

ELEMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO DO ABDÔMEN AGUDO

ELEMENTS FOR DIAGNOSIS OF THE ACUTE ABDOMEN

Ulysses G. Meneghelli

Docente. Divisão de Gastroenterologia. Departamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -USP.
CORRESPONDÊNCIA: Av. Sumaré, 414 - CEP 14025-450 Ribeirão Preto -SP. e.mail: ugmenegh@fmrp.usp.br

MENEGHELLI UG. Elementos para o diagnóstico do abdômen agudo. **Medicina, Ribeirão Preto, 36:** 283-293, abr./dez. 2003.

RESUMO - A presente revisão mostra que a anamnese detalhada do episódio atual e a tomada da história clínica progressiva, bem como o eficiente exame físico, continuam sendo os principais elementos para a detecção do abdômen agudo e para o diagnóstico da respectiva causa. Indica, também, que, para seu melhor desempenho, o médico deve ter bons conhecimentos anatômicos, e que sempre mantenha, na mente, as inúmeras causas que o abdômen agudo pode ter. Os principais exames laboratoriais e de imagem (radiográficos, ultra-sonográficos e de ressonância magnética) são apontados como preciosos elementos para que o médico possa completar o diagnóstico definitivo. Ressalta-se que a solicitação e a interpretação dos exames subsidiários devem ser orientadas pela observação clínica bem conduzida. Dada a gravidade que o abdômen agudo pode ter, indica-se que os bons resultados terapêuticos dependerão da precisão do diagnóstico e da presteza com que os adequados procedimentos de resolução do problema forem realizados.

UNITERMOS - Abdome Agudo. Diagnóstico Clínico. Exames Subsidiários.

1- INTRODUÇÃO

O objetivo da presente publicação é o de fornecer ao médico prático algumas bases clínicas e de exames subsidiários para o diagnóstico do abdômen agudo e o de suas causas. Dentro das proposições estabelecidas, não será abordado o abdômen agudo traumático e não serão feitas descrições individualizadas das diversas doenças que podem causar o abdômen agudo não traumático. O leitor poderá encontrar dados adicionais e aprofundar-se no assunto, consultando as obras listadas na bibliografia.

Denomina-se abdômen agudo a condição clínica caracterizada por dor abdominal, que se instala de forma aguda, à qual se associam, freqüentemente, outras manifestações locais e gerais, e que podem ter extrema gravidade. Procurando dar limites à característica tempo de dor abdominal, que denuncia o abdô-

men agudo, foi sugerido por alguns autores que o período crítico seria de 01 a 72 h, já que sintomas com duração maior ou menor, em geral, não necessitariam de diagnósticos imediatos ou tratamento de urgência. O médico, entretanto, não deve prender-se a esses prazos, mas avaliar todos os fatos clínicos aquém e além de limites propostos, desde o momento que começou a acompanhar a evolução do quadro agudo, apresentado pelo paciente.

O diagnóstico preciso da causa determinante e as repercussões locais e gerais do presente processo patológico devem ser o objetivo principal da avaliação clínica do paciente com abdômen agudo e ele deve ser feito no menor tempo possível. A precisão e a rapidez do diagnóstico são importantes, porque o abdômen agudo traduz, em geral, uma situação grave, muitas vezes com risco de vida, que exige tratamento imediato, o qual será tanto mais efetivo quanto mais cedo for instituído.

Para alcançar o objetivo mencionado, deve-se ter, como elementos básicos, a história clínica do episódio atual, a história pregressa, o exame físico e os exames laboratoriais e de imagens, adequadamente solicitados. Apesar do avanço que tem havido no diagnóstico complementar do abdômen agudo por meio dos exames de imagens, nas referências bibliográficas mais recentes, mencionadas neste trabalho, seus autores continuam reconhecendo que o mais importante meio para alcançar-se o diagnóstico preciso é a história clínica detalhada. Os resultados dos exames laboratoriais e de imagens fornecerão subsídios para comprovar ou não a hipótese diagnóstica, elaborada a partir dos dados colhidos na história clínica e no exame físico do paciente. Para chegar-se ao diagnóstico correto, no mais curto intervalo de tempo, é importan-

te que o médico tenha bons conhecimentos de anatomia, e que mantenha sempre presente, em sua mente as inúmeras causas que o abdômen agudo pode ter.

2- CAUSAS E CLASSIFICAÇÃO

É grande o número de causas que podem determinar o quadro do abdômen agudo. Dentre elas podem ser incluídos variados tipos de afecções dos órgãos digestivos abdominais, do fígado e do baço, dos órgãos pélvicos, do peritônio e dos mesentérios, de estruturas vasculares e do retroperitônio. Na Tabela I, apontam-se as causas freqüentes de abdômen agudo provocado por afecções de órgãos e de outras estruturas anatômicas, situadas no segmento abdominal do tronco.

Tabela I - Causas abdominais de abdômen agudo, segundo a sede do processo patológico responsável (Mulholland MW & Sweeney JF, 2003, modificado)

<i>Gastrointestinal</i>	
Apendicite	Úlcera péptica perfurada
Obstrução intestinal (delgado e grosso)	Perfuração intestinal
Isquemia mesentérica	Diverticulite do cólon
Diverticulite de Meckel	Doença inflamatória intestinal
<i>Pâncreas, vias biliares, fígado e baço</i>	
Pancreatite aguda	Colecistite aguda
Abscesso hepático	Tumor hepático hemorrágico
Hepatite aguda	Colangite aguda
Rotura esplênica	
<i>Peritoneal</i>	
Peritonite primária (peritonite bacteriana espontânea)	
Peritonites secundárias a doenças agudas de órgãos abdominais ou pélvicos e a traumas abdominais	
<i>Urológica</i>	
Cálculo ureteral	Pielonefrite
Cistite	
<i>Retroperitoneal</i>	
Aneurisma aórtico	Hemorragia
<i>Ginecológicas</i>	
Cisto ovariano roto	Torsão ovariana
Gravidez ectópica	Salpingite aguda
Endometriose	Rotura uterina
<i>Parede abdominal</i>	
Hematoma do músculo reto	

Tabela II - Classificação do abdômen agudo de origem abdominal, segundo a natureza da processo determinante (Lopes AC; Reibschid S & Szejnfeld J. 2004)

- 1) Inflamatório: apendicite aguda, colecistite aguda, pancreatite aguda, diverticulite do cólon, doença inflamatória pélvica, abscessos intracavitários, peritonites primárias e secundárias, febre do Mediterrâneo.
- 2) Perfurante: úlcera péptica, câncer gastrointestinal, febre tifóide, amebíase, divertículos de cólons, perfuração do apêndice, perfuração da vesícula biliar.
- 3) Obstrutivo: obstrução pilórica, hérnia estrangulada, bridas, áscaris, corpos estranhos, cálculo biliar, volvo, intussuscepção.
- 4) Hemorrágico: gravidez ectópica, rotura de aneurisma abdominal, cisto hemorrágico de ovário, rotura de baço, endometriose, necrose tumoral.
- 5) Vascular: trombose da artéria mesentérica, torção do grande omento, torção do pedículo de cisto ovariano, infarto esplênico.

A especificação da natureza do processo patológico, que envolve as estruturas abdominais, na determinação do abdômen agudo, é outra forma utilizada para classificar-se a afecção. Cada um dos tipos de abdômen agudo da classificação pode ter diferentes etiologias, mas cada um deles corresponde a um quadro sintomático, que pode ser útil para as considerações diagnósticas e terapêuticas. Tal classificação é mostrada na Tabela II.

Por outro lado, há doenças, de localização extra-intestinal ou sistêmica, que podem provocar o quadro clínico de abdômen agudo. Uma característica é a de não terem indicação para tratamento cirúrgico. Na Tabela III, são mostradas causas extra-abdominais e sistêmicas de abdômen agudo.

3- DIAGNÓSTICO

História clínica do episódio atual

É consenso atual que a história clínica é a parte mais importante da avaliação do paciente com abdômen agudo. É fundamental que o médico tome conhecimento de todos os detalhes de cada um dos sintomas que o paciente apresenta, o que deve ser feito com calma, apesar do estado de agita-

ção em que, em geral, se encontra o paciente. Tomados subitamente de uma dor intensa, é comum os pacientes apresentarem-se psicologicamente, alterados, com medo, aflitos e angustiados com a noção de que alguma coisa esta ameaçando sua integridade física

Tabela III - Causas extra-abdominais de abdômen agudo (Mulholland MW & Sweeney JF, 2003, modificada)

Torácicas

Infarto do miocárdio Pneumonia de lobo inferior Infarto pulmonar	Pericardite aguda Pneumotórax Embolia pulmonar
--	--

Hematológicas

Crise falciforme	Leucemia aguda
------------------	----------------

Neurológicas

Herpes zoster Compressão de raiz nervosa	Tabes dorsal
---	--------------

Metabólicas

Cetoacidose diabética Porfíria intermitente aguda	Crise Addisoniana Hiperlipoproteinemia
--	---

Relacionadas e tóxicos

Intoxicação por chumbo Abstinência de narcóticos	Picadas de cobras ou insetos
---	------------------------------

Etiologia desconhecida

Fibromialgia	
--------------	--

ou pondo em risco sua vida. Compete ao médico, ao mesmo tempo em que faz a observação clínica, tranquilizar, apoiar e transmitir confiança e esperança ao paciente. A atenção e os cuidados, em geral, são bons antídotos para a agitação do paciente. É necessário que o médico não só demonstre ao paciente, por palavras e comportamento, o interesse em descobrir do que ele padece e a disposição sincera de querer ajudá-lo, como, também, intimamente, se compenetre desses sentimentos e efetivamente deles se convença e se concentre, para realizar o bom trabalho clínico.

A dor aguda é o principal sintoma a ser caracterizado clinicamente. Para a correta avaliação desse sintoma, é necessário saber o que é dor somática e o que é dor visceral. Para isso, é interessante que se revejam algumas noções da neuroanatomia das vias de transmissão, dos impulsos que serão conscientizados como dor. Para melhor compreensão do que será descrito a seguir, devem ser considerados os esquemas apresentados na Figura 1 e na Figura 2.

A dor somática resulta de impulsos nervosos aferentes, originários da pele, dos músculos e do peritônio parietal e da raiz do mesentério, que são levados por neurônios integrantes dos nervos espinais até a raiz posterior da medula, onde se localizam seus corpos celulares. O outro ramo desses neurônios penetra na medula cinzenta, na região do corno posterior, e conduzem os impulsos a um segundo neurônio. Este neurônio cruza para o lado oposto da medula e, daí, os impulsos ascendem pelo trato espinotalâmico lateral até o núcleo central posterior do tálamo. Por meio de um terceiro neurônio, os impulsos são conduzidos à cortex. (Figura 1) Os neurônios que transmitem tais impulsos têm características morfofuncionais, que permitem que a sensação de dor somática seja percebida com apurada precisão quanto ao local de origem do estímulo, mesmo que puntiforme. Assim, a localização de lesões dolorosas da pele, dos músculos e do peritônio parietal é identificada com exatidão.

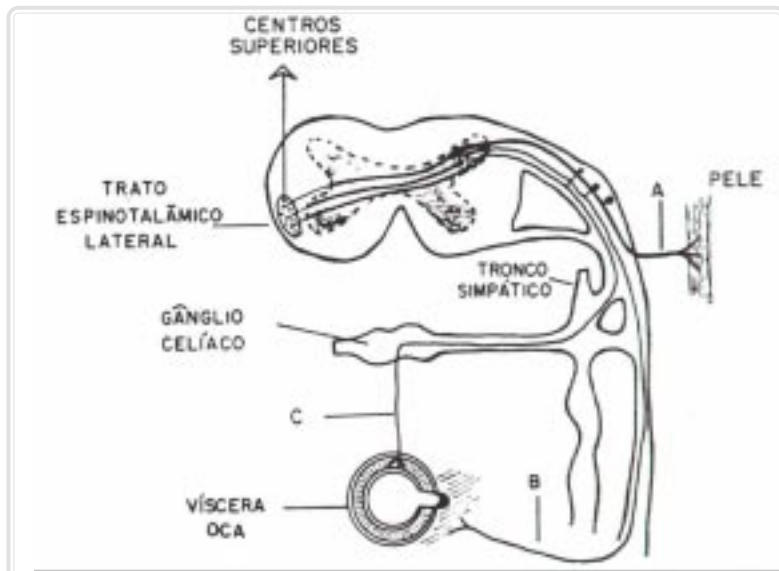


Figura 1 - Diagrama ilustrativo, que mostra o trajeto aferente das fibras nervosas sensoriais espinais, oriundas da pele e do mesentério (respectivamente, A e B) e o das fibras viscerais, providas de uma alça intestinal (C). (Bockus HL, modificado, 1974)

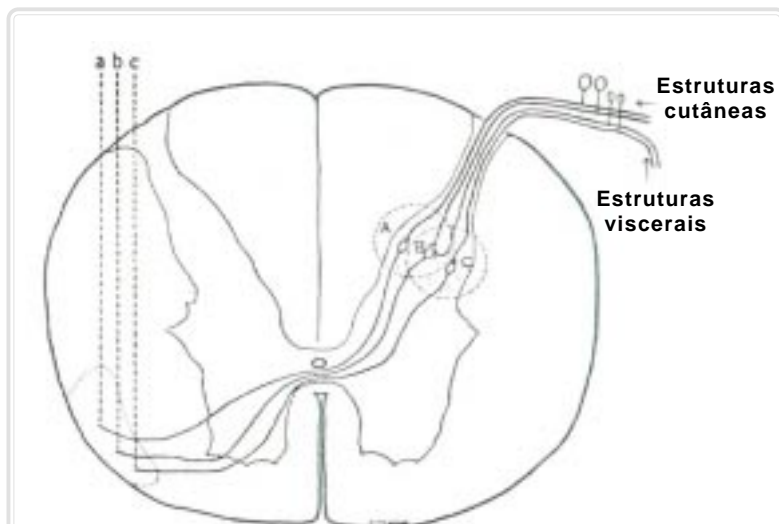


Figura 2 - Diagrama ilustrativo do mecanismo que explica as dores viscerais, a verdadeira e a referida, baseado no conceito do *pool* de neurônios de Sherrington.

O conjunto das áreas **a**, **b** e **c** representa o local onde se situam os neurônios das fibras do trato espinotalâmico de um segmento da medula espinhal. O neurônio em **a** recebe, exclusivamente, uma fibra vinda de estruturas cutâneas, veiculando, portanto, impulsos do tipo de dor somática. O neurônio em **c** recebe apenas fibra oriunda de estrutura visceral, conduzindo, portanto, os impulsos da dor visceral verdadeira.

O neurônio em **b** recebe fibras procedentes tanto de estruturas somáticas como de viscerais; a convergência de fibras para um neurônio medular comum é responsável para a percepção da dor visceral em áreas cutâneas, ou seja, a dor referida. (Bockus HL, 1974)

A dor visceral é aquela que é percebida quando os estímulos nocivos atuam em terminações sensitivas, específicas, situadas nas vísceras e no peritônio visceral. (Figura 1) Por meio de fibras aferentes, integrando nervos simpáticos, os impulsos chegam à raiz posterior da medula, via ramos comunicantes brancos. Essas fibras aferentes penetram no corno posterior juntamente com as fibras somáticas e levam os impulsos até o segundo neurônio que cruza para o lado oposto na medula. Em seguida, esses impulsos nervosos chegam até as zonas superiores pelas vias já mencionadas. Pode-se distinguir dois tipos de dor visceral: a verdadeira e a referida.

Nas vias de transmissão nervosa, que levam à percepção da dor visceral verdadeira não é incluída qualquer participação de neurônios somáticos. (Figura 2) Por isso, é expressa com pouca precisão de localização e de limites. Costuma ser indicada como de situação profunda, na linha média do abdômen ou em áreas laterais, com característica que pode ser definida como queimação, peso ou cólica, com intensidade variável, desde leve incômodo até extremamente forte.

Nas vias que levam à percepção da dor visceral referida, ocorre a participação de elementos componentes da cadeia de neurônios, responsável pela sensibilidade somática. (Figura 2) No corno posterior da medula, muitas das fibras aferentes viscerais contraem sinapse com neurônios secundários, que recebem, também, neurônios procedentes de zonas superficiais do corpo. Conseqüentemente, a representação cerebral de estímulos vindos das vísceras pode ser interpretada como procedente da superfície, no dermatomo correspondente ao do neurônio somático, que se contactou com o neurônio secundário, comum a ambas as procedências. Em outras palavras, há fibras somáticas e fibras viscerais que carregam impulsos a neurônios secundários, comuns a ambas, no corno posterior da medula, originando percepção de dor em área que não coincide, exatamente, com aquela de origem dos estímulos. Tendo participação somática, a dor visceral referida pode ter precisão de localização. O clássico exemplo de dor visceral referida é a da úlcera duodenal não complicada: dor na linha mediana, circunscrita no alto epigástrico. A dor visceral referida é muito comum nas afecções agudas dos órgãos abdominais.

Quando um processo inflamatório agudo afeta, restritamente, uma viscera ou seu peritônio visceral, origina-se dor abdominal verdadeira ou referida. Se o processo patológico estender-se ao peritônio parietal ou à raiz do mesentério, a dor passa a ser do tipo somático, alterando-se suas características, particular-

mente, sua localização. Assim, por exemplo, a dor inicial da apendicite aguda, em geral, localiza-se difusamente na região umbilical, como dor visceral que é. Posteriormente, quando o processo inflamatório atinge o peritônio parietal, a dor será percebida precisamente na área abdominal, que está em correspondência anatômica com o processo patológico, habitualmente, na fossa ilíaca direita.

Para a correta interpretação clínica da dor abdominal, é necessário identificar suas características. Há, entretanto, a considerar que vários fatores influenciam a forma pela qual os pacientes expressam a dor abdominal, e isso pode dificultar a avaliação das características desse sintoma. Alguns dos fatores são relacionados à própria lesão e incluem sua natureza, localização, forma de instalação, tempo de evolução, variações anatômicas e experiências prévias com dores abdominais por outras causas que não a atual. Outros fatores dizem respeito à personalidade do paciente. Há aqueles que descrevem seus sintomas de forma prolixa e outros que não os comunicam suficientemente. Em ambos os casos, há tendência à distorção das características dos sintomas, causando dificuldades para o raciocínio diagnóstico. Os neuróticos sentem a dor de forma muito intensa, descrevendo-a com exagero de detalhes. Os estóicos encontram dificuldades para interpretá-la e descrevê-la. As dificuldades relacionadas à personalidade dos pacientes são independentes de seus respectivos níveis culturais.

O conhecimento dos seguintes atributos da dor abdominal pode orientar o diagnóstico do abdômen agudo: a) modo de aparecimento e curso; b) localização inicial, mudança de local e irradiação; c) intensidade e tipo; d) fatores agravantes e fatores que aliviam; e) sinais e sintomas associados.

a) Modo de aparecimento e curso. Deve-se procurar informações acerca dos aspectos cronológicos da dor abdominal e de outros sintomas, a saber, a rapidez de apresentação e de evolução dos mesmos. A dor que tem início abrupto, intensa e bem localizada, em geral, indica um grave problema intra-abdominal, como a perfuração de uma viscera oca, infarto mesentérico ou aneurisma roto. Então, os pacientes costumam lembrar a hora exata do início do sintoma e o que estavam fazendo naquele momento. O segundo ponto a considerar dentro da temporalidade da apresentação do quadro clínico é a evolução dos sintomas. A dor de uma gastroenterite aguda costuma ser autolimitada, enquanto, em outras doenças, pode ter caráter progressivo. A dor em cólica, como a provocada por cálculos renais no

ureter, caracteriza-se por ritmo crescendo/decrecendo. Cope considera, como regra geral, que, para a maioria dos pacientes, as dores abdominais fortes, que se apresentam em pessoas que antes estavam bem, com duração de até seis horas, são sugestivas de que o caso exigirá tratamento cirúrgico.

b) Localização inicial, mudança de local e irradiação. Deve-se solicitar ao paciente que aponte, com a melhor precisão que puder, a sede do processo doloroso inicial, sua extensão e os sítios de irradiação. A dor visceral, como regra, localiza-se na linha mediana ou em suas imediações, e estará localizada tanto mais para baixo dessa linha quanto mais distal estiver a lesão no tubo digestivo e em outras vísceras abdominais. (Figura 3)

Na área A da Figura 3, correspondente ao epigástrio e imediações, costumam localizar-se as dores das úlceras gástrica e duodenal, das gastrites agudas, das colecistites e pancreatites, das obstruções intestinais altas, da apendicite (fase inicial), dos abscessos subfênicos, das hepatites agudas e até de afecções supradiaphragmáticas, como pneumonias, angina e infarte do miocárdio.

Na área B da Figura 3, correspondente ao mesogástrio e adjacências, localizam-se as dores de afecções agudas do intestino delgado (infecções, obstrução, isquemia, distensão), da apendicite (fase inicial) e da pancreatite aguda.

Na área C da Figura 3, correspondendo ao hipogástrio e zonas limítrofes, e em todo o baixo ventre, situam-se as dores do intestino grosso (obstrução, isquemia, distensão, diverticulite, apendicite), de doenças ginecológicas (salpingite, gravidez ectópica, afecções dos ovários) e urológicas (cistites).

Dor na região dorsal pode ocorrer nas úlceras perforantes da face posterior do estômago ou do duodeno. As afecções ureterais costumam manifestar-se por dor em áreas laterais do abdômen, com tendência a irradiar-se ou migrar-se em direção à genitália. As dores decorrentes de cálculos biliares podem provocar dor que, vai irradiar-se para a região da omoplata direita. Os abscessos hepáticos e os subfênicos produzem dor irradiada para a região supraclavicular e face lateral direita do pescoço, territórios de curso do nervo frênico direito. Nas pancreatites agudas, pode-se observar irradiação em faixa, uni ou bilateralmente, para a região dorsal.

Quando o peritônio parietal é atingido por um processo inflamatório ou irritativo agudo, a dor abdominal tende a migrar e localizar-se na região correspondente à da lesão e ter irradiações mais ou menos características, como mostra a Figura 4.

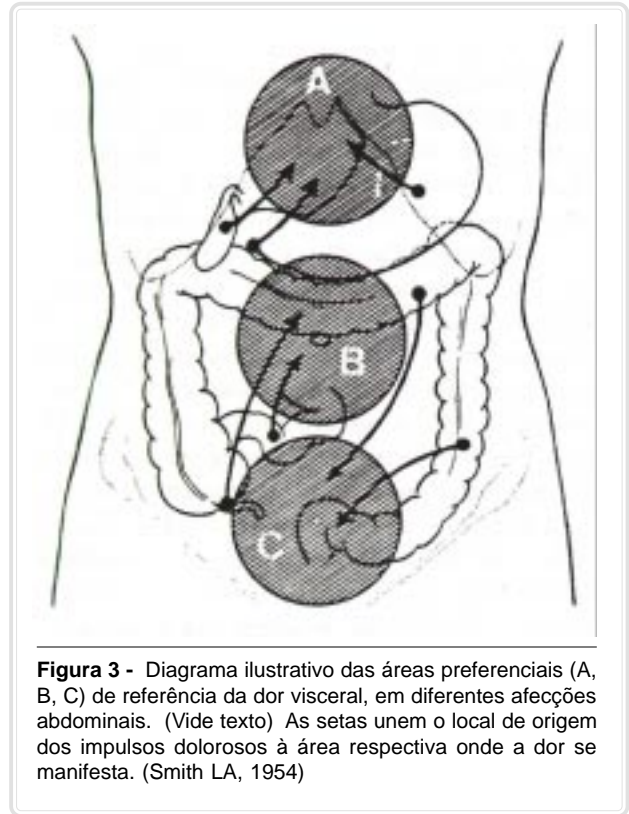


Figura 3 - Diagrama ilustrativo das áreas preferenciais (A, B, C) de referência da dor visceral, em diferentes afecções abdominais. (Vide texto) As setas unem o local de origem dos impulsos dolorosos à área respectiva onde a dor se manifesta. (Smith LA, 1954)

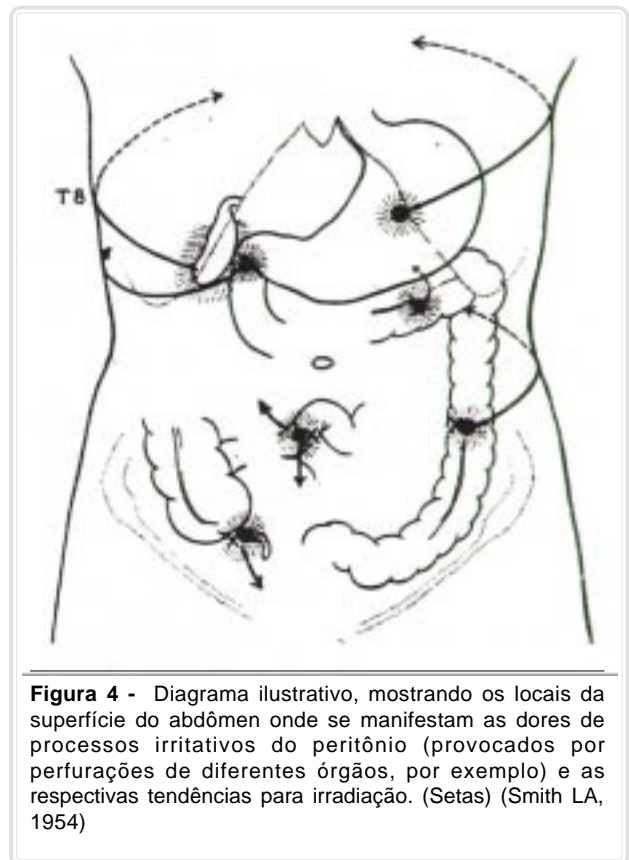


Figura 4 - Diagrama ilustrativo, mostrando os locais da superfície do abdômen onde se manifestam as dores de processos irritativos do peritônio (provocados por perfurações de diferentes órgãos, por exemplo) e as respectivas tendências para irradiação. (Setas) (Smith LA, 1954)

c) Intensidade e tipo. A intensidade da dor, nem sempre, guarda relação com a intensidade do fator que a está provocando, pois depende da sensibilidade de cada pessoa, que, por sua vez, está relacionada a experiências anteriores com episódios dolorosos, com a personalidade e com fatores étnicos e culturais. As dores mais intensas costumam ser provocadas pelas afecções agudas de caráter inflamatório, isquêmico ou obstrutivo. Entretanto, uma condição estritamente funcional, como o espasmo de uma víscera oca, pode produzir dor de forte intensidade. Sudorese, palidez, bradicardia, hipotensão arterial, náuseas e vômitos são sinais de que a dor, efetivamente, tem grande intensidade, mesmo colocando-se à parte os componentes psíquicos que estejam interferindo no quadro clínico. O fato de a dor despertar o paciente de seu sono constitui boa evidência de que o quadro clínico deve estar sendo provocado por uma causa orgânica.

A dor em cólica, caracterizada por sensação de torcida ou constrição intermitente, que pode assumir alta intensidade durante curto intervalo de tempo, seguido de abrandamento, é típica de processos obstrutivos agudos dos órgãos tubulares e encontra exemplos nas litíases ureteral (cólica renal) e biliar (cólica biliar) e nas obstruções do trato gastrointestinal. A dor “em pontada” ou “em facada” apresenta-se em processos inflamatórios, que envolvem o peritônio.

d) Fatores agravantes e fatores que aliviam. São, principalmente, relacionados a posições que o doente assume. Pacientes com peritonite movem-se o mínimo possível, e a deambulação e a trepidação (por exemplo, no automóvel, ao ser transportado ao hospital) pioram a dor. Ao contrário, o paciente com cólica renal movimentava-se muito, não encontrando uma posição que lhe agrade. Nas afecções inflamatórias do retroperitônio, como nas pancreatites, o paciente tende a fletir o tronco em relação aos membros inferiores ou pôr-se em posição de cócoras.

e) Sinais e sintomas associados. O estabelecimento de uma relação entre a dor e outras manifestações concomitantes representa poderoso auxílio para chegar-se ao diagnóstico. Os exemplos mais significativos são: a icterícia e a colúria, indicando doença relacionada ao fígado ou de vias biliares; hemorragia digestiva, solução de continuidade no tubo digestivo; vômitos de estase (contendo alimentos ingeridos muitas horas antes), obstrução intestinal alta; disúria e hematúria, cálculo urinário; manifestações

sistêmicas de arterioesclerose, isquemia mesentérica; alterações ginecológicas, dor relacionada ao sistema genital; evidências de gravidez: prenhez tubária rota.

HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA

A história clínica pregressa pode trazer importantes informações para o diagnóstico do quadro atual de abdômen agudo. Episódio semelhante ao atual pode já ter ocorrido por uma ou mais vezes e indica uma doença recorrente, que pode já ter sido devidamente esclarecida. Isso pode acontecer com pacientes com pancreatite crônica, com surtos de agudização, com cálculos ureterais; com inflamações pélvicas; com cálculos biliares e com a porfíria intermitente aguda. Em pacientes com abdômen agudo perfurativo, a história de úlcera péptica crônica apontará para o mais provável diagnóstico. A ocorrência prévia de angina ou enfarte do miocárdio, de acidentes vasculares cerebrais ou arteriopatas periféricas serão fortes suportes para a hipótese de isquemia mesentérica. A sabida existência de doença de Crohn induz o diagnóstico de oclusão intestinal, para explicar um quadro de abdômen agudo obstrutivo. Brides ou aderências consequentes a operações abdominais prévias podem explicar um abdômen agudo do tipo obstrutivo. O conhecimento de exposição do paciente ao chumbo, a ponto de poder intoxicar-se, pode auxiliar no estabelecimento da causa de um abdômen agudo. É, portanto, de boa conduta, investigar possível doença que venha acometendo o paciente e saber se a mesma pode determinar quadro de abdômen agudo, em sua evolução.

Antecedentes familiares de anemia falciforme, de anemia do Mediterrâneo ou de outras doenças de natureza hereditária também devem ser investigados.

EXAME FÍSICO

O exame clínico do paciente deve incluir o exame físico geral, o exame do segmento cefálico e do pescoço, do tórax e do abdômen, dos membros e do sistema nervoso. Por vezes, é fora do abdômen que se encontra a explicação de um abdômen agudo, como, por exemplo, uma fibrilação atrial, como fonte de êmbolos determinantes de oclusão mesentérica aguda. O exame deverá ser feito com a objetividade que as particularidades do caso e do momento exigem e ser interpretado dentro do contexto da história clínica e das características de cada paciente.

Na inspeção do abdômen, deve-se estar atento para a detecção de distensão, cicatrizes, hérnias, equimoses e peristaltismo visível. É importante considerar que o peristaltismo configurado na parede abdominal é sinal de oclusão intestinal e deve ser, preferencialmente, observado durante a crise dolorosa.

A ausculta dos ruídos hidroaéreos produzidos no abdômen, podem ter expressivo significado diagnóstico. Por exemplo, a concomitância de ruídos ouvidos à distância ou hiperativos (borboríngos) com dores intensas em cólica é muito sugestiva de que esteja havendo obstrução intestinal. O mesmo significado pode ter os ruídos de timbre metálico, audíveis com o estetoscópio. São sinais que ocorrem na fase inicial da obstrução, mas a intensidade tende a reduzir-se com a exaustão do movimento propulsivo, que tenta superar um obstáculo. Ruídos hiperativos, também, acompanham quadros de diarreia intensa e quando uma quantidade grande de sangue é perdida para a luz gastrointestinal, como nas hemorragias digestivas altas. Por outro lado, a redução dos ruídos ou, mais ainda, sua abolição, constituem elemento semiológico, indicativo de ausência de movimentos das alças intestinais, sugerindo que o abdômen agudo esteja acompanhado de peritonite. A ausculta de sopros arteriais é indicativa de afecção vascular presente, como isquemia intestinal ou aneurisma de aorta.

O processo inflamatório, irritativo ou isquêmico, característico de algumas doenças que podem produzir abdômen agudo, pode atingir os peritônio visceral e parietal. Quando o peritônio parietal for afetado por um processo inflamatório ou irritativo, haverá hiperalgia à palpação, na mesma região anatômica onde se situa o processo patológico. Além disso, desencadeia-se um fenômeno reflexo, que faz com que haja aumento de tensão, até mesmo, rigidez da musculatura, na área correspondente. Essas anormalidades são perceptíveis ao fazer-se a palpação superficial bimanual do abdômen, examinando-se, simultaneamente, áreas simétricas. A manobra de provocação de dor à descompressão brusca (sinal de Blumberg), feita, cautelosamente, para não induzir sofrimento desnecessário ao paciente, indicará peritonite. A localização anatômica de tais anormalidades indicará o provável órgão comprometido. A dor à palpação e a rigidez em todas as regiões do abdômen impõem, entretanto, o diagnóstico de peritonite generalizada. Um paciente idoso imunodeprimido, um paciente debilitado ou um diabético podem não mostrar os típicos sinais de peri-

tonismo acima descritos, até mesmo na presença de uma víscera perfurada. Sensibilidade dolorosa, não muito acentuada, com leve aumento de tensão da parede abdominal, em geral, são devidos a causas que não têm indicação de tratamento cirúrgico, como as gastroenterites, as salpingites e a peritonite bacteriana espontânea, dos pacientes com ascite. Sempre, é necessário diferenciar o aumento de tensão provocado pelo reflexo peritoniomuscular, da tensão, voluntária do paciente.

Pela palpação do abdômen, deve-se, também, investigar alterações relacionadas ao conteúdo da cavidade abdominal e da pélvis, mas isso é dificultado pela hiperalgia e pela contratura muscular. Entretanto, a detecção de visceromegalias ou a de massas palpáveis, devidamente avaliadas em suas características semiológicas, representam importante dado para se chegar ao diagnóstico. Uma alça palpável tensa, semelhante a um chouriço (alça de Wohll), correspondente a uma alça intestinal torcida em dois pontos, pode definir o volvo do sigmóide, complicação que ocorre em cerca de 15 % de pacientes com megacólon chagásico. Um achado, no exame do abdômen agudo, provocado pela colecistite aguda é o clássico sinal de Murphy: dor intensa e defesa do abdômen à compressão do ponto cístico com o dedo indicador, durante a inspiração.

O timpanismo obtido pela percussão da área de projeção do fígado, onde, habitualmente, há som maciço, é conhecido como sinal de Jobert, e pode fortalecer a hipótese de perfuração gástrica ou intestinal, em peritônio livre. Deve ser considerado, entretanto, que a distensão abdominal por gases dificulta a interpretação do desaparecimento da macicez hepática. Dor intensa, despertada pela percussão de áreas limitadas, situadas dentro da zona de projeção do fígado, na parede abdominal, feita com as pontas dos dedos reunidas, sugere abscesso hepático, amebiano ou bacteriano (sinal de Torres Homem). A determinação da macicez móvel e do semicírculo de Skoda, são importantes elementos para o diagnóstico da ascite e para a diferenciação dela de outras coleções líquidas intra-abdominais. A produção de dor pela punhopercussão da região lombar (sinal de Giordano) indica doença inflamatória do retroperitônio.

Os órgãos pélvicos e a genitália externa devem ser examinados, bem como, realizados o toque retal e o vaginal, a fim de serem colhidos dados para o diagnóstico de uma causa genital, urológica ou retal, para o paciente com abdômen agudo.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Dois tipos de exames subsidiários fornecem importantes elementos para o diagnóstico do abdômen agudo: os exames laboratoriais e os exames de imagens obtidas por métodos radiográficos, ultra-sonográficos e pela ressonância magnética. Além desses, outros procedimentos podem ser utilizados, como a lavagem peritoneal, a laparoscopia e a laparotomia exploradora.

É importante salientar que a solicitação dos exames subsidiários deve ser orientada pelas hipóteses diagnósticas, feitas mediante a análise criteriosa dos dados obtidos pela anamnese e pelo exame físico. Por outro lado, a interpretação dos exames subsidiários realizados, igualmente, deverá ser feita à luz dos dados clínicos, que cada paciente apresenta.

EXAMES LABORATORIAIS

Aconselha-se que dois exames devam ser feitos em todos os pacientes que apresentem o quadro de abdômen agudo: o hemograma e a análise de rotina da urina.

O hemograma dará informações sobre a ocorrência de anemia e de suas características, cuja presença não só auxilia a confecção do diagnóstico, como, também, fornece ao cirurgião elementos para a indicação de transfusão de sangue, com vistas a eventual operação de urgência. A contagem global e específica dos leucócitos fornece informações sobre a natureza do processo que está determinando o quadro de abdômen agudo. O aumento do número de granulócitos ocorre, principalmente, quando infecção bacteriana grave ou necrose tecidual está sendo responsável pelo abdômen agudo. Entretanto, deve ser lembrado que o estresse intenso, hemorragias, intoxicações várias e outras condições patológicas podem, também, produzir granulocitose. As granulações tóxicas, presentes nos neutrófilos são indicativas de que há, em cena, um quadro infeccioso grave ou intoxicação por metais pesados. Em suma, o hemograma fornece evidências da gravidade atual ou potencial de um abdômen agudo, quando mostra: 1) grande elevação do número de leucócitos, com grande percentual de neutrófilos; 2) alta proporção de formas jovens; 3) ausência de eosinófilos; 4) presença de granulações tóxicas ou vacuolização nos neutrófilos; 5) diminuição absoluta do número de linfócitos. Por outro lado, na vigência de um quadro clínico de abdômen agudo, a

ocorrência de leucopenia pode significar infecção grave e de mau prognóstico. Frequentemente, o hemograma é solicitado mais uma ou duas vezes, no decorrer de um quadro de abdômen agudo, a fim de ser avaliada a evolução do processo patológico.

A análise de rotina da urina é muito útil para a caracterização de processos urológicos, determinantes de dores abdominais agudas. A elevada densidade da urina é observada, se o paciente estiver desidratado. Presença de bilirrubina indica processo obstrutivo de vias biliares. A leucocitúria, particularmente, sob forma de aglomerados de leucócitos, indica infecção no trato urinário, mas, pode estar presente em agudos processos infecciosos de vísceras abdominais, que mantêm relações anatômicas com o ureter (em apêndices, por exemplo). A ocorrência de hematúria indica a presença de cálculos urinários, necrose tubular aguda, cistite necrotizante, anemia falciforme ou doença hemorrágica. A urina do paciente com porfiria aguda intermitente, causa de abdômen agudo, adquire cor vinhosa, quando deixada exposta à luz solar, fenômeno este que é acelerado pela acidificação com ácido clorídrico.

A determinação da amilase é dado laboratorial muito útil para o diagnóstico das pancreatites agudas ou das recidivas agudas das pancreatites crônicas. Em princípio, deve ser sempre solicitada a pacientes com dor abdominal aguda, que são ou já foram alcoolistas. A hiperamilasemia acontece desde as primeiras horas de instalação da pancreatite aguda e permanece por dois a cinco dias. Não há relação entre o grau de elevação da amilase sérica e a gravidade da doença pancreática aguda. A hiperlipidemia, presente em cerca de 5 a 10 % das pancreatites agudas, bem como a hiperglicemia, decorrente de infusões endovenosas de glicose, na ocasião da coleta do sangue para a determinação da amilase, podem produzir falsos baixos níveis de amilase. A hiperamilasemia pode, também, ser encontrada na cetoacidose diabética, na obstrução intestinal, na trombose mesentérica, na gravidez ectópica rota, na insuficiência renal e após administração de opiáceos. A dosagem de amilase poderá ser feita em líquido ascítico, na suspeita de ascite pancreática; nessa circunstância, os valores da amilase, no líquido ascítico, serão muito superiores aos observados no soro.

A contagem de polimorfonucleares, no líquido ascítico de paciente com suspeita de peritonite bacteriana espontânea, indicará esse diagnóstico, quando for acima de $250/\text{mm}^3$.

Outros testes específicos, dependentes das hipóteses diagnósticas que foram levantadas, devem ser solicitados, como, por exemplo, coagulograma, teste de gravidez, contagem de polimorfonucleares em líquido ascítico (peritonite bacteriana espontânea), teste de Watson-Schwartz ou do aldeído de Erlich (porfíria aguda intermitente), pesquisa de pontilhado basófilo nas hemácias (intoxicação por chumbo), etc.

A determinação de sódio e potássio no plasma, e a medida do pH plasmático e a gasometria, muitas vezes, são necessárias para verificar-se a possibilidade de distúrbios hidroeletrólíticos e do equilíbrio acidobásico, enquanto que a dosagem de uréia e creatinina sérica informam sobre a função renal.

EXAMES DE IMAGEM

Métodos radiológicos. A radiografia convencional e a tomografia computadorizada podem trazer preciosos informes para o estabelecimento do diagnóstico do abdômen agudo, particularmente se o exame for conduzido e interpretado por radiologista com boa experiência nesse tipo de condição patológica. É muito importante, também, que o clínico forneça ao radiologista todas as informações obtidas na anamnese e no exame físico, bem como suas suspeitas diagnósticas.

Para a realização da radiografia simples do abdômen, o clínico deve solicitar, pelo menos uma radiografia tomada com o paciente em posição supina e outra com o paciente em pé. Entretanto, diante da suspeita diagnóstica, o especialista costuma tomar a iniciativa de utilizar-se de incidências adicionais que evidenciarem melhores imagens radiográficas, para documentar o processo patológico. O exame radiográfico simples do abdômen, pela simplicidade, pela facilidade em ser realizado e pelos subsídios importantes que pode trazer para o diagnóstico de qualquer das causas de abdômen agudo, pode ser solicitado na generalidade dos casos. Particularmente, traz elementos diagnósticos para os abdômenes agudos do tipo obstrutivo, perfurante e inflamatório, nos quais os sinais radiográficos mais significativos são, respectivamente, distensão de alças a montante da oclusão, pneumoperitônio e massas inflamatórias.

A tomografia computadorizada, cada vez mais, vem ganhando importância na elucidação diagnóstica do abdômen agudo. A tomografia helicoidal permite que o exame do abdômen seja feito em menor tempo do que o faz a tomografia axial. É o exame de ima-

gem ideal para o diagnóstico e o estadiamento da pancreatite aguda e do abdômen agudo vascular e para o estudo de coleções líquidas, intra-abdominais. A distensão abdominal por gases, fator que dificulta o exame ultra-sonográfico, não é empecilho para a tomografia computadorizada, devendo ser o exame preferido, se tal anormalidade for detectada ao exame do abdômen. A tomografia computadorizada permite a detecção de lesões inflamatórias (apendicite, diverticulite e abscessos), neoplásicas (cólon, pâncreas), vasculares (trombose de veia porta, pileflebite e aneurismas) e de hemorragias peritoneais e retroperitoneais (rotura de órgãos, trauma).

Ultra-sonografia. Sendo um exame absolutamente inócuo, sem contra-indicações, de baixo custo, disponível na maioria dos hospitais e capaz de fornecer, com rapidez, imagens muito úteis para o diagnóstico do abdômen agudo, a ultra-sonografia é um aliado indispensável para o clínico. Modelos portáteis de aparelhos de ultra-sonografia permitem que o exame de imagem seja feito em seguida ao exame físico, no próprio leito do paciente, propiciando maior rapidez para a obtenção do diagnóstico. Embora pleno de facilidades, o exame ultra-sonográfico exige muita capacitação do profissional que o faz e o interpreta. A ingestão prévia de uma refeição não representa contra-indicação para o exame, mas o radiologista deve ser informado da composição e do horário da última refeição. A maior dificuldade para o exame, como já mencionado, é a distensão do abdômen por gases. A ultra-sonografia é exame, particularmente, útil para confirmar ou afastar hipóteses diagnósticas, de causas de abdômen agudo inflamatório. As apendicites, as colecistites, as diverticulites, a gravidez ectópica e as doenças inflamatórias pélvicas e do trato urinário são diagnosticadas com segurança. Complicações do tipo abscessos, empiemas e perfurações podem, também, ser identificadas pela ultra-sonografia. É, também, o exame de imagem de escolha nas pacientes grávidas.

Ressonância magnética. O desenvolvimento de novos equipamentos e técnicas de ressonância magnética permitiu que a aquisição de imagens seja feita em menos de 25 seg, o que a torna perfeitamente viável, numa condição que exige diagnóstico feito em curtos intervalos de tempo e, além disso, reduz os artefatos produzidos pela movimentação do paciente. A ressonância magnética, contrastada com gadolínio, é indicada como uma alternativa à tomografia compu-

tadorizada, na avaliação e no estadiamento da pancreatite aguda, quando houver intolerância do paciente a contrastes iodados ou insuficiência renal. A ressonância magnética, ainda, permite a identificação da causa determinante mais freqüente de pancreatite aguda, ou seja, a litíase no colédoco. Portanto, uma indicação adicional será feita, na necessidade de avaliação das vias biliares. A ressonância magnética será útil, também, para a avaliação de colangites e de abscessos hepáticos.

O emprego da ressonância magnética, no diagnóstico da causa de abdômen agudo, restringe-se, praticamente, à avaliação das afecções do pâncreas e das vias biliares e não suplanta os resultados da tomografia computadorizada, a não ser nas condições especificadas acima.

OUTROS PROCEDIMENTOS

A lavagem peritoneal é útil para o diagnóstico da presença de hemoperitônio, decorrente de rotura de órgãos, da presença de pus ou outros materiais provenientes de rotura ou perfurações de órgãos tubulares. A laparoscopia pode ser útil para separar doenças que têm indicação de tratamento clínico daquelas que devem ser tratadas por meio da cirurgia. Como exemplo, em mulher em idade fértil e peritonite no quadrante inferior direito, permite diferenciar uma apendicite aguda de uma salpingite aguda ou da rotura de folículo ovariano. A laparotomia exploradora está indicada na suspeita de rotura de órgãos ou de aneurisma e em outras condições em que o retardo de uma intervenção poderá pôr em grave risco a vida do paciente.

MENEGHELLI UG. Elements for diagnosis of the acute abdomen. **Medicina, Ribeirão Preto**, 36: 283-293, apr./dec. 2003.

ABSTRACT - The present review shows that a detailed anamnesis of the current episode and the previous clinical history, as well as an efficient physical examination, continue to be the main elements for the detection of an acute abdomen and for the diagnosis of the respective cause. It also indicates that, for a better performance, the physician should have good anatomical knowledge and should always keep in mind the countless causes an acute abdomen may have. The main laboratory tests and imaging exams (radiographic, ultrasonographic and magnetic resonance) are pointed out as precious elements for the physician to be able to complete a definitive diagnosis. It should be emphasized that the complementary tests requested and their interpretation should be guided by a well conducted clinical observation. In view of the possible severity of an acute abdomen, good therapeutic results will depend on the precision of the diagnosis and on the rapid execution of the appropriate procedures for the solution of the problem.

UNITERMS - Abdomen, Acute. Diagnosis, Clinical. Tests, Complementary.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA E RECOMENDADA

- 1 - BOCKUS HL. Symptomatology: abdominal pain and discomfort. In: BOCKUS HL, ed. **Gastroenterology**, 3th ed., WB Saunders, Philadelphia, vol. 1, p. 48-70, 1974.
- 2 - COPE Z. **Diagnóstico precoce del abdomen agudo**. Manuel Marin, Barcelona, 1955.
- 3 - GLASCOW RE & MULVIHILL SJ. Abdominal pain, including the acute abdomen. In: FELDMAN M; SLEISENGER MH & SCHARSCHMIDT BF, eds. **Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and liver disease**, 6th ed., WB Saunders, Philadelphia, p. 80-89, 1998.
- 4 - LOPES AC; REIBSCHEID S & SZEJNFELD J. **Abdome agudo - clínica e imagem**, Editora Atheneu, São Paulo, 2004.
- 5 - MENEGHELLI UG; VILLANOVA MG & APRILE LRO. Dor abdominal. **Medicina**, Ribeirão Preto 27: 164-172, 1994.
- 6 - MULHOLLAND MW & SWEENEY JF. Approach to the patient with acute abdomen. In: YAMADA T, ed. **Textbook of gastroenterology**, 4th ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p. 813-828, 2003.
- 7 - SAVASSI ROCHA PR; ANDRADE JI & SOUZA C. **Abdômen agudo - diagnóstico e tratamento**, Medsi, Rio de Janeiro, 1993.
- 8 - SMITH LA. The pattern of pain in the diagnosis of upper abdominal disorders. **JAMA** 156: 1566-1573, 1954.