

ABDÔMEN AGUDO

ACUTE ABDOMEN

Omar Feres¹, Rogério Serafim Parra²

¹Docente, ²Médico Residente. Divisão de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP.
Correspondência: Omar Feres. Divisão de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP. Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14048-900 - Ribeirão Preto /SP. (email: feresomar@netsite.com.br)

Feres O, Parra RS. Abdômen agudo. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 430-6.

RESUMO: O abdome agudo configura um quadro clínico de dor dos mais importantes e freqüentes na prática clínica. Pela sua gravidade necessita de condutas diagnósticas e terapêuticas urgentes. Pode ser decorrente de inúmeras doenças. O texto discorre sobre diferentes etiopatogenias e as bases do quadro clínico, essenciais para o diagnóstico e tratamento.

Descritores: Abdome Agudo.

1- DEFINIÇÃO

Quadro clínico abdominal caracterizado por dor, de início súbito ou de evolução progressiva, que necessita de definição diagnóstica e de conduta terapêutica imediata. Muitas doenças, algumas das quais não necessitam de tratamento cirúrgico, causam dor abdominal, de modo que a avaliação de pacientes com dor abdominal deve ser metódica e cuidadosa. Como existe, com freqüência, um distúrbio intra-abdominal progressivo, o retardo do diagnóstico e do tratamento afetam o prognóstico.

A conduta para o paciente com abdômen agudo deve ser ordenada e completa. O tratamento adequado de pacientes com dor abdominal aguda necessita de uma decisão em tempo hábil quanto à necessidade de cirurgia. Esta decisão exige avaliação da história e do exame físico, exames laboratoriais e exames de imagem. A anamnese e o exame físico costumam sugerir as prováveis etiologias e orientar a escolha dos exames diagnósticos iniciais. O médico deve decidir se há exigência de observação em regime hospitalar, se são necessários exames adicionais ou se já existe indicação cirúrgica imediata.

Todos os médicos e estudantes de medicina devem estar familiarizados com as causas mais comuns de abdômen agudo (Quadro 1). Além disto, devem reconhecer os padrões de doença específicos para a região e o local em que atuam.

Quadro 1: Causas comuns de abdômen agudo

- **Distúrbios do trato gastrointestinal**
 - Dor abdominal inespecífica*
 - Apendicite aguda*
 - Obstrução intestinal*
 - Úlcera péptica perfurada*
 - Hérnia encarcerada
 - Perfuração intestinal
 - Diverticulite aguda*
 - Diverticulite de Meckel
 - Síndrome de Boerhaave
 - Distúrbios intestinais inflamatórios
 - Gastreenterite aguda e gastrite aguda
 - Adenite mesentérica
 - Infecções parasitárias
- **Distúrbios do fígado, baço e trato biliar**
 - Colecistite aguda*
 - Colangite aguda
 - Abscesso hepático íntegro ou roto

- Tumor hepático roto
- Rotura espontânea do baço
- Infarto e abscesso esplênicos
- Cólica biliar
- Hepatite aguda
- Distúrbios pancreáticos
- *Pancreatite aguda, pseudocistos do pâncreas infectados, abscessos pancreáticos
- **Distúrbios do trato gênito-urinário**
- *Cólica renal ou ureteral
- Pielonefrite aguda
- Cistite aguda
- Infarto renal
- Orquitepididimite
- **Distúrbios ginecológicos**
- Prenhez ectópica rota
- Torção de tumor de ovário
- Ruptura de cisto de folículo ovariano
- Salpingite aguda*
- Dismenorréia
- Endometriose, endometrite
- **Distúrbios vasculares**
- Rotura de aneurisma: aorto-iliaco, hepático, renal, esplênico e outros.
- Colite isquêmica aguda
- Trombose mesentérica
- **Distúrbios peritoneais e retroperitoneais**
- Abscessos intra-abdominais
- Peritonite primária
- Hemorragia retroperitoneal

*Condições mais comuns são marcadas com asterisco.

1.1- Características gerais

Em virtude da complexa rede sensorial visceral e parietal dupla que inerva a área abdominal, a dor não é localizada com tanta exatidão quanto nos membros. Felizmente, alguns padrões gerais emergem, fornecendo indícios para o diagnóstico. Diferentemente da dor cutânea, a dor visceral é provocada por distensão, por inflamação ou isquemia, que estimulam os neurônios dos receptores, ou por envolvimento direto dos nervos sensoriais (p.ex., infiltração neoplásica). A dor visceral é mais frequentemente percebida na linha média, por causa do suprimento sensorial bilateral para a medula espinhal. Já a dor parietal gera sensação mais localizada, aguda e nítida. A irritação direta do peritônio parietal somaticamente innervado (principalmente as partes superior e anterior) por pus, bile, urina ou secreção gastrintestinal leva à dor localizada.

A dor abdominal pode ser referida ou se deslocar para sítios diferentes dos órgãos primariamente afetados, indicando sensações cutâneas, percebidas em um local diferente daquele do estímulo primário.

A localização da dor serve apenas como uma orientação para o diagnóstico. As descrições típicas ocorrem em dois terços dos casos.

Os pacientes com abdômen agudo geralmente estão apreensivos e amedrontados quando se apresentam ao médico. A síndrome da dor abdominal aguda pode acometer todas as faixas etárias, de ambos os sexos e todos os grupos sócio-econômicos.

1.2- Anatomia

A anatomia evolutiva da cavidade abdominal e de suas vísceras determina a estrutura normal em relação direta com as manifestações clínicas da maioria das doenças abdominais. Doenças do duodeno proximal (intestino anterior) estimulam os aferentes do tronco celíaco a produzirem dor epigástrica. Estímulos no ceco ou apêndice (intestino médio) ativam nervos aferentes que acompanham a artéria mesentérica superior, provocando dor periumbilical. A doença do cólon distal induz as fibras aferentes da artéria mesentérica inferior a provocarem dor suprapúbica. Estímulos para o diafragma causam dor referida no ombro.

1.3- Avaliação, diagnóstico e exames complementares

A dor é o item principal na avaliação de um paciente com suspeita de abdômen agudo. A anamnese deve caracterizar a dor de maneira precisa. A duração da dor, sua localização, como se iniciou e outras características como tipo de dor e evolução podem ajudar no diagnóstico diferencial. A dor visceral causada por distensão, inflamação ou isquemia é difusamente localizada na região mesogástrica. Doenças renais ou ureterais causam dor nos flancos. Sangue ou pus subdiafragmático à esquerda podem gerar dor no ombro esquerdo, doença biliar pode causar dor referida no ombro direito ou dorso. Doenças supradiaphragmáticas, como uma pneumonia basal, podem causar dor referida no pescoço ou ombro. Dor abdominal no andar superior do abdômen sugere úlcera péptica, colecistite aguda ou pancreatite. Por outro lado, cisto de ovário, diverticulite e abscessos tubo ovarianos causam dor na porção inferior do abdômen. Geralmente, a obstrução do intestino delgado causa dor no mesogástrico, que, às vezes, é referida no dorso.

A dor que se move do epigástrico para a região peri-umbilical, até chegar na fossa ilíaca direita, sugere o diagnóstico de apendicite aguda. Outro exemplo de dor migratória é a da úlcera duodenal perfurada. O extravasamento do conteúdo duodenal causa dor epigástrica intensa e localizada. No entanto, se o conteúdo extravasado gravitar pelo corredor parietocólico direito, o paciente pode referir dor na fossa ilíaca direita. Embora a localização da dor possa ser útil principalmente nas fases precoces da evolução de uma doença, pode não ser típica em todos os pacientes e, em fases avançadas, pode se tornar generalizada em virtude de uma peritonite difusa. O sangramento para o peritônio livre também causa dor difusa e quadro de peritonismo (Quadro 2).

Quadro 2: Causas de hemoperitônio

- **Gastrintestinais**
Laceração traumática do fígado, baço, pâncreas, mesentério, intestino.
- **Ginecológicas**
Rotura de prenhez ectópica
Rotura de folículo de Graaf
Rotura de útero
- **Vascular**
Rotura de aneurisma: aorto-ilíaco, hepático, renal e esplênico.
- **Urológica**
Rotura de bexiga
- **Hematológica**
Rotura de baço

A dor abdominal pode-se iniciar repentinamente ou instantaneamente, sem sintomas prévios. O início súbito ou explosivo sugere perfuração de uma víscera para o peritônio livre, como o duodeno ou estômago, ou isquemia intestinal aguda, em virtude de embolia arterial visceral. A dor de caráter progressivo

corresponde à apresentação habitual de doenças que comumente produzem abdômen agudo, tais como colecistite aguda, pancreatite aguda e obstrução de delgado proximal. Algumas doenças iniciam-se com desconforto abdominal, vago generalizado, que evolui para dor abdominal em algumas horas. A dor torna-se mais intensa e subseqüentemente se localiza. Este grupo de doenças inclui a apendicite aguda, hérnia encarcerada, obstrução de delgado distal, obstrução de cólon, diverticulite e perfuração de víscera bloqueada (Quadro 3).

Quadro 3: Dor abdominal secundária a lesões inflamatórias do sistema digestório

- **Estômago**
Úlcera péptica perfurada (gástrica ou duodenal)
- **Vias biliares**
Colecistite aguda litiasica ou alitiásica
- **Pâncreas**
Pancreatite aguda, recidivante ou crônica
- **Intestino delgado**
Doença de Crohn
Divertículo de Meckel
- **Intestino grosso**
Apendicite
Diverticulite

A qualidade, gravidade e periodicidade da dor podem colaborar no diagnóstico. A úlcera duodenal e a apendicite perfurada causam dor constante e aguda. Dor precoce de obstrução de delgado é vaga e profunda. A partir daí, esta dor assume características crescentes e decrescentes, tipo cólica (Quadro 4). Se a obstrução causar infarto intestinal, a dor se tornará prolongada e constante. A dor da obstrução ureteral é extremamente intensa. Dor aguda no abdômen superior, no tórax inferior ou região interesca-pular sugere dissecação aórtica.

Quadro 4: Dor abdominal secundária a lesões obstrutivas do tubo digestivo

Jejuno	Íleo	Cólon
Doença maligna	Doença maligna	Doença maligna
Volvo	Volvo	Volvo de ceco
Aderências	Aderências	Volvo de sigmóide
Intussuscepção	Intussuscepção	Diverticulite
Crohn	Crohn	Colite isquêmica
	Actínica	Colite actínica

Outros sinais e sintomas podem ocorrer juntamente com a dor abdominal. Com frequência, os vômitos antecedem a dor na gastrenterite, enquanto na apendicite aguda, a dor abdominal ocorre por algum tempo, antes do surgimento dos vômitos. Frequentemente ocorrem vômitos nos pacientes com colecistite aguda, pancreatite e obstrução intestinal. A obstrução distal à ampola de Vater provoca vômitos biliosos, enquanto a obstrução proximal à ampola provoca vômitos claros. A diarreia aquosa associada à dor abdominal sugere gastrenterite aguda. A impossibilidade de eliminar gases ou fezes sugere obstrução intestinal mecânica.

É importante colher uma história menstrual cuidadosa em mulheres com dor abdominal. A ovulação pode produzir dor abdominal significativa. Além disso, mulheres com atraso menstrual com dor abdominal podem estar com problemas relacionados a uma gravidez não diagnosticada ou ectópica.

A história medicamentosa é também importante. Os corticoesteróides predisõem à ulceração gastrintestinal e possibilidade de perfuração, além de induzirem imunossupressão nos pacientes em uso crônico, ofuscando manifestações de doença intra-abdominal aguda. O uso de anticoagulantes orais ou antiagregantes plaquetários podem levar a hemorragias intra-abdominais espontâneas.

O exame físico geralmente fornece importantes informações no diagnóstico diferencial e tratamento de pacientes com dor abdominal aguda. Avaliar o aspecto geral do paciente, biótipo e sinais de dor. Febre baixa geralmente acompanha a diverticulite, apendicite ou colecistite aguda. Febre mais elevada, na maioria das vezes, acompanha a pneumonia, pielonefrite, colangite séptica, e afecções ginecológicas. Aumento da frequência cardíaca e hipotensão podem significar doença complicada com peritonite. A peritonite causa hipovolemia à medida que o volume plasmático extravasa do espaço intravascular.

Iniciar o exame físico pela inspeção a procura de cicatrizes, hérnias inguinais e escrotais, distensão, massas e defeitos da parede abdominal (Figura 1). A seguir a palpação, etapa fundamental na avaliação do

paciente com abdômen agudo. Dor localizada na fossa ilíaca direita, no ponto de McBurney sugere apendicite aguda (Figura 2). Dor no hipocôndrio direito sugere inflamação da vesícula biliar. Diverticulite aguda frequentemente causa dor na fossa ilíaca esquerda. Dor desproporcional ao exame físico sugere isquemia intestinal e dor difusa sugere peritonite generalizada.

A detecção de aumento do tônus muscular abdominal, durante a palpação é chamada de defesa da parte abdominal. Ela pode ser voluntária ou não, e localizada ou generalizada. A **irritação peritonial** é um sinal de peritonite. Para sua detecção, o examinador, com a mão, comprime profundamente o abdômen do paciente e a retirada súbita da mão causa aumento agudo da dor. Na colecistite aguda, a palpação da região subcostal direita, durante inspiração profunda, pode provocar dor (sinal de *Murphy*).

A **ausculta** de um abdômen silencioso sugere íleo paralítico, enquanto movimentos peristálticos hiperativos ocorrem na gastrenterite aguda. Períodos de silêncio abdominal intercalados com peristalse hiperativa caracterizam a luta contra a obstrução mecânica do intestino delgado.

A **percussão** abdominal pode revelar dor, sugerindo inflamação (irritação peritoneal). O hipertimpanismo à percussão do abdômen significa distensão gasosa do intestino ou estômago e timpanismo à percussão sobre o fígado sugere ar livre intra-peritonial e perfuração de víscera oca.

Realizar sempre o toque retal nos pacientes com quadro de dor abdominal aguda à procura de sangue, massas ou dor, e em mulheres sempre realizar o exame pélvico bimanual em procura de massas ou sensibilidade uterina ou anexial (Quadro 5). Apêndice pélvico inflamado ou abscesso pélvico podem causar dor ao toque retal ou mesmo toque vaginal.

A investigação laboratorial geralmente inclui hemograma. A inflamação intra-abdominal causa leucocitose, porém esse é um dado inespecífico. A dosagem de amilase e lipase auxilia no diagnóstico de pancreatite aguda. No entanto, outras doenças, tais como úlcera duodenal perfurada e infarto de delgado podem gerar aumento da amilase sérica. O exame de

Quadro 5: Dor abdominal secundária a lesões ginecológicas

Ovário	Trompas	Útero
Rotura do folículo de Graaf	Prenhez ectópica	Rotura
Torção de ovário	Salpingite aguda	Endometrite

urina pode auxiliar no diagnóstico de infecção urinária e litíase renal. Mulheres em idade gestacional devem ter a dosagem de gonadotrofina coriônica sérica realizada.

A história e exame físico são passos principais na avaliação dos pacientes com dor abdominal. Os exames de imagem melhoram a eficácia diagnóstica e o tratamento global dos pacientes que se apresentam com dor abdominal aguda. Uma radiografia de abdômen com incidência no diafragma (ortostática) pode detectar pneumoperitônio de até 1ml. Se o paciente não puder ficar sentado, a radiografia pode ser realizada em decúbito lateral esquerdo, e o pneumoperitônio será visível se houver de 5 a 10ml na cavidade peritoneal. setenta e cinco por cento das úlceras duodenais perfuradas causam pneumoperitônio e as perfurações de estômago e cólon, geralmente, provocam grandes pneumoperitônios (Figura 1).

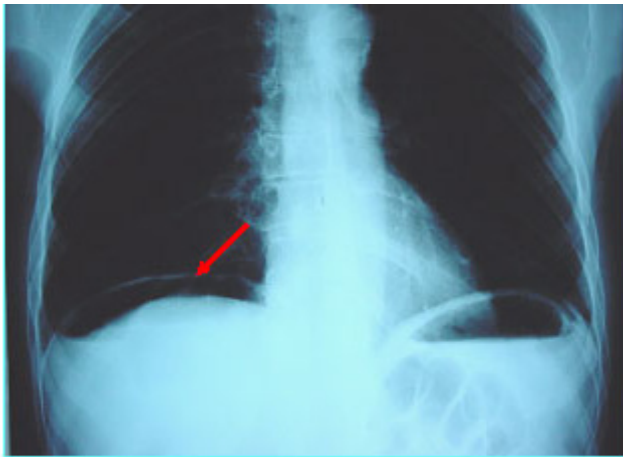


Figura 1: Radiografia de tórax evidenciando pneumoperitônio com ar entre a cúpula frênica e o fígado à direita e entre a cúpula frênica e o estômago à esquerda.

Dez por cento das colelitíases e 90% dos cálculos renais são radiopacos e demonstráveis pelo exame radiológico não contrastado de abdômen. Calcificações pancreáticas e vasculares, sugerindo pancreatite crônica e doenças vasculares, respectivamente, são achados radiológicos que auxiliam no diagnóstico. O íleo paralítico pode provocar distensão intestinal com múltiplos níveis hidroaéreos (Figura 2).

A ultrassonografia é de baixo custo, rápida e segura, podendo ser utilizada em mulheres grávidas. É bastante sensível e específica para doenças da vesícula biliar, e também pode ser utilizada para avaliação do baço, rins e sistema coletor, apêndice, útero e anexos. A tomografia de abdômen é capaz de ajudar

na avaliação de abscessos intra-abdominais, pâncreas, rins e demais estruturas intra e retro-peritoneais.

1.4 Tratamento

As informações obtidas pela história clínica, exame físico, exames laboratoriais e de imagem geralmente permitem um diagnóstico, mas ainda pode permanecer uma incerteza. O cirurgião deve tomar a decisão de operar ou não, baseado nas informações obtidas.

É prudente dividir, baseado no raciocínio clínico, o abdômen agudo em "síndromes": inflamatória, perforativa, obstrutiva, vascular e hemorrágica.

- **Inflamatório:** a dor é de início insidioso, com agravamento e localização com o tempo. O paciente apresenta sinais sistêmicos, tais como febre e taquicardia. As doenças mais comuns são: apendicite aguda, colecistite aguda, diverticulite aguda, pancreatite, anexite aguda. A apendicite é a causa mais comum de abdômen agudo cirúrgico no mundo. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas é mais comum em adolescentes e adultos jovens (Figuras 3 e 4).



Figura 2: Radiografia não contrastada de abdômen mostrando dilatação de alças de intestino delgado com níveis hidroaéreos.

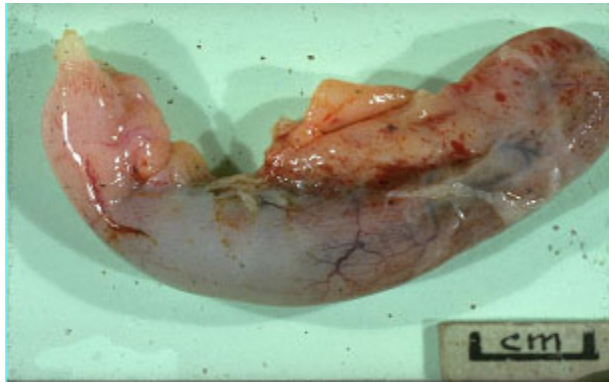


Figura 3: Peça cirúrgica de apendicite aguda. Nota-se edema e hiperemia secundários ao processo inflamatório.



Figura 4: Colecistite aguda. Nota-se parede espessada e inflamada e grande quantidade de cálculos em seu interior.

- **Perfurativo:** a dor é súbita e intensa, com defesa abdominal e irritação peritoneal. Há derrame do conteúdo de víscera oca no peritônio, geralmente secundário à úlcera gastroduodenal, diverticulite, corpos estranhos e neoplasias (Figura 5).

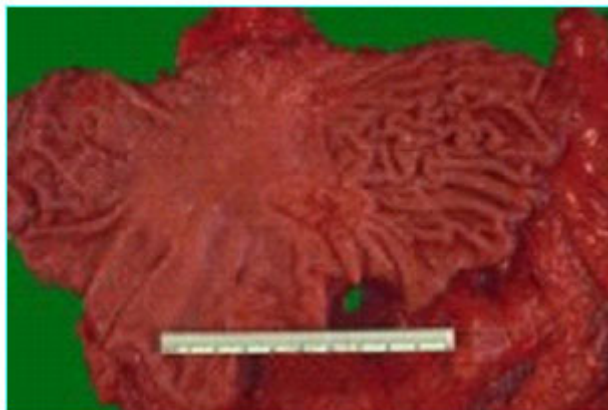


Figura 5: Úlcera péptica perforada.

- **Obstrutivo:** a dor é em cólica, geralmente periumbilical. Associadamente surgem náuseas, vômitos, distensão abdominal, parada da eliminação de flatos e fezes. Acontece na oclusão mecânica por bridas, hérnias, neoplasias e invaginação (Figura 6).

A



B



Figura 6: A- Grande hérnia inguinal encarcerada e B- Invaginação intestinal em hérnia umbilical

- **Vascular:** a dor é difusa e mal definida, há desproporção entre a dor e o exame físico e as causas mais comuns são embolia e trombose mesentérica, com isquemia intestinal (Figura 10).



Figura 7: Radiografia de abdômen mostrando dilatação difusa do intestino delgado, secundária à trombose mesentérica.

- **Hemorragico:** a dor é intensa, com rigidez e dor à descompressão; há sinais de hipovolemia, tais como hipotensão, taquicardia, palidez e sudorese. As causas mais comuns são prenhez ectópica rota, ruptura de cistos, ruptura de aneurismas, rotura de baço (quadro 2).

O cirurgião não precisa saber o diagnóstico, mas precisa saber se há ou não necessidade de cirurgia.

Existem causas não-cirúrgicas de dor abdominal (quadro 6).

O cirurgião deve ser capaz de avaliar o paciente e decidir sobre a necessidade de cirurgia. Os antigos cirurgiões experientes diziam: "Não se deve esperar amanhecer para operar um paciente com abdômen agudo".

Quadro 6: Causas não cirúrgicas de dor abdominal.

Cardíacas

Infarto agudo do miocárdio
Pericardite aguda

Pulmonares

Pneumonia
Infarto pulmonar

Endócrinas

Cetoacidose diabética
Insuficiência adrenal aguda

Hematológicas

Crise de falcização

SNC e periférico

Compressão de raiz nervosa

Intoxicação pelo chumbo

Gastrintestinais

Pancreatite aguda
Gastroenterite
Hepatite aguda

Metabólicas

Porfiria aguda
Hiperlipidemia

Músculo-esqueléticas

Hematoma músc. reto abdominal

Genitourinárias

Pielonefrite
Cistite
Salpingite aguda

Feres O, Parra RS. Acute abdomen. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 430-6.

ABSTRACT: The acute abdomen is one of the major and most frequently occurring syndromes in clinical practice and, since it can be caused by various different diseases, it demands an urgent diagnosis and treatment. The present text expatiates upon the different etiopathogeneses of this syndrome as well as upon its bases, which are crucial for the diagnosis and treatment of an acute abdomen.

key words: Abdomen, Acute.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- 1- Rocha PR, Andrade JI, Souza C. Abdômen Agudo. 2ª. ed, Ed.Médica e Científica Ltda, 1993.
- 2- Batista Neto J. Cirurgia de Urgência. Condutas. Ed. Revinter 1999.
- 3- Vinhaes Jc. Clínica e terapeutica cirurgicas. Ed. Guanabara Koogan, 2ª ed. 2003.
- 4- Bockus MC. Abdominal pain. In: Berck JE. Bockus Gastroenterology. 4ª ed. Philadelphia Saunders, 1985.
- 5- Jawayer JI. (ed). Abdome agudo. Clin cir am norte 1988; 68 (2): 243-490.
- 6- Abrantes WL. Abdome agudo. In: Lopez M. Emergências médicas. 5ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1909. p. 484-99.
- 7- Silva AL. Cirurgia de urgência. Editora Médice, 2ª ed. 1994.

Recebido para publicação em 20/08/2008

Aprovado para publicação em 23/10/2008