

DIVISÃO DE GASTROENTEROLOGIA – DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

DISCIPLINA RCG 0432 – SISTEMA DIGESTIVO

TEXTO DE SUPORTE DAS ATIVIDADES NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

ROTEIRO DE ATENDIMENTO INICIAL DE PACIENTES COM DOR ABDOMINAL AGUDA

Prof. Dr. Ricardo Brandt de Oliveira

ANAMNESE

A anamnese deve ser obtida, se possível, antes de sedação do paciente. Se a dor for muito intensa, uma sedação leve deve ser feita. No contexto da dor abdominal ainda sem diagnóstico, as informações devem ser obtidas de forma ativa, de modo que o médico defina rapidamente a conduta indicada.

A **localização** é a característica da dor mais importante para o diagnóstico. Por exemplo, a obstrução do duto cístico por cálculo biliar (cólica biliar) é percebida no quadrante superior direito; diverticulite via de regra causa dor na fossa ilíaca esquerda, onde os divertículos são mais frequentes.

Informações devem ser obtidas **sobre a qualidade da dor** (contínua ou em cólica). A **dor em cólica** (dor abdominal aguda que aumenta, atinge o máximo e diminui) está associada ao comprometimento de diferentes órgãos. A dor é consequente à contração enérgica a musculatura lisa proximal a uma obstrução parcial ou completa de uma víscera oca (por exemplo, obstrução do duto cístico por cálculo biliar, obstrução do ureter por cálculo renal, obstrução do intestino delgado). Embora a cólica esteja associada a várias doenças, a **localização da cólica** pode contribuir para o diagnóstico. Dor contínua de grande intensidade sugerem inflamação peritonal ou isquemia

Modo de instalação, duração, intensidade podem contribuir para o diagnóstico. Por exemplo, instalação súbita de dor que atinge intensidade muito grande em minutos ocorre em isquemia mesentérica aguda (trombose ou embolia), roturas de víscera oca em peritônio livre (por exemplo, prenhez ectópica rota), bem como sobre os fatores que **induzem, exacerbam ou aliviam**. Por exemplo, cólica biliar e pancreatite podem ser desencadeadas ou exacerbadas pela ingestão de alimentos; a dor da úlcera péptica é frequentemente exacerbada por drogas anti-inflamatórias não-esteroidais.

Modificações das características da dor após o seu início podem ser úteis para o diagnóstico (por exemplo, a dor associada à apendicite frequentemente se

inicia na área peri-umbilical e se move posteriormente para o quadrante inferior direito do abdome, ao mesmo tempo que se intensifica).

Irradiação da dor, se presente, pode contribuir para o diagnóstico (irradiação para o ombro direito ou para a região infraescapular direita em paciente com dor no quadrante superior direito reforça a possibilidade de cólica biliar; dor epigástrica com irradiação dorsal sugere pancreatite)

Sintomas associados, se não relatados espontaneamente, devem ser pesquisados ativamente. Constipação e distensão abdominal são os sintomas frequentes a dor em cólica em pacientes com obstrução intestinal; em paciente com dor no quadrante inferior direito, febre reforça o diagnóstico de apendicite. Por outro lado, alguns sintomas como anorexia e náuseas, são frequentemente associados a dor abdominal mas são pouco específicos.

Manifestações antecedentes ao quadro atual de dor abdominal podem contribuir para o diagnóstico. Por exemplo, antecedente de dor epigástrica aliviada pela alimentação ou drogas bloqueadoras de ácido clorídrico em um paciente com dor abdominal difusa e intensa sugere a possibilidade de úlcera péptica perfurada; crises de dor em quadrante superior direito semelhantes ao quadro atual reforçam o diagnóstico de litíase biliar.

EXAME FÍSICO

A **posição** espontaneamente adotada pelo paciente deve ser observada. Pacientes com peritonite preferem permanecer imóveis, em decúbito dorsal, enquanto portadores de cólica biliar, obstrução ureteral ou obstrução intestinal não tem posição preferencial e muitas vezes se movimentam na busca de alívio.

A **inspeção** do abdome pode revelar: aumento global de volume por ascite ou distensão de segmentos do tubo digestivo, abaulamentos que podem, conforme a sua localização, indicar aumento de volume de fígado do baço, ou de tumores, equimoses não traumáticas dos flancos ou da região peri-umbilical (sinais de Grey-Turner e Cullen, respectivamente), que sugerem hemorragia retroperitoneal (pancreatite aguda hemorrágica, prenhez ectópica rota, ruptura de aneurisma de aorta, trauma), hérnias e cicatrizes cirúrgicas que sugerem obstrução intestinal, circulação colateral que, dependendo do tipo, indicam obstrução da veia porta ou da cava inferior.

A **ausculta** do abdome pode contribuir para os diagnósticos de obstrução intestinal (aumento do número e intensidade dos ruídos abdominais) ou peritonite (abolição dos ruídos, reconhecimento depende de dois períodos de observação de 2-3 minutos de duração, com intervalos de 20 a 30 minutos).

A **percussão** é particularmente útil em pacientes com distensão abdominal para distinguir ascite de distensão gasosa, para delimitar o fígado, o baço e tumorações detectadas na inspeção ou na palpação.

A palpação é uma parte importante da abordagem da dor abdominal aguda.

A palpação superficial deve ser realizada cuidadosamente em toda a superfície abdominal, buscando-se identificar áreas dolorosas e de aumento da tensão dos músculos da parede abdominal, sinais sugestivos de irritação peritoneal. Muitas vezes,

A manobra clássica para pesquisa da irritação peritoneal é a provocação da dor à decompressão brusca da parede abdominal (sinal de Blumberg). A manobra deve ser, de início, realizada superficialmente em um ponto afastado do local em que a dor é percebida espontaneamente e repetida da mesma maneira em outros locais. O ponto de dor espontânea deve ser o último testado. Se o sinal for negativo nessa série inicial, o mesmo procedimento é repetido com compressões gradualmente mais intensas. Procedendo-se assim, será possível concluir se que o sinal é negativo ou, se positivo, se a irritação é generalizada ou se restrita a uma área determinada. Deve-se evitar manobra enérgica de início; se houver peritonite, a dor muito intensa, cruel para o paciente, o impedirá de distinguir com precisão os limites da área dolorosa, e o tornará refratário a manipulações ulteriores.

Exames de imagem para diagnóstico da dor abdominal aguda

A **radiografia simples do abdome pode ser o recurso subsidiário** inicial para esclarecimento da dor abdominal aguda quando a principal suspeita levantada pelos dados clínicos for perfuração de víscera oca ou obstrução intestinal, particularmente se US e TC não se encontrarem prontamente disponíveis. Uma radiografia ortostática do abdômen (ou do tórax) pode detectar ar livre sob diafragma (pneumoperitônio) que indica perfuração de víscera oca. Múltiplas alças dilatadas do intestino e níveis hidroaéreos indicam obstrução intestinal em pacientes com dor abdominal. A sensibilidade do exame é moderada, de modo que o valor preditivo do seu resultado negativo é baixa, não permitindo a exclusão do diagnóstico suspeitado. Calcificações, como as que podem ocorrer na pancreatite crônica avançada, também podem ser vistas em radiografia simples.

A ultrassonografia é o exame de imagem de escolha quando a principal suspeita da dor abdominal for doença das vias biliares. É mais sensível do que a radiografia simples do abdome para detecção de pneumoperitônio e obstrução intestinal, e pode confirmar os diagnósticos de apendicite e diverticulite.

A tomografia computadorizada é o exame de imagem preferencial para o diagnóstico e estimativa da gravidade da pancreatite aguda, podendo confirmar os diagnósticos de apendicite e diverticulite. Também pode permitir o diagnóstico de isquemia intestinal e é útil para o diagnóstico de hernia sem extrusão do saco herniário e outras causas de dor por doenças da parede abdominal