



Universidade Federal do Ceará  
Faculdade de Medicina  
Liga de Cirurgia de Cabeça e Pescoço



# **Abdome agudo: avaliação básica**

**Mariana Camelo Pereira**

Integrante da LCCP  
Fevereiro de 2014



# OBJETIVOS

- 1** Compreender o conceito de abdome agudo, sabendo diferenciar adequadamente entre os diversos tipos;
- 2** Observar as apresentações clínicas mais comuns do abdome agudo não-traumático, diferenciando-as;
- 3** Definir os parâmetros mais adequados para a elucidação da etiologia do abdome agudo não-traumático;
- 4** Atentar para as principais modalidades empregadas no manejo do abdome agudo não-traumático;

# INTRODUÇÃO

## *O que é abdome agudo?*

“Dor na região abdominal de **aparecimento súbito** e de **intensidade variável**, associada ou não a outros sintomas, geralmente com duração de horas até quatro dias, não ultrapassando sete dias. Em geral, necessita de **intervenção médica imediata**, cirúrgica ou não.”



A dor abdominal motiva

**6,8%**

de todas as visitas ao PS,  
sendo queixa principal de

**8 milhões**

de pessoas anualmente nos EUA.

# INTRODUÇÃO

## *Classificação do abdome agudo*

### QUANTO À ETIOLOGIA

#### Inflamatório

- Apendicite, colecistite, diverticulite, pancreatite, DIP

#### Obstrutivo

- Aderências, hérnias, fecaloma, volvo, intussuscepção, cálculo biliar

#### Perfurativo

- Úlcera péptica, neoplasia perfurada, febre tifoide, doença de Crohn

#### Vascular

- Isquemia intestinal, torção do omento, trombose mesentérica, infarto esplênico

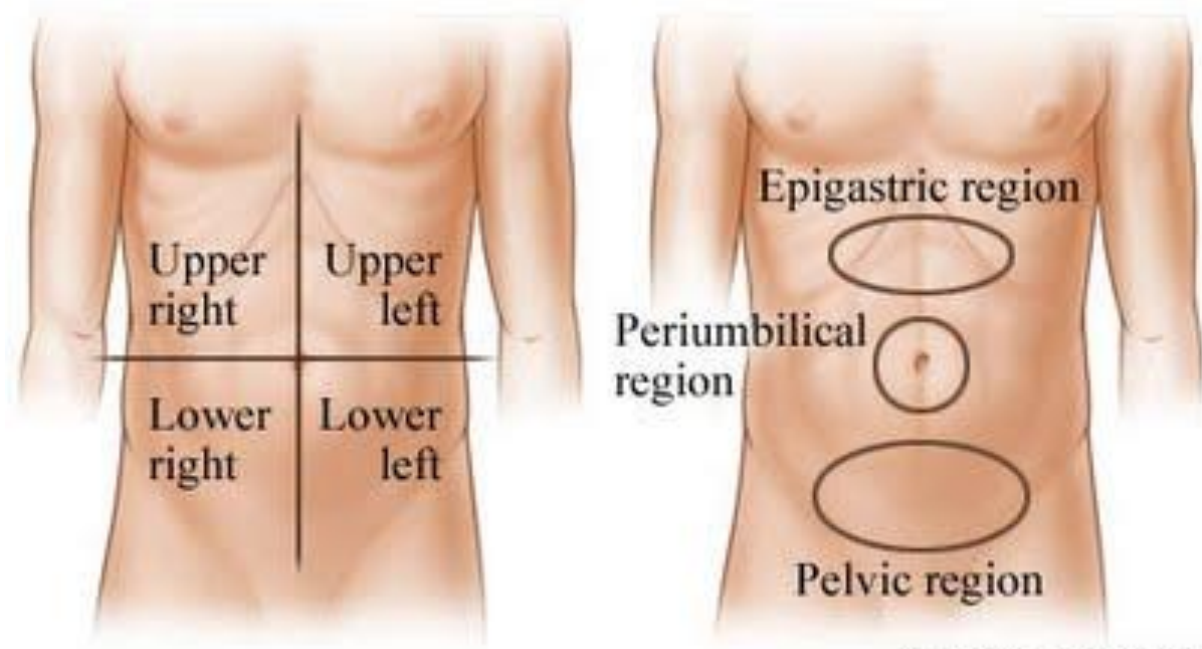
#### Hemorrágico

- Gravidez ectópica rota, rot. aneurisma, endometriose, necrose tumoral

# INTRODUÇÃO

*Classificação do abdome agudo*

QUANTO À LOCALIZAÇÃO



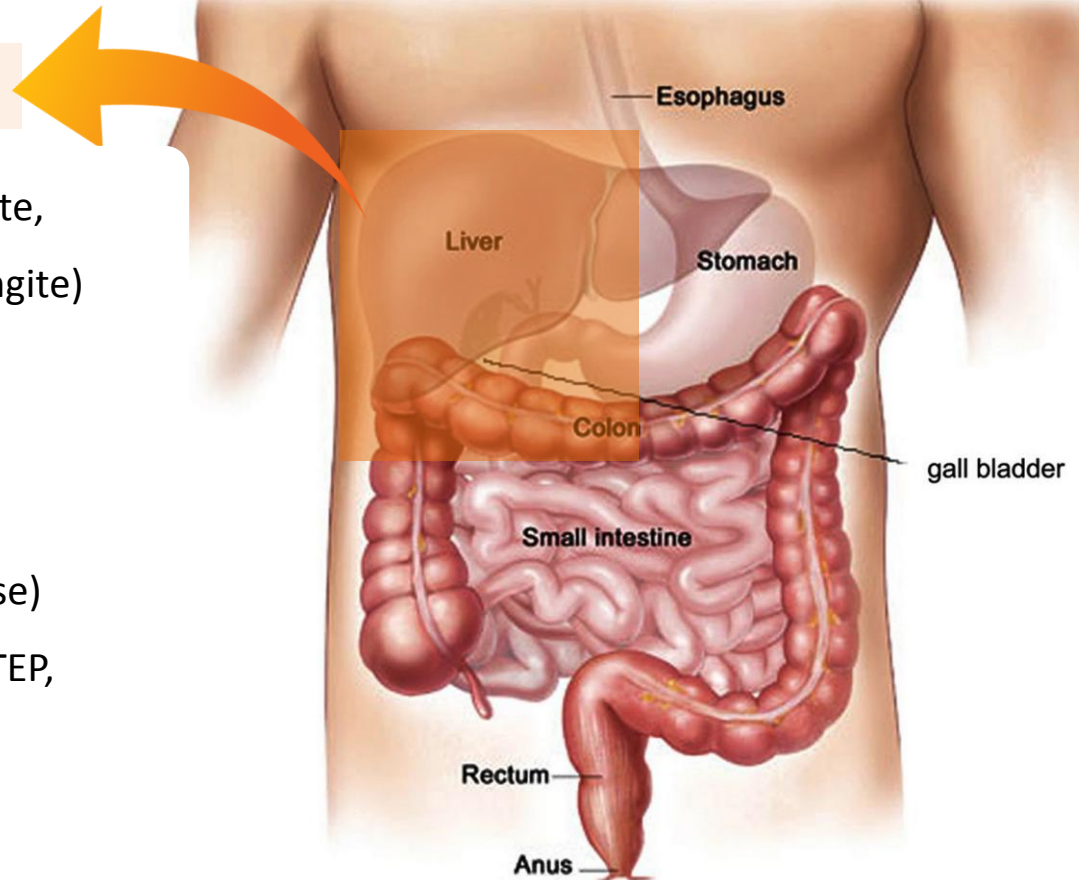
# INTRODUÇÃO

## *Classificação do abdome agudo*

### QUANTO À LOCALIZAÇÃO

#### *Quadrante superior direito*

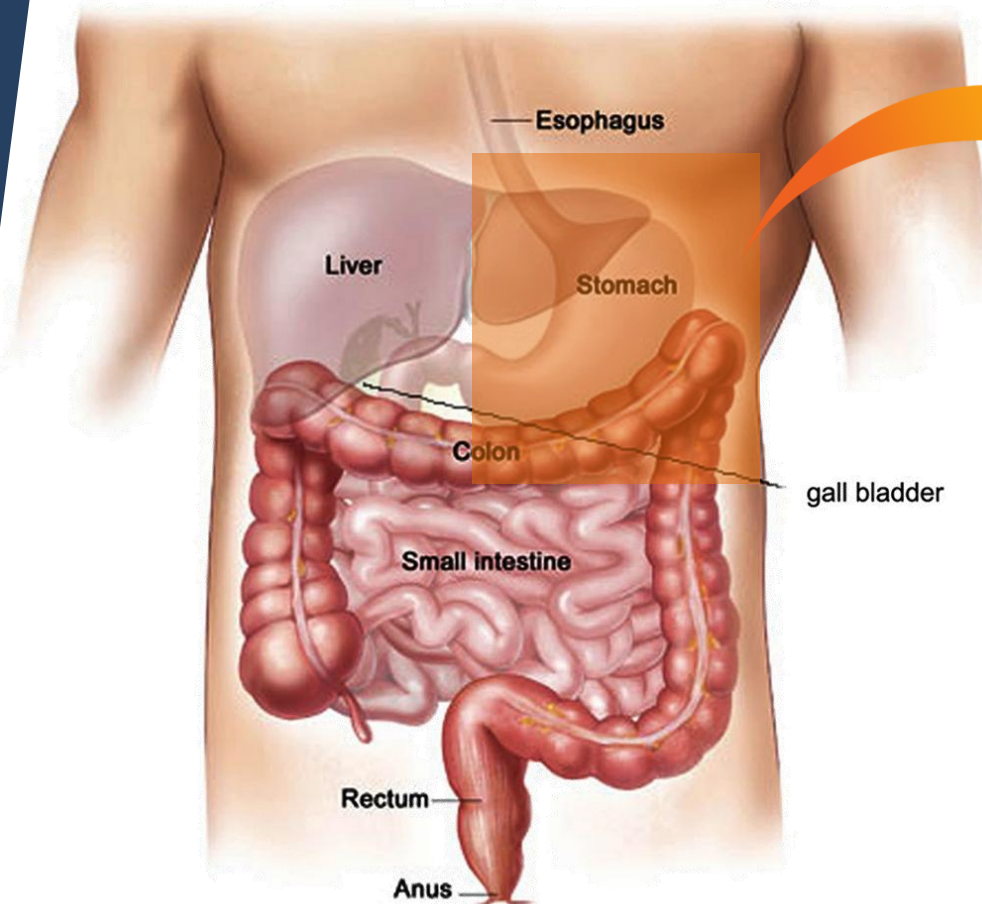
- ❖ Trato biliar (cólica biliar, colecistite, colelitíase, coledocolitíase, colangite)
- ❖ Fígado (hepatites, neoplasias, abscessos, congestão)
- ❖ Úlcera péptica
- ❖ Rim (pielonefrite, abscesso, litíase)
- ❖ Pulmão (pneumonia, abscesso, TEP, pneumotórax)



# INTRODUÇÃO

## *Classificação do abdome agudo*

### QUANTO À LOCALIZAÇÃO



#### *Quadrante superior esquerdo*

- ❖ Úlcera péptica
- ❖ Pâncreas (pancreatite, neoplasia)
- ❖ Trato biliar (cólica biliar, colecistite, coledocolitíase, colelitíase, colangite)
- ❖ Esôfago (esofagites)
- ❖ Coração (infarto, pericardite, angina)
- ❖ Aneurisma de aorta abdominal
- ❖ Isquemia mesentérica

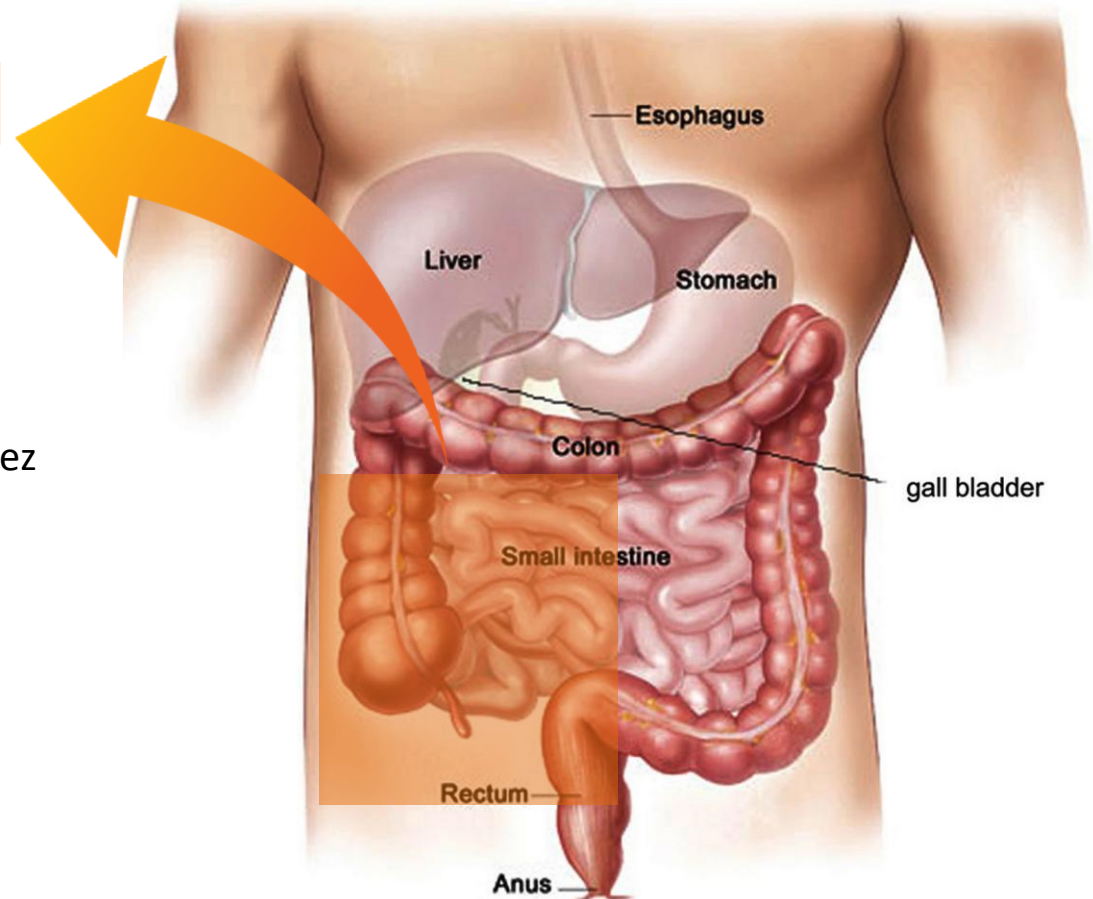
# INTRODUÇÃO

## *Classificação do abdome agudo*

### QUANTO À LOCALIZAÇÃO

#### *Quadrante inferior direito*

- ❖ Apendicite
- ❖ DII
- ❖ Causas gineco-obstétricas (tumor ovariano, torção de ovário, gravidez ectópica, DIP)
- ❖ Causas renais
- ❖ Causas intestinais (diverticulite, ileocolite, gastroenterite, hérnia)

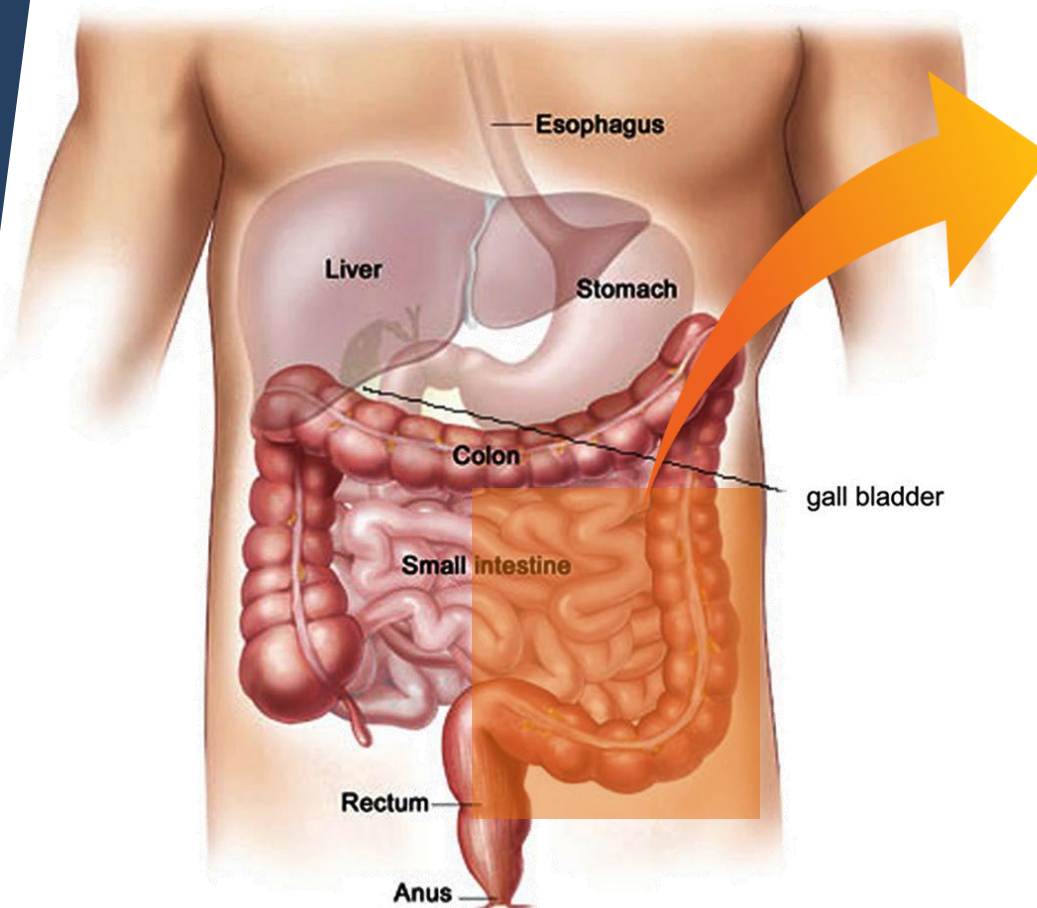




# INTRODUÇÃO

## *Classificação do abdome agudo*

### QUANTO À LOCALIZAÇÃO



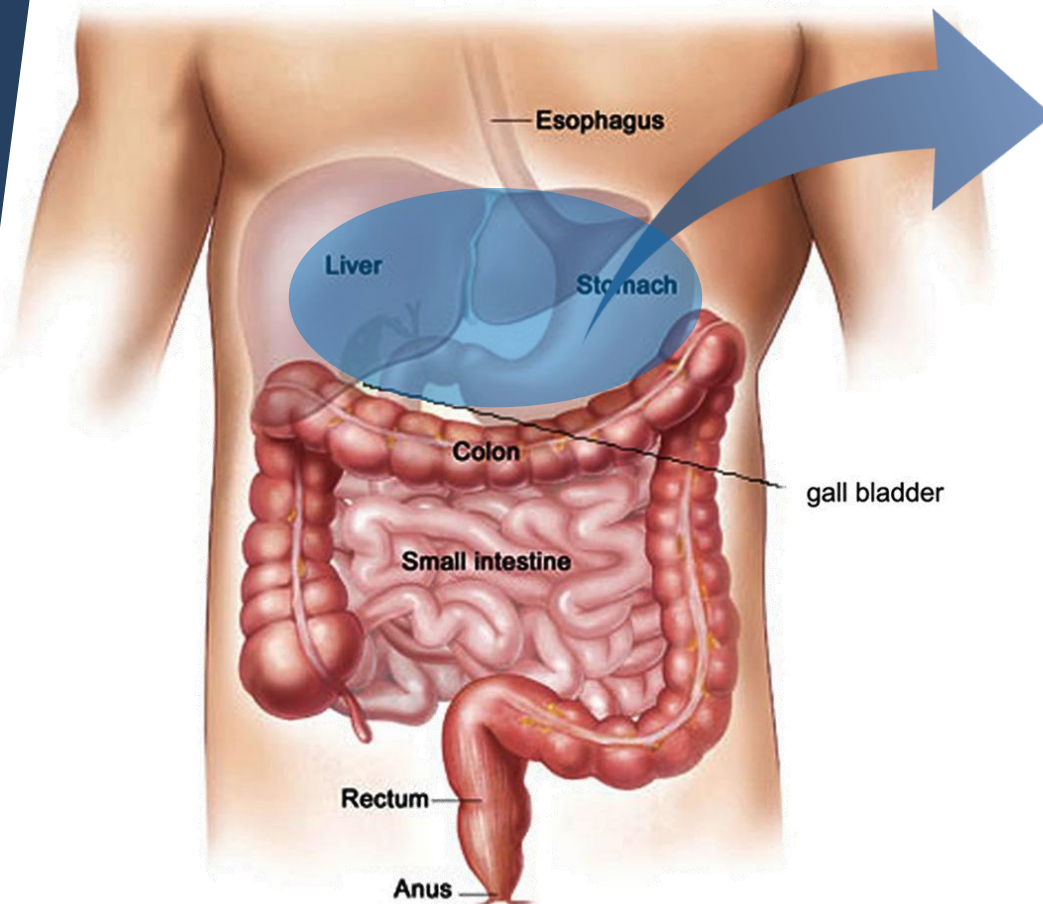
#### *Quadrante inferior esquerdo*

- ❖ DII
- ❖ Causas gineco-obstétricas
- ❖ Causas renais
- ❖ Causas intestinais (diverticulite, ileocolite, gastroenterite, hérnia)

# INTRODUÇÃO

## *Classificação do abdome agudo*

### QUANTO À LOCALIZAÇÃO



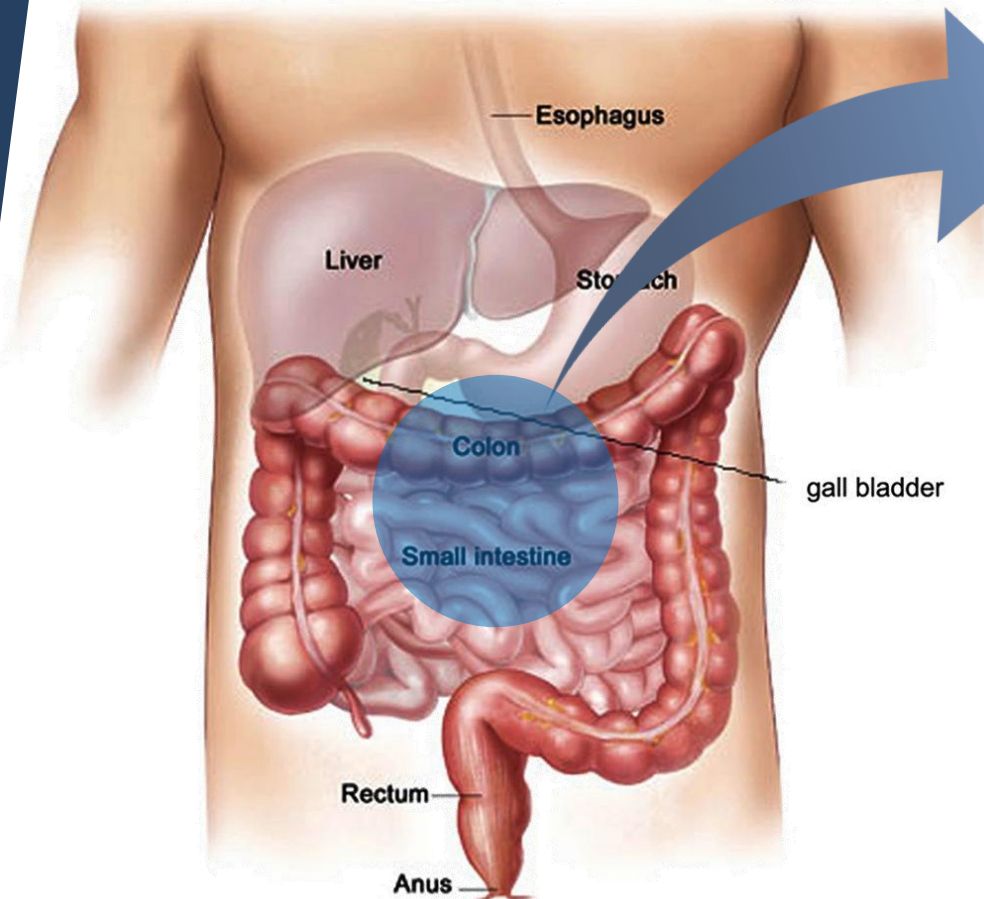
#### *Epigástrico*

- ❖ Úlcera péptica
- ❖ Causas pancreáticas
- ❖ Causas biliares
- ❖ Esofagites
- ❖ Causas cardíacas
- ❖ Aneurisma de aorta abdominal
- ❖ Isquemia mesentérica

# INTRODUÇÃO

## *Classificação do abdome agudo*

### QUANTO À LOCALIZAÇÃO



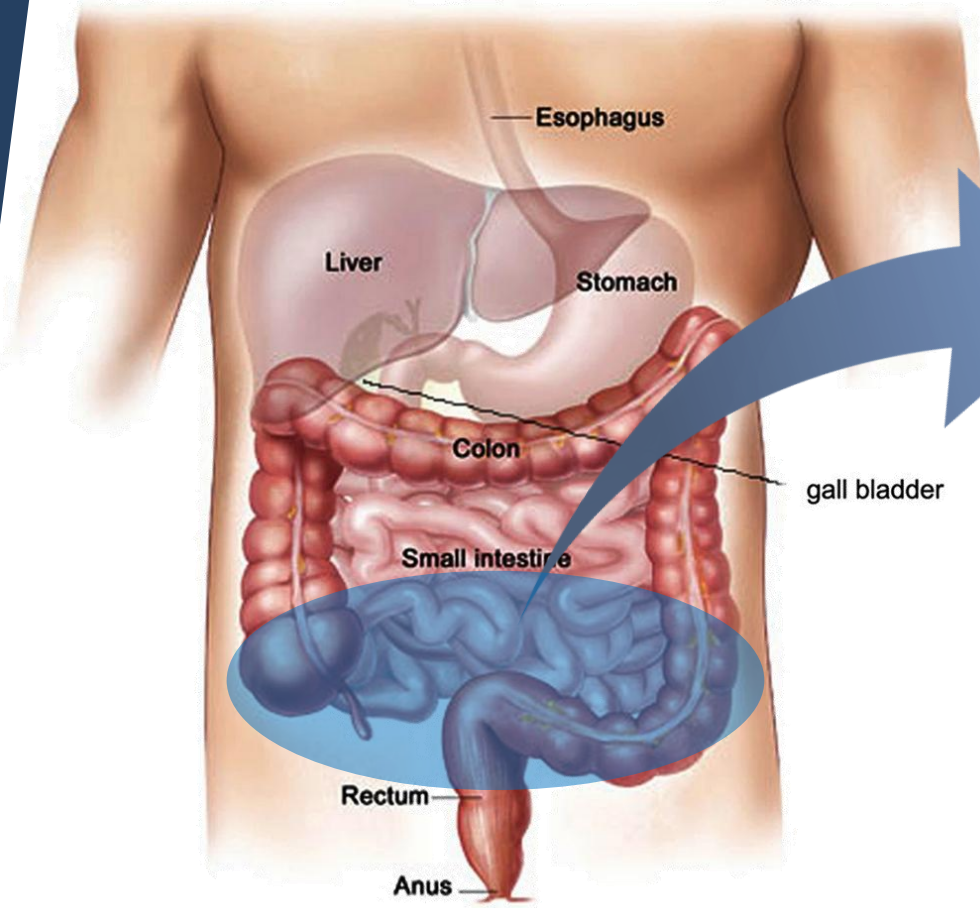
#### *Periumbilical*

- ❖ Apendicite (início)
- ❖ Obstrução de int. delgado
- ❖ Gastroenterites
- ❖ Isquemia mesentérica
- ❖ Aneurisma de aorta abdominal

# INTRODUÇÃO

## *Classificação do abdome agudo*

### QUANTO À LOCALIZAÇÃO



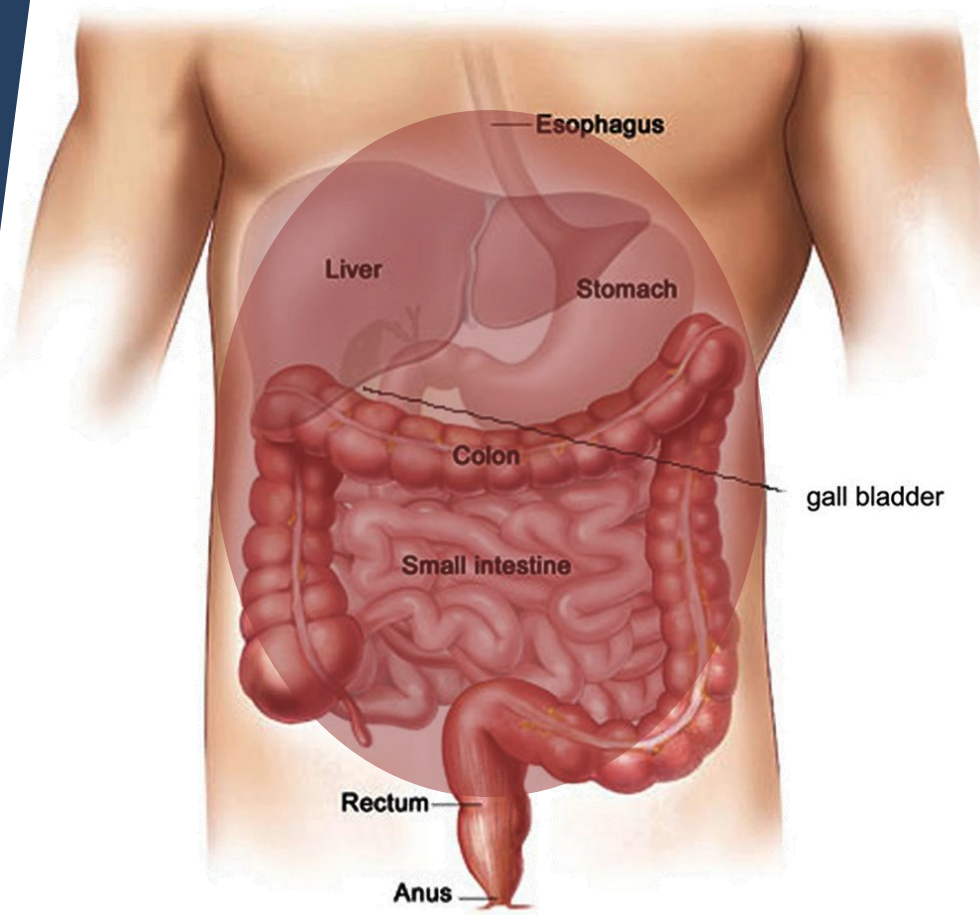
#### *Supra-púbica*

- ❖ DII
- ❖ Causas gineco-obstétricas
- ❖ Causas renais
- ❖ Doenças intestinais (diverticulite, ileocolite, gastroenterite, hérnia)

# INTRODUÇÃO

## *Classificação do abdome agudo*

### QUANTO À LOCALIZAÇÃO



#### *Difusa*

- ❖ Gastroenterite
- ❖ Obstrução intestinal
- ❖ Irritação peritoneal (peritonite)
- ❖ Isquemia mesentérica
- ❖ DII
- ❖ Uremia
- ❖ Cetoacidose diabética
- ❖ Hipercalcemia
- ❖ Intox. por metais pesados

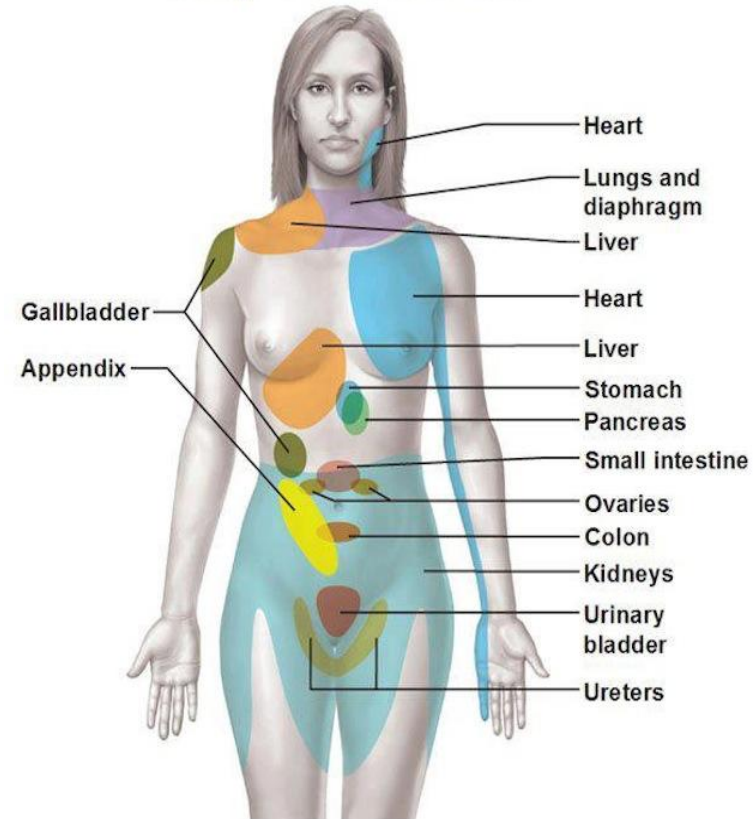
# APRESENTAÇÃO CLÍNICA

## Anamnese

Focar na caracterização da dor!

- ❖ **Localização**
  - QSE, QSD, epigástrio, etc
- ❖ **Irradiação**
- ❖ **Início**
  - Súbito ou gradual; notar variação cronológica!
- ❖ **Qualidade**
  - Aperto, pontada, cólica, queimação, etc
- ❖ **Sintomas associados**
  - Náuseas, vômitos, diarreia, constipação, hematoquezia
- ❖ **Fatores de melhora/piora**
  - Náuseas, vômitos, diarreia, constipação, hematoquezia

A Map of Referred Pain

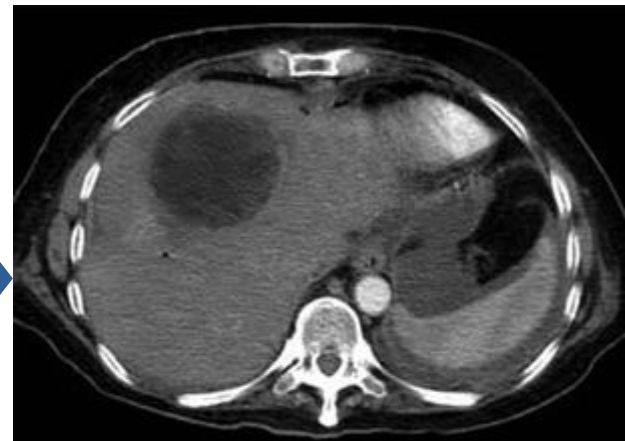


# APRESENTAÇÃO CLÍNICA

## *Anamnese*

### Avaliar também:

- ❖ Uso recente de medicações
- ❖ História psicossocial detalhada (uso de drogas lícitas ou ilícitas)
- ❖ Histórica gineco-obstétrica (G\_P\_A\_, ciclo menstrual)
- ❖ Viagens recentes (doenças infecciosas, envenenamento por metais pesados)
- ❖ História familiar

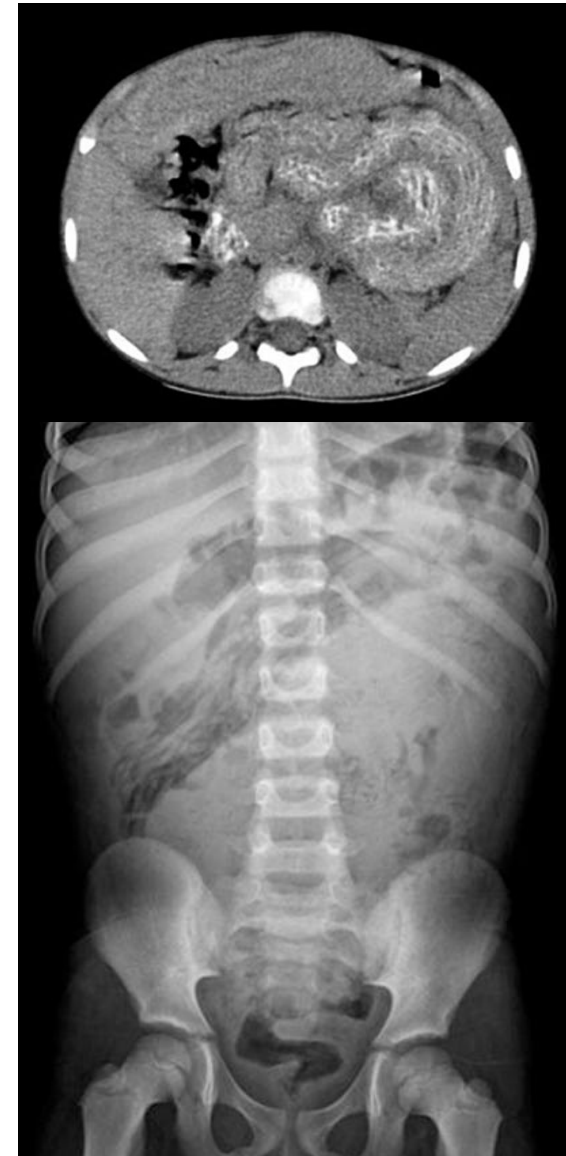


*Abscesso hepático por amebíase*

**L.F.S., criança do sexo masculino com 6 anos de idade, residente na periferia da Cidade Tiradentes e de baixo nível sócio econômico. Deu entrada no Pronto Socorro de Pediatria com história de vômitos, dor abdominal tipo cólica e episódios de diarreia há 3 dias. Ao exame físico apresentava palidez mucocutânea, pouco desidratado, com abdome distendido e doloroso à palpação, hipertimpânico e com ruídos hidroaéreos aumentados.**

## **Obstrução intestinal por *Ascaris lumbricoides***

A criança foi diagnosticada e internada, iniciando o tratamento clínico com óleo mineral no mesmo dia, seguido de Mebendazol, 2 doses diárias, durante 5 dias, com posterior eliminação dos vermes nas fezes e melhora significativa do quadro clínico, recebendo alta hospitalar em boas condições.

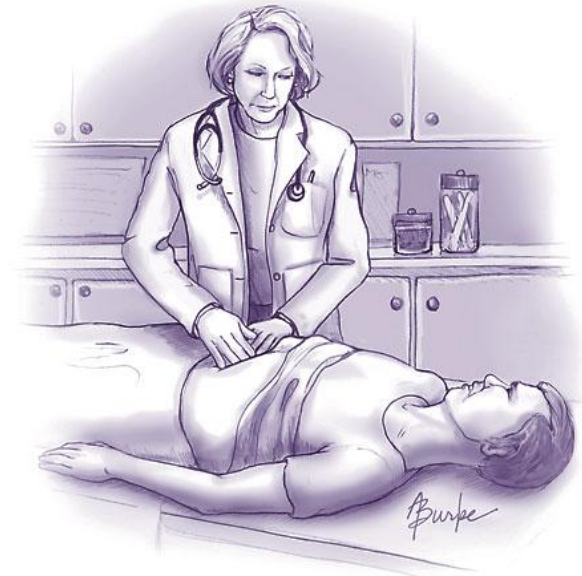




# APRESENTAÇÃO CLÍNICA

## *Exame físico*

- ❖ **Inspeção geral e sinais vitais**
  - Checar palidez, icterícia, febre, atitude, ritmo respiratório, pulso.
- ❖ **Inspeção do abdome**
  - Cicatrizes, distensão, peristalse visível, massa visível, coloração.
- ❖ **Ausculata do abdome**
  - Checar RHA e sopros.
- ❖ **Percussão do abdome**
  - Timpanismo excessivo (obstrução, pneumoperitônio), detecção de ascite, s. de Giordano.
- ❖ **Palpação do abdomen**
  - Começar longe da área dolorosa!
  - Pesquisar sinais, massas e descompressão dolorosa

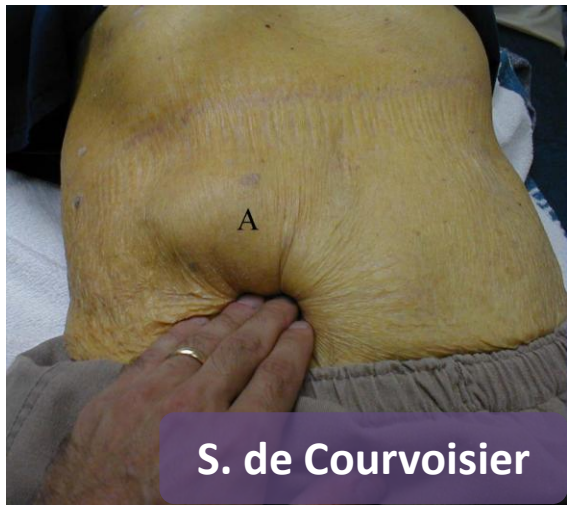


# APRESENTAÇÃO CLÍNICA

## *Exame físico*



S. de Murphy



S. de Courvoisier



Nódulo da Irmã Maria Josefa



S. de Blumberg



S. de Cullen

# DIAGNÓSTICO

## *Exames laboratoriais*

- ❖ **Hemograma completo**
  - HCT (desidratação, hemorragia), leucograma (inflamação)
- ❖ **Ureia e creatinina séricas**
- ❖ **Ácido láctico**
- ❖ **Função hepática (albumina, bilirrubina livre ou conjugada)**
- ❖ **Lesão hepática (TGO, TGP, GGT)**
  - GGT é mais sensível para lesões colestáticas
- ❖ **Amilase e lipase**

✓ Fica elevada por mais tempo  
✓ Mais específica

▪ Também eleva em: obstrução intestinal, trombose mesentérica, gravidez ectópica rota, UP perfurada...

# DIAGNÓSTICO

## *Exames laboratoriais*

### ❖ **Sumário de urina**

- Queixas nefro-uro (disúria, hematuria, dor em flancos) ou Giordano +
- Tox-screen

### ❖ **HCG (mulheres em idade fértil)**

- Além de esclarecer origem dos sintomas, afeta conduta

### QUADRO 3 – Sinais de Alerta

#### **História**

- Incapacidade de manter ingestão por via oral
- Vômitos em jato
- Hemorragia gastrointestinal proeminente
- Síncope
- Gravidez
- Cirúrgica ou endoscopia recente
- Febre
- Ingestão cáustica ou de corpos estranhos

#### **Exame físico**

- Alterações patológicas nos sinais vitais
- Fezes sanguinolentas, marrom ou melena
- Hérnia (encarcerada e dolorosa)
- Hipóxia
- Cianose
- Estado mental alterado
- Icterícia
- Sinais peritoneais
- Dor abdominal não proporcional ao exame

#### **Resultados laboratoriais**

- Falência renal
- Acidose metabólica
- Leucocitose
- Transaminases elevadas
- Fosfatase alcalina e bilirrubina aumentadas
- Anemia ou policitemia
- Lipase/Amilase aumentadas
- Hiperglicemia ou hipoglicemia

#### **Achados radiográficos**

- Ar livre no abdome
- Espessamento da parede da vesícula
- Flúido pericolecístico
- Dilatação da árvore biliar
- Obstrução intestinal
- Dilatação do intestino delgado com níveis hidroaéreos
- Abscessos intra-abdominais
- Espessamento da parede do intestino
- Ar no sistema porta
- Pneumatose intestinal

# DIAGNÓSTICO

## Exames de imagem

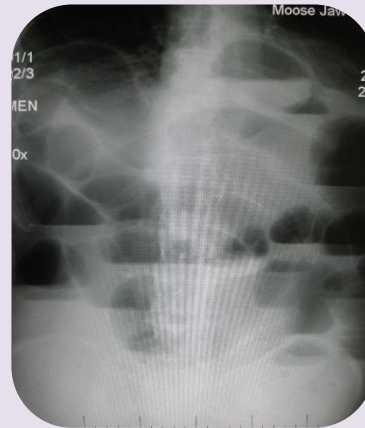


### USG

- ❖ Baixo custo, sem radiação
- ❖ D. hepatobiliares e gineco-obstétricas

#### **COLECISTITE AGUDA**

- ✓ Cálculos
- ✓ Espessamento de parede
- ✓ Fluido perivesicular
- ✓ USG Murphy



### Radiografia

- ❖ Baixo custo, disponibilidade
- ❖ Avaliação de pneumoperitônio, perfuração, obstrução, constipação funcional
- ❖ Evidencia calcificações



### TC

- ❖ Sensibilidade de **96%**!
- ❖ Custo mais elevado

#### **APENDICITE AGUDA**

- ✓ **Apêndice aumentado**
- ✓ **Apendicolitos**
- ✓ **Borramento da gordura**

# DIAGNÓSTICO

## Exames de imagem

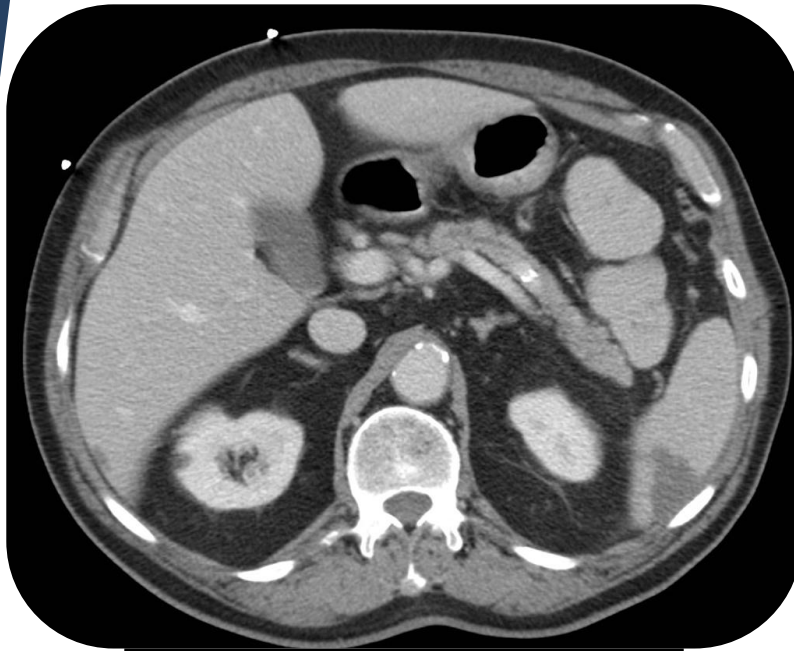
**Table 2.1** Diagnostic imaging strategies and treatment options for common causes of acute abdominal pain based on age and gender

	Imaging strategy	Treatment options
<b>Children/young adults</b>		
Acute appendicitis	US, CT	Appendectomy (laparoscopic or open); percutaneous abscess drainage
Gastroenteritis	None	Supportive care
Functional constipation	XR	Manual or pharmacologic fecal disimpaction
Intussusception	XR, US, contrast enema	Contrast enema; operative reduction; resection of ischemic or perforated bowel
Abdominal trauma	FAST, DPL, CT	Exploratory laparotomy; IR
<b>Older adults/elderly</b>		
Acute cholecystitis	US	Cholecystectomy (laparoscopic or open); percutaneous cholecystostomy
Intestinal obstruction	XR, CT	Supportive care; exploratory laparotomy with adhesiolysis, resection of ischemic bowel
Perforated peptic ulcer	XR, CT or UGI with H <sub>2</sub> O soluble contrast	Patch closure with <i>Helicobacter pylori</i> treatment if hemodynamic instability
Diverticulitis	CT	Supportive care; percutaneous abscess drainage; resection of involved bowel
Acute appendicitis	CT	Appendectomy (laparoscopic or open); percutaneous abscess drainage
Acute pancreatitis	US, CT	Supportive care; IR or operative pseudocyst drainage; debridement of infected necrosis
Mesenteric ischemia	CTA, MRA	Supportive care; IR; operative bypass, thrombectomy, resection of ischemic bowel
<b>Women</b>		
Acute appendicitis in pregnancy	US, CT, MRI	Appendectomy (laparoscopic or open)
Acute cholecystitis in pregnancy	US	Cholecystectomy (laparoscopic or open)
Ectopic pregnancy	US	Linear salpingostomy or salpingectomy (laparoscopic or open)
Ovarian torsion	US	Ovarian detorsion, possible oophorectomy (laparoscopic or open)
Pelvic inflammatory disease	US, MRI, CT	Supportive care; percutaneous or operative drainage of abscess

US ultrasound, CT computerized tomography, XR plain radiography, FAST focused abdominal sonography for trauma, DPL diagnostic peritoneal lavage, UGI upper gastrointestinal series, IR interventional radiology, CTA, CT computerized tomographic angiography, MRA magnetic resonance angiography, MRI magnetic resonance imaging

# DIAGNÓSTICO

## *Exames de imagem*



*Infarto esplênico*



*Aneurisma de aorta abdominal*

# DIAGNÓSTICO

## *Exames de imagem*

**Diverticulite**



**Salpingite**

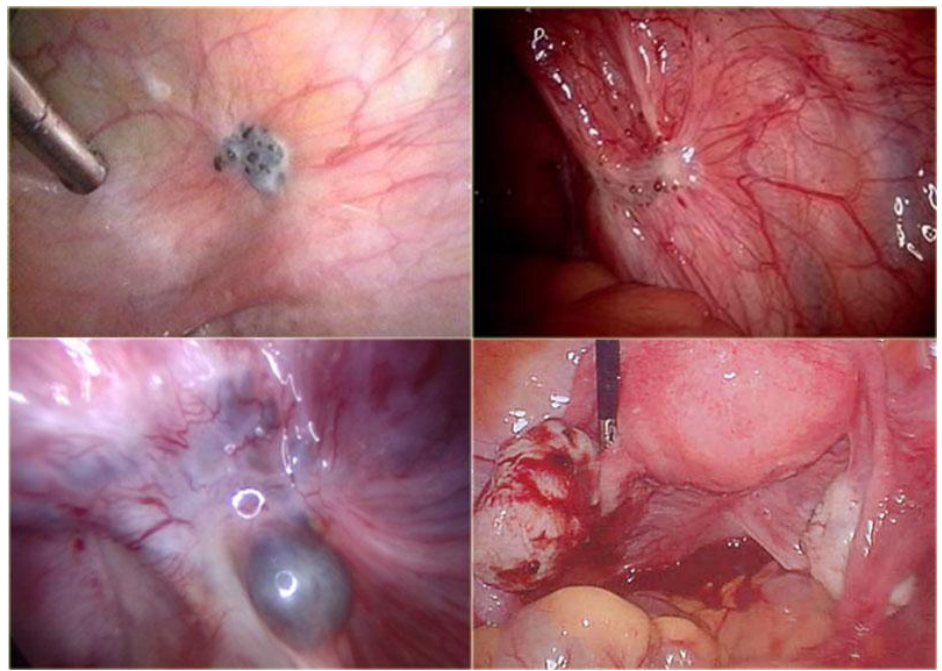
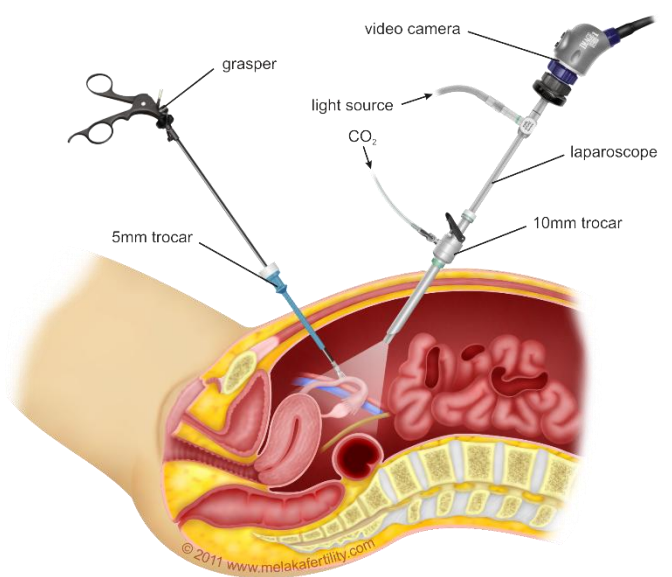
\*ovário



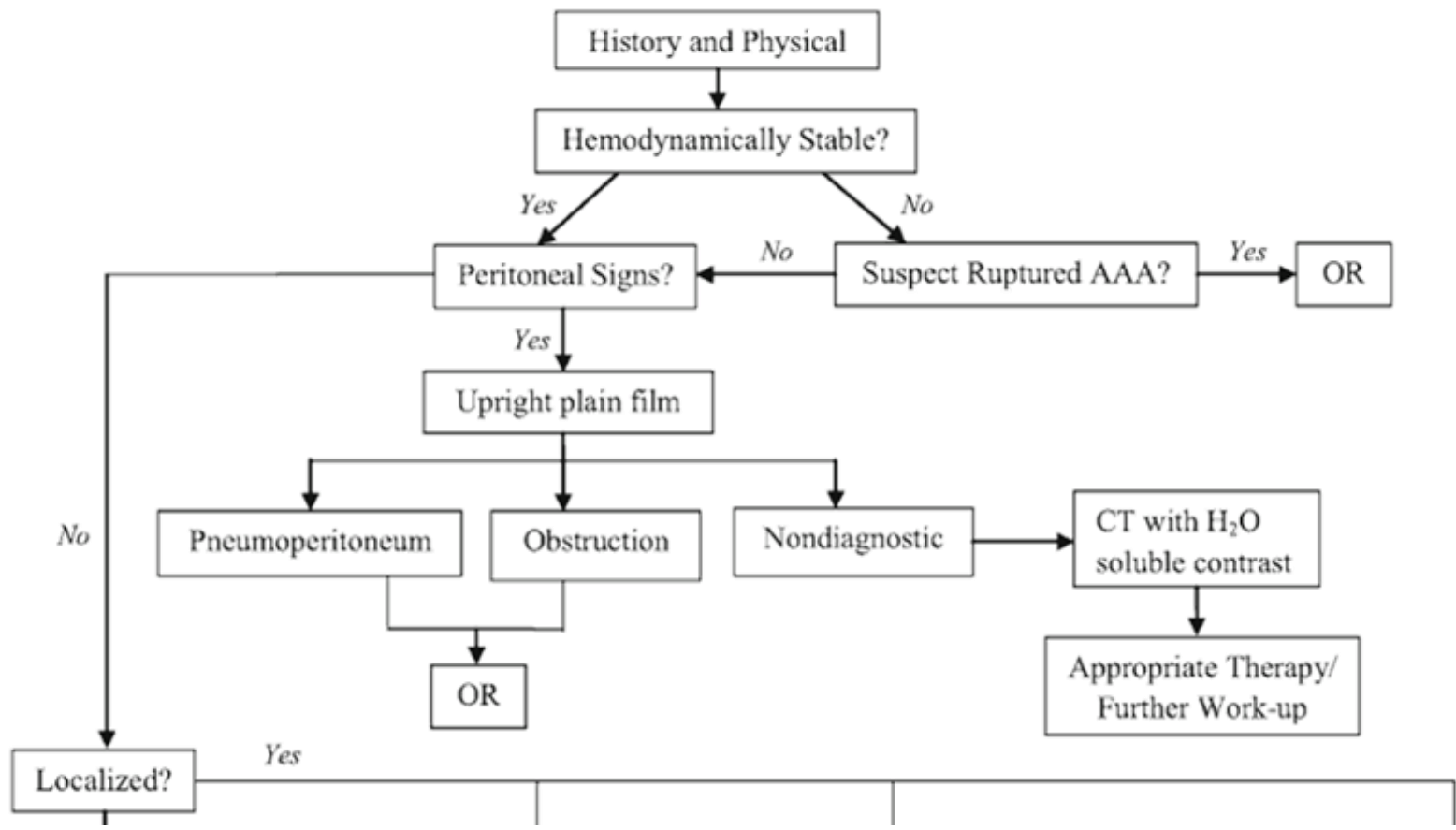
# DIAGNÓSTICO

## *Laparoscopia diagnóstica*

- ❖ Etiologia não identificada
- ❖ Alto poder diagnóstico (90-98%)
- ❖ Redução da taxa de laparotomias, menores morbimortalidade e custo hospitalar

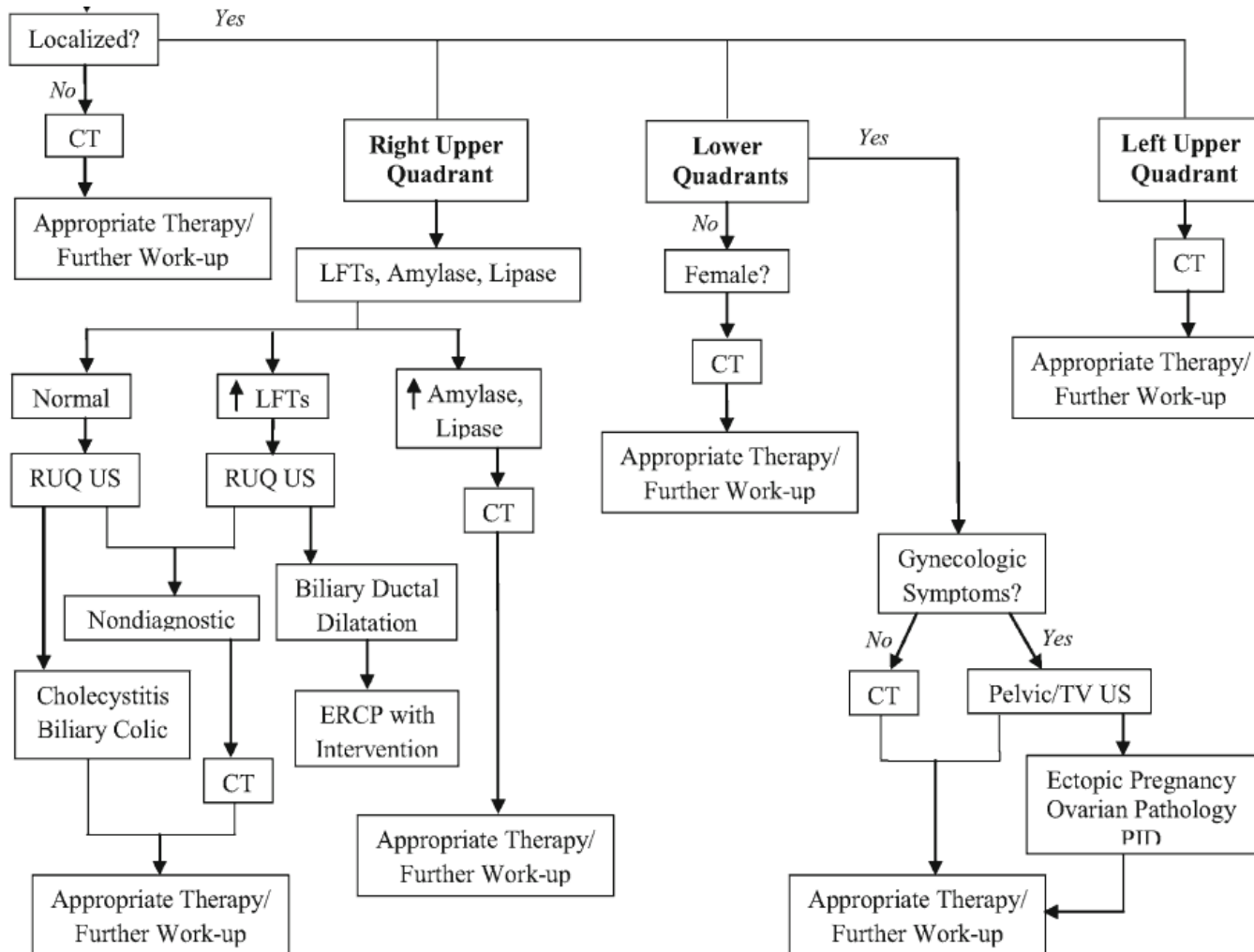


# ALGORITMO



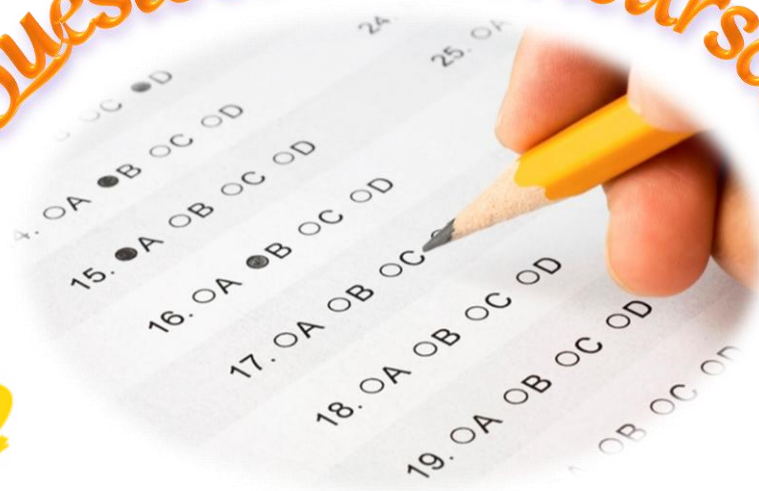
*continua...*

## ALGORITMO



AAA, Abdominal Aortic Aneurysm; CT, Computerized Tomography; LFTs, Liver Function Tests; ERCP, Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography; RUQ, Right Upper Quadrant; US, Ultrasound; TV, Transvaginal; PID, Pelvic Inflammatory Disease.

## Questões de concursos



## PUC-PR 2009 - Cirurgia

42. O abdome agudo oclusivo possui várias causas. Das afirmativas abaixo, qual está ERRADA:

- A. A obstrução mecânica da luz intestinal pode ocorrer por íleo biliar, fecaloma e bezoar.
- B. Pode haver obstrução por lesão da parede intestinal como ocorre nas doenças inflamatórias, diverticulite de cólon e neoplasias.
- C. Os vômitos são fecalóides quando a obstrução ocorre antes do ângulo de Treitz.
- D. A obstrução extrínseca ao intestino pode ser decorrente de aderências, hérnias, volvo intestinal, abscessos e hematomas.
- E. Neoplasia de cólon e diverticulite são causas mais freqüentes de obstrução nos idosos.

## HSPM-SP 2008 – Cirurgia Geral

43. Uma paciente de 56 anos foi submetida a laparotomia exploradora e lise de bridas por abdome agudo obstrutivo. Operações prévias: histerectomia por miomas, há 25 anos, e lise de bridas, há dois anos. Evoluiu bem no pós-operatório, sem dor abdominal significativa ou febre. Começou a tomar líquidos no 3º pós-operatório e recebeu dieta leve no 4º pós-operatório. No 5º dia, passou a apresentar distensão abdominal e vômitos. Não teve febre nem taquicardia. O abdome está distendido, mas flácido e com poucos ruídos hidroaéreos. A radiografia de abdome mostra distensão de intestino delgado e de todo o cólon, com níveis hidroaéreos e sinal de empilhamento de moedas. Hipótese mais provável:

- (A) A doente foi realimentada precocemente, ainda em íleo adinâmico, e apresenta obstrução intestinal funcional. Tratamento: passagem de sonda nasogástrica, hidratação e suporte clínico.
- (B) Lesão despercebida de alça de delgado durante a última operação, determinando peritonite e íleo adinâmico. Deve ser submetida a laparotomia exploradora.
- (C) Recidiva da obstrução intestinal por bridas. Deve-se fazer nova laparotomia exploradora.
- (D) Obstrução intestinal mecânica, provavelmente por tumor de cólon, não percebido durante a última operação. Deve fazer colonoscopia.
- (E) A doente apresenta peritonite por etiologia não relacionada à operação prévia. Deve ser submetida a tratamento operatório.

## UFF 2009 – Cirurgia Geral

**03** Paciente do sexo feminino, 20 anos, com disúria, revela dor abdominal na fossa ilíaca direita com irradiação para o hipogástrio e sinais de irritação peritoneal. O hemograma mostra leucocitose com desvio para a esquerda e a hematimetria, a hemoglobina e o hematócrito estão normais. Uma rotina para abdome agudo demonstra níveis líquidos na pelve e escoliose antálgica. A ultrasonografia evidencia coleção heterogênea em relação com o teto da bexiga e alças distendidas adjacentes paréticas, contendo líquido em seu interior. **A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- (A) prenhez ectópica rota.
- (B) urolitíase.
- (C) endometriose.
- (D) apendicite aguda.**
- (E) doença policística ovariana.

## UFRJ 2009 – Cirurgia Geral

Kátia, 35 anos, com dor abdominal de intensidade moderada, iniciada há 3 dias, após “almoço de família” e dois episódios de vômitos e disúria. Tem dor moderada à palpação do abdome, com descompressão dolorosa em ambas as fossas ilíacas.

5. O diagnóstico mais provável é:

- a) pancreatite aguda
- b) colecistite aguda
- c) pielonefrite
- d) apendicite aguda

6. O próximo passo no atendimento é:

- a) tomografia de abdome
- b) ultra-sonografia transvaginal
- c) lavado peritonal diagnóstico
- d) rotina radiológica de abdome agudo



## BIBLIOGRAFIA

- Edelmuth RCLE, Ribeiro Junior MAF. Abdome agudo não traumático. Emerg clin. 2011;06 (28): 27-32.
- Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen Agudo. Medicina (Ribeirão Preto) 2007; 40 (3): 358-67, jul./set.
- Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. American family physician. 2008;77(7):971-8.
- Hardy A, Butler B, Crandall M. The Evaluation of the Acute Abdomen. In: Moore LJ, Turner KL, Todd SR, editors. Common Problems in Acute Care Surgery: Springer New York; 2013. p. 19-31.
- Andrade Neto F, Palma-Dias R, Costa FS. Ultrassonografia nas massas anexiais: aspectos de imagem. Radiol Bras. 2011 44 (1); 59-67.
- <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department/>
- <http://cbr.org.br/casos-da-semana/caso-62-dr-carlos-a-aranha-dr-mauricio-a-silva-dr-hercilio-f-ribeiro-dr-fernando-montezano-dr-fernando-x-borges-dr-fabio-c-azevedo-dr-paulo-z-assis-dr-nicolas-daher-vaz-dr-wil/>
- <http://www.nurseland.net/a-map-of-referred-pain-with-explanation/778>
- [http://www.odermatol.com/wp-content/uploads/image/2011%202/11\\_eponyms%20c/fot%2052\\_%20CULLEN%20SIGN.JPG](http://www.odermatol.com/wp-content/uploads/image/2011%202/11_eponyms%20c/fot%2052_%20CULLEN%20SIGN.JPG)
- <http://www.joplink.net/prev/200705/06.html>
- <https://www.acep.org/Content.aspx?id=65139>
- <http://www.meddean.luc.edu/lumen/MedEd/Radio/curriculum/Surgery/diveriticulitis2.htm>
- <http://emergencyradiology.files.wordpress.com/2009/02/appendicitis6.jpg>
- <http://www.radrounds.com/photo/splenic-infarct-ct-axial>
- <http://radiopaedia.org/images/572815>
- <http://www.radiologyassistant.nl/en/p4da490c32edcc/mri-detection-of-endometriosis.html>

*“...fomentando as boas obras, a alegria e fecundidade do espírito, desestimulando maus pensamentos, más intenções e velhacarias, eliminando com benevolência todos os tormentos espirituais e remorsos de consciência: apenas assim o ‘curandeiro’ se transforma em salvador, sem precisar fazer milagres nem se deixar crucificar.”*

**Friedrich Nietzsche**  
*Humano, demasiado humano*



# Obrigada