Complicada: diagnóstico diferencial de abdome agudo inflamatório. **Caminhos da Clínica**, n. 3, 2024.
25. ARATAKE, Henrique Alvarenga; DE LIMA NETTO, Aristóteles Mesquita; MENDONÇA, Mateus Quaresma. Tratamento cirúrgico da diverticulite aguda complicada: Os desafios no século XXI. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 34, n. 3, p. 67-72, 2022.
26. DA SILVA AIRES, Lucilélia Cândida; DA SILVA WATANABE, Paulo. Investigação dos fatores de risco e mecanismos patogênicos da diverticulite aguda: uma abordagem multidisciplinar. **Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, p. 87-87, 2025.
27. BETINI, Lucas Moreto et al. EVOLUÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES RECUPERADOS DE DIVERTICULITE AGUDA COM ABSCESSO. **Journal of Coloproctology**, v. 42, n. S 01, p. A056, 2022.
28. SCHEFFER, Alice Moraes et al. Avanços na pancreatite aguda: Uma revisão da literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 8, p. 1661-1669, 2024.



29. DA SILVA PINHEIRO, Francisco Edes et al. Pancreatite aguda: fisiopatologia, achados imagenológicos, manifestações clínicas e diagnóstico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e427111234811-e427111234811, 2022.
30. DE MORAIS, Augusto Ulhoa Florêncio et al. Diagnóstico e classificação em Pancreatite Aguda. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e30012240219-e30012240219, 2023.
31. DE OLIVEIRA, Flávia Demartine Borges et al. Pancreatite aguda e seus aspectos gerais. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 12, p. e104121244079-e104121244079, 2023.
32. BONADIMAN, ADORÍSIO et al. PANCREATITE AGUDA. **Revista Científica do Instituto Dr. José Frota**, n. 3, p. 57-64, 2023.
33. LOUNINE, Júlia Paiva et al. Epidemiologia, fisiopatologia e manejo da pancreatite aguda: Uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 4, p. e2913445494-e2913445494, 2024.
34. DE CARVALHO, Pérola Fernandes Ribeiro et al. PANCREATITE AGUDA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA. **RECISATEC-REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA-ISSN 2763-8405**, v. 2, n. 6, p. e26145-e26145, 2022.
35. PAES, Renata Schumann Reis et al. Perfil Epidemiológico das Internações por Pancreatite Aguda no Brasil: um estudo retrospectivo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 11, p. 892-908, 2025.