

Colelitíase assintomática: quando operar?

Asymptomatic cholelithiasis: when make surgery?

Sergio Ibañez Nunes¹
 Carolina de Mendonça Brandão Pinto²
 Eduardo Cardozo Lima²
 Carolaine Bitencourt Ferreira Fernandes³
 Geysler Aurélio Pereira⁴
 José Antônio Chehuen Neto⁵

RESUMO**palavras-chave**

Colelitíase

Cirurgia

Tratamento

A colelitíase pode apresentar-se de três formas: assintomática, sintomática e complicada. A forma assintomática, cuja conduta é controversa, vem sendo identificada com maior frequência. Com o objetivo de apurar as condutas de gastroenterologistas e cirurgiões frente ao diagnóstico de colelitíase assintomática e chegar a um consenso, enviamos um questionário com 21 quesitos a especialistas, sendo 23 gastroenterologistas, 108 cirurgiões gerais e 101 cirurgiões do aparelho digestivo. Houve ampla concordância entre os especialistas quanto à indicação de colecistectomia nos seguintes quesitos: confiam no diagnóstico da ultra-sonografia; cálculos abaixo de 0,5cm, assim como acima de 2cm; vesícula em porcelana; pacientes abaixo de 20 anos; portadores de anemia falciforme e diabetes e concomitante à laparotomia por causa não biliar, utilizando a mesma incisão. Apenas cirurgiões gerais e do aparelho digestivo indicam colecistectomia: nos pacientes assintomáticos acima de 60 anos; na presença de obesidade mórbida, de dois ou mais fatores de risco para calculose; na cirurgia abdominal com necessidade de ampliar a incisão; nos pacientes com sintomas dispépticos e endoscopia normal, refratários ao tratamento clínico ou com sintomas atípicos; na mulher com perspectiva de futura gravidez e conforme o desejo do paciente. Em pacientes assintomáticos acima de 70 anos, apenas os cirurgiões do aparelho digestivo indicam colecistectomia. Os profissionais concordam com a não-indicação de colecistectomia nos candidatos a transplante hepático. Verificamos, portanto, que há concordância na conduta em 11 dos 21 quesitos pesquisados (52,3%), havendo divergência nos itens restantes (47,7%). Deste modo, é plausível afirmar, em concordância com a literatura, ainda não ser possível estabelecer um protocolo de condutas frente à colelitíase assintomática que satisfaça a clínicos e cirurgiões.

ABSTRACT

Cholelithiasis can present in three ways: asymptomatic, symptomatic and complicated. management of asymptomatic patients is often controversial. With the aim of identifying the of gastroenterologists and surgeons facing the diagnosis of asymptomatic cholelithiasis and establish a consensus, we sent a questionnaire with 21 questions to 23 gastroenterologists, 108 surgeons and 101 surgeons general of the digestive tract. Participants in the study agreed on the indication of cholecystectomy in the following situations: ultrasonographic diagnosis of cholelithiasis; gallstones below 0.5 cm, and above 2cm; porcelain gallbladder; patients below 20 years; carriers of sickle cell anemia and diabetes, and concomitant laparotomy due to other than a biliary reason, using the same incision. Only surgeons general and digestive tract surgeons indicate cholecystectomy: in asymptomatic patients over 60 years, in morbidly obese, in the presence of two or more risk factors for cholelithiasis; abdominal surgery with the need to enlarge the incision; in patients with dyspeptics symptoms and normal endoscopy, refractory to clinical treatment or with atypical symptoms, in women with prospect of future pregnancies, and a patient's wish. In asymptomatic patients over 70 years, only the surgeons of the digestive tract indicate cholecystectomy. Professionals agree on the non-cholecystectomy indication of the candidates for liver transplantation. We note, therefore, that there is agreement on of the 21 itens surveyed subjects (52.3%), with divergence in the remaining items (47.7%). Thus, in agreement with the literature, it is not yet possible to establish a consensus for treatment of asymptomatic cholelithiasis.

keywords

Cholelithiasis

Surgery

Treatment

1 Universidade Presidente Antônio Carlos - Barbacena, Faculdade de Medicina. E-mail: sibanezn@terra.com.br.

2 Médico.

3 Universidade Federal de Juiz de Fora, Hospital Universitária, Residência Médica.

4 Médico.

5 Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia.

INTRODUÇÃO

A litíase da vesícula biliar, vias biliares e suas complicações são conhecidas desde a antiguidade. Em 1678, o anatomista inglês Francis Glisson dizia: “O único remédio para o cálculo biliar era a morte”. O cirurgião alemão Carl Augustus Langenbuch efetuou com êxito, em 15 de julho de 1882, a primeira colecistectomia (CASTRO; REYNA, 2001). E, desde então, esta vem sendo a terapia eletiva para o tratamento do paciente com colecistopatia litíásica.

A colelitíase apresenta-se em uma das seguintes formas clínicas: assintomática, sintomática e complicada. O estado assintomático é muitas vezes um achado incidental cada vez mais freqüente. A atitude a ser adotada é assunto controvertido (SHERLOCK, 1998; DANI, 1998).

Sintomas típicos da colecistite litíásica são dor abdominal em hipocôndrio direito e icterícia. A presença isolada de dispepsia, flatulência, náusea e/ou dor abdominal que não no HD não caracteriza colelitíase sintomática (PATINO, 1998).

As complicações da colelitíase, como colecistite aguda, íleo biliar coledocolitíase com ou sem colangite ou pancreatite, íleo paralítico e câncer de vesícula, são afecções que colocam a vida em risco e merecem pronto tratamento (CASTRO; REYNA, 2001).

Os cálculos vesiculares podem estar presentes por várias décadas antes de surgirem os primeiros sintomas e 70% a 80% dos pacientes continuam assintomáticos por toda a vida (GUPTA, 2004). Quando acompanhados por 10 a 15 anos, 13% a 18% apresentam cólicas biliares. Dentro de 11 anos, um terço dos sintomáticos apresenta complicações (CSENDES *et al.*, 1996; DANI, 1998; HOLSTEGE *et al.*, 1989; PATINO, 1998; SHERLOCK, 1998). Vários são os fatores de risco para colelitíase e suas complicações.

O advento da videolaparoscopia mudou a percepção de indicações de colecistectomia em pacientes assintomáticos (COELHO *et al.*, 2000).

Portanto, a questão é: pacientes assintomáticos devem ser tratados? Quais? Esse trabalho tem a finalidade de apurar as condutas de gastroenterologistas e cirurgiões frente a um diagnóstico de colelitíase assintomática e tentar estabelecer um perfil de conduta. Para este objetivo, elaboramos um protocolo que foi encaminhado aos médicos destas especialidades.

MÉTODO

Foi elaborado um protocolo com questionamentos quanto à conduta a ser tomada em diversas situações relacionadas à presença de cálculo biliar.

O questionário foi destinado aos profissionais das especialidades Gastroenterologia, Cirurgia geral e Cirurgia do Aparelho digestivo, para os quais foi enviado o protocolo, através dos endereços eletrônicos, comerciais desses médicos ou através de dados colhidos em eventos como congressos e simpósios.

Temos consciência de que algumas das situações expostas estão sujeitas a muitas variáveis e condicionantes, o que torna difícil as respostas apenas em termos de “sim” e “não”. Definimos como consenso pela classe 71% de SIM ou mais. Entre 51% e 70% de SIM: concordam com a cirurgia, porém não há consenso pela classe, abaixo de 50% de SIM não indica a cirurgia. Como os cirurgiões gerais e do aparelho digestivo concordam na maior parte dos quesitos, serão reunidos no grupo denominado cirurgiões na maioria dos quesitos.

TABELA 1

Indicação da colecistectomia segundo Gastroenterologistas, Cirurgiões Gerais e Cirurgiões do Aparelho digestivo.

Indicação da colecistectomia nos pacientes assintomáticos:	Gastroenterologista	Cirurgião geral	Cirurgião do Ap. digestivo
assintomáticos	Sempre 2,8% (1/36) Nunca 5,6% (2/36) Seletivamente 91,6% (33/36)	Sempre 20,4% (22/108) Nunca 0,9% (1/108) Seletivamente 78,7% (85/108)	Sempre 31% (31/100) Nunca 1% (1/100) Seletivamente 68% (68/100)
cálculos acima de 2cm	57,6% (19/33)	80,6% (87/108)	90% (90/100)
cálculos abaixo de 0,5cm	85,7% (30/35)	93,5% (101/108)	93,1% (94/101)
vesícula em porcelana	94,10% (32/34)	97,2% (105/108)	100% (100/100)
idade abaixo de 20 anos	79,4% (27/34)	85,2% (92/108)	85,1% (86/101)
idade acima de 60 anos	35,3% (12/34)	72,6% (77/106)	81% (81/100)
idade acima de 70 anos	16,7% (6/36)	49% (52/106)	54,5% (54/99)
anemia falciforme	79,4% (27/34)	88% (95/108)	89,9% (89/99)
diabetes	61,8% (21/34)	98,1% (105/107)	94,1% (95/101)
obesidade mórbida	31,3% (10/32)	63,1% (65/103)	86,1% (87/101)
portadores de dois ou mais fatores de risco	41,2% (14/34)	88,6% (93/105)	93% (93/100)
laparotomia por uma segunda afecção, pela mesma incisão	67,6% (23/34)	82,4% (89/108)	89% (89/100)
laparotomia por uma segunda afecção, com necessidade de ampliar a incisão para realizar colecistectomia	24,2% (8/33)	53,3% (57/107)	67% (67/100)
sintomas dispépticos com endoscopia digestiva normal	21,2% (7/33)	67,3% (72/107)	72,3% (73/101)
sintomas dispépticos refratários ao tratamento clínico	34,5% (10/29)	73% (54/74)	76,9% (70/91)
sintomas atípicos (tais como desconforto epigástrico, plenitude pós prandial)	15,1% (5/33)	61% (64/105)	78% (78/100)
candidatos a transplante hepático	43,7% (14/32)	34% (35/103)	41,4% (41/99)
com perspectiva de futura gravidez	35,3% (12/34)	61% (64/105)	75,8% (75/99)
que a desejam	39,3% (11/28)	54,7% (41/75)	66,7% (60/90)
após o advento da cirurgia videolaparoscópica	57,1% (20/35)	53,3% (56/98)	50,5% (51/101)

RESULTADOS

Foram adquiridos 245 protocolos devidamente preenchidos, correspondendo: 36 Gastroenterologistas; 108 Cirurgiões gerais; 101 Cirurgiões do Aparelho digestivo. Os dados foram analisados. (Tabela 1)

DISCUSSÃO

Colecistectomia em colelitíase assintomática tem sua indicação controversa; há defensores desta forma de abordagem e profissionais que a repudiam (MENTES *et al.*, 2001; QUINTANA *et al.*, 2003; STRASBERG, 1993; TAROCCO *et al.*, 1999).

A ultra-sonografia é amplamente usada para investigar pacientes e a colelitíase assintomática costuma ser um achado incidental (BARTOLI; CAPRON, 2000; COSTI *et al.*, 2002;). Entretanto, é um exame técnico-dependente e deve ser realizado com profissionais de confiança. Ainda sim, é consenso entre os gastroenterologistas e cirurgiões a confiança no diagnóstico do ultra-sonografista.

Quase todos os pacientes experimentarão sintomas por um período de tempo antes que desenvolvam complicação. Portanto, com poucas exceções, o tratamento profilático dos pacientes assintomáticos não pode estar justificado (ROS *et al.*, 1994). Esta conduta é encontrada pela maioria dos profissionais, que indicam seletivamente a colecistectomia profilática nos pacientes assintomáticos.

Entretanto, há uma parte dos cirurgiões (25,5%) que sempre indica a cirurgia, concordando com algumas referências literárias. Propor a cirurgia nos pacientes com enfermidade da vesícula é melhor que esperar pelo aparecimento das complicações, pois uma vesícula calculosa é uma vesícula doente e, portanto, requer tratamento oportuno (CASTRO; REYNA, 2001). A colelitíase é uma doença da vesícula biliar, pois não há cálculo sem colecistite, portanto os pacientes com colelitíase podem ser submetidos à colecistectomia, desde que não haja contra-indicações formais à operação (PAULINO NETTO, 1995). A indicação da colecistectomia tem respaldo em estudos de Tarocco, que mediu proteína de resposta inflamatória e encontrou resposta maior em pacientes com colelitíase assintomática que na população em geral, sugerindo ser esta uma situação pré-colecistite sintomática (TAROCCO *et al.*, 1999).

Um alto risco de desenvolver colecistite aguda e câncer de vesícula é relatado em pacientes com cálculos grandes (maiores que 2cm). Entre os gastroenterologistas, a maioria indica, porém não há consenso estabelecido quanto aos cálculos grandes, mas há consenso entre os cirurgiões que indicam a cirurgia. A presença de microcálculos (menores que 0,5cm) propicia pancreatite aguda (PATINO; QUINTERO, 1998; PATINO, 1996). Concordando com

a literatura que trata do assunto, todos os profissionais recomendam o tratamento cirúrgico.

Vesícula em porcelana é reconhecida como uma entidade associada ao risco de câncer (LAZCANO-PONCE *et al.*, 2001; TOWFIGH *et al.*, 2001). Colecistectomia é indicada para estes pacientes (PATINO; QUINTERO, 1998; LAZCANO-PONCE *et al.*, 2001; TOWFIGH *et al.*, 2001). Dito na literatura e confirmado pelos médicos como quase uma unanimidade. Caso semelhante acontece com os pacientes assintomáticos com menos de 20 anos de idade, para os quais há consenso de indicação para colecistectomia entre os profissionais pesquisados (GUPTA; SHUKLA, 2004).

Pacientes com menos de 50 anos de idade, mesmo com complicações graves de colelitíase, sobrevivem a operações extensas acompanhadas de sepse, necrose retroperitoneal por pancreatite aguda, entre outras, o que não acontece com pacientes acima de 60 anos, em que cada paciente deve ser avaliado com cuidado e operado se seu risco cirúrgico for aceitável. Não só a mortalidade aumenta com a idade, mas também as complicações se tornam mais frequentes (PAULINO NETTO, 1995; TRITAPEPE *et al.*, 1999). Desta forma, há consenso de indicação entre os cirurgiões para pacientes com idade acima de 60 anos, porém não entre os gastroenterologistas. Na indicação para pacientes com mais de 70 anos, há quase um consenso em não realizar a cirurgia, embora discordem disso os cirurgiões do aparelho digestivo, que indicam o procedimento. Abaixo de 60 anos a grande maioria dos pacientes com colelitíase assintomática deve ser operada.

Vários outros problemas podem levar à colelitíase. Estes incluem hemólise (que causa um aumento do número de cálculos de pigmentos e de colesterol), diabetes mellitus (TRITAPEPE *et al.*, 1999), hipertrigliceridemia, cirrose, doença de Crohn e gastrectomia parcial (GUPTA; SHUKLA, 2004). Existe um consenso entre os profissionais para indicação do portador de anemia falciforme e entre os cirurgiões para o portador de Diabetes. A grande maioria dos gastroenterologistas indica nesta última patologia, porém não há consenso pela classe.

No que tange à obesidade mórbida, os cirurgiões indicam e os gastroenterologistas não. Assim como ocorre na presença de dois ou mais fatores de risco para calculose. Com o aumento das cirurgias bariátricas, dá-se preferência pela colecistectomia, tendo em vista suas complicações.

A colelitíase assintomática, com frequência, se torna sintomática depois de uma laparotomia executada para o tratamento de outra entidade, especialmente naqueles que requerem ventilação mecânica, transfusão e nutrição parenteral (PATINO; QUINTERO, 1998). Ainda é controverso se é benéfica a colecistectomia incidental durante cirurgia abdominal não biliar em indivíduos assintomáticos (KLAUS *et al.*, 2002). Fica claro, contudo, que a colecistecto-

mia incidental não deve ser feita em certos pacientes de alto risco para complicações, como aqueles com cirrose e hipertensão portal.

O uso da colecistectomia em cirurgias realizadas pela mesma incisão é bem divulgado na literatura (OROZCO *et al.*, 1995; JUHASZ *et al.*, 1994). Há um consenso entre os cirurgiões que indicam colecistectomia na vigência de uma laparotomia por outra afecção se esta puder ser realizada pela mesma incisão; é indicada pela maioria desta classe se houver necessidade de ampliar a incisão para realizar colecistectomia. Em contrapartida, estão os gastroenterologistas que, na sua maioria, a indicam na laparotomia de mesma incisão; porém não a indicam se houver a necessidade de ampliá-la.

Como os cálculos biliares são tão comuns, têm sido considerados responsáveis por muitos sintomas digestivos, mas provavelmente não existe correlação na maioria dos casos. Desta forma, os gastroenterologistas não indicam a cirurgia profilática em pacientes com sintomas dispépticos com endoscopia digestiva normal ou refratários ao tratamento clínico e nos pacientes com sintomas atípicos (desconforto epigástrico, plenitude pós prandial). Discordando destes, a maioria dos cirurgiões indica a cirurgia frente a estes quesitos.

Perspectiva de futura gravidez e o desejo do próprio paciente pela realização do tratamento cirúrgico, isoladamente, não são situações em que os gastroenterologistas indicam a colecistectomia profilática, ao contrário dos cirurgiões que a indicam em sua maioria.

A laparoscopia proporciona vantagens distintas sobre a cirurgia aberta, diminui a dor e a incapacidade laborativa, sem aumentar a mortalidade ou a morbidade global (PATIÑO; QUINTERO, 1998; FRANCIOSI *et al.*, 2000; GHILONI, 1993), apesar disso, só a metade dos profissionais entrevistados acredita que a introdução desta via de acesso aumentou a indicação da colecistectomia.

A indicação de colecistectomia profilática nos candidatos a transplante hepático não é feita pela maioria dos profissionais, provavelmente pelos protocolos dos serviços de transplantes de sua referência.

A maioria dos pacientes com colelitíase permanece assintomática por muitos anos e pode, de fato, jamais desenvolver sintomas. No entanto, as conseqüências dos cálculos biliares podem ser severas, desde breves episódios de cólica biliar a complicações que potencialmente colocam a vida em risco, como a colecistite aguda, a pancreatite aguda ou, raramente, câncer da vesícula.

Atualmente, grande parte da literatura internacional recomenda a colecistectomia para colelitíase assintomática quando os pacientes preenchem os seguintes critérios: expectativa de vida superior a 20-30 anos; cálculos com mais de 2cm de diâmetro; cálculos menores que 3mm com um ducto cístico patente; cálculo calcificado; pólipos na vesícula biliar; doenças crônico-degenerativas severas (especialmente o diabetes);

vesícula biliar não funcionante; habitantes de regiões com alta prevalência de câncer da vesícula; vesícula calcificada (“vesícula em porcelana”); pacientes candidatos a transplante renal ou hepático (PATINO; QUINTERO, 1998).

Há concordância entre os especialistas quanto à confiança no diagnóstico da ultra-sonografia, indicação da colecistectomia profilática seletivamente, bem como nos cálculos abaixo de 0,5cm, nos cálculos acima de 2cm, na vesícula em porcelana, nos pacientes com idade abaixo de 20 anos, nos portadores de Anemia falciforme, no portador de Diabetes e concomitante à laparotomia por causa não biliar, utilizando a mesma incisão.

Apenas os cirurgiões gerais e do aparelho digestivo indicam colecistectomia profilática nos pacientes assintomáticos com idade acima de 60 anos, na presença de obesidade mórbida, de dois ou mais fatores de risco para calculose, na cirurgia abdominal com necessidade de ampliar a incisão, nos pacientes com sintomas dispépticos e endoscopia normal ou refratários ao tratamento clínico ou com sintomas atípicos, na mulher com perspectiva de futura gravidez e conforme o desejo do paciente.

Os profissionais concordam com a não-indicação de colecistectomia nos candidatos a transplante hepático, e o advento do acesso videolaparoscópico alterou a indicação cirúrgica na opinião de, aproximadamente, metade dos entrevistados. Apenas a maioria dos cirurgiões do aparelho digestivo indica colecistectomia profilática em pacientes assintomáticos com mais de 70 anos de idade.

Verificamos que há concordância de conduta em 11 (52,3%) dos 21 quesitos pesquisados no questionário e que, em dez (47,7%) dos itens, existe divergência de terapêutica. Deste modo, concordando com a literatura, é plausível afirmar que ainda não é possível estabelecer um protocolo de conduta na colelitíase assintomática que satisfaça clínicos e cirurgiões.

REFERÊNCIAS

- AUCOTT, J. N. *et al.* Management of gallstones in diabetic patients. **Arch Intern Med**, v.153, n.9, p.1053-1058, may 10 1993.
- BARTOLI, E.; CAPRON, J. P. Epidemiology and natural history of cholelithiasis. **Rev Prat**, v.50, n.19, p.2112-2116, 2000.
- CASTRO, J. C.; REYNA, G. A. R. El mito de los cálculos inocentes. **Cir Ciruj**, v.69, n.2, p.92-96, 2001.
- COELHO, J. C. *et al.* Laparoscopic cholecystectomy to treat patients with asymptomatic gallstones. **Dig Surg**, v.17, n.4, p.344-347, 2000
- COSTI, R. *et al.* Preoperative ultrasonographic assessment of the number and size of gallbladder stones: is it a useful predictor of asymptomatic choledochal lithiasis? **J Ultrasound Med**, v.21, n.9, p. 971-976, 2002 Sep.

- CSENDES, A.; CSENDES, P.; BURDILES, P. Seguimento a largo plazo de pacientes com colecistolitiasis assintomática y sintomática, no operados. **Rev Méd Chil**, v.124, n.10, p.1219-1224, 1996.
- DANI, R. **Gastroenterologia Essencial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.1228-1234.
- FRANCIOSI, C. *et al.* Videolaparoscopic cholecystectomy. Experience and results in 1019 cases. **Minerva Chir**, v.55, n.6, p.389-394, 2000.
- GHILONI, B. W. Cholelithiasis: current treatment options. **Am Fam Physician**, v.48, n.5, p.762-768, oct. 1993.
- GUPTA, S. K.; SHUKLA, V. K. Silent gallstones: a therapeutic dilemma. **Trop Gastroenterol**, v.25, n.2, p.65-68, apr-jun 2004.
- HOLSTEGE, A.; KOHLBERGER, E.J. Epidemiology and pathogenesis of gallstones. Status of knowledge and therapeutic consequences. **Fortschr -Med**, v.107, n.32, p. 673-678, nov. 1989.
- JUHASZ, E. S. *et al.* Incidental cholecystectomy during colorectal surgery. **Ann Surg**, .219, n.5, p.467-472; discussion 472-474, may 1994.
- KLAUS, A. *et al.* Incidental cholecystectomy during laparoscopic antireflux surgery. **Am Surg**, v.68, n.7, p.619-623, jul. 2002.
- LAZCANO-PONCE, E. C. *et al.* Epidemiology and molecular pathology of gallbladder cancer. **CA Cancer J Clin**, v.51, n.6, p.349-364, nov.-dec. 2001.
- MENTES, B. B. *et al.* Gastrointestinal quality of life in patients with symptomatic or asymptomatic cholelithiasis before and after laparoscopic cholecystectomy. **Surg Endosc**, v.5, n.11, p.1267-1272, nov. 2001.
- OROZCO, H. *et al.* Long-term evolution of asymptomatic cholelithiasis diagnosed during abdominal operations for variceal bleeding in patients with cirrhosis. Comment In: **Am J Surg**, v.70, n.3, p.305, sep. 1995.
- PATINÑO, J. F. Conveniencia de la colecistectomia laparoscópica en el paciente con litiasis asintomático. **Acta gastroenterol Latinoam**, v.26, n.3, p.187-192, 1996.
- PATINÑO, J. F.; QUINTERO, G. A. Asymptomatic Cholelithiasis Revisited. **Word J Surg**, v. 22, n.11, p.1119-1124, 1998.
- PAULINO NETTO, Augusto. Colelitíase assintomática. Operar ou não? **An Acad Nac Méd**, v.155, n.2, p.99-100, 1995.
- QUINTANA, J. M. *et al.* Predictors of improvement in health-related quality of life in patients undergoing cholecystectomy. **Br J Surg**, v.90, n.12, p.1549-1555, dec. 2003.
- ROS, E. *et al.* Symptomatic versus silent gallstones. Radiographic features and eligibility for nonsurgical treatment. **Dig Dis Sci**, v.39, n.8, p.1697-1703, 1994.
- SHERLOCK, S. **Doenças do Fígado e do Sistema Biliar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.480-486
- STRASBERG, S. M. Cholelithiasis: seven critical questions. **Mo Med**, v.90, n.10, p.659-665, oct. 1993.
- TAROCCO, R. *et al.* Asymptomatic cholelithiasis: indications for cholecystectomy based on the levels of acute phase proteins. **Chir Ital**, v.51, n.3, p.207-213, 1999.
- TOWFIGH, S. *et al.* Porcelain gallbladder is not associated with gallbladder carcinoma. **Am Surg**, v.67, n.1, p.7-10, jan. 2001.
- TRITAPEPE, R. *et al.* Predictive factors for cholelithiasis complications. **Panminerva Med**, v.41, n.3, p.243-246, sep. 1999.

Enviado em 07/08/2006

Aprovado em 13/12/2007

Formar Recursos Humanos, gerar conhecimentos

e prestar assistência

Centro de referência ao atendimento de pacientes da rede SUS, numa área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do estado do Rio, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora desenvolve, há mais de 40 anos, um trabalho de excelência na área de saúde, em níveis primário, secundário e terciário, conjugando atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A preparação de profissionais - em níveis de Graduação e Pós-Graduação, com programas de Residência em Saúde e nas áreas Médicas - está intrinsecamente ligada ao atendimento humanizado à população e à produção de conhecimento no segmento da saúde.

Programas e projetos de extensão voltados para a comunidade e pesquisas científicas nas áreas correlatas transformam o HU num referencial pedagógico e de assistência hospitalar (em nível ambulatorial e cirúrgico). A implementação de novas tecnologias, através de equipamentos de diagnóstico e terapêuticos de últimas geração, muitos dos quais oferecidos somente pelo HU, dão suporte à filosofia do Hospital Universitário: ensinar e atender com qualidade.

A equipe multiprofissional reúne docentes, pessoal técnico-administrativo, residentes, além de voluntários e prestadores de serviço, imbuídos no programa de acolhimento integrado, voltado não apenas para o paciente, mas com programas de acolhimento para as famílias.

O Hospital Universitário disponibiliza uma capacidade instalada e ocupacional de 140 leitos, leitos de Hospital Dia, salas de Ambulatório nas diversas especialidades, boxes para acolhimento integrado, consultório de Odontologia hospitalar, centros cirúrgicos para grandes, médias e pequenas cirurgias).

Tradição e pioneirismo são a marca do Hospital Universitário da UFJF que, em 2007, entra em arrojada fase, com a implantação da unidade Dom Bosco. A obra física de 9.781 m² de área traz para a macro-região de Juiz de Fora um novo conceito de atendimento hospitalar, mantendo a exclusividade para a rede SUS. Inicialmente, dedica-se, aos serviços ambulatoriais em mais de 30 especialidades, com consultas e exames, e às pequenas e médias cirurgias, no horário de 7 às 19 horas.

As cirurgias de alta complexidade, as internações e a unidade de terapia intensiva (UTI) permanecem no HU/UFJF (unidade Santa Catarina).