

ABORDAGEM CLÍNICO SEMIOLÓGICA DA DOR ABDOMINAL AGUDA

Michell Mariotti Machado
Arthur Anselmi
Daniel Weiss Vilhordo
Ricardo Breigeiron
Hamilton Petry de Souza

UNITERMOS

DOR ABDOMINAL/etiologia; ABDOME AGUDO/diagnóstico; PERITONITE/diagnóstico; ANAMNESE; EXAME FÍSICO.

KEYWORDS

ABDOMINAL PAIN/etiology; ACUTE ABDOMEN/diagnosis; PERITONITIS/diagnosis; MEDICAL HISTORY TAKING; PHYSICAL EXAMINATION.

SUMÁRIO

O objetivo deste estudo é a avaliação clínico-cirúrgica da dor abdominal em sala de emergência, situação comum e de grande dificuldade. Os autores abordam a semiologia e os mecanismos de dor associados às diferentes etiologias das causas mais frequentes de dor abdominal.

SUMMARY

In this text, which purpose is the clinical and surgical evaluation of abdominal pain in emergency, the authors discourse about semiology and the mechanisms of pain in association with frequent etiologies of abdominal pain.

INTRODUÇÃO

A interpretação da dor abdominal aguda em salas de emergência é um desafio para o médico. Na abordagem inicial, anamnese e exame físico completo gerarão hipóteses diagnósticas que nortearão a necessidade de avaliação laboratorial e de eventuais exames complementares decisivos para a conduta.^{1,2,3} Considerações pormenorizadas a respeito de exames complementares estão além do escopo desta revisão.

No ano de 2002 nos EUA, em torno de sete milhões de pacientes foram atendidos em unidades de emergência por dor abdominal, representando 7,5%

do total de atendimentos, sendo que cerca de 50% destes necessitaram intervenção médica.^{3,4}

Mecanismos de Dor Abdominal

Inflamação do peritônio parietal:

A dor apresenta caráter constante e incômodo, localizando-se sobre a área inflamada, tornando possível a identificação exata da localização acometida, uma vez que é transmitida pelos nervos somáticos que inervam o peritônio parietal. A intensidade depende do tipo e do volume do material ao qual o peritônio é exposto em determinado período de tempo.¹

A dor da peritonite agrava-se durante a palpação, ou por movimentos como tosse ou espirro – o paciente permanece quieto no leito, evitando movimentos, ao contrário, por exemplo, do paciente com cólica que pode se contorcer incessantemente.¹

Obstrução de vísceras ocas:

A dor é caracteristicamente descrita como intermitente ou em cólica; entretanto, é importante ressaltar que a distensão de víscera oca pode produzir dor constante com exacerbações eventuais. Costuma ser bem menos localizada do que a dor da irritação peritoneal, além de se projetar, em geral, no mesogástrio.^{1,5}

Distúrbios vasculares:

A dor geralmente inicia com intensidade leve e caráter difuso antes de surgir o colapso vascular e sinais de irritação peritoneal. Não há, classicamente, correlação do exame físico com a queixa clínica, ao contrário, há discrepância. Por exemplo, ausência de dor e de rigidez da parede abdominal (à palpação) na presença de informação de dor difusa e contínua no paciente deve levar à suspeita de isquemia intestinal. Dor abdominal intensa com irradiação para a região sacral, flanco ou genitália deve induzir a hipótese de ruptura de aneurisma da aorta abdominal.¹

Parede abdominal:

A dor é habitualmente constante e incômoda. Movimento, postura ereta prolongada e compressão (palpação) acentuam o desconforto e o espasmo muscular. No caso de hematoma de bainha do reto, mais frequentemente encontrado em pacientes anticoagulados, pode haver abaulamento palpável nos quadrantes inferiores do abdome.¹

Dor referida:

A dor abdominal referida, com origem no tórax, na coluna vertebral ou nos órgãos genitais pode dificultar o diagnóstico. Em todos os casos deve-se pensar na possibilidade de doença intratorácica, especialmente quando o sintoma se localiza nos quadrantes superiores do abdome.¹

A dor referida com origem na coluna vertebral, que geralmente envolve compressão ou irritação de raízes nervosas, é notadamente maior em determinados movimentos como tosse, espirro ou esforço, e está associada à hiperestesia nos dermatômos acometidos.¹

Crises abdominais metabólicas:

Esse tipo de dor, gerada por mecanismos diversos, como diabetes(ceto acidose), saturnismo, uremia e outras, pode simular virtualmente qualquer outro tipo de doença intra-abdominal.¹

Cólica renal

Dor de forte intensidade, podendo iniciar em qualquer seção do trajeto da região lombar até a região genital, tipo cólica.¹

Outras causas:

Distúrbios neurogênicos, *herpes zoster*, infarto agudo do miocárdio (IAM) e uremia são exemplos de dor abdominal de características variadas e que não obedecem aos padrões acima referidos.¹

Semiologia Abdominal

Anamnese

Para uma completa abordagem, a anamnese da dor deve abranger a duração, a localização, fatores precipitantes e de alívio, amplitude (escalas de dor), características como o tipo (queimação, fisgada, aperto, etc) e evolução.^{6,7} Devem ser pesquisados sintomas gastrintestinais, sistêmicos, perda ponderal, doenças prévias ou atuais, medicamentos em uso, data da última menstruação, sintomas e antecedentes gineco-obstétricos, sintomas urinários e respiratórios.³

Existem certas correlações da localização da dor com doenças específicas:^{1,4}

-Quadrante superior direito: hepatite aguda, abscesso hepático, hepatopatia com insuficiência cardíaca congestiva, colangite, colecistite aguda, colelitíase, pancreatite aguda, úlcera duodenal, apendicite retrocecal, pielonefrite, litíase, infarto agudo do miocárdio, pericardite, pneumonia, herpes zoster.

-Quadrante superior esquerdo: abscesso esplênico, infarto esplênico, ruptura esplênica, abscesso subfrênico, pancreatite aguda, neoplasia de pâncreas, úlcera duodenal, úlcera gástrica, pielonefrite, IAM, pericardite, pneumonia.

-Quadrante inferior direito: apendicite aguda, obstrução intestinal, diverticulite, hérnia, doença intestinal inflamatória, síndrome do cólon irritável, adenite mesentérica, diverticulite de Meckel, gravidez ectópica, endometriose, torção de ovário, abscesso tubo-ovariano, abscesso do psoas, litíase renal.

-Quadrante inferior esquerdo: obstrução intestinal, diverticulite, hérnia, adenite mesentérica, doença inflamatória intestinal, gravidez ectópica, endometriose, doença inflamatória pélvica, abscesso tubo-ovariano, torção de ovário, litíase renal, abscesso do psoas.

-Difuso: pancreatite aguda, obstrução intestinal, apendicite aguda (fase inicial), infarto mesentérico, peritonite, dissecação aórtica, ruptura de aneurisma de aorta abdominal, peritonite, gastroenterite, crise falcêmica, doença inflamatória, vasculites.

Exame Físico

O paciente deve ter a bexiga esvaziada, estar posicionado em decúbito dorsal, com um travesseiro sob a cabeça e outro sob as pernas; os braços ao lado do corpo ou cruzados sobre o tórax; os pontos algícos devem ser examinados por último. A sequência sugerida é inspeção, percussão, ausculta e palpação.^{6,7}

Na inspeção, deve ser caracterizado o formato do abdome (plano, arredondado, protruso ou escafóide) e pesquisadas alterações na pele e parede abdominal, como cicatrizes, veias dilatadas (hipertensão portal), alterações de coloração (equimoses, hematomas), abaulamentos, ou outras, como peristaltismo visível (presente em alguns casos de obstrução intestinal).^{6,7}

A ausculta dos ruídos hidroaéreos em um único local é suficiente. Os ruídos podem estar alterados em frequência e timbre na peritonite, na obstrução intestinal, no íleo paralítico e na diarreia.^{6,7}

A percussão avalia a distribuição gasosa e pode levantar suspeita de massas abdominais. Timpanismo costuma predominar, porém áreas de macicez podem ser encontradas normalmente devido à presença de líquido e fezes em alças. Abdome protruso, com timpanismo difuso, sugere obstrução intestinal. A

manobra do piparote pode sugerir ascite. Regiões com alterações de percussão devem ser mais bem examinadas pela palpação.^{6,7}

Iniciando-se pela palpação superficial, devem ser procuradas massas superficiais e regiões de hipersensibilidade ou de maior resistência. Torna-se necessário fazer a diferenciação entre defesa voluntária e espasmo muscular involuntário por irritação peritoneal. O paciente, relaxado e tranquilizado, deve ser orientado a respirar pela boca entreaberta. A rigidez que persistir indicará, muitas vezes, irritação peritoneal. A palpação profunda é importante para definir massa abdominal, assim como sua localização, dimensão, formato, consistência, hipersensibilidade, pulsação e mobilidade.^{6,7}

Em achados sugestivos de irritação peritoneal, para definir a localização com maior precisão, o paciente deve inicialmente tossir e definir o local exato em que a tosse produz dor. Após, palpa-se suavemente com um único dedo, de maneira a mapear a região hipersensível. Caso essas manobras sejam insuficientes, deve-se pesquisar a descompressão dolorosa (rechaço), observando a reação do paciente. A dor induzida ou que aumenta com a descompressão rápida é a descompressão dolorosa, uma decorrência do deslocamento rápido da peritônio inflamado.^{6,7}

Ainda durante o exame físico abdominal, deve-se fazer a percussão e a palpação do fígado e do baço, além da palpação, da punho - percussão renal e da avaliação da aorta.^{6,7}

Abdome Agudo

É definido como síndrome caracterizada por dor abdominal difusa de início súbito, que necessita de intervenção médica, clínica ou cirúrgica.^{2,4} Após anamnese e exame físico completos, solicita-se exames laboratoriais iniciais que devem constar de hemograma com plaquetas, exame qualitativo de urina, amilase e teste de gravidez para mulheres em idade fértil. Se, mesmo após estes exames, o diagnóstico ainda não for confirmado, deve-se então solicitar avaliação radiológica, iniciando-se por radiografia abdominal em “rotina de abdome agudo” (decúbitos dorsal, ortostático, lateral esquerdo e incidência ântero-posterior do tórax). Podem ser necessárias ainda avaliações como ultrassonografia, tomografia computadorizada (sempre que possível com contraste endovenoso), ressonância magnética, e em alguns casos, até arteriografia. A videolaparoscopia e a laparotomia exploradora são meios diagnósticos definitivos nos casos em que todos os passos citados anteriormente não tenham sido efetivos, ou mesmo terapêuticos e onde os exames não definiram o diagnóstico.^{4,8}

O abdome agudo é estudado em síndromes: inflamatório, perfurativo, obstrutivo, vascular e hemorrágico.

No abdome agudo inflamatório, a dor é de início insidioso, com agravamento e localização progressivos. O paciente apresenta sinais sistêmicos, como febre e taquicardia. As doenças mais comuns são apendicite aguda, diverticulite aguda, pancreatite, colecistite aguda, anexite aguda. A apendicite aguda é a causa mais frequente de abdome agudo cirúrgico no mundo. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas é mais comum em adolescentes e adultos jovens.^{2,3,4,8}

No abdome agudo perfurativo, a dor é súbita e intensa, com defesa abdominal e irritação peritoneal. Há extravasamento do conteúdo gastrointestinal no peritônio, por exemplo, secundário a perfurações relacionadas à úlcera péptica gastroduodenal, diverticulite, corpos estranhos, neoplasias, entre outros.^{3,4,8}

No abdome obstrutivo, a dor é em cólica, geralmente periumbilical. Associadamente surgem náuseas, vômitos, distensão abdominal, parada da eliminação de flatos e fezes. São exemplos, a obstrução intestinal por bridas, hérnias, neoplasias e invaginação intestinal.^{2,3,4,5,8}

No abdome agudo vascular, a dor é difusa e mal definida, havendo desproporção entre a dor e os achados de exame físico. As causas mais comuns são embolia e trombose mesentérica, com isquemia intestinal.^{2,3,4,8}

No abdome agudo hemorrágico, a dor é intensa, com rigidez e dor à descompressão; há sinais de hipovolemia/choque, como hipotensão, taquicardia, palidez e sudorese. As causas mais comuns são gravidez ectópica rota, ruptura de cistos, ruptura de aneurismas e rotura de baço.^{3,4,8}

REFERÊNCIAS

1. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al. Harrison: medicina interna. 17ª.ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2008.
2. Monteiro AMV, Lima CMA, Ribeiro EB. Diagnóstico por imagem no abdome agudo não traumático. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto. 2009;8:11-29.
3. Rhode L, Osvaldt AB. Rotinas em cirurgia digestiva. 2ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen agudo. Medicina (Ribeirão Preto). 2007;40:358-67.
4. Francisco MC, Neves FT, Abud TG, et al. Abdome agudo obstrutivo: revisando pontos fundamentais. Rev Imagem. 2008;30:51-60.
5. Bickley LS, Szilagy PG. Bates: propedêutica médica. 8ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Porto CC. Semiologia médica. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
7. Feres O, Parra RS. Abdômen agudo. Medicina (Ribeirão Preto). 2008;41:430-6.