



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO “PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO”
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

PAULO ANTÔNIO DAMIÃO DOS SANTOS

**PROTOCOLO DE DOR ABDOMINAL PARA ADULTOS E IDOSOS ATENDIDOS
EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Lagarto

2023

PAULO ANTÔNIO DAMIÃO DOS SANTOS

**PROTOCOLO DE DOR ABDOMINAL PARA ADULTOS E IDOSOS ATENDIDOS
EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Departamento de Medicina do Campus
Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial
para obtenção do Bacharelado em Medicina

Orientador: Prof. Dr. Fábio Santos Alves

Lagarto
2023

PAULO ANTÔNIO DAMIÃO DOS SANTOS

**PROTOCOLO DE DOR ABDOMINAL PARA ADULTOS E IDOSOS ATENDIDOS
EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Departamento de Medicina do Campus
Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial
para obtenção do Bacharelado em Medicina

Orientador: Prof. Dr. Fábio Santos Alves

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador:

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

DEDICATÓRIA

À Deus por estar sempre presente durante a minha caminhada, por me inspirar e por ser meu porto seguro. Devo tudo que sou a Ele. Gratidão por tudo que tens feito!

Aos meus pais Paulo Rodrigues e Elis Regina por sempre estarem ao meu lado me apoiando em todas as decisões e nos momentos difíceis. Por sempre me ensinarem o caminho do bem. Sou grato por todo amor, carinho, ensinamento e esforço. Vocês são minha fonte de energia e garra para vencer. Tudo que conquistei e conquistarei é por vocês! Amo muito vocês!

Ao meu querido irmão, Pablo Darlan, por me compreender, por sempre torcer por mim e me ajudar durante essa longa jornada, você foi essencial! Gratidão por estar ao meu lado, amo você!

À Renata que esteve comigo durante essa caminhada e que nunca me deixou desistir perante os obstáculos que surgiram em nossos caminhos e sempre tinha uma palavra de conforto. Agradeço o seu companheirismo. Amo você!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*Ao **Prof. Dr. Fábio Santos Alves** pela confiança, paciência e suporte. Sou grato por tudo!*

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter sido minha rocha e fortaleza! Obrigado por ter estado ao meu lado todos os dias me fortalecendo e me tornando capaz.

À Universidade Federal de Sergipe por ter me dado a oportunidade de cursar uma ciência tão brilhante como é a medicina.

Ao Prof. Dr. Fábio Santos Alves pelo apoio e confiança em meu trabalho e por ser um excelente orientador.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo amor incondicional e incentivo para que eu alcançasse o sucesso que é a formação no ensino superior.

À minha namorada por contribuir direta e indiretamente para o meu sucesso.

Muito Obrigado!

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À **Universidade Federal de Sergipe (UFS)**, por nos proporcionar condições estruturais e um excelente grupo de professores e técnicos que assim interferem para um ensino superior de qualidade. Gratos pela oportunidade de estudar uma metodologia ativa e por nos ensinar a humanização e nos preparar para os desafios do mercado de trabalho.

Ao **Departamento de Medicina de Lagarto (DMEL)**, por lutar para que pudéssemos uma excelente estrutura, por nos fornecer o melhor da medicina e pelos ótimos funcionários que o compõem.

PROTOCOLO DE DOR ABDOMINAL PARA ADULTOS E IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A dor abdominal é um dos sintomas mais frequentes nos pacientes que procuram os serviços de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a dor abdominal é uma das principais queixas na demanda espontânea dos pacientes no Brasil. A maioria dos casos tem evolução favorável, no entanto, uma pequena porcentagem dos pacientes apresenta risco de vida e, por isso, necessitam de uma intervenção imediata, seja tratamento cirúrgico ou clínico. Essa condição é o abdome agudo, uma patologia frequente, com alta morbimortalidade. **OBJETIVO:** Elaborar o protocolo de dor abdominal e padronizar o manejo de pacientes adultos e idosos com dor abdominal no serviço de urgência. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão sistemática de literatura para elaborar um protocolo de dor abdominal com ênfase em abdome agudo, que teve por base artigos científicos, revistas e livros. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O protocolo pode auxiliar na condução de casos suspeitos de abdome agudo nos serviços de urgência. Deve-se sempre analisar os quadros de dor abdominal aguda com risco de abdome agudo, visto que é uma situação que exige manejo imediato. Uma anamnese direcionada e um exame físico cuidadoso são essenciais para criar um diagnóstico diferencial apropriado. Sempre é importante considerar idade, sexo, antecedente pessoal e patológica do paciente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O abdome agudo é uma afecção grave e frequente, porém nem sempre possui um diagnóstico assertivo. Por isso, o diagnóstico precoce é importante para evitar o aumento da morbimortalidade dos pacientes. A criação de um protocolo com condutas direcionadas facilita que o paciente com quadro de abdome agudo seja avaliado pelo cirurgião de forma mais precoce. Sendo assim, é um importante ter um protocolo nos serviços de urgência.

Palavras-chave: Dor abdominal. Abdome agudo. Serviço de Urgência.

PROTOCOLO DE DOR ABDOMINAL PARA ADULTOS E IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

ABSTRACT

INTRODUCTION: Abdominal pain is one of the most frequent symptoms in patients who seek health services. According to the Ministry of Health (MS), abdominal pain is one of the main complaints in the spontaneous demand of patients in Brazil. Most cases have a favorable evolution, however, a small percentage of patients are at risk of life and, therefore, require immediate intervention, either surgical or clinical treatment. This condition is the acute abdomen, a frequent pathology with high morbidity and mortality. **OBJECTIVE:** To develop an abdominal pain protocol and standardize the management of adult and elderly patients with abdominal pain in the emergency department. **METHODOLOGY:** This is a systematic literature review to develop an abdominal pain protocol with emphasis on acute abdomen, which was based on scientific articles, magazines and books. **RESULTS AND DISCUSSION:** The protocol can help in managing suspected cases of acute abdomen in emergency departments. Acute abdominal pain with a risk of acute abdomen should always be analyzed, as this is a situation that requires immediate management. A focused history and careful physical examination are essential to create an appropriate differential diagnosis. It is always important to consider the patient's age, sex, personal and pathological history. **FINAL CONSIDERATIONS:** Acute abdomen is a serious and frequent condition, but it does not always have an assertive diagnosis. Therefore, early diagnosis is important to avoid increased morbidity and mortality of patients. The creation of a protocol with targeted procedures makes it easier for the patient with an acute abdomen to be evaluated by the surgeon earlier. Therefore, it is important to have a protocol in emergency services.

Keywords: Abdominal pain. Acute abdomen. Emergency Service.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	13
3	JUSTIFICATIVA	14
4	METODOLOGIA	15
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
7	PROTOCOLO SIMPLIFICADO	32
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
	REFERÊNCIAS	35

1- INTRODUÇÃO

A dor abdominal é um dos sintomas mais frequentes nos pacientes que procuram os serviços de saúde. A maioria dos casos tem evolução favorável, no entanto, uma pequena porcentagem dos pacientes apresenta risco de vida e, por isso, necessitam de uma intervenção imediata, seja tratamento cirúrgico ou clínico. Essa condição é denominada de abdome agudo.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a dor abdominal é uma das principais queixas na demanda espontânea dos pacientes no Brasil. Além disso, somente em abril de 2022 ocorreram 3.483 internações por causa de dor abdominal registradas no DATASUS com o CID R.10. Isso sem qualificar outras patologias que cursam com dor abdominal e são registradas com CID específico.

Abdome agudo é um grande quadro clínico abdominal variável que pode ser dividido em síndromes de diferentes formas de instalação e progressão. Refere-se a sinais e sintomas de dor e sensibilidade abdominal, uma manifestação clínica que, em geral, requer intervenção cirúrgica (SABISTON, 2014). O que todas as etiologias têm em comum é a necessidade de intervenção imediata. A identificação e o manejo correto podem evitar diversas complicações como aumento da morbimortalidade, maior duração do tempo cirúrgico e internações mais prolongadas. Segundo SABISTON, 2014, o diagnóstico varia conforme a idade e sexo, visto que apendicite aguda é mais comum em jovens enquanto doença biliar, obstrução intestinal, isquemia mesentérica e diverticulite são mais comuns no idoso.

Pacientes idosos com dor abdominal têm um aumento de seis a oito vezes na mortalidade em comparação com pacientes mais jovens. Alguns estudos sugerem que as taxas de mortalidade entre idosos com dor abdominal aumentam quando seu diagnóstico não é determinado no pronto-socorro (UPTODATE).

Estima-se que existam aproximadamente 42 etiologias distintas de abdome agudo (CACCIAIOTORI). Por isso, é importante que todo serviço de pronto-socorro possua protocolos bem estabelecidos para aperfeiçoar o diagnóstico e a conduta do serviço.

2- OBJETIVOS

Elaborar o protocolo de dor abdominal e padronizar o manejo de pacientes adultos e idosos com dor abdominal no serviço de urgência.

3- JUSTIFICATIVA

A elaboração de um protocolo é importante para direcionar o manejo dos pacientes com quadro suspeito de abdome agudo e na padronização do atendimento no pronto-socorro. Isso evita atrasos diagnósticos e diminui a morbimortalidade dos pacientes.

4- METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura para elaborar um protocolo de dor abdominal com ênfase em abdome agudo, que teve por base artigos científicos, revistas e livros. Os artigos foram levantados nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), e da *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED), Google Acadêmico, publicados nacionalmente e internacionalmente. Também foi utilizada a base de dados do UPTODATE.

Para a busca bibliográfica, foram utilizados como descritores: “dor abdominal”, “abdome agudo” e “serviço de urgência”, de acordo com os descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Utilizou-se o operador booleano AND entre os descritores.

Inicialmente foram identificados 679 artigos disponíveis. Foi utilizado como critérios de inclusão: artigos completos, entre os anos de 2004 a 2022, em âmbito nacional e internacional, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis por meio online, e que fossem condizentes com a temática.

Após análise dos títulos e resumos, foram selecionados e utilizados 13 artigos para o presente estudo. Além dos artigos, foi utilizado dois livros para confecção do presente trabalho.

5- REVISÃO DE LITERATURA

A dor abdominal pode estar relacionada a doenças potencialmente fatais para o paciente como apendicite aguda, colecistite aguda, pancreatite aguda, diverticulite aguda, perfuração do trato gastrointestinal, obstrução intestinal aguda, isquemia mesentérica, aneurisma de aorta abdominal, gravidez ectópica rota, entre outras patologias (UPTODATE).

Diante de toda sintomatologia abdominal aguda, desde a mais simples até a mais complexa, é necessário um estudo completo do paciente com a finalidade de estabelecer o diagnóstico etiológico da situação, observar o estado geral do doente e o direcionar para o tratamento adequado (DE SOUZA, 2022).

Deve-se pesquisar ativamente os possíveis casos de abdome agudo em pacientes com dor abdominal no Departamento de Emergência (DE), visto que essa síndrome clínica é responsável por 7% a 10% dos atendimentos realizados no DE. (DE SOUZA, 2022).

Aproximadamente 40% dos casos não têm um diagnóstico etiológico definido, afetando diretamente o manejo adequado do paciente. O risco de erro na realização do diagnóstico aproxima-se de 35 diagnósticos equivocados a cada 100 pacientes atendidos e consiste no mais frequente do DE. Cerca de 30 casos/100 pacientes com dor abdominal aguda são classificados como dor abdominal inespecífica e são liberados. No entanto, três reingressam e são diagnosticados corretamente. Por isso, é necessário que o médico atendente realize o diagnóstico diferencial entre dor abdominal benigna e abdome agudo (DE SOUZA, 2022).

As principais etiologias de abdome agudo podem ser resumidas em cinco grandes síndromes: inflamatória, perfurativa, obstrutiva, vascular e hemorrágica. Cada uma com particularidades bem definidas (SABISTON, 2014).

5.1- Abdome Agudo Inflamatório

É causado por processo inflamatório e/ou infeccioso em cavidade abdominal, órgãos ou estruturas adjacentes. Geralmente cursa com peritonite e alterações do ritmo intestinal. A dor pode ser caracterizada por início insidioso e intensidade progressiva. As principais etiologias são apendicite aguda, colecistite aguda, pancreatite aguda e diverticulite aguda (SABISTON, 2014).

5.1.1- Apendicite aguda

É a principal causa de abdome agudo inflamatório. Pode acometer pacientes em qualquer faixa etária, no entanto, é incomum antes dos cinco e após os 50 anos, com discreto predomínio nos homens. O quadro é causado pela inflamação e infecção do apêndice cecal. A patogênese é a obstrução do lúmen apendicular por fecalito, hiperplasia linfóide, obstrução por áscaris, corpos estranhos ou tumores, e o desenvolvimento de uma infecção polimicrobiana, sendo presentes microrganismos aeróbios e anaeróbios, destacando-se as bactérias *Escherichia coli* e *Bacteroides fragilis* (DE SOUZA, 2022).

Os primeiros sintomas e sinais de apendicite aguda são geralmente inespecíficos, e o exame físico não é esclarecedor. Náuseas e vômitos, na maioria das vezes, não estão presentes no início do quadro. Classicamente, os pacientes apresentam anorexia juntamente com um vago desconforto periumbilical que evolui para dor acentuada no quadrante inferior direito podendo se localizar na fossa ilíaca direita. Essa progressão ocorre com um apêndice anterior ou pélvico inflamado. No entanto, um apêndice retrocecal pode não causar sinais focais de peritonite. Um apêndice pélvico pode apresentar sintomas urinários ou diarreia. Sistemas de pontuação e imagens avançadas,

conforme apropriado, melhoraram a precisão do diagnóstico (UPTODATE, DE SOUZA, 2022).

Durante o exame físico é importante buscar a presença de sinais de peritonite como Blumberg (dor à descompressão brusca em fossa ilíaca direita) e Rovsing (dor em fossa ilíaca direita durante compressão profunda de fossa ilíaca esquerda). Em uma parte dos pacientes é possível palpar um plastrão em fossa ilíaca direita, correspondendo ao bloqueio realizado pelo epíplon e alças intestinais ao processo inflamatório local (SABISTON, 2014).

Sobre os exames complementares é importante solicitar hemograma, proteína C reativa, sumário de urina. Na avaliação radiológica, é comum a realização de radiografia, porém não há evidências favoráveis a essa prática, sendo, por isso, preterida em relação à ultrassonografia como método inicial para investigação. A sensibilidade da ultrassonografia de abdome está entre 80% a 90%, no entanto, é superada pela tomografia computadorizada de abdome, exame de segunda linha para avaliação (MONTEIRO, 2009, UPTODATE).

O tratamento da apendicite aguda não complicada consiste na intervenção cirúrgica, ressecando-se o apêndice, sem necessidade de tratamento adjuvante como antibioticoterapia. A ressecção pode ser realizada por cirurgia aberta ou por videolaparoscopia. A adoção da videolaparoscopia resulta em menor morbidade e infecção da ferida. Nos casos de apendicite complicada, com necrose do apêndice, peritonites, perfuração e abscessos, são necessários tratamentos com antibióticos após a ressecção do apêndice. Não existe, contudo, consenso na literatura sobre a duração da antibioticoterapia pós-cirúrgica (DE SOUZA, 2022).

5.1.1.1- Duração dos antibióticos após apendicectomia para apendicite complicada

Geralmente é seguida por um ciclo de antibióticos, mas a duração ideal não está clara. Em um estudo randomizado comparando dois versus cinco dias de antibióticos intravenosos pós-operatórios em mais de 1.000 pacientes com apendicite complicada (a maioria submetida à apendicectomia laparoscópica), a taxa composta de complicações infecciosas e mortalidade foi semelhante para ambos os grupos (10% com dois dias versus 8% com cinco dias). No entanto, o grupo de dois dias teve uma taxa mais alta de atendimentos de emergência (15 versus 8%). Esses dados sugerem que dois dias de tratamento após apendicectomia laparoscópica podem ser suficientes para apendicite

complicada. Normalmente, utiliza-se de dois a quatro dias de antibioticoterapia (UPTODATE).

5.1.2- Colecistite aguda

É uma inflamação da parede vesícula biliar, com maior incidência a partir da 5ª década de vida, com maior frequência no sexo feminino. A prevalência é de 11 a 36% nos achados de autópsia. Pode ser dividida em litiásica (95%) ou alitiásica (5%). Na forma litiásica ocorre obstrução do ducto cístico por cálculos biliares, causando distensão da vesícula biliar, edema da parede vesicular, eritema e hemorragia subserosa, seguindo-se por isquemia, necrose e empiema. O quadro clínico apresenta dor em hipocôndrio direito persistente com febre, náuseas, vômitos, defesa em quadrante superior direito do abdome ao exame físico. Nos exames de laboratório há leucocitose leve (12.000–14.000 células/mm³), elevações leves nas bilirrubinas, amilase, transaminases e fosfatase alcalina podem estar presentes. Já na apresentação alitiásica, por sua vez, acontece em pacientes internados em nutrição parenteral, transfundidos, em ventilação mecânica, traumatizados, grandes queimados e imunossuprimidos (SABISTON, 2014).

Pacientes com colecistite aguda geralmente se queixam de dor abdominal, mais comumente no quadrante superior direito ou epigástrio. A dor pode irradiar para o ombro direito ou para as costas, geralmente é constante e intensa. Frequentemente, há uma história de ingestão de alimentos gordurosos cerca de uma hora ou mais antes do início da dor. Os pacientes geralmente podem apresentar taquicardia e o sinal de Murphy pode estar presente, embora a sensibilidade do teste possa estar diminuída em adultos mais velhos. A progressão para choque séptico pode ocorrer com colangite ascendente (UPTODATE).

O exame de imagem inicial para a avaliação da colecistite é ultrassonografia (USG) abdominal, visto que é um exame com sensibilidade e especificidade de 95% para o diagnóstico da doença. No entanto, caso ainda permaneça dúvida sobre o quadro, após realização da USG, é recomendado à utilização de tomografia computadorizada de abdome ou cintilografia. O tratamento indicado é a colecistectomia. Existe, contudo, uma discussão sobre o melhor momento para a realização da cirurgia e a via de acesso a ser utilizada. Preferencialmente, a colecistectomia deve ser realizada nas primeiras 24 a 48 horas de internação, quando não está caracterizada uma emergência. A antibioticoterapia, neste caso, deve ser direcionada para microrganismos Gram-negativos e anaeróbios, nos idosos e na colecistite alitiásica (DE SOUZA, 2022).

Pacientes com colecistite aguda calculosa complicada precisam de antibióticos de amplo espectro. Já para os pacientes com colecistite aguda não complicada, também sugerimos a administração de antibióticos. Uma vez iniciada, a antibioticoterapia deve continuar até que a vesícula biliar seja removida ou a colecistite resolva clinicamente. A taxa de empiema da vesícula biliar e abscesso pericolecístico é geralmente baixa, no entanto os pacientes podem apresentar quadros de sepse por bactérias gram-negativa com risco de vida a partir de colecistite aguda não complicada. Por isso, os antibióticos deve ser administrados profilaticamente para proteger contra sepse e infecção de feridas (UPTODATE).

Os dados são conflitantes quanto à necessidade de antibióticos para o tratamento da colecistite aguda não complicada, por isso alguns médicos não usam antibioticoterapia em casos muito leves. No estudo PEANUT II, 457 pacientes com coleciste aguda litiásica leve a moderado (indicada colecistectomia imediata) receberam cefazolina antes da incisão ou nenhuma profilaxia antibiótica. O número de infecções do sítio cirúrgico foi significativamente maior no grupo sem profilaxia (5,3 versus 12,1 por cento; $P = 0,010$). Outras complicações ou tempo de internação não foram diferentes. É geralmente aceito que os antibióticos sejam indicados para todos os pacientes com coleciste aguda litiásica complicados (ou seja, gangrena/necrose da vesícula biliar, ruptura ou colecistite enfisematosa) e para coleciste aguda litiásica não complicado em pacientes frágeis, com diabetes ou imunocomprometidos (UPTODATE).

Quando a antibioticoterapia empírica é indicada devem-se abranger os patógenos mais comuns da família *Enterobacteriaceae*, incluindo bastonetes gram-negativos e anaeróbios. Em um estudo com 467 pacientes, incluindo um grupo controle de 42 com vias biliares normais, culturas biliares positivas foram encontradas em 22% dos pacientes com cálculos biliares sintomáticos e 46% dos pacientes com colecistite aguda. Os isolados mais frequentes da vesícula biliar ou do ducto biliar comum foram *Escherichia coli* (41 por cento), *Enterococcus* (12 por cento), *Klebsiella* (11 por cento) e *Enterobacter* (nove por cento). Sempre que possível os antibióticos também devem atingir concentrações adequadas na bile (UPTODATE).

5.1.3- Pancreatite aguda

É um processo inflamatório agudo do pâncreas. Deve-se suspeitar de pancreatite aguda em pacientes com dor abdominal superior aguda grave, mas requer evidências bioquímicas ou radiológicas para estabelecer o diagnóstico (SABISTON, 2014).

A pancreatite aguda é dividida em leve, moderadamente grave e grave. A pancreatite leve é caracterizada pela ausência de falência de órgãos e complicações locais ou sistêmicas. A pancreatite aguda moderadamente grave é quando ocorre a falência orgânica transitória (resolve-se em 48 horas) e/ou complicações locais ou sistêmicas sem falência persistente de órgãos (>48 horas). Já pancreatite aguda grave é marcada pela falência persistente de órgãos que pode envolver um ou múltiplos órgãos (UPTODATE).

O paciente costuma cursar com dor abdominal aguda e a maioria apresenta início agudo de dor epigástrica persistente e dor abdominal no quadrante superior esquerdo, além de vômitos recorrentes, náuseas, febre e taquicardia. Em alguns pacientes, a dor também pode estar no quadrante superior direito ou, raramente, confinada ao quadrante superior esquerdo. (SWAROOP, 2004).

Durante o exame físico pode estar presente dor à palpação ou até mesmo irritação peritoneal, distensão abdominal, icterícia e, em apresentações hemorrágicas, os sinais de Grey-Turner (equimose em flancos), Cullen (equimose periumbilical) e de Fox (equimose na base do pênis) (DE SOUZA, 2022).

No início do curso da patologia, as enzimas pancreáticas vazam das células acinares para o espaço intersticial e depois para a circulação sistêmica. Por isso, os pacientes com pancreatite aguda podem apresentar elevações agudas na amilase e lipase séricas, além de outras enzimas pancreáticas, produtos de degradação e mediadores inflamatórios. A lipase sérica tem uma sensibilidade ligeiramente maior para pancreatite aguda, e as elevações ocorrem mais precocemente e duram mais tempo em comparação com as elevações da amilase. Sendo assim, a lipase sérica é mais útil em pacientes que se apresentam tardiamente no departamento de emergência. A lipase sérica também é mais sensível em comparação com a amilase em pacientes com pancreatite secundária ao álcool (UPTODATE).

O diagnóstico é definido pela presença de dois dos seguintes achados: início agudo de dor epigástrica persistente e intensa, muitas vezes irradiando para as costas, elevação da lipase ou amilase sérica três vezes ou mais do que o limite superior da normalidade ou achados característicos de pancreatite aguda em exames de imagem (tomografia computadorizada com contraste, ressonância magnética ou ultrassonografia

transabdominal). Diferente dos outros quadros de abdome agudo, o tratamento da pancreatite aguda é iminentemente clínico com foco na reposição hídrica vigorosa, analgesia, dieta zero conforme a tolerância do paciente, além de medidas de suporte e antibioticoprofilaxia de largo espectro. O tratamento cirúrgico só deve ser realizado em situações específicas como necrose infectada, comprovada através de cultura de coleções peripancreáticas obtidas por punções guiadas, ou presença de ar peripancreático na TC de abdome (BRUNETTI, 2007).

5.1.4- Diverticulite aguda

O desenvolvimento de divertículos (bolsas) no cólon geralmente é assintomático ou possui poucos sintomas e é incomum entre indivíduos com menos de 40 anos. A taxa de incidência chega a 60% em indivíduos com mais de 70 anos, sendo que, apenas 1% a 4% dos pacientes irão ter diverticulite, a qual é um quadro inflamatório e infeccioso (mais comum em obesos, idosos, sedentários, tabagistas e pacientes com alto consumo de carne vermelha), que cursa com dor abdominal aguda em fossa ilíaca esquerda, juntamente com vômito, náuseas e alterações intestinais e que, às vezes, pode ser confundido com apendicite aguda, apesar de acometer o quadrante inferior esquerdo. Em 12% dos casos, a diverticulite complica e apresenta perfuração, formação de abscesso, obstrução, peritonite e pneumoperitônio, com sintomas que incluem hematoquezia e fecalúria (DE SOUZA, 2022).

Um divertículo é uma saliência em forma de saco da parede colônica. A diverticulose apenas descreve a presença de divertículos. A diverticulite aguda é definida como inflamação, geralmente considerada devido à microperfuração de um divertículo. A diverticulite complicada é definida como diverticulite com uma das seguintes complicações associadas: obstrução intestinal, estenose, abscesso, fístula ou perfuração. A diverticulite simples ou não complicada é definida como diverticulite aguda sem complicação associada (UPTODATE).

O diagnóstico é eventualmente clínico não sendo necessária a realização de exames de imagens adicionais, porém para diferenciar casos complicados de não complicados pode-se lançar mão de uma TC de abdome (DEERY, 2017).

Para tratamento da diverticulite aguda deve-se observar a presença ou não de complicações. Em quadros não complicados inicia-se antibioticoterapia com cobertura para Gram-negativos e anaeróbicos, correção de distúrbios hidroeletrólítico, se presentes, e tratamento sintomático. No entanto, caso haja complicação o paciente

precisa ser internado para suporte clínico adequado, antibioticoterapia venosa, drenagem de abscessos e tratamento cirúrgico (DEERY, 2017).

5.2- Abdome Agudo Perfurativo

Caracteriza-se por perfuração não traumática de órgãos intra-abdominais e, consequentemente, dor de início súbito e intenso, difusa em todo abdome, agravada com movimentação do paciente e pode haver irritação peritoneal devido ao derrame de conteúdo de vísceras ocas no peritônio. A síndrome ocorre por inflamação química e posteriormente há invasão bacteriana (UPTODATE).

5.2.1- Perfuração do trato gastrointestinal

A úlcera péptica é a principal causa de abdome agudo perfurativo. Deve-se suspeitar de úlcera perfurada em pacientes com dor abdominal intensa e difusa associada à taquicardia e rigidez abdominal (DE SOUZA, 2022).

Os quadros em que os pacientes apresentam perfuração retroperitoneal podem ser menos graves do que as intraperitoneais livres. Outras patologias como apendicite, diverticulite, intestino isquêmico e megacólon tóxico podem apresentar a perfuração como uma complicação. Em pacientes idosos sempre deve ser investigado o uso de antiinflamatórios não esteroidais (AINES), visto que essa pode ser a causa de dor abdominal súbita de causa provavelmente perfurativa (UPTODATE).

Para realizar o diagnóstico da úlcera perfurada é importante realizar uma anamnese e um exame físico adequado. A radiografia simples de tórax, a qual pode revelar a presença de pneumoperitônio também é importante. O tratamento cirúrgico pode variar desde simples ulcerorrafia e tamponamento com epíplon, até ressecções gástricas (antrectomia) e vagotomia. Estima-se que em 20% dos casos de úlcera perfurada, órgãos adjacentes como pâncreas, fígado, cólon e vesícula biliar podem ser acometidos necessitando de tratamento específico para o acometimento. Para pacientes em que está contraindicada a anestesia geral ou aqueles que são de alto risco, há possibilidade do gerenciamento não cirúrgico, baseado no uso de inibidor da bomba de prótons, antibioticoterapia, sondagem nasogástrica e drenagem percutânea. O quadro requer maior atenção do médico durante o atendimento do paciente, já que a mortalidade, que é uma das maiores entre os quadros de abdome agudo, chega a 30% (CHUNG, 2017).

5.3- Abdome Agudo Obstrutivo

A maioria das obstruções intestinais envolve o intestino delgado. A mortalidade por estrangulamento intestinal varia de 8% quando a cirurgia é realizada em 36 horas a 25%

quando a cirurgia é adiada além de 36 horas (UPTODATE). A Síndrome é caracterizada por sinais e sintomas de obstrução no trato gastrointestinal (TGI) como náuseas, vômitos, distensão abdominal, parada de eliminação de flatos e fezes (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

5.3.1- Obstrução intestinal aguda

Compreende as obstruções mecânicas ou funcionais dos intestinos delgado e grosso em que pode ocorrer o bloqueio parcial ou total do lúmen intestinal e respondendo por 20% das intervenções cirúrgicas abdominais. Pode-se dividir em causas extrínsecas ou intrínsecas (intraluminais) (SMITH, 2019).

Distensão abdominal, vômitos, cólicas e ausência de flatulência são os sintomas mais comuns na obstrução do intestino delgado. Quando a obstrução é proximal, náuseas e vômitos podem ser relativamente graves em comparação com a obstrução distal, porém nesse caso o abdome apresenta-se menos distendido. É importante que o médico saiba que o cólon requer 12 a 24 horas para esvaziar após o início da obstrução intestinal, visto que o paciente pode apresentar flatulência e passagem de fezes mesmo após o início dos sintomas. A dor abdominal é na maioria das vezes caracterizada como periumbilical e em cólica, com paroxismos de dor ocorrendo a cada quatro ou cinco minutos. A progressão da intensidade da dor pode ser um sinal de estrangulamento iminente. A dor abdominal focal na presença de outros sintomas de obstrução pode ser um sinal ameaçador e não deve ser ignorada (UPTODATE).

Sempre é importante investigar na história do paciente se existe cirurgia abdominal prévia, já que é um importante fator de risco para o desenvolvimento de obstrução intestinal. As causas de obstrução intestinal incluem: aderências (50 a 70 %), hérnias encarceradas (15%) e neoplasias (15%). O íleo biliar é a causa em até 20% dos casos entre pacientes adultos mais velhos. Pacientes com doença de Crohn frequentemente apresentam obstrução (UPTODATE).

Na investigação complementar da obstrução intestinal do delgado, a radiografia pode ser utilizada, visto que é um exame simples e rápido. Porém a TC oferece melhores informações sobre a obstrução e permite distinguir a obstrução parcial da completa e evidencia a localização e presença de edema e isquemia. Normalmente, o tratamento é cirúrgico e sempre é recomendada uma estabilização clínica com hidratação e analgesia. Realização de reavaliações seriadas e correção de distúrbios hidroeletrólíticos. Após compensação clínica, caso seja necessário, deve-se realizar correção cirúrgica. Paciente com histórico de vômitos, edema mesentérico, líquido na

cavidade peritoneal e presença de fezes particuladas com bolhas de gás no lúmen (*small bowel feces sign*) podem necessitar de cirurgia de emergência (DE SOUZA, 2022).

A obstrução do intestino grosso é uma importante causa de intervenção cirúrgica mesmo apresentando baixa incidência. Aproximadamente 80% dos quadros são causados por câncer colorretal, diverticulite e volvo. As manifestações clínicas do quadro estão relacionadas ao nível de obstrução e da competência da válvula ileocecal. Nos pacientes em que a válvula encontra-se incompetente o quadro será acompanhado de dor e vômitos. Já quando a válvula está competente, ocorre dor em fossa ilíaca direita e perfuração cecal. A investigação complementar pode se dar tanto com radiografia (exame com sensibilidade de 84% e especificidade de 72%) quanto com TC com contraste (método preferencial, com sensibilidade e especificidade superiores a 90%). O tratamento segue diretrizes comuns à obstrução de intestino delgado (DE SOUZA, 2022).

5.4- Abdome Agudo Vascular

Caracterizado por dor abdominal intensa de origem vascular, sendo uma urgência não traumática grave por redução súbita do fluxo sanguíneo intestinal. A dor é difusa e mal definida, apresentando desproporção entre a dor e o exame físico (SABISTON, 2014).

5.4.1- Isquemia mesentérica

Pode ser dividida em dois grupos: vascular e não vascular. A isquemia intestinal de causa vascular pode ser não oclusiva ou oclusiva. As causas vasculares oclusivas são a embolia arterial, a trombose arterial e a trombose venosa (1). Causas não vasculares englobam as aderências (65%), hérnias (10%), neoplasias (5%), doença de Crohn (5%) e outras (15%) (ALVES, 2019).

Caracterizada por apresentar início rápido de dor abdominal periumbilical intensa com desproporção entre sintomatologia e o exame físico. Náuseas e vômitos são sintomas comuns no paciente com isquemia mesentérica. Pacientes com dor abdominal súbita associada a poucos sinais abdominais e evacuação forçada em pacientes com fatores de risco deve-se suspeitar de isquemia mesentérica. Os principais fatores de risco são: idade avançada, aterosclerose, baixo débito cardíaco, fibrilação atrial, doença valvular cardíaca grave, infarto miocárdio recente e malignidade intra-abdominal (UPTODATE, DE SOUZA, 2022).

A isquemia mesentérica é responsável por cerca de 1% dos abdômes agudos, no entanto, provoca de 60% a 80% dos óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas e tem como

principal etiologia a embolia arterial, mas também pode ser causada por trombose arterial, trombose venosa e por isquemia mesentérica não oclusiva. A apresentação clínica principal é dor abdominal desproporcional ao exame físico, difusa, sem resposta a analgésicos e opióides, juntamente a vômitos, náuseas e diarreia, podendo levar ao equivocado diagnóstico de gastroenterite (DE SOUZA, 2022).

A angiografia é o melhor exame para a avaliação diagnóstica do quadro, porém é um método invasivo e pouco disponível. Pode-se usar a angiotomografia nos serviços de emergência. A TC é um método de alta sensibilidade e especificidade diagnóstica, tendo capacidade superior 90% para confirmação da patologia (UPTODATE, DE SOUZA, 2022).

O tratamento da isquemia mesentérica deve ser direcionado para a estabilidade hemodinâmica, manutenção de saturação de oxigênio e correção de desequilíbrio eletrolítico (elemento comum no quadro), evitando-se o uso de drogas vasopressoras. Pode-se o usar a infusão de papaverina através de cateter para as oclusões arteriais e isquemias não oclusivas, já que o medicamento alivia o vasoespasma. Recomenda-se o uso de trombolíticos em até oito horas do início da síndrome e o uso de anticoagulantes para reduzir a extensão do dano. No entanto, todas essas medidas devem ser feitas e complementadas pela intervenção cirúrgica que avalia a viabilidade intestinal e ressecção do tecido infartado (DE SOUZA, 2022).

5.5- Abdome Agudo Hemorrágico

Causado pela presença de sangue em cavidade abdominal. São mais raros e geralmente acometem faixas etárias mais avançadas. Dor intensa, com rigidez e sinais de hipovolemia, tais como hipotensão, taquicardia, palidez e sudorese. Como há sangramento, a depender do volume e a velocidade de instalação do quadro, pode haver prejuízo neurológico e a intervenção deve ser rápida. Em mulheres, sempre investigar ciclo menstrual e possibilidade de gravidez (SABISTON, 2014).

A USG deve ser o primeiro exame realizado na investigação complementar, já que pode ser realizada na sala de emergência. Caso o paciente esteja estável hemodinamicamente, a TC torna-se o exame de escolha, visto que permite uma melhor distinção das causas de sangramento, que variam desde causas ginecológicas a rompimentos de órgãos e aneurismas e tumores gastrintestinais. Outro exame que vem sendo utilizado é ressonância magnética, pouco utilizada em abdômes agudos, porém para pacientes com insuficiência renal, crianças e grávidas alguns serviços tem lançado mão do exame. O uso rotineiro ainda não é recomendado (DE SOUZA, 2022).

5.5.1- Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA)

É uma dilatação focal da aorta de pelo menos 50 por cento em relação ao normal, com qualquer medida superior a três centímetros sendo considerada anormal. A aorta dilata com a idade e o diâmetro em pacientes idosos tende a ser maior. Segundo um estudo populacional em que foi utilizada ressonância magnética os diâmetros aórticos em pacientes de 70 anos variou de acordo com gênero e a localização do aneurisma. A aorta abdominal é o principal sitio anatômico do aneurisma arterial e pode ser classificado anatomicamente em infrarrenal, justarenal, pararenal e suprarrenal. Desses o infrarrenal é o mais prevalente, seguido pelo justarenal (UPTODATE).

Os principais fatores de risco são: tabagismo, sexo masculino, idade avançada, aterosclerose, história familiar de AAA, presença de outros aneurismas, distúrbios do tecido conjuntivo, história prévia de dissecação aórtica, cirurgia ou instrumentação prévia aórtica. O risco de ruptura do aneurisma aumenta com o diâmetro maior do que 5,5cm, tabagismo atual, pressão arterial elevada, sexo feminino, maior taxa de expansão ($>0,5\text{cm/ano}$). É importante observar que embora o AAA seja mais comum nos homens, as mulheres apresentam um risco aumentado de ruptura (UPTODATE).

A grande parte dos casos de pacientes com AAA permanece assintomática até a ruptura, porém alguns cursam com dor abdominal, dorsal ou em região de flanco, náusea e síncope. Geralmente, o paciente procura atendimento devido à dor e à presença de uma massa pulsátil no abdome que pode ser encontrada durante o exame físico (UPTODATE).

Os AAAs podem se romper no retroperitônio, onde podem tamponar, permitindo que o paciente permaneça normotenso inicialmente. Os AAAs podem apresentar dor nas costas e hematúria, levando a possíveis erros de diagnóstico como nefrolitíase. Doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular periférica, hipertensão, tabagismo e histórico familiar estão associados ao AAA (UPTODATE).

5.5.2- Gravidez ectópica

É uma gravidez extra-uterina. A maioria das gestações ectópicas ocorra nas trompas de falópio, os locais não tubários incluem gravidez cervical, intersticial, ovariana e abdominal. Outras gestações com implantação anormal, incluindo histerotomia (ou seja, cesariana, miomectomia) também podem ocorrer. Em casos raros, uma gestação múltipla pode ser heterotópica (inclui gravidez intrauterina e

extrauterina). A ruptura de uma gravidez ectópica pode resultar em hemorragia com risco de vida (UPTODATE).

Uma gravidez ectópica pode ser íntegra ou rompida no momento da apresentação ao atendimento médico. A ruptura tubária (ou ruptura de outras estruturas nas quais uma gravidez ectópica é implantada) pode resultar em hemorragia intra-abdominal com risco de vida. Manifestar-se com dor abdominal intensa ou persistente ou sintomas sugestivos de perda contínua de sangue (por exemplo, sensação de desmaio ou perda de consciência) (UPTODATE).

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A temporalidade da dor abdominal deve ser avaliada por qualquer médico. A dor de alguns dias de duração que piorou progressivamente até o momento da apresentação é claramente "aguda". A dor que permanece inalterada por meses ou anos pode ser classificada seguramente como crônica. Quando a dor não se enquadra em nenhuma dessas categorias pode ser chamada de subaguda e requer a consideração de um diagnóstico diferencial mais amplo do que a dor aguda e crônica (UPTODATE).

No entanto, nos serviços de urgência deve-se sempre analisar os quadros de dor abdominal aguda e com risco de abdome agudo, visto que é uma situação que exige manejo imediato. Uma anamnese direcionada e um exame físico cuidadoso são essenciais para criar um diagnóstico diferencial apropriado. Sempre é importante considerar idade, sexo, antecedente pessoal e patológico do paciente. Idosos apresentam quadro de dor abdominal atípico e, por isso, sempre que houver dor abdominal persistente e progressiva deve-se lançar mão de exames de imagem, visto que estudos evidenciaram que a utilização de tomografia computadorizada de abdome reduziu atrasos diagnósticos e morbimortalidade nesses casos (MILLET, 2016).

Deve-se descrever a localização, a cronologia, a gravidade, os fatores agravantes e atenuantes e sintomas associados à dor abdominal, investigar se o paciente já apresentou episódios semelhantes anteriormente também é importante. A dor abdominal em região epigástrica com migração para a fossa ilíaca direita, classicamente pode ser um quadro de apendicite aguda. Pacientes com dor em quadrante superior direito deve-se pesquisar a possibilidade de colecistite ou colelitíase. A dor da pancreatite aguda localiza-se na região superior do abdome e atinge as costas e ocorre gradualmente, enquanto a úlcera perforada e a peritonite possuem início súbito (UPTODATE).

É importante avaliar a qualidade da dor se é em queimação, cólica ou pontada. Pacientes com isquemia mesentérica e cólica biliar apresentam dor de alta intensidade, já a dor da gastroenterite é de menor intensidade (UPTODATE).

Além disso, é importante interrogar sobre as medicações em uso, visto que podem mascarar os sintomas. Existem alguns fatores que melhoram e outros que pioram a dor do paciente. A localização da dor abdominal é importante para a realização do diagnóstico diferencial. Os pacientes que possuem dor no quadrante superior direito podem ter alguma patologia relacionada ao fígado ou à vesícula biliar. Outras causas de dor no quadrante superior direito incluem infarto do miocárdio, pneumonia no lobo inferior direito e embolia pulmonar direita. A pancreatite e doença gástrica podem se apresentar com dor no quadrante superior esquerdo. A apendicite aguda e a gravidez ectópica podem apresentar dor no quadrante inferior direito. Já pacientes com a diverticulite aguda comumente queixam-se de dor no quadrante inferior esquerdo. É importante o conhecimento de que o diagnóstico e a localização da dor muitas vezes não correspondem. Um estudo que analisou os padrões de dor abdominal evidenciou que 60 a 70% dos pacientes seriam diagnosticados corretamente com base apenas nos resultados "típicos" do exame e que 30 a 40% teriam um diagnóstico incorreto (UPTODATE).

Isso ocorre porque a localização da dor pode mudar com o tempo e com variações da posição anatômica habitual. Por exemplo: a dor da apendicite aguda classicamente é periumbilical e move-se para o quadrante inferior direito devido à irritação do peritônio, porém um apêndice retrocecal pode não produzir irritação peritoneal. Já a apêndice pélvico pode apresentar sintomas urinários ou diarreia (UPTODATE; DE SOUZA, 2022).

A irradiação da dor também ajuda no estreitamento dos diagnósticos diferenciais. A dor abdominal nos casos de pancreatite pode irradiar para as costas, já pacientes com a dor relacionada a doença da vesícula biliar pode irradiar para o ombro direito ou região subescapular (UPTODATE, SABISTON, 2014).

Além disso, o médico deve estar atento quanto o tempo de início e a intensidade da dor do paciente, visto que quadros que abrem com intensidade dolorosa máxima podem ameaçar a vida do socorrido. Geralmente, emergências vasculares abdominais ou extra-abdominais se manifestam dessa forma. A dor abdominal súbita de elevada intensidade pode ser causada por perfuração ou isquemia. Quando diante de um

paciente com quadro de dor abdominal mais gradual deve-se investigar causas inflamatórias, infecciosas ou obstrução intestinal (UPTODATE).

Sendo assim, pacientes com dor intensa de início súbito ou dor abdominal constante em piora e com duração superior a seis horas, mas geralmente com menos de 48 horas do início dos sintomas, pode ser um caso de abdome agudo e, por isso, é necessário à avaliação de um cirurgião (DE SOUZA, 2022, UPTODATE, SABISTON, 2014).

Ademais, durante a anamnese é importante pesquisar sobre fatores de melhora e de piora relacionados ao quadro do doente. Por exemplo: caso o paciente obtenha alívio após as refeições, é uma história compatível com úlcera péptica, no entanto, quadros que pioram com a dieta podem estar relacionados com cólica biliar. Posições antálgicas também precisam ser observadas no departamento de emergência, visto que podem auxiliar na diminuição do número de diagnósticos diferenciais. A dor da pancreatite aguda alivia quando o paciente senta ereto e piora ao se reclina. Pacientes com peritonite conseguem alívio da dor quando ficam imóveis e pioram com movimentos que aumentam a pressão intra-abdominal ou durante as transições de posições durante o transporte e o exame físico (DE SOUZA, 2022, UPTODATE).

Outro ponto importante é sobre o caráter da dor abdominal, visto que pode auxiliar na definição de um diagnóstico específico. A dor pode ser em queimação, cólica e dilacerante. Quando sangue, ácido gástrico, conteúdo intestinal entram em contato com o peritônio parietal, podemos ter uma dor abdominal aguda denominada peritonite. Por isso, durante o exame físico do abdome é preciso afastar ou confirmar a possibilidade desse achado (UPTODATE).

Na investigação durante o interrogatório sintomatológico deve conter perguntas sobre a presença de náuseas, vômitos, febre, disúria e diarreia. Também é importante questionar sobre tosse, dispneia e dor torácica, já que pneumonia, embolia pulmonar e infarto agudo do miocárdio podem apresentar dor abdominal (UPTODATE).

O médico precisa ter o conhecimento de pacientes com vômitos de aspecto habitual podem ser autolimitados e estarem relacionados a quadros de evolução benigna, porém quando o paciente apresenta vômitos persistentes, aspectos biliosos ou borra de café pode ser um caso de abdome agudo, já que obstrução no duodeno pode ter característica biliosa e úlcera péptica perfurada pode ser apresentar com hematêmese. A diarreia é indicativa de alguma alteração no trato gastrointestinal e pode ser de causa infecciosa como GECA ou sinal de abdome agudo como diverticulite, isquemia

mesentérica e até mesmo na obstrução intestinal (diarreia paradoxal). Também é preciso uma atenção especial no atendimento de mulheres com dor abdominal: é importante perguntar sobre presença de sangramento, corrimento vaginal, padrão menstrual e data da última menstruação. Em idosos, lembrar que geralmente ocorre uma apresentação atípica dos quadros de abdome agudo, sendo assim, sempre complementar investigação com exames laboratoriais e de imagem (UPTODATE, MILLET, 2016).

No exame físico, a avaliação dos sinais vitais é primordial. Avalie temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e saturação de oxigênio. O exame físico do abdome é dividido em inspeção, ausculta e palpação, idealmente nessa ordem respectivamente. Durante a inspeção observe tanto o abdome como a situação geral do paciente, se o paciente encontra-se deitado imóvel na cama com os joelhos dobrados, visto que essa atitude antálgica pode ser indicativo de peritonite. A presença de cicatrizes cirúrgicas podem evidenciar intervenções anteriores, informação importante na suspeita de abdome agudo obstrutivo (DE SOUZA, 2022, UPTODATE).

Na ausculta, ouça os ruídos hidroaéreos do abdome por dois minutos. Caso estejam ausentes durante dois minutos, aumentam a probabilidade de peritonite dentro do contexto de suspeita de abdome agudo. Sons intestinais hiperativos de frequência média estão associados a sangue ou inflamação no trato gastrointestinal (GI). Ausências periódicas de sons intestinais "tilintantes" de alta frequência ou a ausência completa de ruídos intestinais, na presença de distensão abdominal, sugerem obstrução intestinal. Presença de massa pulsátil e sopro na ausculta do abdome pode indicar a presença de um aneurisma da aorta abdominal (AAA) (UPTODATE).

A palpação do abdome confirma a localização e a intensidade da dor abdominal do paciente, podendo identificar sinais de irritação peritoneal, como defesa involuntária e rigidez. É importante que o médico sempre comece distante do local doloroso apontado pelo paciente durante a anamnese. Inicia-se palpando levemente na área distante e prossegue-se em sentido horário ou anti-horário em direção ao local doloroso de maior intensidade. Após a localização da região de dor máxima testes propedêuticos indicados são realizados para elucidação diagnóstica como fazer o paciente tossir ou deixar cair os calcanhares no chão depois de ficar na ponta dos pés. O teste do calcanhar também pode ser realizado batendo no calcanhar do paciente em decúbito. Outros achados do exame a serem observados incluem o sinal de Carnett, o sinal de Murphy, o sinal do obturador, o sinal do psoas e o sinal de Rovsing. No sinal de Carnett, há aumento da sensibilidade quando os músculos da parede abdominal são contraídos. A

sensibilidade exacerbada pela contração muscular tem maior probabilidade de ser causada por patologia dentro da parede abdominal. Em um pequeno estudo, o sinal de Carnett foi considerado 95% preciso para distinguir a dor na parede abdominal da dor visceral (UPTODATE, SABISTON, 2014, DE SOUZA, 2022).

Os sinais do Psoas, Rovsing e Obturador têm elevada especificidade para apendicite aguda. O sinal do Psoas é associado a um ápice retrocecal, caracterizado por dor no quadrante inferior quadrante direito na extensão da coxa direita, seguida de sua abdução, com paciente no canto lateral esquerdo. Já o sinal de Rovsing é quando ocorre dor no quadrante inferior direito ao pressionar o quadrante inferior esquerdo (DOS SANTOS, 2022).

O sinal do obturador é a dor referida após rotação interna ou externa do quadril em paciente em decúbito dorsal e com quadril e joelhos flexionados a 90°. Pacientes com apêndice pélvico pode ter um sinal do obturador positivo (DE SOUZA, 2022).

Na colecistite aguda é importante pesquisar o sinal de Murphy, o qual consiste na interrupção abrupta da inspiração profunda durante a palpação do quadrante superior direito (SABISTON, 2014).

Em pacientes idosos a sensibilidade desse teste pode ser estar diminuída. Em um estudo retrospectivo observando pacientes idosos internados com peritonite, apenas 34% manifestaram defesa ou sensibilidade rebote no exame físico nos casos de abdome agudo (UPTODATE).

Dor em região suprapúbica em mulheres deve-se pensar em doença inflamatória pélvica (DIP) entre os diagnósticos diferenciais. Além disso, pacientes grávidas podem apresentar quadros atípicos de dor abdominal, às vezes sem sinais de irritação peritoneal, fato esse que pode ser resultado do crescimento gradual e alongamento da cavidade peritoneal, que dessensibiliza a paciente grávida à irritação peritoneal (UPTODATE).

É importante que o clínico realize um exame físico completo sem negligenciar outros sistemas. Na ausculta do coração e palpação do pulso, pode-se suspeitar de fibrilação atrial diante de um ritmo irregular o que pode aumentar a suspeita de isquemia mesentérica em pacientes com dor abdominal súbita e com desproporção entre a clínica e a dor do paciente (ALVES, 2019; DE SOUZA, 2022; UPTODATE).

A inspeção da pele é importante e na presença de equimose do abdome (sinal de Cullen) ou flanco (sinal de Grey Turner) sugere hemorragia intra-abdominal ou

retroperitoneal que pode ser causada por ruptura ou vazamento de AAA ou pancreatite hemorrágica (DE SOUZA, 2022).

7- PROTOCOLO SIMPLIFICADO

7.1- Apendicite Aguda

7.1.1- Clínica

Classicamente a dor inicia de modo insidioso no epigastro ou na região periumbilical e posteriormente migra para o quadrante inferior direito. A anorexia está presente na maioria das vezes. Náuseas e vômitos também podem estar presentes, assim como a hipertermia.

7.1.2- Exame Físico

Sinais de peritonite como Blumberg (dor à descompressão brusca em Fossa Ilíaca direita) e Rovsing (dor em Fossa Ilíaca direita durante palpação profunda de Fossa Ilíaca Esquerda).

7.1.3- Avaliação Diagnóstica Complementar

A Ultrassonografia abdominal é o exame rotineiramente solicitado, podendo a Tomografia Computadorizada (TC) ser indicada em casos em que a USG não foi esclarecedora. A TC apresenta acurácia de até 98%, sendo o padrão ouro.

7.2- COLECISTITE AGUDA

7.2.1- Clínica

O quadro clínico apresenta dor em hipocôndrio direito persistente com febre, náuseas, vômitos e a dor pode irradiar para o ombro direito ou para as costas, geralmente é constante e intensa. Frequentemente, há uma história de ingestão de alimentos gordurosos cerca de uma hora ou mais antes do início da dor.

7.2.2- Exame físico

Defesa em quadrante superior direito do abdome, sinal de Murphy, o qual consiste na interrupção abrupta da inspiração profunda durante a palpação do quadrante superior direito.

7.2.3- Avaliação Complementar

Nos exames de laboratório há leucocitose leve (12.000 –14.000 células/mm³), elevações leves nas bilirrubinas, amilase, transaminases e fosfatase alcalina podem estar presentes. O exame de imagem para inicial é ultrassonografia (USG) abdominal, visto que é um exame com sensibilidade e especificidade de 95% para o diagnóstico da doença. Tomografia computadorizada de abdome ou cintilografia em casos de dúvida diagnóstica.

7.3- PANCREATITE AGUDA

7.3.1- Clínica

Dor epigástrica persistente e dor abdominal no quadrante superior esquerdo, além de vômitos recorrentes, náuseas, febre e taquicardia. Em alguns pacientes, a dor também pode estar no quadrante superior direito ou, raramente, confinada ao quadrante superior esquerdo.

7.3.2- Exame físico

Dor à palpação ou até mesmo irritação peritoneal, distensão abdominal, icterícia e, em apresentações hemorrágicas, os sinais de Grey-Turner (equimose em flancos), Cullen (equimose periumbilical) e de Fox (equimose na base do pênis).

7.3.3- Avaliação Complementar

Elevação da lipase ou amilase sérica três vezes ou mais do que o limite superior do normal e exames de imagem (tomografia computadorizada com contraste, ressonância magnética ou ultrassonografia transabdominal).

7.4- DIVERTICULITE AGUDA

7.4.1- Clínica

Dor abdominal aguda em fossa ilíaca esquerda, juntamente a vômito, náuseas e alterações intestinais.

7.4.2- Exame físico

Dor abdominal na palpação da fossa ilíaca esquerda

7.4.3- Avaliação complementar

O diagnóstico é eventualmente clínico não sendo necessária a realização de exames de imagens adicionais, porém para diferenciar casos complicados de não complicados pode-se lançar mão de uma tomografia computadorizada de abdome.

7.5- ABDOME AGUDO PERFURATIVO

7.5.1- Clínica

Dor de início súbito e intenso, difusa em todo abdome, agravada com movimentação do paciente e pode haver irritação peritoneal devido ao derrame de conteúdo de vísceras ocas no peritônio.

7.5.2- Exame físico

Rigidez abdominal e dor intensa durante a palpação do abdome

7.5.3- Avaliação complementar

A radiografia simples de tórax, a qual pode revelar a presença de pneumoperitônio, pode-se complementar com a tomografia em caso de dúvida diagnóstica.

7.6- ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO

7.6.1 Clínica

Dor abdominal em cólica, náuseas, vômitos, distensão abdominal, parada de eliminação de flatos e fezes.

7.6.2 Exame físico

Abdome distendido, ruídos aumentados ou ausentes. Realizar toque retal

7.6.3 Avaliação complementar

A radiografia pode ser utilizada, visto que é um exame simples e rápido. Porém a TC oferece melhores informações sobre a obstrução e permite distinguir a obstrução parcial da completa e evidencia a localização e presença de edema e isquemia.

7.7- ABDOME AGUDO VASCULAR

7.7.1- Clínica

Dor abdominal súbita, náuseas e vômitos.

7.7.2- Exame físico

Dor abdominal periumbilical intensa com desproporção entre sintomatologia e o exame físico.

7.7.3- Avaliação complementar

A angiografia é o melhor exame para a avaliação diagnóstica do quadro, porém é um método invasivo e pouco disponível. Pode-se usar a angiotomografia ou TC, as quais são mais disponíveis na emergência.

7.8- ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO

7.8.1 Clínica

Dor intensa com rigidez e sinais de hipovolemia, tais como hipotensão, taquicardia, palidez e sudorese

7.8.2- Exame físico

Procurar sinais de choque hipovolêmico.

7.8.3- Avaliação complementar

Solicitar bHCG. A USG em pacientes hemodinamicamente instáveis. Caso o paciente esteja estável hemodinamicamente, realizar TC de abdome.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor abdominal é uma queixa frequente na emergência. Essa dor pode ser um sintoma de abdome agudo, patologia que precisa ser descartada durante a avaliação de todo paciente com dor abdominal. O abdome agudo é uma afecção grave e frequente, porém nem sempre possui um diagnóstico assertivo. Sendo assim, o diagnóstico precoce é importante para evitar o aumento da morbimortalidade dos pacientes. A criação de um protocolo com condutas direcionadas facilita para que o paciente com quadro de abdome agudo seja avaliado pelo cirurgião de forma mais precoce. Portanto, é um importante ter um protocolo nos serviços de urgência.

REFERÊNCIAS

SABISTON. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Saunders. Elsevier.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

CACCIATORI, Felipe Antônio; RONCHI, Arthur Dajori and SASSO, Sérgio
Emerson. Outcomes prediction score for acute abdomen: a proposal. Rev. Col. Bras. Cir. [online]. 2019, vol.46, n.6, e20192285. Epub Jan 31, 2020.

Longo, DL et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th ed. New York: McGraw-Hill, 2015.

Cahalane MJ et al. Overview of gastrointestinal tract perforation. Uptodate, nov/2017.

Menezes MR, Kay FU. Tomografia computadorizada multidetectores não contrastada na avaliação do abdome agudo: um novo paradigma no pronto socorro? Radiol Bras 2006;39(2):IV–V

Monteiro AMV, Lima CMAO, Ribeiro EB. Diagnóstico por imagem no abdome agudo não traumático. Revista

Swaroop VS, Chari ST, Clain JE. Pancreatite aguda grave. JAMA 2004; 291:2865.

Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen agudo. Medicina (Ribeirão Preto). 2007; 40(3):358 67.

Deery SE, Hodin RA. Management of Diverticulitis in 2017. J Gastrointest Surg. 2017;21(10):1732–1741. doi:10.1007/s11605-017-3404-3

Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer - an update. World J Gastrointest Surg. 2017;9(1):1–12. doi:10.4240/wjgs.v9.i1.1

Smith DA, Nehring SM. Bowel Obstruction. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan.

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.

DOS SANTOS, Fellipe Cruz Navi; REIS, Bruno Cezario Costa. O método diagnóstico precoce de apendicite aguda na emergência: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 19, p. e11228-e11228, 2022.
