

ABDOME AGUDO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

CERUTTI, Naila.¹

SCHERER, Eduarda Elsenbach.²

DA SILVA, Luiza Morandini Gaspar.³

BATISTELLO, Maria Eduarda de Quadros.⁴

MADUREIRA, Eduardo Miguel Prata⁵

RESUMO

O presente artigo trata-se de uma revisão bibliográfica referente a síndrome do abdome agudo, com objetivo de avaliar as publicações mais recentes, analisando aquelas que apresentam avanços significativos na área médica e tecnológica, a fim de produzir um resumo objetivo sobre prevalência, anatomia, diagnóstico e tratamento. Com base nas produções científicas analisadas durante a produção deste artigo é possível afirmar a grande prevalência desta síndrome, a importância de uma boa coleta durante anamnese e exame físico e, também, da utilização de métodos complementares como a tomografia computadorizada para o correto diagnóstico e tratamento. É essencial o correto manejo dos pacientes, visto que muitas vezes é uma emergência médica com grande risco de letalidade. Portanto, é importante artigos na área médica que abordam essa temática para corroborar um diagnóstico precoce, tratamento imediato, contribuindo para o aumento da sobrevivência desses indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Dor Abdominal, Abdome Agudo, Laparoscopia, Emergência Cirúrgica.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome do abdome agudo é uma patologia comumente encontrada na prática médica, a qual pode ser uma emergência com alto risco de letalidade. Sua grande incidência e diversas possíveis etiologias torna necessário estudos para compreender a clínica e possibilitar o correto manejo desses pacientes.

A apresentação clínica é representada por dor abdominal, súbita, que pode ou não necessitar de intervenção cirúrgica, sendo uma emergência frequente na cirurgia geral. Somado a isso, o termo abdome agudo é amplo e compreende inúmeras condições clínicas, portanto a investigação necessita ser global, íntegra e complexa. A anamnese e exame físico são os principais métodos para diagnosticar a síndrome do abdome agudo e devem focar na lista de possíveis etiologias e diagnósticos diferenciados e devem ser detalhados com base em uma história médica cuidadosa e exame do paciente.

¹ Acadêmica de Medicina - Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: ncerutti@minha.fag.edu.br

² Acadêmica de Medicina - Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: eescherer@minha.fag.edu.br

³ Acadêmica de Medicina - Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: lmsilva1@minha.fag.edu.br

⁴ Acadêmica de Medicina - Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: meqbatistello@minha.fag.edu.br

⁵ Docente da Faculdade Assis Gurgacz. Economista. Mestre em desenvolvimento Regional e Agronegócio. E-mail: eduardo@fag.edu.br

Nesse caso, é preciso usufruir ao máximo dos métodos complementares, principalmente, se disponível, da tomografia computadorizada, a qual é caracterizada por maior fidedignidade, contudo a ressonância magnética também é amplamente utilizada. Esses exames auxiliam na melhor taxa de diagnóstico certo e corroboram para distinguir os pacientes que necessitam de investigação adicional.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

É importante caracterizar a Síndrome do Abdome Agudo como uma dor na região abdominal de aparecimento súbito e evolução progressiva, com duração máxima de 5 dias, intensidade variável associada ou não a outros sintomas. Além disso, possui grande relevância o estudo das principais etiologias, devido sua classificação conforme sua fisiopatologia. Desta forma, a causa inflamatória é mais comumente representada pela apendicite aguda, porém existem outros padrões vistos com grande frequência, como a diverticulite aguda, a colecistite aguda, a pancreatite, as peritonites, a ureterolitíase, a doença inflamatória pélvica e as gastroenterites. Já em relação às causas perfurativas, são elas: úlcera péptica, diverticulite, perfurações de órgãos e por corpo estranho, neoplasia gastrointestinal. As de etiologia obstrutiva são caracterizadas pela: obstrução pilórica e por corpo estranho, hérnias, neoplasias, prolapso de parede intestinal de causa hemorrágica: gravidez ectópica, ruptura de aneurismas abdominais, cistos hemorrágicos, rotura de baço, necrose tumoral e endometriose. Por fim, as principais etiologias de origem vascular são: isquemia intestinal por embolia e trombose de grandes vasos da artéria mesentérica, isquemia omental e infarto esplênico.

Contudo, também se faz necessário mencionar como etiologia, as causas extra-abdominais e sistêmicas. Nesse caso, existem as causas torácicas, como infarto agudo do miocárdio, pneumonia de lobo inferior, infarto pulmonar, pericardite aguda, pneumotórax e embolia pulmonar. Além destas, as causas hematológicas são fatoriais, como crise falciforme e leucemia aguda. Também as causas neurológicas – herpes zoster, compressão de raiz nervosa e Tabes Dorsalis. Por último, causas metabólicas caracterizadas por cetoacidose diabética, porfiria aguda e hiperlipoproteinemia.

A temática abordada é de extrema relevância, visto que somente no mês de janeiro de 2018 foram registradas 3.319 internações por dor abdominal e pélvica, o que resultou em 18.553 dias de internação e 329 óbitos, correspondendo uma taxa de letalidade de 9,62% (DATASUS, 2018). Soma-se a isso, dados coletados em 2002 nos Estados Unidos, onde cerca de 7 milhões de pacientes

procuraram a emergência com quadro de dor abdominal e cerca de 50% necessitam de internação médica.

É pertinente salientar a anatomia e fisiologia dessa região. Assim sendo, o abdômen é a parte do tronco localizada entre o tórax e a pelve, acomodando a maior parte dos órgãos do sistema digestivo, genital e urinário. Existem dois métodos principais de categorização da região abdominal para localização, identificação e diagnóstico dos sintomas de um paciente. O método mais simples é a definição em quatro quadrantes da cavidade abdominal: quadrante superior direito - observa-se o lobo direito do fígado, a vesícula biliar, o piloro do estômago, a parte superior do pâncreas, a glândula suprarrenal direita, o rim direito, a parte superior do colo ascendente e a metade direita do colo transversos; o quadrante superior esquerdo é localizado o lobo esquerdo do fígado, o baço, o estômago, o jejuno e o íleo proximal, o corpo e cauda do pâncreas, o rim esquerdo, a glândula suprarrenal esquerda, a metade esquerda do colo transversos e a parte superior do colo ascendente; o quadrante inferior direito contém o ceco, o apêndice vermiforme, a parte inferior do colo ascendente, o ovário direito, a tuba uterina direita, a parte abdominal, do ureter direito e a parte abdominal do funículo espermático direito; por fim, o quadrante inferior esquerdo em que estão situados o colo sigmóide, a parte inferior do cólon descendente, o ovário esquerdo, a tuba uterina esquerda, a parte abdominal do ureter esquerdo e a parte abdominal do funículo espermático esquerdo.

Todavia, existe, também, a segunda forma de classificação, a qual divide o abdômen em nove segmentos, sendo estes as regiões do hipocôndrio direito e esquerdo, do flanco direito e esquerdo, epigástrico, mesogástrico e hipogástrico. A dor abdominal é um dos sintomas mais importantes da síndrome abdominal aguda, pois, além de ser geralmente a primeira queixa do paciente e um dos principais sintomas que levam à procura por atendimento médico, também é essencial para o entendimento da etiologia. A dor geralmente é dividida em componentes viscerais e parietais, visto que depende das raízes nervosas que inervam o peritônio.

A apresentação clínica e diagnóstico da síndrome do abdome agudo, apresenta várias causas possíveis e, dessa forma, é indispensável um estudo profundo de cada um dos sintomas ou sinais que os pacientes referirem ou apresentarem. Sendo assim, todos os passos semiológicos são fundamentais para o diagnóstico certo da etiologia do abdome agudo visto que a dor de origem não traumática na qual varia de localização dependendo da afecção envolvida é o principal item na avaliação. A anamnese com a história clínica do paciente, então, é o passo semiológico mais importante para a definição etiológica do abdome agudo, porém não se baseia unicamente nesse achado sendo necessário a tomada de decisão de realizar a investigação diagnóstica adicional com marcadores

laboratoriais como o hemograma completo e urina de rotina, exames de imagem como radiografia simples, ultrassonografia e Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM) e, em alguns casos, a endoscopia.

Dando seguimento, entre os exames de imagem a ultrassonografia (USG) é o exame de imagem mais utilizado atualmente por conta da sua alta sensibilidade e especificidade. Utiliza-se a técnica de Puylaert, que é caracterizada pela compressão do local doloroso pelo transdutor de forma progressiva. No entanto, é um exame técnico depende, sendo a competência do ultrassonografista algo relevante para o diagnóstico, e pacientes os quais têm alta taxa de gordura abdominal também dificultam o exame. Por sua vez a radiografia simples apresenta uma baixa sensibilidade contudo muitas vezes se torna o exame inicial e único meio diagnóstico disponível em hospitais de pequeno porte.

Portanto, os exames de laboratório e de imagem em conjunto podem auxiliar no manejo do paciente e na tomada das próximas condutas. Leucocitose (leucócitos $>12.000/\text{mm}^3$), proteína C reativa aumentada (PCR $>0,5 \text{ mg/dL}$), achados patológicos na ultrassonografia ou TC, bem como agravantes clínicos, indicam quadro mais grave do abdome agudo. Nos casos em que não se foi possível definir uma etiologia do quadro, se tem a opção de realizar uma videolaparoscopia e a laparotomia exploratória.

A decisão do tratamento de abdome agudo engloba quais casos precisam ou não de tratamento cirúrgico. A alta especificidade e sensibilidade da laparoscopia diagnóstica, auxilia na distinção das doenças que podem ser tratadas pela clínica das que precisam ser tratadas por meio de cirurgia. Uma das vantagens da laparoscopia diagnóstica é a habilidade de tratar laparoscopicamente diversas condições que determinam o abdome agudo, além da diminuição da morbimortalidade e do tempo de permanência hospitalar.

É de suma importância a identificação dos pacientes que precisam ou não de tratamento cirúrgico, e o tratamento varia de acordo com a estabilidade do paciente. Os casos instáveis são os que além da dor abdominal severa possuem variação anormal dos sinais vitais, bem como febre, hipotensão, taquicardia e perda do nível de consciência. Os pacientes instáveis então, necessitam de urgência na conduta cirúrgica, sendo o mais comum realizar a laparotomia exploratória com fins diagnósticos. Já em pacientes estáveis, mas com dor abdominal severa, a avaliação do tratamento mais adequado é essencial, seja ele cirúrgico ou clínico. A conduta não cirúrgica, realça o uso de analgésicos opioides que não atrapalhem no diagnóstico para o alívio da dor, contribuindo para uma melhor coleta da história clínica enquanto o diagnóstico não é definido. Inclui ainda o uso de antibiótico

empiricamente, mesmo antes dos resultados dos testes de cultura, que pela demora poderiam prejudicar uma intervenção rápida.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abdome agudo apresenta grande incidência em serviços de emergência e exige grande atenção durante a abordagem inicial do paciente. Uma boa conduta se baseia em uma anamnese minuciosa visto que os achados clínicos são muitas vezes inespecíficos, mas ressaltando a dor severa em abdome de início súbito, em conjunto com exame físico e exames de imagem. Vale ressaltar ainda, que o diagnóstico precoce é de suma importância para terapia adequada iniciando de forma rápida a abordagem terapêutica intervencionista. Portanto conclui-se a importância do diagnóstico precoce correto visto que grande parte das etiologias do abdome agudo podem vir a ser fatais.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) /DATASUS. Morbidade Hospitalar do SUS: CID-10 R10, Período Jan/2018.

BRUNETTI, Adriano; SCARPELINI, Sandro. **ABDÔMEN AGUDO**. ABDÔMEN AGUDO, [s. l.], v. 40 (3), p. 358-67, 2007. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/334/335>. Acesso em: 18 out. 2022.

CACCIATORI, Felipe Antônio *et al.* **Proposta de escore preditor de desfechos para abdome agudo**. Proposta de escore preditor de desfechos para abdome agudo., [s. l.], 31 out. 2020.

CARDOSO, Fernanda Vieira *et al.* **Manejo e conduta do abdome agudo: uma revisão narrativa**. Acervo saúde, Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15(5), p. 2178-2091, 5 2022. DOI
<https://doi.org/10.25248/REAS.e10226.2022>. Disponível em:
<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10226/6139>. Acesso em: 18 out. 2022.

KILESSE, Christiano Tadeu *et al.* **ABDOME AGUDO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO**. Abdome agudo, Brasília Med, ano 2022, v. 59, p. 1-10, 26 out. 2019. DOI 10.5935/2236-5117.2022v59a247. Disponível em:
<https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v59a60.pdf>. Acesso em: 18 out. 2022.

MILANEZ, Ana Luísa *et al.* **Síndrome do Abdome Agudo: Uma Revisão de Literatura**. Síndrome do Abdome Agudo: Uma Revisão de Literatura, [s. l.], 14 jun. 2021. Disponível em:
<https://gastrocentropiracicaba.com.br/downloads/Artigo%20S%C3%ADndrome%20Abdome%20Agudo.pdf>. Acesso em: 18 out. 2022.

PITOMBO, Marcos *et al.* **Laparoscopia no abdome agudo não traumático: estudo retrospectivo**. Laparoscopia no abdome agudo não traumático: estudo retrospectivo, [s. l.], 15 jul. 1999. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/Yr7FZdQD78jPDH94kTfNntF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2022.