

ABDOME AGUDO: DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO

Ricardo Wischral Bastos
Werner Berg
Hamilton Petry de Souza
Ricardo Breigeiron

UNITERMOS

DOR ABDOMINAL; ABDOME AGUDO; APENDICITE; COLECISTITE; OBSTRUÇÃO INTESTINAL; PERITONITE.

KEYWORDS

ABDOMINAL PAIN; ACUTE ABDOMEN; APPENDICITIS; CHOLECYSTITIS; OBSTRUCTION; PERITONITIS.

SUMÁRIO

O objetivo do capítulo é facilitar o diagnóstico etiológico do quadro de abdome agudo na sala de emergência. Será apresentado um algoritmo para melhor sistematização do diagnóstico, uma vez que abdome agudo é um dos motivos mais comuns que levam um paciente ao atendimento de emergência.¹

SUMMARY

The purpose of this work is to facilitate etiologic diagnosis of acute abdomen in the emergency room. Showing an algorithm to better systematize of the diagnosis, since acute abdomen is one of the most common reasons that lead a patient to emergency care.¹

INTRODUÇÃO

Abdome agudo é definido como dor abdominal de início súbito, não traumática, havendo a necessidade de diagnóstico e tratamento imediatos.

O diagnóstico síndrômico e etiológico do quadro de abdome agudo é essencial e deve ser realizado com rapidez, uma vez que norteará o tratamento. Atraso no diagnóstico e conseqüentemente no tratamento pode ser fatal.²

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do abdome agudo é realizado inicialmente pela anamnese e exame físico:

Na anamnese alguns dados são de extrema importância, tais como o tempo de evolução do quadro, as características da dor (em aperto, fígada, queimação, respiratório dependente, intensidade, etc.), localização da dor, fatores de alívio ou piora dos sintomas, sintomas associados (ênfase em sintomas gastrointestinais, urinários e respiratórios), idade, doenças associadas, uso de medicações, cirurgias prévias, data da última menstruação e histórico gineco-obstétrico.

No exame físico os sinais vitais devem ser observados e, caso alterados, devem servir de alerta para provável gravidade do quadro.³ O exame abdominal deve seguir a sequência inspeção, ausculta, percussão e palpação. Na inspeção devem ser observadas a forma do abdome, alterações cutâneas, alterações vasculares e cicatrizes. A ausculta dos ruídos hidroaéreos fornece um importante dado sobre o peristaltismo abdominal com atenção na distribuição, frequência e timbre. A percussão fornece dados sobre densidade do conteúdo abdominal, ou seja, timpânico (gasoso) ou maciço (denso). A palpação deve ser realizada com o paciente em decúbito dorsal e com a bexiga vazia, iniciando pelas áreas indolores até as áreas álgicas. A palpação superficial fornece dados sobre regiões de dor, massas superficiais e possíveis defeitos de parede abdominal. A palpação profunda fornece dados sobre irritação peritoneal, distribuição e tamanho dos órgãos e estimativa do conteúdo das alças intestinais. Pode fornecer importantes dados sobre massas abdominais (tamanho, mobilidade, densidade, sensibilidade, movimentação). Alguns sinais que devem ser investigados durante o exame físico:

- Sinal de Blumberg: Dor a compressão com piora a descompressão do quadrante inferior direito do abdome, relacionado com apendicite aguda.
- Sinal de descompressão brusca: Dor a descompressão brusca do abdome, relacionado com peritonite no local da dor.
- Sinal de Giordano: Dor a punho percussão lombar à direita ou esquerda, indicativo de processo inflamatório renal.
- Sinal de Jobert: Timpanismo a percussão em toda região hepática, indicativo de pneumoperitônio.
- Sinal de Muphy: Consiste na dor à palpação do bordo inferior do fígado durante uma inspiração forçada, indicativo de colecistite aguda.
- Sinal do Psoas: Dor em quadrante inferior do abdome direito a elevação contra resistência da coxa ipsilateral, relacionado com apendicite, pielonefrite e abscesso em quadrante inferior do abdome.

- Sinal de Rovsing: Compressão do quadrante inferior esquerdo do abdome com dor no quadrante inferior direito, indicativo de apendicite aguda.
- Sinal de Torres-Homem: percussão dolorosa em região hepática, relacionado com abscesso hepático.²⁻⁴

Caso não seja possível determinar o diagnóstico do paciente após anamnese e exame físico, exames complementares devem ser solicitados, conforme demonstrado no algoritmo 1 (Figura 1).

CLASSIFICAÇÃO SINDRÔMICA

Os quadros de abdome agudo podem ser classificados em cinco síndromes: Inflamatório/infeccioso, perfurativo, obstrutivo, vascular isquêmico e hemorrágico. Cada síndrome relaciona-se a um grupo de sinais e sintomas de causas diferentes, porém desencadeando o mesmo mecanismo fisiopatológico.

As patologias mais incidentes em cada umas das síndromes são:

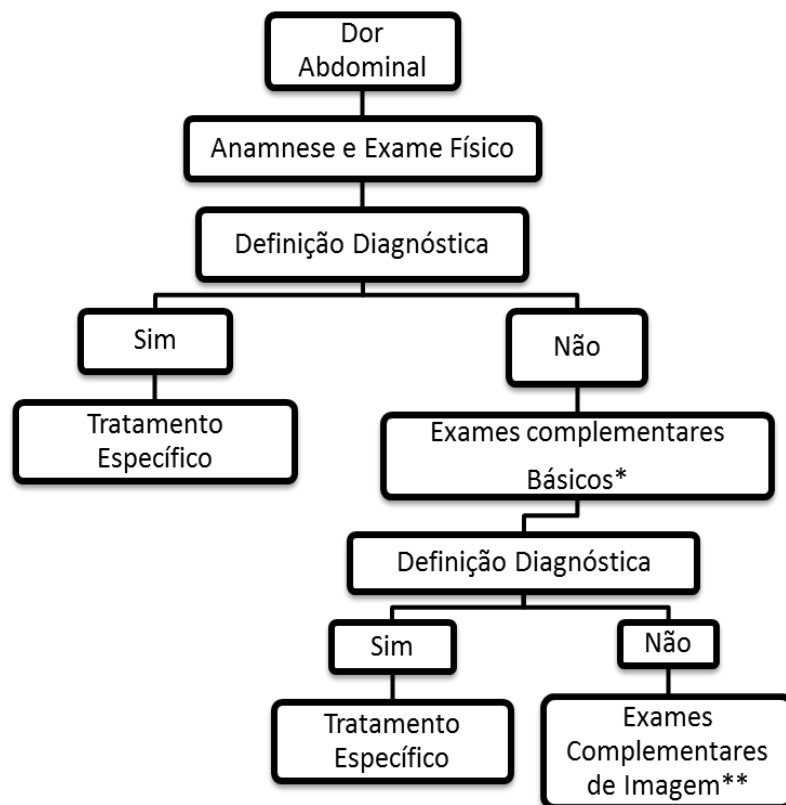
- Inflamatório/infeccioso: Apendicite aguda, colecistite aguda, pancreatite aguda, diverticulite, doença inflamatória pélvica.
- Perfurativo: Perfurações gastroduodenais (úlceras pépticas, tumores) e intestinais (diverticulite, tumores, sofrimento vascular).
- Obstrutivo: Aderências e bridas, hérnias, neoplasias, volvo, intussuscepções, estenoses inflamatórias, íleo biliar e infestações por vermes.
- Vascular Isquêmico: Oclusões arteriais (trombose, embolia, vasculites), venosas (trombose) nos vasos do mesentéricos, ruptura de aneurismas, isquemia não oclusiva.
- Hemorrágico: Ruptura de aneurismas, gravidez ectópica rota, ruptura de folículo ovariano com sangramento, ruptura hepática espontânea. (2)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O quadro de abdome agudo pode ser causado por inúmeras patologias, entretanto, uma anamnese e exame físico bem realizados levam a uma alta probabilidade de diagnosticar a patologia por traz do quadro. Exames laboratoriais ou de imagem devem ser realizados a fim de aumentar ou diminuir a probabilidade do diagnóstico, quando necessário. Um exame negativo não pode excluir uma hipótese diagnóstica, apenas diminuir sua probabilidade. (3)

Para o quadro de abdome agudo não se pode descartar as causas extra abdominais tais como:

- Cardíacas: Isquemia e infarto do miocárdio, miocardite, endocardite, insuficiência cardíaca.
- Torácicas: Pneumonia, embolia ou infarto pulmonar, pneumotórax, empiema, esofagite, espasmo esofágico.
- Metabólicas: Uremia, diabetes mellitus, porfíria, insuficiência adrenal aguda, hiperlipidemia, hipertireoidismo.
- Hematológicas: Anemia falciforme, anemia hemolítica, púrpura de Henoch-Schölein, leucemia aguda.
- Tóxicas: Reação de hipersensibilidade a picadas de insetos e venenos peçonhentos, metais pesados, agentes químicos.
- Infecciosas: Hesper Zoster, osteomielite, febre tifóide.
- Diversas: Contusão muscular, febre do mediterrâneo familiar, doenças psiquiátricas, síndrome de abstinência. (6)



*RX abdome agudo, Hemograma, EQU, Amilase, Lipase, β -HCG.

** Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Videolaparoscopia, Laparotomia.

Figura 1 - Algoritmo adaptado e editado do Consensos do XXXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia.

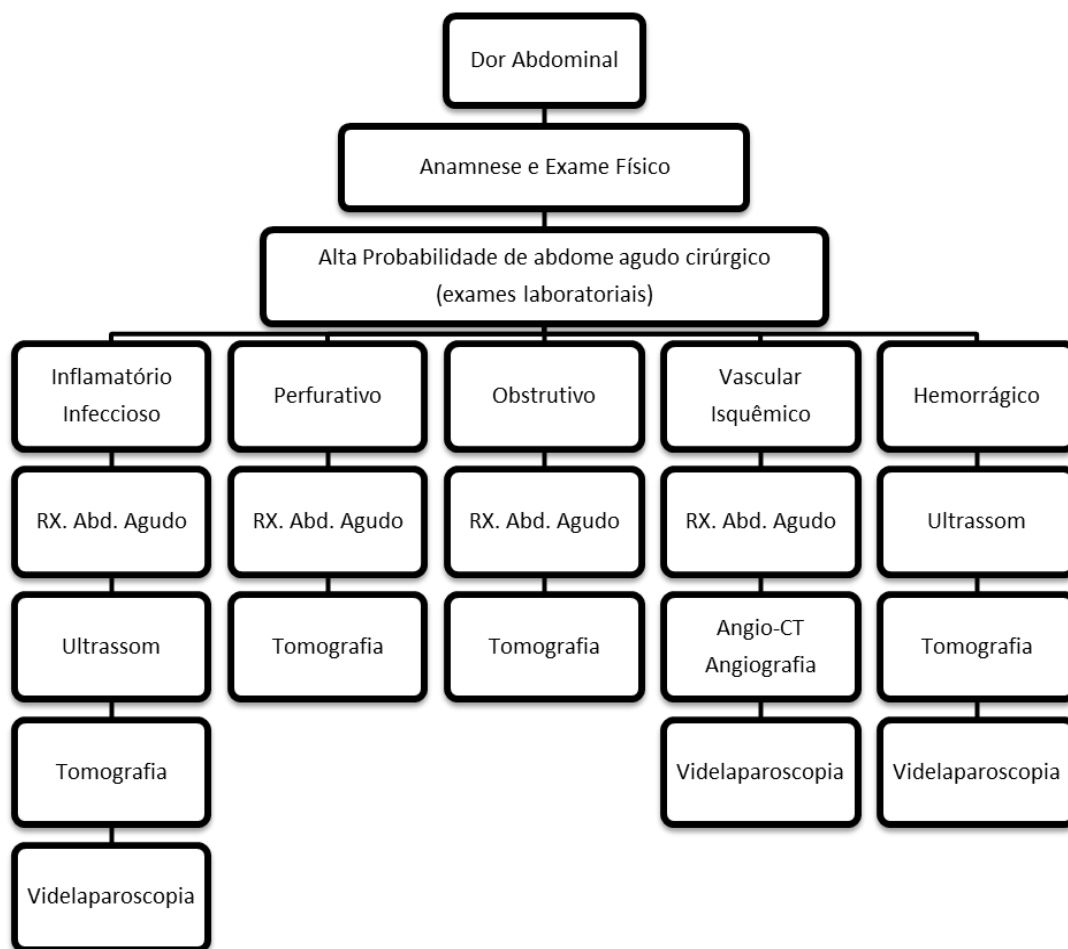


Figura 2 - Algoritmos adaptado do Consensos do XXXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia.

REFERÊNCIAS

1. Pitts SR, Niska RW, Xu J, et al. National hospital ambulatory medical care survey: 2006 emergency department summary. National health statistics report; no. 7. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2008.
2. Rhode L, Osvaldt AB. Rotinas em cirurgia digestiva. 2ª ed. Porto Alegre: Artemed; 2011
3. McNamara R, Dean AJ. Approach to acute abdominal pain. Emerg Med Clin North Am. 2011 May;29(2):159-73, vii. doi: 10.1016/j.emc.2011.01.013.
4. Goldman L, Schafer AI. Goldman's Cecil Medicine. 24th Ed. Philadelphia : Elsevier Saunders; c2012. volume 1.
5. Souza HP, Utiyama EM, Andrade JI. et al. Algoritmo no diagnóstico do abdome agudo: Consenso 9. Consensos do XXVI Congresso do Colégio brasileiro de Cirurgiões; 2005 jun 5-9; Rio de Janeiro, Brasil. Bol CBC. 2006;(ed.esp.):40-3. Disponível em: <https://www.cbc.org.br/wp-content/uploads/2013/06/cbc-boletim-informativo-consenso.pdf>

6. Fishman, M.B.; Aronson, M.D. Differential diagnosis of abdominal pain in adults. UpToDate. Online. Acessado em Apr 2014. Upado em Jan 29, 2014. disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-abdominal-pain-in-adults>.