



CREM/SE
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO SERGIPE

Educação Médica Continuada - 2017
Abdômen Agudo
Cirúrgico x Não-
Cirúrgico

EDUARDO ENRICO FERRARI NOGUEIRA

MÉDICO CIRURGIÃO GERAL

MÉDICO ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA

PRESIDENTE DA SOCIEDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE SERGIPE 2016-2017



I CONSERTI

I Congresso Sergipano de
Terapia Intensiva



01 e 02
dezembro
2017

Radisson Hotel
Aracaju

Início

Programação

Temas livres

Inscrições

Mais...



I CONSERTI

I Congresso Sergipano de
Terapia Intensiva

01 e 02
dezembro
2017

Radisson Hotel
Aracaju

www.conserti2017.com



I CONSERTI

Abdome Agudo

- ❑ Abdome agudo é uma condição clínica que tem como principal sintoma a dor abdominal de aparecimento súbito.
- Dor abdominal aguda, necessita de avaliação e tratamento rápidos.
- Pode ser clínico(não-cirúrgico) ou cirúrgico.
- ❖ Não há abdome agudo sem dor.



Abdome Agudo Não Traumático

Dor Abdominal

❑ Importância no Pronto Atendimento

- A queixa de dor abdominal aguda é responsável por cerca de 5 a 10% das admissões nos Serviços de Emergência.
- Cirurgia < 5%.



Abdome Agudo Não Traumático

Dor Abdominal

- ❑ A dor abdominal é uma das queixas mais comuns no pronto-socorro, constituindo um desafio diagnóstico e terapêutico para os clínicos da emergência.
- Pode ser causada:
 - ✓ Doenças benignas ou até potencialmente fatais,
 - ✓ Doenças intra-abdominais mecânicas ou funcionais,
 - ✓ Doenças extra-abdominais,
 - ✓ Doenças sistêmicas.
- ❖ O diagnóstico diferencial é amplo.



Abdome Agudo Não Traumático

Dor Abdominal

❑ Dificuldades:

- Os sintomas associados a dor muitas vezes não possuem especificidade, são vagos(Ex:agonia, mal estar...) .
- Apresentações atípicas de doenças comuns são frequentes no pronto socorro.
- ❖ Os idosos, os imunocomprometidos e as mulheres em idade fértil representam desafios especiais para diagnóstico de abdome agudo.



Abdome Agudo Não Traumático

Dor Abdominal

❑ Dificuldades:

- Pacientes idosos e diabéticos geralmente apresentam queixas vagas, inespecíficas.
 - O paciente imunocomprometido pode sofrer de uma ampla gama de doenças, incluindo condições incomuns e relacionadas à terapia.
 - A gravidez leva a alterações fisiológicas e anatômicas que afetam a apresentação de doenças comuns.
- ❖ As apresentações atípicas de condições potencialmente fatais levam a um aumento do tempo para diagnóstico e tratamento.



Abdome Agudo – Causas Abdominais

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

Abdome Agudo – Causas Extra-Abdominais

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, porfíria, hiperlipoproteinemia, crise Addisoniana
Relacionadas a intoxicações	Abstinência de narcóticos, intoxicação chumbo, picada de cobra e insetos
Etiologia desconhecida	Fibromialgia

Abdome Agudo Não-Traumático

TABELA 1. CAUSAS DE ABDOME AGUDO NÃO TRAUMÁTICO E SUAS PROVÁVEIS ETIOLOGIAS DE ACORDO COM A LOCALIZAÇÃO*.

QSD	QSE	QID	QIE	Difusa
hepatite aguda	pancreatite aguda	apendicite aguda	obstrução intestinal	pancreatite aguda
pancreatite aguda	úlcera duodenal	obstrução intestinal	diverticulite	obstrução intestinal
colangite	úlcera gástrica	diverticulite	preghez ectópica	dissecção aórtica
colecistite aguda	IAM	preghez ectópica	endometriose	apendicite aguda (fase inicial)
coletíase	pericardite	endometriose	hérnia	infarto mesentérico
úlcera duodenal	pneumonia	hérnia	adenite mesentérica	ruptura de aneurisma de aorta abdominal
abscesso hepático	abscesso esplênico	doença intestinal inflamatória	litíase renal	crise falcêmica
hepatopatia com ICC	infarto esplênico	síndrome cólon irritável	doença intestinal inflamatória	
herpes zoster	ruptura esplênica	litíase renal	torsão de ovário	
IAM		adenite mesentérica	doença inflamatória pélvica	
pericardite		diverticulite de Meckel	abscesso tubo-ovariano	
apendicite retrocecal		torsão de ovário	abscesso do psoas	
pneumonia		doença inflamatória pélvica		
		abscesso tubo-ovariano		
		abscesso do psoas		

Abdome Agudo

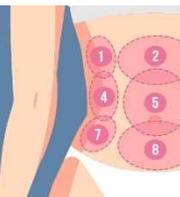
- ✓ O diagnóstico precoce é essencial para diminuir morbimortalidade.
- ✓ Anamnese detalhada e exame físico minucioso são mais importantes do que qualquer exame complementar.
- ✓ A primeira avaliação é a mais importante, porque a analgesia subsequente pode alterar o exame físico.
- ✓ Avaliações seriadas pelo mesmo médico são a melhor forma de determinar a progressão ou a resolução da doença.



Abdome Agudo

Anamnese

- Dados gerais: idade, sexo
- Avaliação da dor e sintomas associados
- História de crises semelhantes
- Hábitos: alcoolismo, etilismo, drogas ilícitas
- Antecedentes cirúrgicos
- Comorbidades
- Uso de medicações: opióides, AINES, anticoagulantes, imunossupressores, ACOH
- Data da última menstruação, informações sobre ciclos menstruais, antecedentes ginecológicos, corrimento vaginal



Abdome Agudo

Anamnese

Características da DOR:

- Tipo
- Duração
- Evolução
- Localização
- Intensidade
- Irradiação
- Fatores desencadeantes/agravantes
- Fatores que aliviam

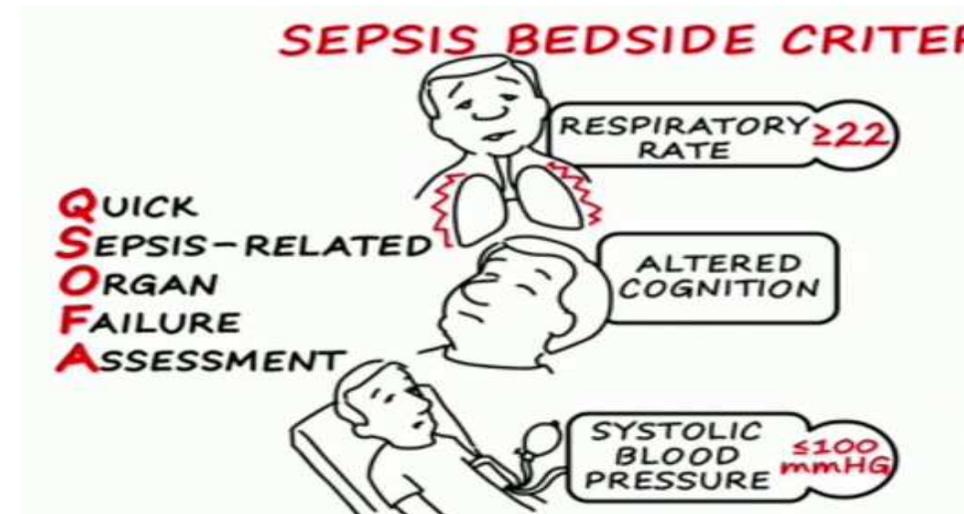
Manifestações associadas e cronologia: náuseas, vômitos, constipação, diarreia, febre, melena, hematúria, disúria, colúria, tontura, sudorese, anorexia...



Abdome Agudo

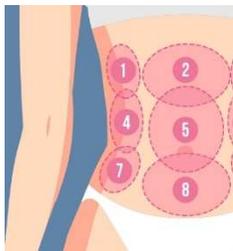
Exame Físico

- Geral: Estado geral, icterícia, febre, palidez cutâneo-mucosa, desidratação, PA, pulso, padrão respiratório, nível de consciência
- ✓ Exame cardiopulmonar para descartar causas não abdominais
- ✓ Atenção aos sinais de comprometimento sistêmico/instabilidade hemodinâmica/sepse – taquipnéia, hipotensão, sonolência!



Exame Físico Abdominal

- ❑ **Sempre expor da região tóraco-abdominal até região inguinal!**
- Inspeção: distensão, abaulamentos, cicatrizes, hérnias, equimoses.
- Ausculta: RHA ausentes, aumentados, metálicos.
- Percussão: distensão gasosa, timpânico, ascite.
- Palpação: localização da dor, massas, visceromegalias, massa pulsátil, descompressão brusca (Blumberg), Sinal de Murphy
- Mobilização: sinais clínicos
- Toque retal e toque vaginal/bimanual



Abdome Agudo

❑ Causas ameaçadoras à vida:

- Aneurisma da aorta abdominal
- Isquemia mesentérica
- Perfuração do trato gastrointestinal (incluindo úlcera péptica, intestino, esôfago ou apêndice)
- Obstrução intestinal aguda
- Volvo
- Gravidez ectópica
- Infarto do miocárdio
- Ruptura esplênica (por exemplo, secundária ao vírus Epstein-Barr [EBV], leucemia, trauma)



Abdome Agudo

Diagnóstico Diferencial

Gastroenterite:

- Embora comum, gastroenterite é um diagnóstico de exclusão.
- O clínico deve sempre investigar causas de dor abdominal que ameçam a vida.

Gastroenterite infecciosa, enterite e colite:

- Etiologias: viral, bacteriana, parasitária, uso de antibiótico
- Febre, diarreia e / ou vômitos podem ser sintomas mais proeminentes do que a dor abdominal, que se apresenta geralmente tipo cólica.

Abdome Agudo

Diagnóstico Diferencial

Gastroenterite:

- Embora comum, gastroenterite é um diagnóstico de exclusão.
- O clínico deve sempre investigar causas de dor abdominal que ameçam a vida.

Gastroenterite infecciosa, enterite e colite:

- Etiologias: viral, bacteriana, parasitária, uso de antibiótico
- Febre, diarreia e / ou vômitos podem ser sintomas mais proeminentes do que a dor abdominal, que se apresenta geralmente tipo cólica.

Não-Cirúrgico

Abdome Agudo

Diagnóstico Diferencial

☐ Doença transmitida por alimentos:

- Geralmente se manifestam com náuseas, vômitos, febre, dor abdominal e diarreia.
- Vômitos ou diarreia podem ser mais proeminentes do que a dor abdominal.
- Dependendo da natureza da doença, os sintomas podem se desenvolver imediatamente ou até vários dias após a ingestão do alimento contaminado.

Abdome Agudo

Diagnóstico Diferencial

☐ Doença transmitida por alimentos:

- Geralmente se manifestam com náuseas, vômitos, febre, dor abdominal e diarreia.
- Vômitos ou diarreia podem ser mais proeminentes do que a dor abdominal.
- Dependendo da natureza da doença, os sintomas podem se desenvolver imediatamente ou até vários dias após a ingestão do alimento contaminado.

Não-Cirúrgico

Abdome Agudo - Causa Extra-Abdominais Diagnóstico Diferencial

Cetoacidose diabética

- Ocorre como apresentação inicial em aproximadamente 3 % dos diabéticos tipo I.
- Paciente jovens.
- Pode apresentar dor abdominal, em geral difusa, algumas vezes de forte intensidade.
- Associado a vômitos graves.

Abdome Agudo - Causa Extra-Abdominais Diagnóstico Diferencial

Cetoacidose diabética

- Ocorre como apresentação inicial em aproximadamente 3 % dos diabéticos tipo I,
- Paciente jovens
- Pode apresentar dor abdominal, em geral difusa, algumas vezes de forte intensidade
- Associado a vômitos graves.

Não-Cirúrgico

Abdome Agudo - Causa Extra-Abdominais Diagnóstico Diferencial

☐ Pneumonia - sintomas incluem:

- Náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso, anorexia e dor abdominal.
- A dor abdominal provém de irritação pleurítica causada por um infiltrado basilar.
- Geralmente é acentuada e agravada por tosse ou inspiração profunda.

Abdome Agudo - Causa Extra-Abdominais Diagnóstico Diferencial

☐ Pneumonia - sintomas incluem:

- Náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso, anorexia e dor abdominal.
- A dor abdominal provém de irritação pleurítica causada por um infiltrado basilar.
- Geralmente é acentuada e agravada por tosse ou inspiração profunda.

Não-Cirúrgico

Abdome Agudo - Causa Extra-Abdominais Diagnóstico Diferencial

Embolia pulmonar

- Pode apresentar uma série de sintomas e sinais inespecíficos, que podem incluir dor abdominal superior e dor no ombro.
- Dois possíveis mecanismos para dor abdominal:
 - ✓ Irritação pleural do diafragma
 - ✓ Congestão hepática da insuficiência ventricular direita aguda

Abdome Agudo - Causa Extra-Abdominais Diagnóstico Diferencial

Embolia pulmonar

- Pode apresentar uma série de sintomas e sinais inespecíficos, que podem incluir dor abdominal superior e dor no ombro.
- Dois possíveis mecanismos para dor abdominal:
 - ✓ Irritação pleural do diafragma
 - ✓ Congestão hepática da insuficiência ventricular direita aguda

Não-Cirúrgico

Abdome Agudo - Causa Extra- Abdominais Diagnóstico Diferencial

Herpes zoster

- É uma reativação de uma infecção viral varicela-zoster latente em um gânglio da raiz dorsal.
- A dor e a erupção cutânea se desenvolvem em um padrão dermatológico, o que pode envolver o abdômen.
- A dor pode preceder a erupção cutânea por dias a semanas.

Abdome Agudo - Causa Extra-Abdominais Diagnóstico Diferencial

Herpes zoster

- É uma reativação de uma infecção viral varicela-zoster latente em um gânglio da raiz dorsal.
- A dor e a erupção cutânea se desenvolvem em um padrão dermatológico, o que pode envolver o abdômen.
- A dor pode preceder a erupção cutânea por dias a semanas.

Não-Cirúrgico

Abdome Agudo - Síndromes Clínicas

- Inflamatório
- Perforativo
- Obstrutivo
- Vascular
- Hemorrágico

Abdome Agudo - Síndromes Clínicas

Inflamatório:

- Apendicite,
- Colecistite aguda,
- Pancreatite aguda,
- Diverticulite,
- Doença inflamatória pélvica,
- Abscessos intra-abdominais,
- Peritonites primárias e secundárias...

Dor insidiosa e com piora progressiva, associada a febre, peritonite localizada ou difusa.

Abdome Agudo - Síndromes Clínicas

Inflamatório:

- Apendicite,
- Colecistite aguda,
- Pancreatite aguda,
- Diverticulite,
- Doença inflamatória pélvica,
- Abscessos intra-abdominais,
- Peritonites primárias e secundárias...

CIRÚRGICO E NÃO-CIRÚRGICO

- ## Dor insidiosa e com piora progressiva, associada a febre, peritonite localizada ou difusa.

Abdome Agudo - Síndromes Clínicas

Perfurativo:

- Úlcera péptica,
- Neoplasia gastro-intestinal perfurada,
- Amebíase,
- Febre tifóide,
- Divertículos do cólon,
- Perfuração iatrogênica de alças intestinais ou útero...

Dor com piora súbita, intensa, aguda e persistente, peritonite, palidez, sudorese, pode evoluir para o choque séptico se não tratado.

Abdome Agudo - Síndromes Clínicas

Perfurativo:

- Úlcera péptica,
- Neoplasia gastro-intestinal perfurada,
- Amebíase,
- Febre tifóide,
- Divertículos do cólon,
- Perfuração iatrogênica de alças intestinais ou útero...

CIRÚRGICO

- ## Dor com piora súbita, intensa, aguda e persistente, peritonite, palidez, sudorese, pode evoluir para o choque séptico se não tratado.

Abdome Agudo - Síndromes Clínicas

Obstrutivo:

- Aderências intestinais,
- Hérnia estrangulada,
- Fecaloma,
- Volvo,
- Intussuscepção,
- Corpo estranho,
- Bolo de áscaris...

Distensão, parada de eliminação de flatus e fezes, náuseas/vômitos.

Abdome Agudo - Síndromes Clínicas

Obstrutivo:

- Aderências intestinais,
- Hérnia estrangulada,
- Fecaloma,
- Volvo,
- Intussuscepção,
- Corpo estranho,
- Bolo de áscaris...

CIRÚRGICO E NÃO-CIRÚRGICO

Distensão, parada de eliminação de flatus e fezes, náuseas/vômitos.

Abdome Agudo - Síndromes Clínicas

Vascular:

- Isquemia intestinal,
- Trombose mesentérica,
- Torção do omento,
- Torção de pedículo de cisto ovariano,
- Infarto esplênico...

CIRÚRGICO E NÃO-CIRÚRGICO

- ## Dor intensa súbita, tipo cólica, desproporcional ao exame físico, podendo evoluir para peritonite.

Abdome Agudo - Síndromes Clínicas

Hemorrágico:

- Gravidez ectópica rota,
- Ruptura do baço espontânea,
- Ruptura de aneurisma de aorta abdominal,
- Cisto ovariano hemorrágico,
- Endometriose...

Dor súbita e sinais de choque hipovolêmico.

CIRÚRGICO

Exames Complementares

- Os exames complementares devem ser direcionados para a suspeita clínica.
 - O excesso de exames onera o sistema e atrasa o tratamento definitivo.
 - Antibióticos só devem ser iniciados após coleta dos exames iniciais.
- Nos pacientes instáveis, a coleta e a realização de exames complementares não deve atrasar as medidas para estabilização nem a avaliação por cirurgião.

Exames Laboratoriais

- Gerais: hemograma completo, amilase, beta-HCG, sumário de urina, eletrólitos, função renal.
- Direcionados pela história: lipase, bilirrubina total e frações, TGO, TGP, FA, GGT, glicemia.
- Se sinais de instabilidade ou suspeita de abdome agudo vascular: gasometria arterial com lactato.
- Se sepse/choque séptico: hemocultura e/ou urocultura, de acordo com o foco.
- Outros exames podem ser colhidos de acordo com as comorbidades: TAP, TTPA, função hepática, etc.

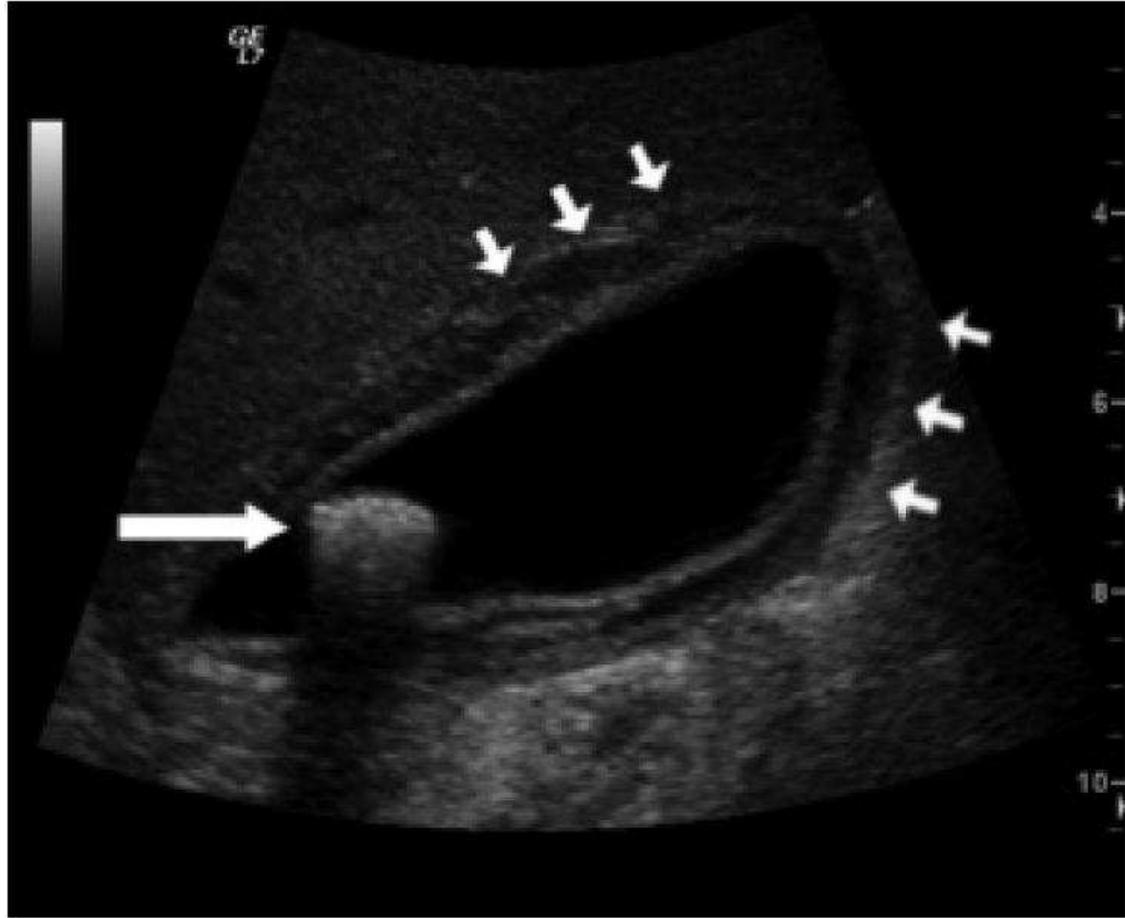
Exames de Imagem

☐ Abdome Agudo Inflamatório:

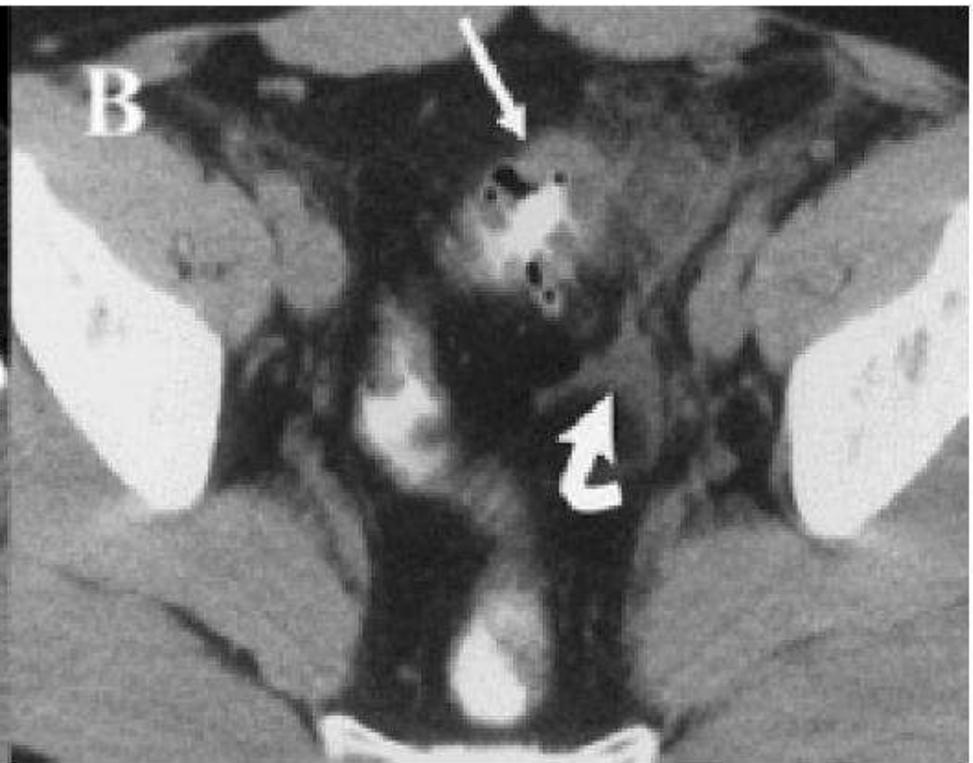
- Radiografia simples de abdome: decúbito, ortostase e cúpulas diafragmáticas
- USG Abdome total dá diagnóstico na maioria dos casos
- TC de abdome com contraste VO e EV se USG não esclarecer ou em forte suspeita de diverticulite aguda ou pancreatite aguda grave



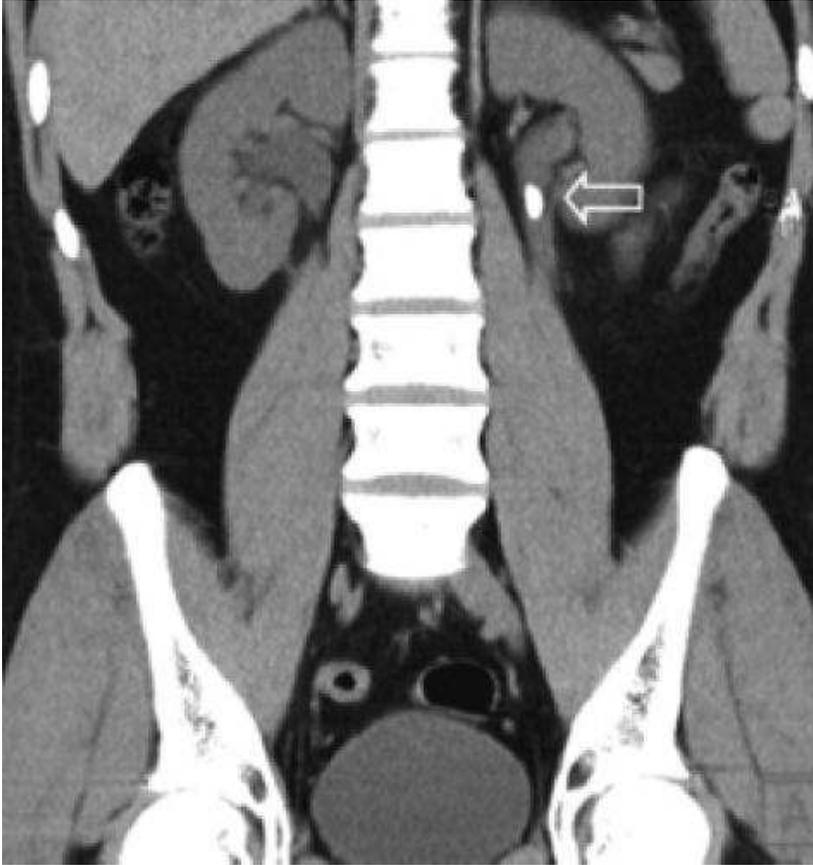








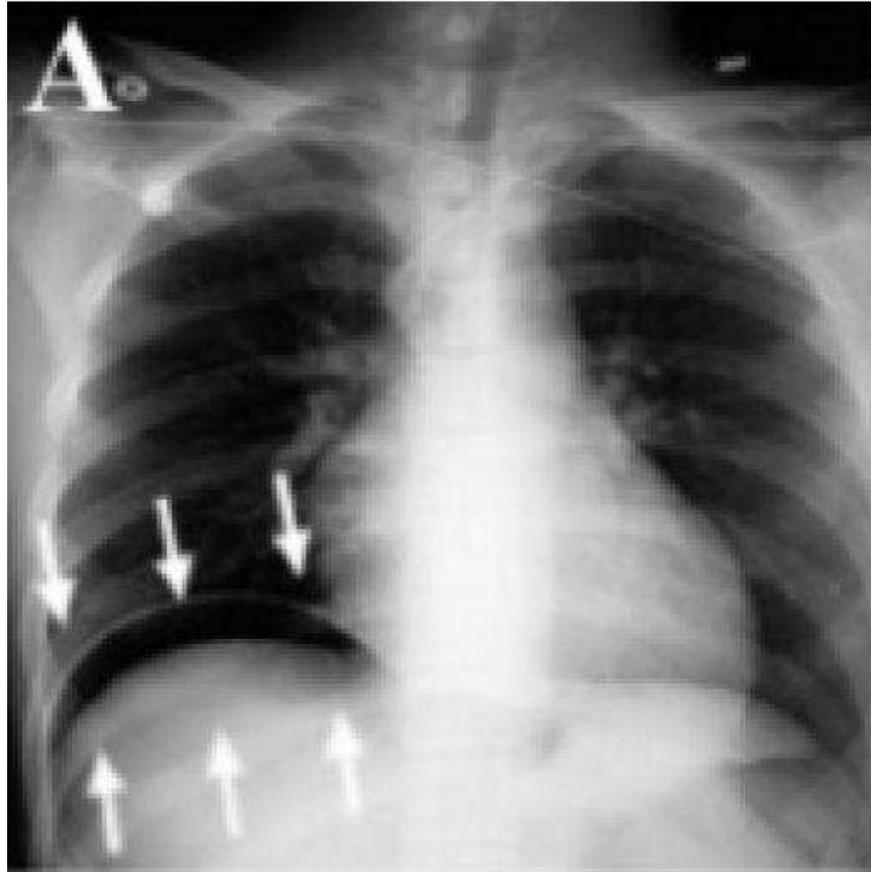


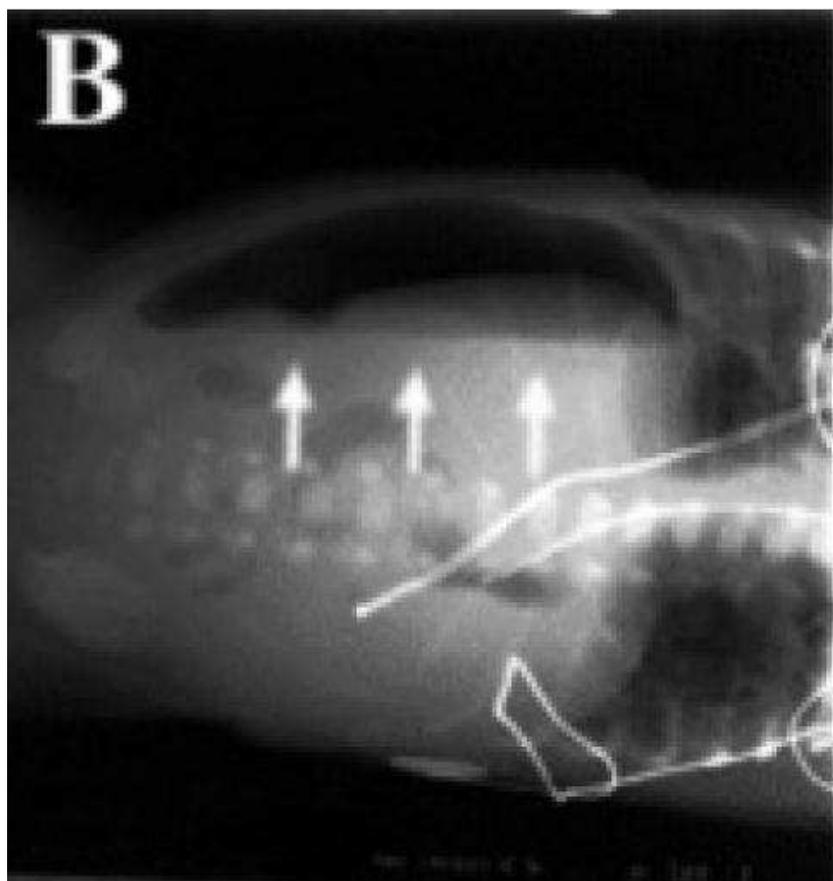


Exames de Imagem

Abdome Agudo Perfurativo:

- Radiografia simples de tórax e abdome: decúbito, ortostase e cúpulas diafragmáticas.
- USG Abdome não ajuda!
- TC de abdome com contraste VO e EV se Raio-X não esclarecer.





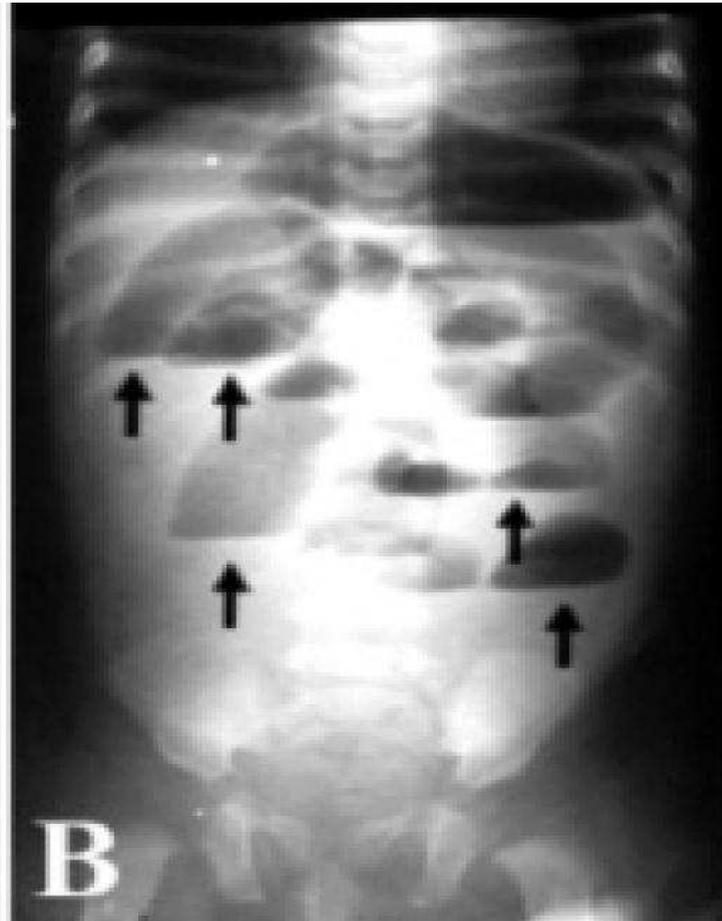
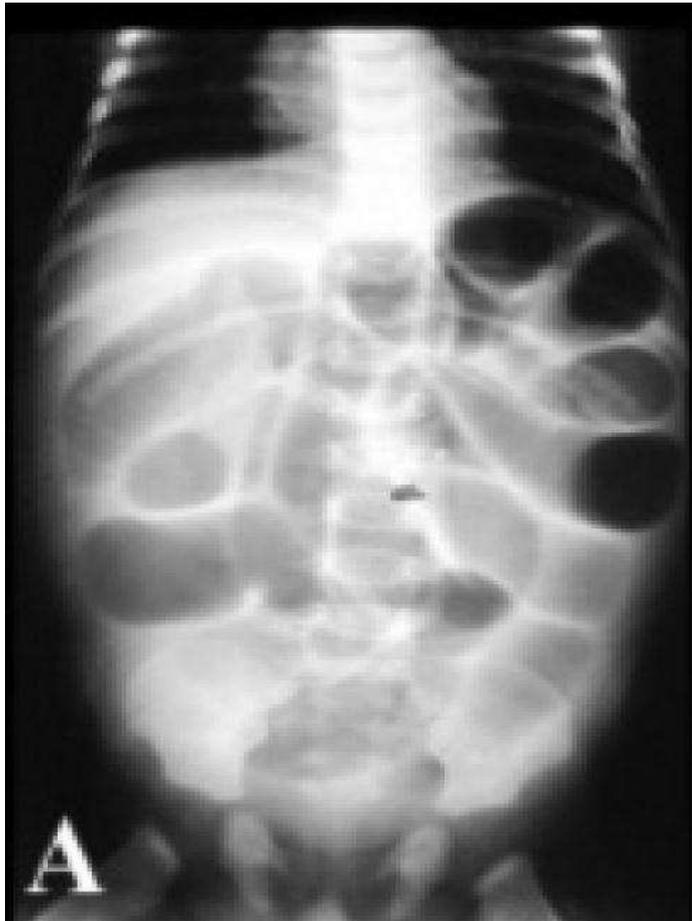
Exames de Imagem

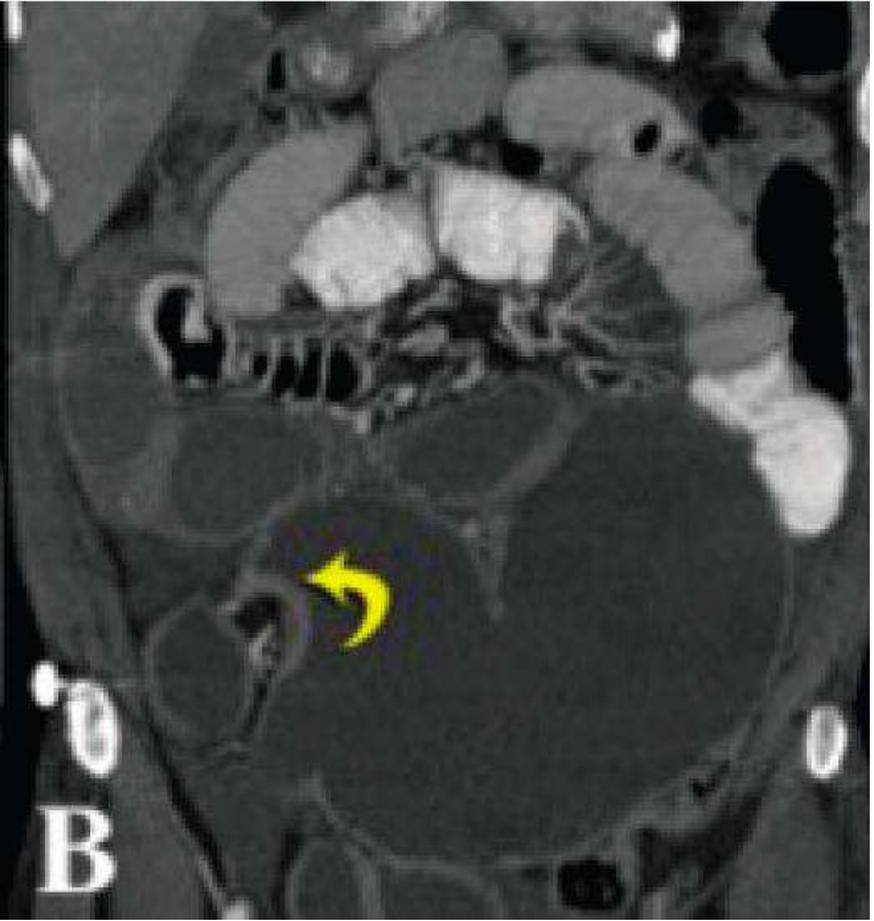
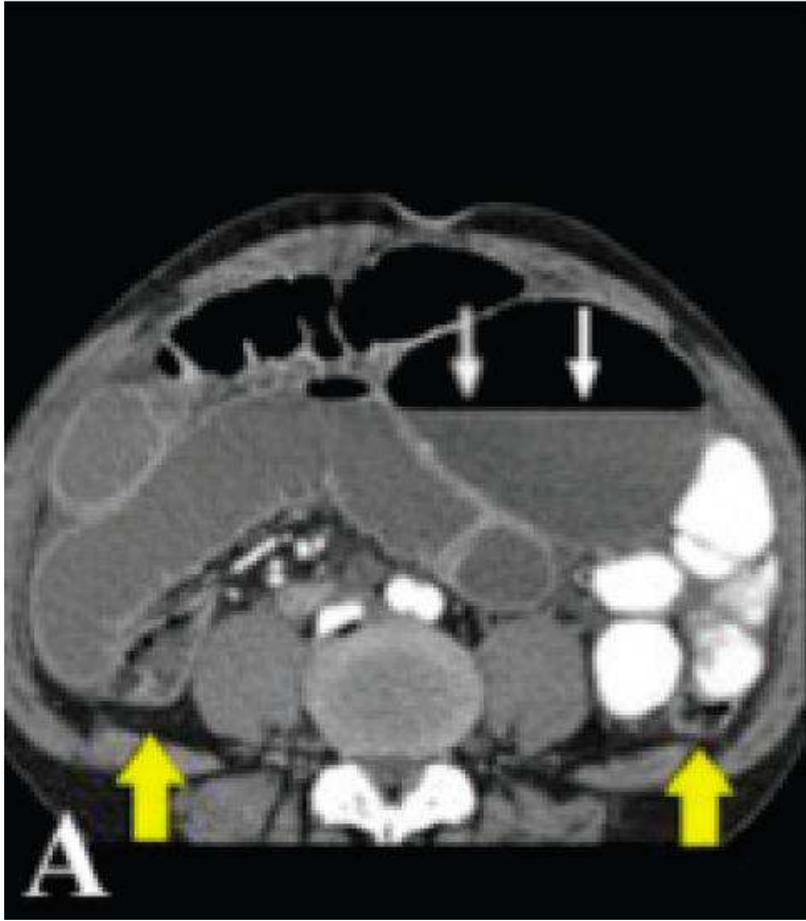
☐ Abdome Agudo Obstrutivo:

- Radiografia simples de abdome: decúbito, ortostase e cúpulas diafragmáticas.
- USG abdome não ajuda!
- TC Abdome com contraste VO e EV se não houver resolução em 48h de tratamento clínico ou de acordo com suspeita clínica.





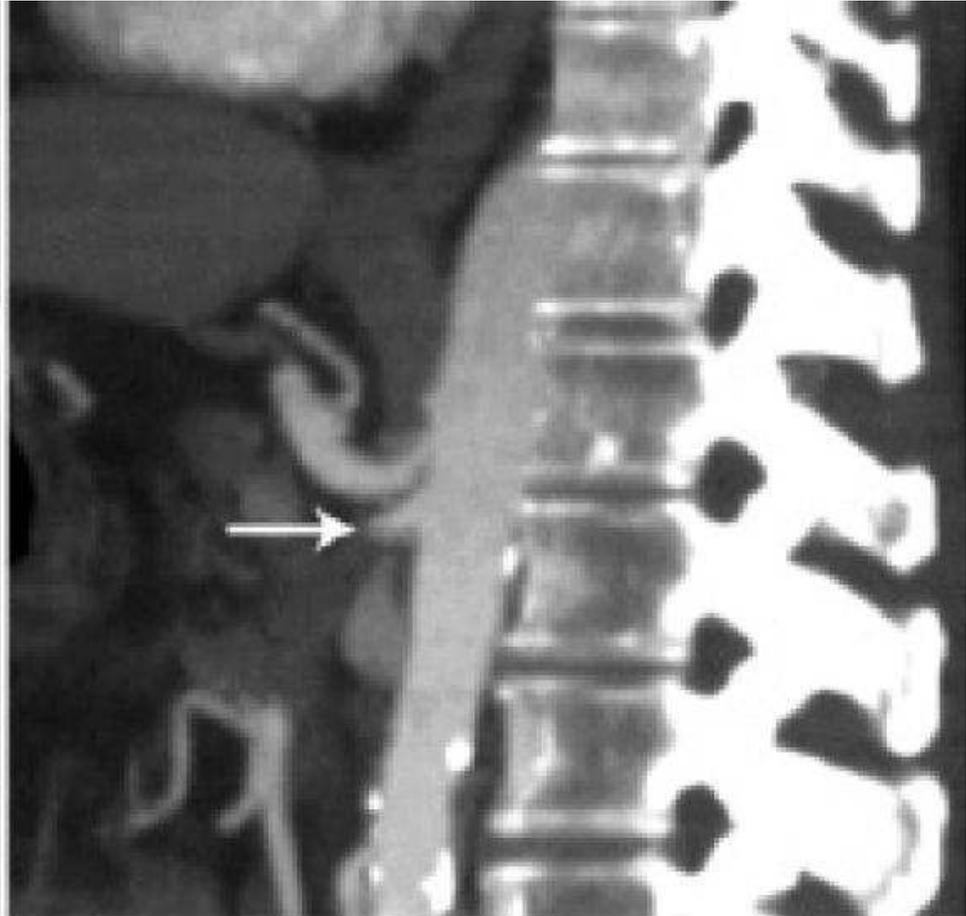




Exames de Imagem

☐ Abdome Agudo Vascular:

- Radiografia simples de abdome: decúbito, ortostase e cúpulas diafragmáticas.
- USG abdome não ajuda!
- TC Abdome com contraste EV e VO – angioTC (fase arterial e portal) é o melhor exame.



Exames de Imagem

☐ Abdome Agudo Hemorrágico:

- Radiografia simples de abdome: decúbito, ortostase e cúpulas diafragmáticas (apenas para descartar outras causas).
- USG Abdome é o exame mais importante, pode ser necessária USG transvaginal.
- TC de Abdome em casos selecionados.



Tratamento

- Na maioria das vezes, a definição da síndrome clínica permite iniciar o tratamento, mesmo sem o diagnóstico etiológico preciso
- O tratamento definitivo depende do diagnóstico correto da etiologia do abdome agudo
- Abdome agudo perfurativo e hemorrágico tem tratamento cirúrgico na grande maioria dos casos

ABDOME AGUDO CAUSAS ABDOMINAIS ETIOLOGIAS FREQUENTES

- Apendicite aguda
- Panoreatite aguda
- Colecistite aguda
- Colecistite alitiásica
- Diverticulite
- Doença Inflamatória Pélvica
- Isquemia mesentérica

Apendicite Aguda

- Mais comum entre 10 e 30 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade.
- Quadro clínico clássico de dor inespecífica periumbilical que migra para FID, associada a náuseas e anorexia está presente em apenas 50% dos casos.
- Febre aparece tardiamente .
- Exame físico: Blumberg + no ponto McBurney, sinal do psoas.

Apendicite Aguda

- O diagnóstico é eminentemente clínico
- Em crianças menores de dois anos, mulher em idade fértil e idosos (acamados) o diagnóstico é mais difícil, necessitando de exames de imagem
- USG abdome tem sensibilidade de até 85% e TC abdome de 90 a 100% para o diagnóstico
- O tratamento é cirúrgico: laparoscopia já é padrão ouro
- Antibióticos venoso nos casos de apendicite perfurada com abscesso ou peritonite purulenta.

Pancreatite Aguda

- Processo inflamatório pancreático por ativação indevida das enzimas digestivas, provocando edema, hemorragia e até necrose pancreática e ativação da resposta inflamatória sistêmica – SIRS
- Etiologia: biliar, alcoólica, pós-traumática, hipertrigliceridemia, hipercalcemia, medicamentosa...
- Quadro clássico: dor em abdome superior de início súbito, intensa, em barra, com irradiação para dorso, associada a náuseas e vômitos

Pancreatite Aguda

- Amilase sérica 2x acima do normal, após 6h do início da dor, tem sensibilidade de 70-80%
- Aumento da lipase tem sensibilidade de 85-100% e permanece elevada por mais tempo
- Pancreatite grave X não-grave – Critérios de Ranson, Apache II, Critério de Balthazar
- Tratamento clínico: jejum, hidratação, sintomáticos
- Nos casos graves, iniciar antibiótico venoso e programar TC Abdome em 48h

Pancreatitis Aguda

<u>Ranson's Criteria</u>¹ (1 point each)	<u>BISAP Score</u>² (1 point each)
<p>On Admission:</p> <ul style="list-style-type: none"> • WBC >16,000/μL • Age >55 years • Glucose >200 mg/dL • AST >250 IU/L • LDH >350 IU/L <p>Within 48 Hours of Admission:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hct decrease >10% • BUN increase >5 mg/dL • Serum calcium <8 mg/dL • Arterial pO₂ <60 mmHg • Base deficit >4 mEq/L • Fluid needs >6 L <p>Ranson score < 3 → 0–3% mortality Ranson score = 3–5 → 11–15% mortality Ranson score \geq6 → 40% mortality</p>	<p>B UN >25 mg/dL</p> <p>I mpaired mental status</p> <p>S IRS</p> <p>A ge >60</p> <p>P leural effusions</p> <p>BISAP score < 2 → 0–0.5% mortality BISAP score = 2 → 2% mortality BISAP score \geq3 → 5–20% mortality</p>

Source: Navin Kumar, Anica Law: Teaching Rounds: A Visual Aid to Teaching Internal Medicine Pearls on the Wards www.accessmedicine.com
 Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Pancreatite Aguda

Quadro 1 Índice morfológico e índice de gravidade da TC para pancreatite aguda.

Processo inflamatório – Índice morfológico de Balthazar para pancreatite aguda		
Graduação	Achado tomográfico	Pontuação
A	Pâncreas normal.	0
B	Aumento focal ou difuso do pâncreas.	1
C	Alterações pancreáticas associadas a inflamação peripancreática.	2
D	Coleção líquida em apenas uma localização.	3
E	Duas ou mais coleções e/ou presença de gás dentro ou adjacente ao pâncreas.	4
Necrose pancreática		
Achado tomográfico		Pontuação
Ausência de necrose.		0
Menos de 30% de necrose.		2
De 30% a 50% de necrose.		4
Mais de 50% de necrose.		6

Colecistite Aguda

- Diagnóstico diferencial: Cólica biliar X colecistite aguda X colangite X pancreatite aguda
- Antibiótico venoso, hidratação, sintomáticos
- Dor iniciou até 72h – cirurgia – laparoscopia é padrão-ouro
- Mais de 72h do início da dor, pode operar também, mas muitos cirurgiões preferem resolver o processo com o tratamento clínico e operar eletivamente. Cirurgia indicada se não houver boa evolução.

Colecistite Aitiásica

- Pacientes politraumatizados, PO de grandes cirurgias, internados em UTI
- Fatores de risco: choque, IRA, uso de NPT, jejum prolongado, restrição hídrica, desidratação, uso de opiáceos
- Fisiopatologia: aumento da viscosidade da bile e hipoperfusão da vesícula biliar – estase funcional
- Diagnóstico difícil – leucocitose, febre, distensão abdominal
- Confirmação com USG abdome – a beira do leito
- Tratamento cirúrgico!

Diverticulite

- Pacientes acima de 50 anos
- Clínica semelhante à apendicite, porém em FIE
- Em idosos, pode ter evolução arrastada, sem febre, sem sinais de irritação peritoneal
- TC abdome é o exame padrão-ouro para o diagnóstico e classificação (critérios de Hinchey)
- Diverticulite não complicada – tratamento clínico: antibióticos, dieta pobre em resíduos, sintomáticos
- Diverticulite complicada – tratamento intervencionista ou cirúrgico

Diverticulite

TABELA 49.1 Classificação de Hinchey

Estágio	Grau de perfuração	Mortalidade (%)
I	Abscesso pericólico confinado	< 5%
II	Grande abscesso que se estende para a pelve	< 5%
III	Ruptura de abscesso pélvico ou pericólico com peritonite generalizada	13%
IV	Peritonite fecal por perfuração livre	43%

Doença Inflamatória Pélvica

- Mulheres com vida sexual ativa
- Importante: eleva risco de gravidez ectópica e infertilidade no futuro
- Ascensão de microorganismos do trato genital inferior – polimicrobiana (gonococo e clamídia)
- Espectro de comprometimento: endometrite, salpingite, abscesso tubo-ovariano, peritonite purulenta

Doença Inflamatória Pélvica

☐ Sinais clínicos:

- Dor à palpação em região abdominal inferior
- Hipertermia vaginal
- Febre
- Dor à palpação das regiões anexiais
- Dor à mobilização do colo uterino
- Secreção vaginal ou cervical anormal
- Massa pélvica
- Abaulamento do fundo de saco
- Sinais de irritação peritoneal

Doença Inflamatória Pélvica

- Tratamento ambulatorial: sem comprometimento sistêmico/sepse.
- Tratamento hospitalar: sepse, abscesso tubo-ovariano, peritonite, gestantes, imunodeficientes, sem resposta ao tratamento clínico (até 48h afebril).
- Tratamento cirúrgico: nos casos de peritonite difusa ou falha no tratamento clínico.
- Tratar o parceiro.

Abdome Agudo Vascular

- 50 a 70% de mortalidade
- Causa relevante de óbito em pacientes internados em UTI
- Diagnóstico e tratamento precoces (até 6h do início da dor) aumentam a sobrevida
- Requer alto índice de suspeição, pois os sintomas são inespecíficos no início do quadro
- Pode ser confundido com quadro de obstrução intestinal

Abdome Agudo Vascular

□ Etiologias:

➤ Isquemia arterial oclusiva:

✓ Embolia (50%)

✓ Trombose (20%)

➤ Isquemia arterial não-oclusiva (25%)

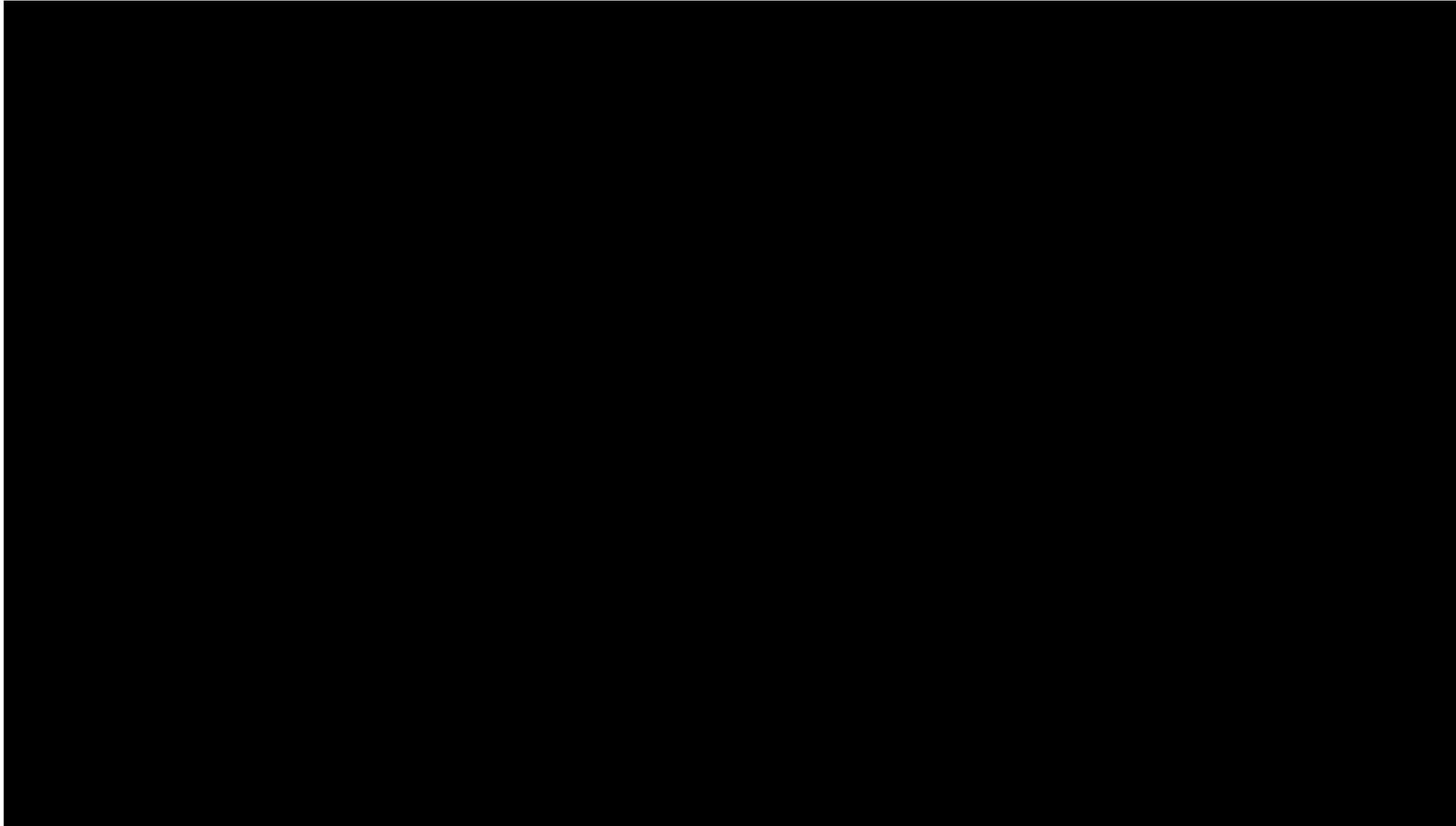
➤ Trombose venosa (5%)

Casos Clínico 1

- Paciente feminina, 34 anos, apresentando dor abdominal em cólica em epigástrico e HCD há 2 horas, após refeição copiosa, associada a náuseas e 1 episódio de vômito. Nega febre. Sem comorbidades.
- Exame Físico: BEG, corada, hidratada, estável hemodinamicamente. ACP fisiológica.
- Abdome flácido, globoso por adiposidade, RHA +, levemente doloroso à palpação profunda em epigástrico e HCD, sem sinais de irritação peritoneal.

Caso Clínico 2

- Paciente feminina, 34 anos, apresentando dor abdominal em cólica em epigástrico e HCD há 2 horas, após refeição copiosa, associada a náuseas e 1 episódio de vômito. Nega febre. Sem comorbidades.
- Exame Físico: BEG, corada, hidratada, estável hemodinamicamente. ACP fisiológica.
- Abdome flácido, globoso por adiposidade, RHA +, doloroso à palpação superficial em epigástrico e HCD, com defesa voluntária, sinal de Murphy positivo



Caso Clínico 3

- Paciente feminina, 34 anos, apresentando dor abdominal inicialmente em cólica em epigástrico e HCD há 2 dias, evoluindo para dor constante e intensa nos mesmos locais com irradiação para dorso. Refere náuseas e vários episódios de vômitos após tentativas de se alimentar. Hiporexia, 1 pico febril.
- Exame Físico: Fácies de dor, corada, desidratada (2+/4), pulso=100bpm. PA=120x70mmHG. ACP fisiológica.
- Abdome flácido, globoso por adiposidade, RHA diminuídos, doloroso à palpação superficial em epigástrico e HCD, com defesa voluntária importante, sinal de Murphy duvidoso.

Caso Clínico 4

- Homem, 40 anos, etilista e tabagista, há 1 dia com dor epigástrica com piora progressiva, associada a náuseas e alguns episódios de vômitos após ingesta alcoólica. Nega febre. Hiporexia.
- Exame físico: BEG, descorado (1+/4), desidratado (1+/4), afebril, anictérico, eupneico, orientado
- Abdome flácido doloroso a palpação de epigástrio com defesa voluntária, sem sinais de peritonite

Caso Clínico 5

- Homem, 40 anos, etilista e tabagista, há 1 dia com dor epigástrica associada a náuseas e alguns episódios de vômitos após ingestão alcoólica. Fez uso de diclofenaco, com melhora temporária, mas refere que há +/- 3h houve uma piora aguda da dor, que agora está em todo o abdome. Nega febre.
- Exame físico: Posição antálgica com flexão de quadril, descorado (1+/4), desidratado (1+/4), afebril, anictérico, orientado. FR=23irpm
FC=110bpm PA=110x60mmHG
- Abdome tenso, doloroso a simples percussão em epigástrio e em flancos, Blumberg positivo em todo o abdome

Caso Clínico 6

- Mulher, 28 anos, refere dor abdominal em cólica há +/- 6 horas após ter comido pizza, associada a náuseas, 1 episódio de vômito e 2 episódios de diarreia líquido-pastosa. Refere que sentiu sensação de febre, mas não mediu.
- Ao exame: BEG, corada, desidratada (1+/4), afebril, eupneica, orientada
- Abdome flácido, levemente doloroso a palpação profunda difusamente, RHA +, sem defesa voluntária e sem sinais de peritonite.

Caso Clínico 7

- Mulher, 26 anos, refere dor abdominal em baixo ventre há dois dias, com piora progressiva, associada a febre no período (mediu 39 graus). Refere náuseas. Nega vômitos, apetite preservado. DUM há 15 dias. Refere disúria.
- Ao exame: BEG, corada, hidratada, afebril no momento, FC=90bpm.
- Abdome flácido, doloroso à palpação superficial em hipogástrio e FID, sem sinais de peritonite.
- Quando interrogada, refere corrimento amarelado há 7 dias

Caso Clínico 8

- Mulher, 26 anos, refere dor abdominal em baixo ventre há dois dias, com piora progressiva, nega febre. Nega náuseas e vômitos, apetite preservado. DUM há 15 dias. Refere disúria.
- Ao exame: BEG, corada, hidratada, afebril no momento, FC=80bpm.
- Abdome flácido, doloroso à palpação superficial em hipogástrio, sem sinais de peritonite.

Caso Clínico 9

- Mulher, 26 anos, refere dor abdominal em baixo ventre há 2 dias, com piora progressiva, Refere sensação de febre hoje pela manhã, mas não mediu. Refere náuseas, nega vômitos, hiporexia. DUM há 15 dias. Nega disúria.
- Ao exame: BEG, corada, hidratada, afebril no momento, FC=80bpm.
- Abdome flácido, doloroso à palpação superficial em hipogástrio e FID, Blumberg positivo em FID. Giordano negativo.

Caso Clínico 10

- Mulher, 26 anos, refere dor abdominal em cólica em abdome a direita início há +/- 3h, intensa associada a náuseas, vômitos, sudorese fria. Nega febre. Já teve duas crises semelhantes, mas que melhoraram com buscopam. Fez uso desta medicação sem melhora. DUM há 15 dias. Nega disúria.
- Ao exame: Facies de dor, inquieta, corada, hidratada, afebril no momento, FC=110bpm.
- Abdome flácido, levemente doloroso a palpação de flanco D e FID, sem sinais de peritonite. Giordano negativo.

Caso Clínico 11

- Mulher, 26 anos, refere dor abdominal em abdome a direita há 1 dia, piora progressiva, associada a náuseas, sem vômitos. Febre hoje. Nega disúria.
- Ao exame: BEG, corada, hidratada, afebril no momento, FC=90bpm.
- Abdome flácido, levemente doloroso a palpação de flanco D, sem sinais de peritonite. Giordano positivo a direita.

Caso Clínico 12

- Mulher, 26 anos, refere dor abdominal em cólica em baixo ventre início hoje há +/- 6h, intensa, associada a sudorese fria e tontura . Nega disúria. Nega corrimento. DUM há 26 dias
- Ao exame: Fácies de dor, inquieta, descorada (1+/4), hidratada, afebril no momento, FC=100bpm. PA=100x60mmhg
- Abdome algo distendido, dor a palpação de todo o abdome inferior, com defesa voluntária importante. Blumberg duvidoso

Caso Clínico 13

- Mulher, 60 anos, refere há 2 dias dor com piora progressiva em flanco e FIE. Refere sensação de febre, mas não mediu. Refere constipação crônica até 3 dias sem evacuar. Não evacuou desde início do quadro. Flatus presentes. Hiporexia. Nega náuseas ou vômitos. Diabética.
- Ao exame: BEG, corada, hidratada, afebril, eupneica, orientada. FC=90bpm. ACP fisiológica.
- Abdome flácido, RHA +, doloroso à palpação de flanco e FIE com Blumberg duvidoso.
- TR com pequena quantidade de fezes na ampola retal

Caso Clínico 14

- Mulher, 65 anos, refere há +/-6h dor abdominal em cólica difusa, intensa. Refere náuseas. Nega vômitos. Astenia e hiporexia. Refere constipação crônica até 3 dias sem evacuar. Não evacuou desde início do quadro. Flatus presentes. Refere ter diabetes e "coração crescido", faz uso de múltiplas medicações que não lembra o nome.
- Ao exame: Facies de dor, corada, desidratada (1+/4), afebril, agitada, FR=25irpm. FC=70bpm. ACP: RCI, 2T, BNF, sem sopros.
PA:90x60mmhg
- Abdome levemente distendido, RHA diminuídos, doloroso à palpação difusamente, sem sinais de peritonite.
- TR com pequena quantidade de fezes na ampola retal

Caso Clínico 15

- Homem, 65 anos, refere dor abdominal em epigástrio há 3 dias, inicialmente leve, hoje mais intensa e associada a náuseas e vômitos. Nega febre. Refere ainda “fraqueza” generalizada e sensação de peso nas pernas. Familiar refere que paciente está “mais largado”. HAS de longa data, faz uso de 3 anti-hipertensivos. Refere problema de próstata.
- Ao exame: EGR, afebril, FR=24rpm, FC=90bpm, PA=170x100mmHg. Sonolento, mas com abertura ocular ao chamado, orientado.
- Abdome flácido, RHA+, levemente doloroso a palpação de epigástrio, sem sinais de peritonite.
- Edema MMII 2+/4 simétrico.

Caso Clínico 16

- Mulher, 45 anos, refere há 2 dias empachamento e “barriga fofa”. Vômitos enverdeados. Não evacuou no período. Flatus presentes, porém diminuídos. Refere HAS. Há 4 anos refere histerectomia por mioma, teve complicação da cirurgia e precisou ser reoperada no 6o PO e ficou internada por mais 8 dias tomando antibióticos.
- Ao exame: Facies de dor, corada, desidratada (2+/4), afebril, eupneica, orientada. FC=90bpm PA=130x80mmHg
- Abdome globoso, distendido, RHA aumentados. Doloroso a palpação difusamente, sem sinais de peritonite.
- TR com ampola retal sem fezes.

Caso Clínico 17

- Mulher, 55 anos, há 3 dias com dor abdominal em cólica difusa, mais intensa em flanco e FIE, associada a distensão abdominal, empachamento e náuseas. Refere vômitos em pequena quantidade hoje, mal-cheirosos. Não evacuou no período, flatus +, porém diminuídos. Refere ser constipada de longa data, mas nos últimos 3 meses percebeu piora da constipação, até 5 dias sem evacuar. Apresentou no período algumas crises de dor abdominal, mas que melhoraram com uso de laxante. Desta vez, houve piora da dor com o uso do laxante. Não sabe referir perda de peso. Nega febre.
- Ao exame: BEG, descorada (1+/4), afebril, eupneica, desidratada (1+/4), FC=90bpm PA=120x80mmHg
- Abdome globoso, distendido, timpânico, RHA + , doloroso a palpação difusamente.

Conclusões

- Anamnese e exame físico bem feitos são a chave para uma boa prática médica
- Nos casos iniciais em que o diagnóstico não está claro e o paciente apresenta bom estado geral, não esquecer de orientar ao paciente sinais de alarme para retorno
- Em casos duvidosos, avaliações seriadas, de preferência pelo mesmo médico, são a melhor forma de definir progressão ou resolução da doença



I CONSERTI

I Congresso Sergipano de
Terapia Intensiva



01 e 02
dezembro
2017

Radisson Hotel
Aracaju

Início

Programação

Temas livres

Inscrições

Mais...



I CONSERTI

I Congresso Sergipano de
Terapia Intensiva

01 e 02
dezembro
2017

Radisson Hotel
Aracaju

www.conserti2017.com



I CONSERTI

Sinais

- **Sinal de Aaron:** Dor ou sensação de desconforto no epigástrio ou região precordial ao se comprimir o ponto de McBurney;
- **Sinal de Blumberg:** Dor à descompressão brusca da FID;
- **Sinal de Dunphy:** Dor em FID que piora com a tosse;
- **Sinal de Lapinsky:** Dor a compressão da FID quando o paciente eleva o MID estendido;
- **Sinal de Lenander:** Diferença da temperatura retal e axilar $> 1^{\circ}\text{C}$ (retal $>$ axilar);
- **Sinal do Obturador:** Dor em FID ao realizar a rotação interna do MID flexionado
- **Sinal do Psoas:** Paciente em DLE, dor em FID à extensão e abdução do MID
- **Sinal de Rovsing:** Dor na FID à compressão da FIE;
- **Sinal de Ten Horn:** Dor abdominal causada por tração suave do testículo direito.