

ABDÔMEN AGUDO

ACUTE ABDOMEN

Adriano Brunetti¹, Sandro Scarpelini²

¹Médico Assistente. ²Docente. Disciplina de Cirurgia de Urgência e Trauma. Departamento de Cirurgia e Anatomia. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

CORRESPONDÊNCIA: Centro de Estudos de Emergências em Saúde. Rua Bernardino de Campos, 1000, 2º andar 14015-130 Ribeirão Preto – SP. e-mail: sandro@fmrp.usp.br

Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen agudo. Medicina (Ribeirão Preto) 2007; 40 (3): 358-67, jul./set.

RESUMO: O abdômen agudo pode ser definido como uma dor abdominal de aparecimento súbito, não traumático, que pode necessitar de intervenção cirúrgica ou não. A anamnese detalhada direcionando o exame físico será a base que orientará a condução do tratamento precoce e o restabelecimento do paciente. Considerando o grande número de doenças que podem se manifestar como abdômen agudo, o objetivo desta revisão é produzir uma sistemática de abordagem, para facilitar o diagnóstico e evitar exames desnecessários ou que retardem o tratamento específico, melhorando o atendimento e o manejo do paciente, conseqüentemente propiciando um retorno às atividades habituais precocemente.

Descritores: Dor Abdominal. Abdômen Agudo. Pneumoperitônio. Colecistite. Apendicite. Obstrução Intestinal.

1- INTRODUÇÃO

O termo abdômen agudo é amplo e compreende inúmeras situações clínicas. Alguns autores têm definido abdômen agudo como uma dor na região abdominal, não traumática, 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.^{1,4}

Com esta definição, podemos afirmar que a incidência deste quadro clínico nas unidades de pronto atendimento é grande, e todos os profissionais de saúde devem ter treinamento adequado para atuar corretamente diante destes casos.

Uma grande série de doenças musculares, gastro-intestinais, ginecológicas, urológicas, vasculares, psicossomáticas, cardíacas, parasitárias, pulmo-

nares e intoxicações exógenas, dentre outras podem causar dor abdominal e até simular abdômen agudo.

No ano de 2002 nos EUA, cerca de 7 milhões de pacientes procuraram serviços de emergência com quadro de dor abdominal, 7,5% do total de atendimentos, e cerca de 50% destes necessitaram de intervenções médicas.^{1,4,5} Os dados brasileiros são imprecisos, principalmente devido à ausência de sistematização e informatização do sistema de saúde público, aliado à ausência de dados do sistema de saúde privado.

O objetivo desta revisão é avaliar as publicações mais recentes sobre o tema abdômen agudo, procurando aquelas que apresentassem avanços significativos na área médica e tecnológica, na tentativa de produzir um resumo objetivo das melhores práticas disponíveis atualmente, para o diagnóstico e tratamento desta condição.

2- ETIOLOGIA

Devido às inúmeras possibilidades etiológicas da dor abdominal não traumática, são propostas algumas classificações para auxiliar na elaboração dos diagnósticos.

As dores abdominais podem ser classificadas segundo:

- **Anatomia:** pela localização da dor se pode indicar as possíveis causas ou órgãos acometidos (Quadro I).
- **Causas abdominais e extra-abdominais** (Quadros II e III).
- **Processo desencadeante:** geralmente utilizada pela cirurgia de urgência.

No entanto, habitualmente os cirurgiões classificam o abdômen agudo segundo a natureza do processo determinante, em:⁶

- **Inflamatório:** apendicite, colecistite aguda, pancreatite aguda, diverticulite, doença inflamatória pélvica, abscessos intra-abdominais, peritonites primárias e secundárias, dentre outros.
- **Perfurativo:** úlcera péptica, neoplasia gastro-intestinal perfurada, amebíase, febre tifóide, divertículos do cólon, dentre outros.
- **Obstrutivo:** aderências intestinais, hérnia estrangulada, fecaloma, obstrução pilórica, volvo, intussuscepção, cálculo biliar, corpo estranho, bolo de áscaris, dentre outros.
- **Vascular:** isquemia intestinal, trombose mesentérica, torção do omento, torção de pedículo de cisto ovariano, infarto esplênico, dentre outros.
- **Hemorrágico:** gravidez ectópica rota, ruptura do baço, ruptura de aneurisma de aorta abdominal, cisto ovariano hemorrágico, necrose tumoral, endometriose, dentre outros.

3- DIAGNÓSTICO

Diante da diversidade etiológica da dor abdominal e do abdômen agudo, é fundamental termos uma metodologia investigativa adequada, para obtermos, do paciente, as informações necessárias para o diagnóstico correto. Todo processo semiótico é indispensável nesta avaliação.

Os exames laboratoriais que auxiliam no diagnóstico do abdômen agudo em geral são simples, rápidos e de fácil obtenção. A avaliação inicial deve con-

sistir de hematológico completo, exame qualitativo de urina (urina rotina), amilase e teste de gravidez (mulheres em idade fértil). Após esta primeira avaliação, se não foi possível a confirmação diagnóstica, devemos iniciar uma avaliação radiológica, partindo da radiografia abdominal em decúbito dorsal e ortostático. Avançando-se para a ultra-sonografia de abdômen, tomografia computadorizada (TC), e em alguns casos arteriografia e ressonância magnética. A videolaparoscopia e a laparotomia exploradora constituem-se nos meios diagnósticos definitivos, para aqueles casos onde toda a seqüência de exames anteriores não foi suficiente, ou como meio terapêutico, para os casos onde os exames definiram uma patologia cirúrgica como causa da dor abdominal. Outro aspecto importante sobre a videolaparoscopia em situações de emergência é a necessidade de equipes treinadas e cirurgiões experimentados, habituados com esta técnica. Caso não exista esta disponibilidade, devemos optar pela laparotomia exploradora como técnica mais segura, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento.^{6,7,8}

O algoritmo da Figura 1 tem o intuito de auxiliar e direcionar a investigação dos pacientes com dor abdominal, seguindo as diretrizes do consenso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, em 2006.⁹

Como podemos observar há muitas variáveis a serem consideradas, porém, até o momento, foram apresentadas as diretrizes para o diagnóstico, ainda não tendo sido discutido as opções terapêuticas específicas. Frequentemente, o tratamento específico se refere a uma intervenção cirúrgica (Figura 2). Contudo, em algumas situações de abdômen agudo, o tratamento específico é eminentemente clínico como na pancreatite aguda.

4- DIAGNOSTICOS E TRATAMENTOS ESPECÍFICOS

4.1- Doença péptica

O tratamento da doença péptica apresentou grande evolução nas últimas décadas, inicialmente com o surgimento dos inibidores da bomba de prótons, seguido da identificação e tratamento do *Helicobacter pylori* e suas conseqüências. Desta maneira, a incidência de complicações das úlceras gastroduodenais apresentou uma significativa redução.

As principais complicações da doença péptica são hemorragia gastrointestinal, obstrução pilórica e perfuração.^{4,10,11}

Quadro I – Classificação anatômica da dor abdominal*.

<p>HIPOCÔNDRIO DIREITO Doenças pépticas Doenças biliares - cólica biliar, colecistite aguda coledocolitíase, colangite Doenças hepáticas - hepatite, abscessos, neoplasia, hepatopatias Doenças pulmonares - Pneumonia, abscesso subfrênico, pneumotórax, embolia, derrame pleural Parede abdominal - Herpes zoster, contraturas musculares Doenças renais - pielonefrite, abscesso perinefrético e litíase, doenças do cólon - colite, diverticulite, apendicite</p>	<p>EPIGÁSTRIO Doenças pépticas Doenças pancreáticas - pancreatite, neoplasia Doenças biliares - cólica biliar, colecistite coledocolitíase, colangite Doenças esofágicas - Doença do refluxo gastroesofágico, esofagites Doenças cardíacas - Pericardite, IAM, angina Aneurisma aorta abdominal - dissecação, ruptura Isquemia mesentérica</p>	<p>HIPOCÔNDRIO ESQUERDO Doenças pépticas Doenças esplênicas - infarto e ruptura Doenças pancreáticas - pancreatite e neoplasia Doenças pulmonares - Pneumonia, abscesso subfrênico, pneumotórax, embolia, derrame pleural Doenças renais - pielonefrite, abscesso perinefrético e litíase renal Doenças do cólon - colite, diverticulite</p>
<p>QUADRANTE INFERIOR DIREITO Apendicite Doença intestinal - colite, gastroenterite, diverticulite, doença inflamatória Hérnias Doenças renais - pielonefrite, abscesso perinefrético e litíase Doenças ginecológicas - tumor ovariano, torção ovariana, gravidez ectópica, DIP, abscessos túbulo ovarianos</p>	<p>PERIUMBELICAL Apendicite (inicial) Obstrução intestinal Gastroenterite Isquemia mesentérica Ruptura e/ou dissecação de aneurisma de aorta</p>	<p>QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO Doença intestinal - colite, sigmoidite, gastroenterite, diverticulite, doença inflamatória Hérnias Doenças renais - pielonefrite, abscesso perinefrético e litíase Doenças ginecológicas - tumor ovariano, torção ovariana, prenhez ectópica, DIP, abscessos túbulo ovarianos</p>
<p>DIFUSA Gastroenterite Peritonite Obstrução intestinal Isquemia mesentérica Doença inflamatória Cetoacidose diabética Porfíria aguda Uremia Hipercalcemia Vasculites Intoxicação metal pesado Febre do mediterrâneo Angioedema hereditário Crise falciforme</p>	<p>SUPRA - PÚBICA Doença intestinal - colite, gastroenterite, diverticulite, Doença inflamatória Doenças urinárias - cistite, prostatite e litíase Doenças ginecológicas - tumor ovariano, torção ovariana, gravidez ectópica, DIP, abscessos túbulo ovarianos Dismenorréia</p>	

*Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am 2006;90 2:481-503⁴.

Quadro II: Classificação do abdômen agudo segundo causas abdominais*

Gastrointestinais	Apendicite, obstrução intestinal, perfuração intestinal, isquemia mesentérica, úlcera perforada, diverticulite de Meckel, diverticulite do colon, doença inflamatória intestinal
Pâncreas, vias biliares, fígado e baço	Pancreatite, colecistite aguda, colangite, hepatite, abscesso hepático, ruptura esplênica, tumores hepáticos hemorrágicos
Peritoniais	PBE-peritonite bacteriana espontânea Peritonites secundárias a doenças agudas de órgão abdominais e/ou pélvicos
Urológica	Cálculo ureteral, cistite e pielonefrite
Retroperitoniais	Aneurisma de aorta e hemorragias
Gineológica	Cisto ovariano roto, gravidez ectópica, endometriose, torção ovariana, salpingite e rotura uterina
Parede abdominal	Hematoma do músculo reto abdominal

*Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am 2006;90:481-503⁴.

Quadro III: Classificação do abdômen agudo segundo causas extra-abdominais*.

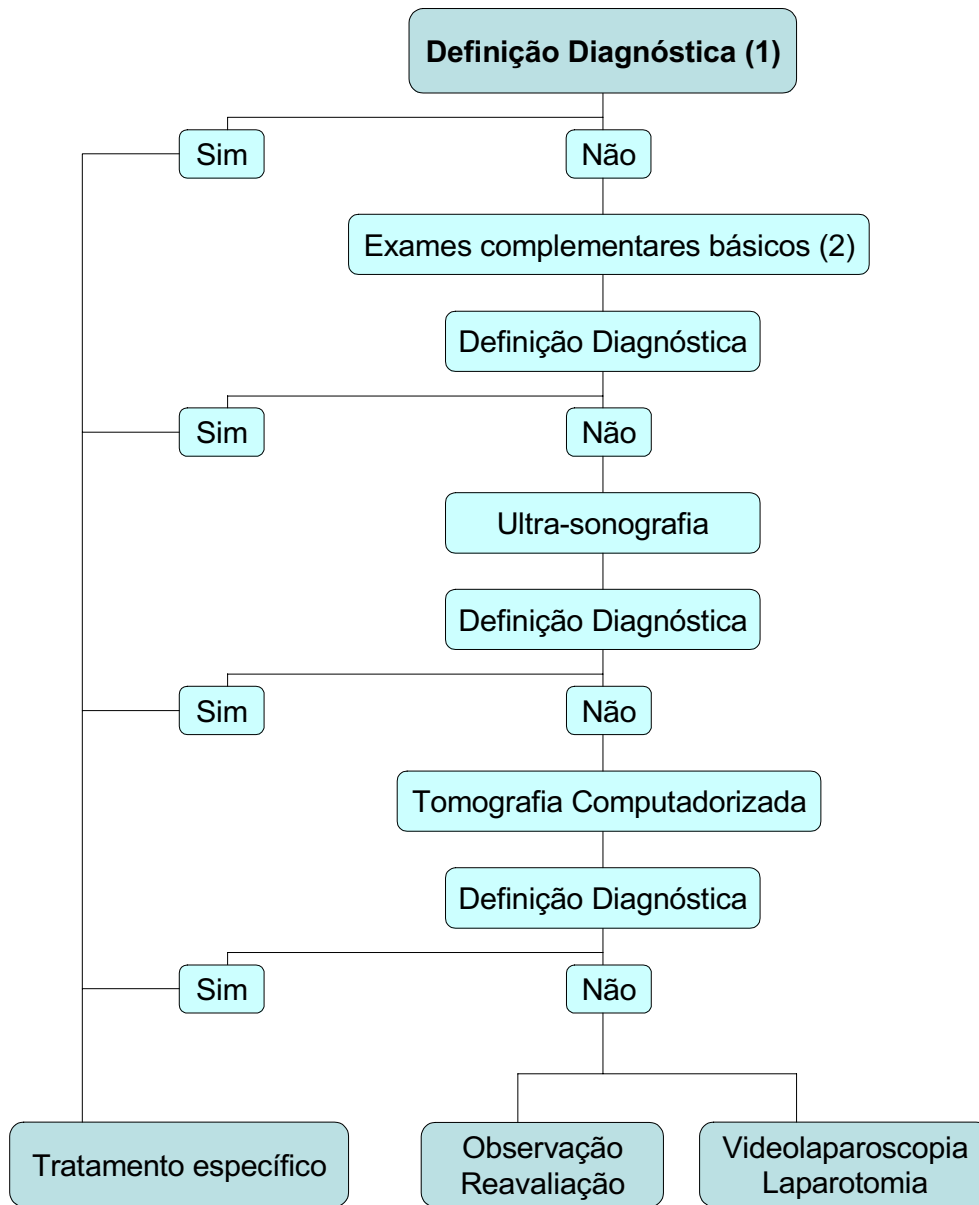
Torácicas	IAM, pneumonia, infarto pulmonar, embolia, pneumotórax, pericardite, derrame pleural
Hematológica	Crise falciforme, leucemia aguda
Neurológica	Herpes zoster, tabes dorsal, compressão raiz nervosa
Metabólica	Cetoacidose diabética, porfiria, hiperlipoproteinemia, crise Addisoniana
Relacionadas a intoxicações	Abstinência de narcóticos, intoxicação chumbo, picada de cobra e insetos
Etiologia desconhecida	Fibromialgia

*Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am 2006;90:481-503⁴.

Nos casos de obstrução pilórica e de bulbo duodenal, o paciente apresenta vômitos pós prandiais precoces com resíduos alimentares e distensão gástrica. A subestenose poderá ser tratada endoscopicamente, com dilatação, associada ao tratamento da doença péptica. Os casos que não apresentarem resolução endoscópica necessitarão de intervenção cirúrgica, geralmente antrectomia ou piloroplastia.

O paciente com dor abdominal, tendo como causa a perfuração de uma úlcera péptica, pode quei-

xar-se de epigastralgia de longa data com piora recente, ou estar usando antiinflamatório não esteroideal com início súbito da dor. Geralmente, a dor apresenta-se inicialmente no andar superior, rapidamente generalizando-se para todo o abdômen. Náuseas e vômitos são frequentes, assim como distensão abdominal, ruídos hidroaéreos reduzidos ou abolidos. Dependendo do tempo de perfuração e contaminação da cavidade abdominal o paciente poderá apresentar-se em sepse, com hipotensão, taquicardia, sudorese e baixa



1. Anamnese:

- característica da dor
- tempo de evolução
- sintomas associados
- medicações
- cirurgias prévias

2. Exames complementares:

- hemograma
- urina tipo I
- amilase
- Rx de abdômen
- -HCG

Figura 1: Algoritmo para o diagnóstico da dor abdominal aguda não traumática. Consenso do XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia. Algoritmo no Diagnóstico do Abdome Agudo. ⁹

diurese. Ao exame físico, é possível identificar o sinal de Jobert (perda da maciez à percussão na projeção hepática), que poderá ser confirmado pela presença do pneumoperitônio na radiografia ortostática do tórax (com cúpulas diafragmáticas).³

Realizado o diagnóstico, está indicada a intervenção cirúrgica. A via laparoscópica terá êxito no tratamento em 70 a 80% dos casos, quando executada por cirurgião experiente. O tratamento cirúrgico pode variar desde simples ulcerorrafia e tamponamento com

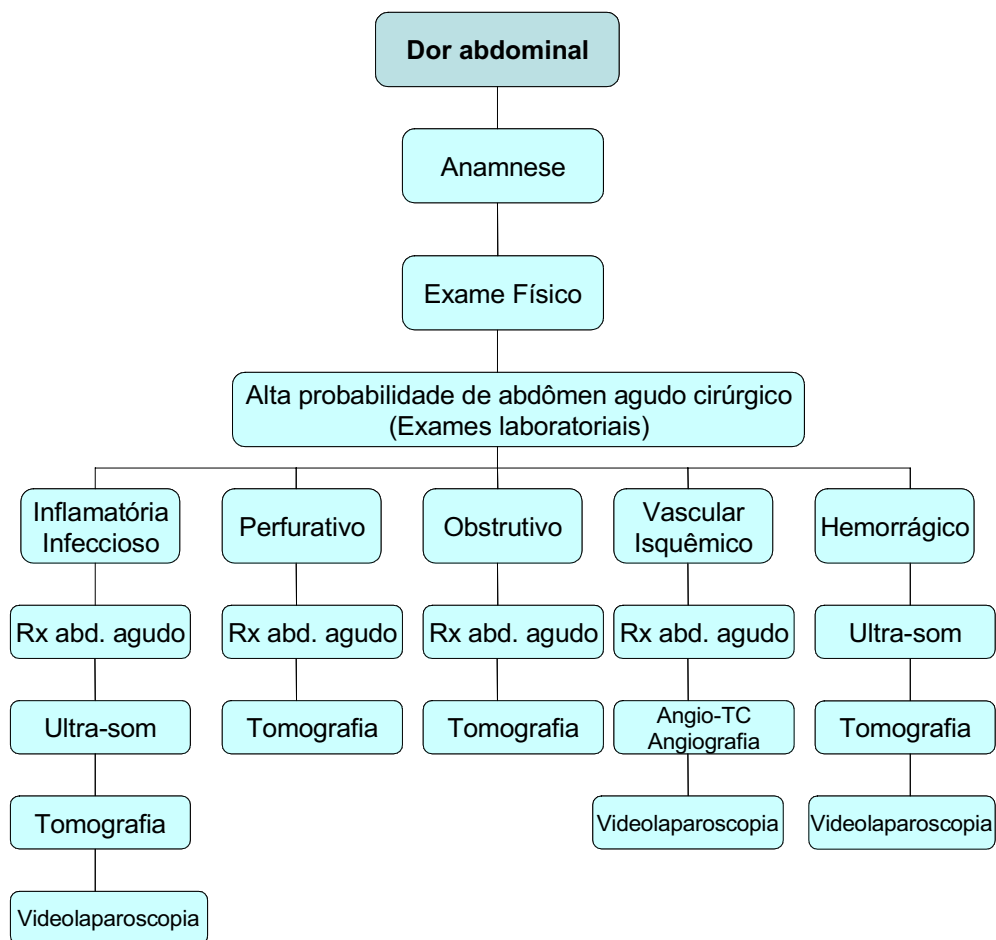


Figura 2: Algoritmo para a decisão do tratamento cirúrgico da dor abdominal aguda não traumática. Consenso do XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia. Algoritmo do Diagnóstico do Abdome Agudo⁹.

epíplon, até ressecções gástricas (antrectomia) e vagotomia. Em 20% dos casos de perfuração, órgãos adjacentes como pâncreas, fígado, cólon e vesícula biliar podem ser acometidos necessitando de tratamento específico.^{12, 13}

4.2- Colecistite aguda

A colecistite aguda é caracterizada por dor no andar superior direito do abdômen há mais de 6 horas, com sinais ultra-sônicos de colecistite, ou dor no hipocôndrio direito com litíase vesicular ao ultra-som, podendo estar associada à febre, leucocitose e/ou proteína C reativa >10mg/l. Em 90% dos casos a causa da colecistite aguda é a litíase, e 75% destes pacientes apresentam antecedentes de cólica biliar e diagnóstico de colecistite crônica calculosa.^{4, 8, 14}

A dor da cólica biliar é causada pelo espasmo do ducto cístico, desencadeado pelo estímulo da colecistoquinina durante a alimentação. É tipicamente do tipo cólica no epigástrio e hipocôndrio direito, associada a náuseas e vômitos e de duração menor que 6 horas. A dor na colecistite aguda geralmente é causada pela obstrução do ducto cístico pela impacção do cálculo biliar e seguida da inflamação da mucosa vesicular. Pode ainda ocorrer infecção secundária evoluindo para empiema, necrose e até a perfuração da vesícula biliar. Cerca de 10% dos casos de colecistite aguda apresentam perfuração, levando, em algumas casuísticas, a 20% de mortalidade.¹⁴

Os exames laboratoriais podem apresentar: leucocitose, elevação da fosfatase alcalina e transaminases. Geralmente não há elevação das bilirrubinas, po-

rém na Síndrome de Mirizzi, que ocorre quando cálculos grandes impactam no infundíbulo e/ou ducto cístico erodindo a parede e acometendo o interior do ducto hepático comum, podemos encontrar hiperbilirrubinemia.

O exame diagnóstico de eleição é o ultra-som abdominal, com sensibilidade e especificidade de 95%. Em casos duvidosos a TC ou a cintilografia podem auxiliar.

A colecistite aguda alitiásica, ocorre em 5 a 10% das colecistites agudas. Acomete, principalmente, pacientes debilitados e imunodeprimidos, em uso de nutrição parenteral prolongada, diabéticos, portadores de insuficiência renal crônica, vasculites, HIV ou ainda idiopáticas.⁴

O tratamento definitivo da colecistite aguda é a colecistectomia. Existe alguma discussão sobre o melhor momento para a realização da cirurgia e a via de acesso a ser utilizada. A antibioticoterapia deve ser direcionada para germes gram negativos, e germes anaeróbios nos idosos e na colecistite alitiásica. O tratamento cirúrgico deve ser realizado preferencialmente nas primeiras 24 a 48 horas de internação, sem caracterizar uma situação de emergência, dependendo da resposta ao tratamento com antibioticoterapia.

A laparoscopia é o padrão ouro para colecistectomias eletivas, no entanto nas situações de colecistite aguda o fator determinante para o seu uso é a experiência do grupo.¹³

4.3- Colangite

A colangite tem como fisiopatologia a obstrução do ducto biliar principal, seguida de infecção secundária, a qual irá acometer o fígado e disseminar-se por todo o organismo, evoluindo para quadros graves e potencialmente letais. A coledocolitíase é a principal causa de obstrução da via biliar, seguida de estenoses, neoplasia e mais raramente parasitas, coledococelo e manipulação da via biliar pela colangiopancreatografia endoscópica retrógrada. Os germes comumente causadores da infecção são a *Escherichia coli*, *Klebsiella sp*, *Enterococcus* e *Bacteroides*.^{4,13}

Os principais achados da colangite são: dor no hipocôndrio direito, febre e icterícia (Tríade de Charcot), e quando não tratada pode evoluir para confusão mental e sepse, que caracterizam a Pentade de Reynalds.

Os exames bioquímicos podem apresentar hiperbilirrubinemia, com predomínio da bilirrubina di-

reta, elevação das transaminases e fosfatase alcalina, leucocitose com desvio escalonado para esquerda. O diagnóstico é clínico e pode ser confirmado pela colangiografia endoscópica retrógrada que poderá ainda ser terapêutica (95% dos casos) promovendo a desobstrução da via biliar. Nos 5% dos casos restantes, o tratamento deverá ser cirúrgico. Antibioticoterapia de largo espectro está indicada.¹³

4.4- Apendicite aguda

A apendicite é a principal causa de cirurgias abdominais na urgência. Nos EUA chegam a 250.000 casos/ano. Acredita-se que a sua principal causa seja a obstrução da sua luz do apêndice, seguida da inflamação, infecção secundária e necrose evoluindo para a perfuração do órgão.^{15, 16,17}

O paciente procura atendimento médico com história de dor abdominal peri-umbilical (causado pela obstrução da luz apendicular e a distensão da sua parede), irradiada para fossa ilíaca direita (correspondendo à inflamação e infecção do apêndice) geralmente associada a náuseas e vômitos, inapetência e febre baixa. Este processo pode evoluir em poucas horas ou até um dia. Neste momento, podemos encontrar ausência de leucocitose e no exame físico alguns sinais como Blumberg (dor a descompressão brusca no ponto de McBurney), Rovsing (dor referida na fossa ilíaca direita após compressão do hemiabdômen esquerdo, levando a distensão do ceco).³

Para a apendicite aguda, o exame físico aliado à história clínica tem uma acurácia de cerca de 95% no diagnóstico.

Esta apresentação típica ocorre em cerca de 66% dos casos. No entanto, outras formas variadas podem ocorrer (formas atípicas), sendo associadas a alterações anatômicas do apêndice (retro-cecais, pélvicos, retro-vesicais) e em pacientes de imunossuprimidos como gestantes e idosos. Nestes casos as evoluções podem ser desastrosas, com peritonites fecais, abscessos intra cavitários e sepse, elevando a morbidade neste grupo.

No diagnóstico da apendicite aguda o uso da ultra-sonografia abdominal possui sensibilidade de 75 a 90% e sua especificidade é de 86 a 100%. A TC abdominal tem sensibilidade de 90 a 100% com especificidade de 91 a 99%. Nos casos típicos, os exames de imagem não acrescentam muito, porém nos casos duvidosos podem auxiliar no diagnóstico.^{4, 7}

Nos casos iniciais, o tratamento consiste na intervenção cirúrgica e ressecção do apêndice, não ne-

cessitando de tratamento adjuvante. Nos casos avançados, com necrose do apêndice, peritonites, perfuração e abscessos, é necessários o tratamento com antibióticos após a ressecção do apêndice que pode durar alguns dias. Não existe consenso na literatura sobre a duração da antibioticoterapia pós-cirúrgica. A videolaparoscopia é indicada em casos de dúvida diagnóstica, permitindo a melhor exploração da pelve e órgãos ginecológicos, ou ainda em pacientes selecionados que irão se beneficiar pela via de acesso, principalmente os pacientes obesos.

4.5- Pancreatite aguda

Sua incidência é de 80/100.000 habitantes nos EUA com mortalidade em torno de 10 a 15%. A coledocolitíase e a ingestão alcoólica abusiva são responsáveis por cerca de 80% das pancreatites agudas. Cerca de 10% são idiopáticas e os outros 10% são atribuídos a todas as demais possíveis causas como hiperlipidemia, viroses (cachumba, coxsackie, HIV), traumas abdominais, cirurgias abdominais, vasculites, tumores pancreáticos, pâncreas divisum, parasitoses intraductais, drogas e outras.^{18, 19}

O quadro inicial é de dor no andar superior do abdômen (epigástrico e flancos), que pode irradiar para o dorso. Possui característica contínua e pode estar associado à icterícia ou não. Os vômitos são frequentes e precoces, devido à compressão do pâncreas sobre o duodeno e/ou estômago. A distensão abdominal também é comum, e nos quadros graves poderão estar presentes a hipotensão arterial, taquicardia, sudorese, febre, torpor, e coma.

A amilase apresenta-se elevada já nas primeiras horas de evolução do quadro, habitualmente voltando a valores normais após 48 horas.

Os exames radiológicos convencionais pouco auxiliam na avaliação inicial, podendo detectar complicações como derrame pleural, coleções, pseudocistos e ascite pancreática ou diagnosticar litíase vesicular, barro biliar e coledocolitíase. A avaliação pancreática e sua classificação segundo a gravidade são realizadas através da TC de abdômen.²⁰

A colangiopancreatografia endoscópica esta indicada em casos de obstrução biliar associada a pancreatites graves e/ou colangites. Nas pancreatites brandas até a TC pode ser dispensada, ou substituída pela colangiopancreatografia por ressonância magnética.¹⁹

O tratamento é eminentemente clínico, com reposição hídrica vigorosa, analgesia, repouso alimen-

tar e medidas de suporte. A antibioticoprofilaxia de largo espectro, com imipenem, deverá ser introduzida em casos de pancreatites graves com coleções e/ou necrose pancreática. Necrose sem repercussão clínica poderá ser tratada com quinolonas associadas ao metronidazol. A intervenção cirúrgica só deverá ser realizada em situações específicas como necrose infectada, comprovada através de cultura de coleções peripancreáticas obtida por punções guiadas, ou presença de ar peripancreático na TC. O procedimento cirúrgico consiste em necrosectomias e drenagem de todas as coleções peripancreáticas.

4.6- Diverticulite

A doença diverticular dos cólons é freqüente em faixas etárias mais avançadas, sendo encontrada em 1/3 da população acima de 50 anos, e 2/3 da população acima dos 80 anos. Cerca de 25% desta população pode apresentar diverticulite aguda.^{4,10}

Esta complicação da doença diverticular ocorre por inflamação e infecção do divertículo, geralmente decorrente da oclusão do seu óstio por fezes ou resíduos alimentares, podendo levar até à perfuração. A sintomatologia é variável, pois depende da localização do divertículo, podendo evoluir com pneumoperitônio se perfurado para a cavidade abdominal, ou abscessos em flanco ou bloqueios abdominais.

Na avaliação do paciente a constipação crônica e os antecedentes familiares e pessoais de doença diverticular devem ser investigados. Geralmente o exame clínico é suficiente para a suspeição, mas a radiologia simples de abdômen poderá mostrar pneumoperitônio e/ou quadros oclusivos. A TC está indicada, quando da ausência de pneumoperitônio no raio-x simples.²¹ A colonoscopia é contra indicada na suspeita de diverticulite perfurada.

O tratamento clínico consiste no restabelecimento hidroeletrólítico e na antibioticoterapia de largo espectro com aminoglicosídeos ou ceftriaxona associado ao metronidazol, e é indicado para as situações onde a inflamação esta contida por um tumor inflamatório. Nos casos onde ocorreu perfuração, houve falha do tratamento clínico ou o paciente se encontra em choque séptico a cirurgia esta indicada, restringindo-se, geralmente, à ressecção do segmento lesado e colostomia. Em raras ocasiões o tumor inflamatório pode gerar uma obstrução intestinal, sendo a derivação com colostomia e o tratamento clínico uma opção, para se evitar ressecções mais amplas.

4.7- Obstrução intestinal

Em cerca de 75% dos casos, a oclusão intestinal tem como causa as aderências entre alças, provenientes de cirurgias abdominais prévias. As demais obstruções são causadas por hérnias, fecalomas, neoplasias, doença de Crohn, volvos, intussuscepção, íleo biliar e outras.¹⁰

Aproximadamente, 15% dos pacientes submetidos à laparotomias serão admitidos em serviços de urgência com quadros obstrutivos, e 3% necessitarão de reintervenções cirúrgicas para lise de aderências. Estima-se que, em 10 anos pós laparotomia, o risco de ser acometido por obstrução intestinal seja de 40%.^{4,22}

O quadro clínico é típico com dores abdominais difusas tipo cólica, náuseas e vômitos, parada de eliminação de flatos e fezes, e distensão abdominal progressiva. Os vômitos são inicialmente com conteúdo gástrico, seguido de bile, chegando até a característica fecalóide.

Ao exame físico notamos grande distensão abdominal, timpanismo à percussão, e dor difusa à palpação. Os ruídos hidroaéreos são inicialmente aumentados com timbre metálico, podendo estar ausentes em quadros avançados. O exame físico compreende também a avaliação da região inguinal, à procura de possíveis herniações.

Os exames laboratoriais apresentam alterações relacionadas às condições hidroeletrólítica e infecciosa. A radiologia simples do abdômen apresenta edema de alças intestinal e presença de níveis hidroaéreos nas grafias em posição ortostática, confirmando a obstrução de intestino delgado.

O tratamento consiste em reposição hídrica vigorosa e restabelecimento hidroeletrólítico, jejum e decompressão do trânsito intestinal por sonda gástrica, durante 24 a 48 horas. Espera-se a resolução espontânea do quadro. Nos pacientes sem resolução ou melhora progressiva, deve-se avaliar a necessidade de tratamento cirúrgico para lise de aderências.

A obstrução intestinal causada por hérnias, volvo de sigmóide, isquemia intestinal, intussuscepção e neoplasias devem ser tratadas, o mais precocemente possível, por meio de cirurgia.

4.8- Doença isquêmica intestinal

A doença isquêmica intestinal pode se apresentar de diversas formas, de acordo com a localização, acometimento vascular e o grau de comprometimento do órgão. De maneira geral, a doença isquêmica intestinal pode ser classificada como: isquemia me-

sentérica aguda, isquemia mesentérica crônica e a colite isquêmica ou isquemia colônica. Os fatores de risco são: idade avançada, cardiopatias, doenças vasculares prévias, fibrilação arterial, doenças valvares e hipercoagulação.^{4,22}

A isquemia mesentérica aguda é a perda súbita do suprimento arterial, geralmente decorrente de um tromboembolismo, podendo acometer o tronco celíaco, artéria mesentérica superior ou a inferior (principais ramos emergentes anteriores da aorta) ou seus ramos menores. O evento pode ser catastrófico, pois leva a infarto, seguido da necrose e morte de grandes porções ou até de todo o trato digestório.

A isquemia mesentérica crônica, geralmente é causada pela arteriosclerose e leva a angina abdominal. Caracterizada por dores abdominais após refeições, podendo levar a quadros de desnutrição, devido à recusa alimentar.

A isquemia colônica é decorrente do hipofluxo sanguíneo em determinadas regiões do cólon. Este hipofluxo leva a isquemias localizadas, como da mucosa colônica, e das paredes do cólon, em particular no ângulo esplênico e transição retosigmóide.

O quadro clínico, em geral, é de dor abdominal súbita e intensa na região periumbelical, que evolui para abdome agudo franco. A hemoconcentração, devido ao seqüestro intestinal, associada à hipovolemia e distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos são detectados clínica e laboratorialmente. Alguns pacientes podem apresentar hiperamilasemia. Os exames de imagem como raios-x, ultra-som e TC são pouco específicos, porém a angiografia tem altos índices de especificidade e sensibilidade de 80 a 100%, respectivamente. A mortalidade da isquemia mesentérica antes da lesão isquêmica irreversível (necrose) chega a 90% logo, sempre que suspeitarmos de isquemia, devemos proceder à investigação apropriada para a definição e tratamento específico o mais breve possível, pois isso poderá definir a viabilidade intestinal. Contudo, como geralmente o diagnóstico é realizado tardiamente, a exploração arterial, visando possível revascularização, praticamente não ocorre no nosso meio. Assim, a abordagem cirúrgica das isquemias intestinais se constitui, na quase totalidade das intervenções, na ressecção do segmento lesado e anastomose primária ou derivação intestinal (colostomia, ileostomia e eventualmente jejunostomia). O grande dilema enfrentado pelo cirurgião geral nesta situação, é avaliar se o intestino remanescente permitirá uma sobrevivência de qualidade ao paciente, e esta dúvida ainda permanece sem definição na literatura.²³

Brunetti A, Scarpelini S. Acute abdomen. Medicina (Ribeirão Preto) 2007; 40 (3): 358-67, July/set.

ABSTRACT: The acute abdomen can be defined as an acute, non-traumatic abdominal pain that needs medical care, and in some situations surgical intervention. This clinical scenario is very frequent, in the emergency room. Detailed anamnesis directs the physical examination, and will be the guideline to conduct the early treatment and the reestablishment of the patient. Due to the great number of diseases related with this syndrome, our goal was to review the literature and to produce an objective and practical methodology, with the aim to facilitate the diagnosis and to prevent unnecessary exams, which may delay the specific treatment, improving the assess and care of the patient.

Keywords: Abdominal Pain. Acute Abdomen. Pneumoperitoneum. Cholecystitis. Appendicitis, Intestinal Obstruction.

REFERÊNCIAS

- 1 - Meneghelli UG, Villanova MG, Aprile LRO. Dor abdominal. Medicina (Ribeirão Preto) 1994; 27:164-72.
- 2 - Savassi Rocha PR, Andrade JI, Souza C. Abdome agudo – diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Medsi; 1993.
- 3 - Meneghelli UG. Elementos para o diagnóstico do abdome agudo. Medicina (Ribeirão Preto) 2003; 36:283-93.
- 4 - Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am 2006; 90: 481-503.
- 5 - Woodwell DA; Cherry DK. National ambulatory medical care survey. 2002 Advance Data 2004 (346):1-44.
- 6 - Lopes AC, Reibschied S, Szejnfeld J. Abdome agudo- clinica e imagem. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.
- 7 - Tsushima Y, Yamada S, Aoki J, Motojima T, Endo K. Effect of contrast-enhanced computed tomography on diagnosis and management of acute abdomen in adults. Clin Radiol 2002; 57:507-13.
- 8 - American College of Emergency Physicians. Clinical policy: Critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. Ann Emerg Med 2000; 36:406-15.
- 9 - Consenso do XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia. Algoritmo no Diagnóstico do Abdome Agudo. Boletim CBC ed esp; 2006.
- 10 - Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. Am Fam Physician 2006; 74: 1537-44.
- 11 - Mulholland MW, Sweeney JF. Approach to the patient with acute abdomen. In Yamada T, editor. Textbook of gastroenterology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 813-28.
- 12 - Sauerland S, Agresta F, Bergamschi R, Borzellino G, Budzynski A, Champault G, Fingerhut A et al. Laparoscopy for abdominal emergencies. Surg Endosc 2006; 20:14-29.
- 13 - Lau H, Lo CY, Patil NG, Yuen WK. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a metaanalysis. Surg Endosc 2006; 20: 82-7.
- 14 - Cheruvu CV, Eyre-Brook IA. Consequences of prolonged wait before gallbladder surgery. Ann R Coll Surg Engl 2002; 84:20-2.
- 15 - Hendrickson M, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. Emerg Med Clin North Am 2003; 21:937-69.
- 16 - Michael DB, Lynda F. Acute abdominal pain in the elderly. Emerg Med 2005; 37:8-12.
- 17 - Morina M, Pellegrino L, Castagna E, Farinella E. Acute non-specific abdominal pain: a randomized, controlled trial comparing early laparoscopy versus clinical observation. Ann Surg 2006; 244:881-8.
- 18 - Santos JS, Elias Jr J, Scarpelini S, Sankarankutty AK. Pancreatite aguda: atualização de conceitos e condutas. Medicina (Ribeirão Preto) 2003; 36:266-82.
- 19 - Ferreira Santos R, Santos JS. Pancreatite aguda 1940-2000: evolução de conceitos e condutas In: Federação Brasileira de Gastroenterologia. A Gastroenterologia do Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Revinter; 2001. p. 269-90.
- 20 - Toouli J, Brooke-Smith M, Bassi C, Carr-Locke D, Telford J; Freeny P, Imrie C, Tandon R. Guidelines for management of acute pancreatitis. J Gastroenterol Hepatol 2002 17(Suppl.1):S15-39.
- 21 - Roh JJ, Thompson JS, Harned RK, Hodgson PE. Value of pneumoperitoneum in the diagnosis of visceral perforation. Am J Surg 1983;146:830-3.
- 22 - Dang C, Aguilera P, Dang A, Salem L. Acute abdominal pain. Four classifications can guide assessment and management. Geriatrics 2002; 57(3):30-2,35-6,41-2.
- 23 - Melis M, Fichera A, Ferguson MK. Bowel necrosis associated with early jejunal tube feeding: A complication of post-operative enteral nutrition. Arch Surg 2006;141:701-4.

Recebido para publicação em 26/06/2007

Aprovado para publicação em 24/08/2007