|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **António Teixeira <antonioaraujoteixeira@gmail.com>** | | https://mail.google.com/mail/u/0/images/cleardot.gif26/05  https://mail.google.com/mail/u/0/images/cleardot.gif |  | https://mail.google.com/mail/u/0/images/cleardot.gif  https://mail.google.com/mail/u/0/images/cleardot.gif |
| |  | | --- | | para Departamento  https://mail.google.com/mail/u/0/images/cleardot.gif | | | |

Ex.ma Administração da Ata Médica

Desde já agradeço o envio dos comentários relativos ao manuscrito, de que sou primeiro autor, "HAVERÁ LUGAR PARA A COLECISTECTOMIA ABERTA NA COLECISTITE AGUDA?".

Em função das considerações referidas pelos revisores, julgo conveniente modificar o título do estudo e considerá-lo como “**Colecistectomia por Laparoscopia e por Laparotomia na Cirurgia da Colecistite Aguda (análise crítica de 520 casos)**”. Mantenho, no entanto, o mesmo material de estudo, resultados, modificando ligeiramente alguns pormenores da discussão. Os comentários referentes às conclusões serão consequentes ao novo título.

De qualquer modo julgo oportuno responder aos diversos comentários. Antes de mais, cumpre-me informar que o artigo correspondeu a uma palestra realizada, tendo-me sido sugerido o título pela comissão organizadora. Como se tratava de uma palestra num curso pós-graduado incluí os resultados do Serviço e algumas considerações inerentes ao estado atual das colecistites agudas citadas na literatura.

**Revisor A:**

 O principal objetivo do título (que aliás me foi proposto e não por mim escolhido) pretendia valorizar pela negativa a colecistectomia laparoscópica, que aliás sempre defendi desde a minha tese de doutoramento.

 O critério de escolha entre colecistectomia laparoscópica e colecistectomia aberta baseou-se, exclusivamente, na opção do cirurgião em função da sua experiência em cirurgia mini-invasiva e nas condições logísticas momentâneas existentes. Aliás, tem sido este o critério relatado n maior parte das séries correspondentes a estudos retrospetivos sobre o assunto em causa. Aceito perfeitamente os comentários referentes ao Tokio Guideline 2013. Embora no diagnóstico tenham sido valorizados diversos itens nele referidos, não foi possível, dada as características do estudo, inclui-los na rigorosa análise dos resultados.

 Dada a quantidade de colecistites agudas que recorrem ao Serviço de Urgência não é possível indicar em todos, eles os critérios respeitantes à indicação ou não para a cirurgia. No presente estudo não foram incluídas as colecistostomias como é devidamente referido; no entanto, entendeu-se cita-las, na discussão, dado o seu papel na terapêutica atual da colecistite aguda, se bem que em casos excecionais, uma vez que se tratava de uma palestra num curso pós-graduado.

 Os operados correspondentes às conversões foram incluídos no grupo da colecistectomias laparoscópicas. Na nova versão estão incluídas as complicações destes casos.

 Pareceu-nos importante apresentar, resumidamente, os resultados obtidos num quadro, com a devida análise estatística. Aliás na discussão são valorizados devidamente tais valores.

 Houve maior número de colecistectomias laparoscópicas nos operados com quatro dias após o diagnóstico, pela circunstância de muitos deles não poderem ter sido operados na urgência por falta de condições logísticas momentâneas, sendo transferidos para o internamento normal onde se encontram maior número de cirurgiões diferenciados em cirurgia laparoscópica.

**Revisor C:**

 Envia-se nova versão considerando, tanto quanto possível, os comentários formulados.

**Revisor D:**

 Dá-se a conveniente valorização dos resultados em quadros apresentados (nova versão).

 Foram incluídos, atualmente, os aspetos estatísticos referidos.

 A referência pormenorizada a lesões biliares é devidamente apresentada na nova versão não tendo sido possível apresenta-la na palestra em questão. Demonstramos, essencialmente, que a colecistectomia laparoscópica não provoca, nas colecistites agudas, mais lesões da via biliar do que a colecistectomia aberta como a princípio se pensava. Todas as lesões biliares foram incluídas no tipo 2 de Bismuth. A correção cirúrgica daquelas complicações consistiu em 4 anastomoses biliodigestivas e 2 anastomoses termino-terminais.

 Não se verificou maior incidência de hemorragias na colecistectomia laparoscópica do que na colecistectomia aberta. Os hemoperitoneus diagnosticados no pós-operatório corresponderam a hemorragias em toalha na colecistectomia laparoscópica e da artéria cística na colecistectomia aberta.

 Tratando-se de um curso pós-graduado entendemos que nas conclusões sobre o tratamento cirúrgico da colecistite aguda deveria igualmente ser analisados os aspetos mais recentes relativos a outras opções cirúrgicas, nomeadamente, a colecistotomia percutânea sobre o controlo endoscópico.

**Revisor E:**

 Nos esclarecimentos a cima referidos já estão respondidas algumas das questões formuladas. Deve-se, ainda, esclarecer que a intolerância ao pneumoperitoneu (e não hemoperitoneu por erro tipográfico) foi devido a alterações cardiovasculares, pelo que o anestesista aconselhou o recurso à via aberta.

Em resumo, aceito perfeitamente os comentários formulados consequentes porém de se tratar de um manuscrito referente a uma palestra proferida num curso de pós-graduado, com tempo limitado, em que para além da experiência do Serviço se julgou oportuno relatar o estado atual da literatura referente ao tema em questão. Não tenho porém qualquer dúvida em modificar o manuscrito, considerando-o como uma revisão de casuística com o seguinte título “**Colecistectomia por Laparoscopia e por Laparotomia na Cirurgia da Colecistite Aguda (análise crítica de 520 casos)**”, analisando igualmente os aspetos mais importantes focados na palestra efetuada. Junto pois uma nova versão do manuscrito atendendo igualmente aos comentários formulados.

Em anexo se encontra a nova versão do trabalho.

Melhores cumprimentos

João Araújo Teixeira