



DIAGNÓSTICO DO ABDOME AGUDO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Isadora Donin Berticelli, Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita, Ruth da Conceição Araújo, Stéphanie Garcia Caetano, Jéssica Garcia Caetano, Rodrigo Miranda Mota, David Capachi Alvim, Alana Sales Guimarães, Fábio da Silva Mizuno, Christovam Abdalla Neto, Graziela Giongo da Silva, Lívia Ayres de Miranda Cavalcanti, Paulina Gomes da Silva, Renato Gonçalves dos Santos Junios, Ruhanna Tabatinga Cardoso, Antônio José Holanda da Costa, Larissa Ruthyely dos Anjos Silva, Mabel Emilião Peixoto.

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO:

Este estudo parte de uma premissa onde se identifica diversos desafios para se chegar ao diagnóstico do abdome agudo cirúrgico. Para isso, parte-se de uma pesquisa bibliográfica onde se buscou autores que discutem o tema para que se pudesse ter um embasamento teórico para esta discussão. Além disso, tem por objetivo trazer este debate para a classe médica, entendendo que quanto antes chega-se a este diagnóstico, mais rápido terá a capacidade de salvar vidas.

Palavra-chave: abdome agudo, dor abdominal, diagnóstico diferencial, emergência cirúrgica, exame físico

DIAGNOSIS OF ACUTE ABDOMEN: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

This study starts from a premise where several challenges are identified in order to arrive at the diagnosis of acute abdomen. For this, it starts with a bibliographical research where authors can discuss the subject were sought so that a theoretical basis could be had for this discussion. In addition, it aims to bring this debate to the medical profession, understanding that the sooner this diagnosis is reached, the faster it will be able to save lives.

Keywords: acute abdomen, abdominal pain, differential diagnosis, surgical emergency, physical examination

Dados da publicação: Artigo recebido em 23 de Janeiro e publicado em 13 de Março de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p1168-1178>

Autor correspondente: Isadora Donin Berticelli

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O abdome agudo cirúrgico é o termo que representa um conjunto de patologias que são manifestadas de forma súbita, com sintomas que persistem em geral por mais de seis horas e tendo a dor abdominal como sintoma principal. Como há muitas patologias que podem fazer com que o paciente sinta dor abdominal e que nem sempre é caso para tratamento cirúrgico, é de grande importância que o médico e acadêmicos de medicina, façam uma anamnese detalhada, para checar histórico clínico, saber como que é o padrão da dor (localização, início, duração), se há sintomas associados, como vômitos, febre, entre outros), antecedentes pessoais, ginecológicos, cirurgia prévia, HIV e idade. Além disso, precisa ser feito um exame físico de qualidade e exames laboratoriais e de imagem. A anamnese e o exame físico costumam ajudar na hipótese diagnóstica e fazer com que o médico tenha boa orientação na hora de solicitar os demais exames.

Existem cinco causas mais frequentes de abdome agudo, que são classificadas de acordo com a natureza do processo determinante, sendo elas: Inflamatório: que abrange apendicite aguda, colecistite aguda, diverticulite sigmóide e a doença inflamatória pélvica. Obstrutivo: contém bridas/aderências, hérnia na parede abdominal, hérnia interna e tumores. Perfurativo: que inclui úlcera perforada, doença inflamatória intestinal e corpo estranho. Vascular: infarto intestinal e o Hemorrágico que compreende a gravidez tubária rota, cisto de ovário hemorrágico, rotura espontânea de baço.

RESULTADOS

1.1 Como chegar ao diagnóstico e os desafios na prática médica

Chegar a um diagnóstico preciso é um dos principais desafios na prática médica. Existem várias etapas envolvidas nesse processo, que podem variar dependendo da especialidade médica e do caso específico do paciente. Aqui estão algumas etapas comuns para chegar a um diagnóstico: anamnese, exame físico, exames laboratoriais, exames de imagens entre outros. Algumas condições médicas são complexas e

apresentam sintomas semelhantes a outras doenças. Isso pode dificultar a diferenciação entre diferentes condições e requerer uma avaliação mais aprofundada (FERES, 2008).

O Abdome Agudo é uma condição médica que requer atenção imediata, pois pode ser causada por uma série de problemas graves. Ele é definido por um processo intra-abdominal causando dor severa e, frequentemente, requerendo intervenção cirúrgica de emergência. A principal característica do abdome agudo é a dor abdominal aguda, definida como dor severa ou progressiva iniciada de forma súbita, há menos de 7 dias (usualmente menos de 48 horas). Se persistir por 6 horas ou mais, a dor abdominal aguda é forte indicativa de patologia com significância cirúrgica.

O abdome agudo é um cenário clínico desafiador e requer uma abordagem diagnóstica minuciosa e diligente para determinar a necessidade de intervenção cirúrgica e iniciar a terapia apropriada. Uma grande variedade de distúrbios intraperitoneais, muitas das quais necessitam de tratamento cirúrgico, assim como vários distúrbios extraperitoneais, que tipicamente não exigem tratamento cirúrgico, podem manifestar-se como abdome agudo. Portanto, todo esforço deve ser aplicado para fazer um diagnóstico correto, para que a terapia escolhida, frequentemente a laparoscopia ou laparotomia, seja apropriada (FERES, 2008).

O Abdome Agudo é uma situação frequente em serviços de emergência médica que requer intervenção rápida. Cerca de 40% dos atendimentos não têm um diagnóstico definido, levando a altas e retorno dias depois com a intensificação da dor. É de extrema importância que no primeiro atendimento seja descartado doenças graves, presença ou ausência de febre, náusea e vômito, distensão abdominal, ausência de evacuação, diarreia ou calafrios, e é fundamental colher uma história clínica da sintomatologia levando em consideração as suas características, falha na investigação da história clínica e do exame clínico, levam a morte de 39% dos casos, sendo esse o principal erro do diagnóstico.

O desafio para o médico é avaliar a gravidade do caso e decidir o momento adequado para a cirurgia ou outro tipo de tratamento. O atraso na intervenção pode levar a complicações graves como em certas situações, podendo este ser devido a uma patologia potencialmente grave e fatal (úlcera perfurada, gravidez ectópica rota ou isquemia mesentérica). Em outras situações, pode ser causado por doenças benignas, como diarreia aguda ou dispepsia. Os diagnósticos associados ao abdome agudo variam

de acordo com a idade e gênero. A apendicite é mais comum em indivíduos jovens, enquanto doença biliar, obstrução intestinal, isquemia intestinal e infarto, e diverticulite são mais comuns em adultos velhos. A maioria das doenças cirúrgicas associadas ao abdome agudo são resultado de infecção, obstrução, isquemia ou perfuração.

O diagnóstico do abdome agudo frequentemente impõe sérias dificuldades e uma abordagem diagnóstica apurada, estruturada e bem coordenada é essencial para a tomada da decisão certa. O aperfeiçoamento do poder de decisão do cirurgião quando frente a casos complexos é o pivô básico do diagnóstico e terapêutica, especialmente em países em desenvolvimento, onde os recursos diagnósticos são limitados (SARAIVA, 2008).

Os desafios para se chegar ao diagnóstico são os mais diversos e com isso uma história clínica cuidadosa e metódica deve ser obtida. Tópicos chave da história incluem as dimensões da dor (modo de início, duração, frequência, caráter, localização, cronologia, radiação, e intensidade), assim como a presença ou ausência de algum fator agravante ou aliviador, e sintomas associados. Frequentemente, a história é mais valiosa do que qualquer exame laboratorial ou de raio-x isoladamente e determina o curso da avaliação e manejo subsequentes. Os avanços recentes do diagnóstico por imagem não podem e jamais vão substituir a necessidade de um exame clínico à beira do leito efetuado por um cirurgião habilidoso (SARAIVA, 2008).

A realização de um exame físico organizado e cuidadoso é de importância crítica para a elaboração de um diagnóstico diferencial acurado e para o algoritmo de tratamento subsequente. Apesar das novas tecnologias, tais como tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR), ultrassom (US) e ressonância magnética (RM), o exame físico permanece uma parte chave da avaliação do paciente e não deve ser minimizado. A sensibilidade e especificidade (sem mencionar o custo-benefício) de qualquer exame laboratorial ou de imagem estão fundamentadas na reunião e categorização inteligente dos sinais e sintomas. É justamente aí que está um grande desafio, pois alguns profissionais de saúde ainda insistem em minimizar a importância do exame físico para se chegar ao diagnóstico certo. Clínicos habilidosos serão capazes de elaborar um diagnóstico diferencial acurado e estreito, na maioria dos casos, na conclusão da história e do exame físico. Exames laboratoriais e estudos de imagem podem, então, ser utilizados para confirmar ainda mais uma suspeita, reordenar o

diagnóstico diferencial proposto ou, menos comumente, sugerir possibilidades não usuais, até então não consideradas (SARAIVA, 2008).

O exame físico deve ser direcionado, no sentido de que este deve pesquisar sinais críticos que podem confirmar ou excluir as doenças mais prováveis no diagnóstico diferencial. Neste contexto, no entanto, ele deve ser completo. Alguns processos patológicos que podem causar dor abdominal ocorrem no tórax (e.g., pneumonia, doença isquêmica do coração, arritmia cardíaca ou distúrbios da musculatura esofágica). Portanto, a ausculta dos pulmões e do coração é parte integrante do exame. O exame pélvico deve ser realizado em mulheres, e o exame do reto e região inguinal deve ser executado em todos os pacientes.

Alguns estudos laboratoriais são considerados rotina na avaliação do paciente com abdome agudo. Eles ajudam a confirmar se a inflamação ou infecção estão presentes e também ajudam na exclusão das condições não-cirúrgicas mais comuns. O hemograma é útil porque a maioria dos pacientes com abdome agudo terão leucocitose ou bandemia (aumento dos leucócitos imaturos, o chamado “desvio à esquerda”). O hematócrito é importante, uma vez que permite ao cirurgião detectar alterações significativas no volume plasmático (e.g., desidratação causada pelo vômito, diarreia, ou perda de fluido para o peritônio ou lúmen intestinal), anemia pré existente, ou sangramento. Uma contagem de células brancas (WBC) aumentada é indicativa de processo inflamatório e é um achado particularmente valioso se associado a um desvio à esquerda proeminente. No entanto, a presença ou ausência de leucocitose não deve nunca ser o único fator determinante na decisão de operar um paciente. Um WBC baixo pode ser uma característica de infecções virais, gastroenterite ou dor abdominal inespecífica. Outros testes, tais como proteína C-reativa podem ser úteis para aumentar a confiabilidade no diagnóstico de um processo inflamatório agudo. Uma importante consideração no uso de qualquer destes testes é que os desarranjos se desenvolvem ao longo do tempo, tornando-se mais prováveis conforme a doença progride. Portanto, exames seriados tendem a ser mais úteis do que testes isolados obtidos em um momento arbitrário (SARAIVA, 2008).

A medida de eletrólitos séricos, uréia sanguínea e nível de creatinina vão ajudar na avaliação dos efeitos de fatores como vômito ou perdas líquidas para o terceiro espaço. Exames urinários, tais como a urinálise, são valiosos no diagnóstico de cistite

bacteriana, pielonefrite e certas anormalidades endócrinas, como diabetes, e doença do parênquima renal (SARAIVA, 2008). A urinálise pode revelar hematúria (sugestivo de cálculo renal ou ureteral), leucocitúria (sugestivo de infecção do trato urinário ou processo inflamatório adjacente ao ureteres, como apendicite retrocecal), gravidade específica aumentada (sugestivo de desidratação), glicose, cetonas (sugestivo de diabetes) ou bilirrubina (sugestivo de hepatite).

Os avanços nas técnicas de imagem, especialmente a TC multidetectora, revolucionaram o diagnóstico do abdome agudo. Os mais difíceis dilemas diagnósticos do passado – apendicite em mulheres jovens e isquemia mesentérica em adultos mais velhos – podem agora ser solucionados com maior certeza e velocidade. Isto resultou em uma correção cirúrgica mais rápida, com menor morbidade e mortalidade. Apesar de sua utilidade, a TC não é o único método de imagem disponível e também não é a primeira etapa no estudo de todos os pacientes. Além disso, nenhuma técnica de imagem pode substituir uma história cuidadosa e um exame físico minucioso. Até recentemente, a avaliação radiológica inicial do paciente com abdome agudo incluía o raio X do abdome em posição supina e ortostática e raio X de tórax. Atualmente, a tomografia computadorizada (quando disponível) é geralmente considerada potencialmente mais útil na maioria das situações. Ainda, permanecem algumas situações em que o raio X pode ser mais útil e seguro na investigação, como, por exemplo, quando obstrução estrangulante é o diagnóstico mais provável e o raio X é utilizado para confirmação rápida. Se o diagnóstico de obstrução estrangulante não é provável, no entanto, a TC é mais valiosa para fazer o diagnóstico definitivo e para identificar um estrangulamento não sugerido pelo exame clínico (FERES, 2008).

Quando realizados no contexto clínico adequado, os estudos de imagem podem confirmar diagnósticos como pneumonia (sinalizada por infiltrados pulmonares), obstrução intestinal (nível hidroaéreo e alças intestinais distendidas), perfuração intestinal (pneumoperitônio), cálculo biliar, renal e ureteral (calcificações anormais), apendicite (fecalito), hérnia encarcerada (intestino protraindo-se além dos limites da cavidade peritoneal), infarto mesentérico (ar na veia porta), pancreatite crônica (calcificações pancreáticas), pancreatite aguda (sinal do “cut off” colônico), aneurismas viscerais (bordas calcificadas), hematoma ou abscesso retroperitoneal (apagamento da

sombra do psoas) e colite isquêmica (“impressão digital” na parede colônica) (SARAIVA, 2008).

Apesar de suas limitações, o raio X continua a exercer um papel significativo no estudo de imagem do paciente com dor abdominal aguda. O raio X de tórax ortostático pode detectar 1 mL de ar injetado na cavidade peritoneal. Raio X do abdome em decúbito lateral também pode detectar o pneumoperitônio de forma eficiente em pacientes que não podem ficar em pé. Quantidades de ar a partir de 5-10 mL podem ser detectadas com esta técnica. Estes estudos são particularmente valiosos para pacientes com suspeita de úlcera duodenal perfurada.

Um grande número de estudos confirmaram a utilidade da laparoscopia diagnóstica em pacientes com dor abdominal aguda. As vantagens propostas incluem alta sensibilidade e especificidade, a habilidade de tratar várias condições causadoras de abdome agudo laparoscopicamente, menores morbidade e mortalidade, tempo de internação e custos hospitalares. Tal técnica é especialmente útil em pacientes críticos internados em UTI, principalmente se a laparotomia pode ser evitada (FERES, 2008).

É necessário enfatizar que após o fechamento do diagnóstico, o paciente precisa ser reavaliado em razão do quadro de saúde ser muito mutável, suscetível a diversas alterações. Nesse sentido, o ideal seria ser reavaliado pelo mesmo examinador. Sabe-se que possíveis intercorrências podem surgir, até mesmo a não resposta esperada ao tratamento. Esta possibilidade deve ser reconsiderada e redirecionada, proporcionando uma nova e imediata alternativa de tratamento ao paciente, retornando ao diagnóstico diferencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido a diversidade etiológica da dor abdominal e do abdome agudo, se faz necessário uma metodologia investigativa adequada, para isso, uma anamnese detalhada e exame físico bem executado aumentam as chances de diagnosticar a patologia por trás do quadro de abdome agudo. Além disso, nos casos em que há dúvidas e que não consiga determinar o diagnóstico com clareza, exames



complementares podem ser solicitados quando necessários a fim de sanar as dúvidas, facilitando a propedêutica médica e raciocínio clínico, uma vez que “abdome agudo” é um quadro amplo e que compreende diversas situações clínicas.

Diante disso, podemos concluir que apesar dos desafios a incidência deste quadro clínico é alta e os profissionais de saúde devem ter conhecimento e treinamento adequado para agir corretamente diante desses casos, objetivando o tratamento mais adequado e o restabelecimento do paciente.

REFERÊNCIAS



FERES, Omar; PARRA, Rogério Serafim. **Abdômen agudo**. Medicina (Ribeirão Preto), v. 41, n. 4, p. 430-436, 2008.

Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL: Sabiston Textbook of Surgery – **The biological basis of modern surgical practice, 19th ed**. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2012.

Souba, Fink, Jurkovich, Kaiser, Pearce, Pemberton, **Soper: ACS Surgery – Principles and Practice, 6th ed**. WebMD, New York, 2007.

Flasar, MH, Goldberg, E: **Acute Abdominal Pain**. **Med Clin North Am**. 2006 May;90(3):481-503. Laal M, Mardanloo A: Acute Abdomen: Pre and Post-Laparotomy Diagnosis. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health. 2009. Vol. 1 No. 5: 157-165.

Brunetti A, Scarpelini S: **Abdômen Agudo**. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: Cirurgia de Urgência e Trauma, 2007; 40 (3): 358-67.

Saraiva, HM, Awasa, SB, Damasceno, **MCT: Pronto-Socorro: diagnóstico e tratamento em emergências, 2a ed**. Manole, São Paulo, 2008.