

DOR ABDOMINAL AGUDA: Considerações Clínico-Radiológicas

Cláudio Augusto Marroni *

Carlos Cleber Alves Nunes **

Carlos Horácio Genro ***

A história, o exame físico e a fisiopatologia de muitas situações clínicas de Dor Abdominal Aguda são enfatizadas. Muitos aspectos da história e do exame físico são descritos. A falha do médico em reconhecer indícios clínicos importantes pode ser indisculpável e conduzir a intervenções cirúrgicas desastrosas. A discussão enfatiza dados clínicos que podem alertar o médico para uma possível etiologia clínica de dor abdominal aguda e faz uma revisão destas situações. A dor referida tem um lugar especial no desenvolvimento do assunto. A investigação é sistematizada em pequenos tópicos mas o exame radiológico tem um capítulo particular, no qual são analisados o tipo de exame a ser usado, a técnica utilizada, os achados e sua interpretação.

1. INTRODUÇÃO

Dor abdominal aguda é uma das causas mais frequentes de atendimento médico.

As situações abdominais dolorosas às vezes são banais, autolimitadas não trazem transtornos ou disfunções consideráveis, e se resolvem sem o médico ou apesar dele.

* Auxiliar de Ensino da Fundação Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre — Departamento de Medicina Interna — Setor de Gastroenterologia. Gastroenterologista pela Associação Médica Brasileira.

** Auxiliar de Ensino da Fundação Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre — Departamento de Cirurgia. Cirurgião do INPS.

*** Auxiliar de Ensino da Divisão de Pronto Socorro — SMSSS — Porto Alegre. Radiologista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Radiologista da Divisão de Pronto Socorro — SMSSS — Porto Alegre, RS.

Entretanto, muitas situações abdominais dolorosas fazem com que o médico tenha que prestar um atendimento rápido, preciso, correto, para poder beneficiar o seu paciente.

Dentro deste último grupo, vamos encontrar situações clássicas, características, fáceis de serem solucionadas, situações em que nos deparamos com quadros clínicos complexos, ou frustos, que nos impedem de exercer na plenitude a nossa capacidade e finalidade de médicos.

No paciente que apresenta uma dor abdominal aguda, ao clínico, sempre surge uma dúvida, nem sempre fácil de resolver:

É um abdômen clínico?

É um abdômen cirúrgico?

Esta dúvida perene é um fato de extrema importância, em muitas situações para o prognóstico do paciente.

Protelar uma cirurgia, quando a patologia aguda é cirúrgica, sem dúvida, trará como consequências, um aumento da incidência da morbidade e da mortalidade.

Indicar cirurgia em situações agudas clínicas, poderá trazer ao paciente repercussões severas, com complicações difíceis de tratar, dispendiosas, desgastantes, sequelas e, mesmo a morte.

Este é o dilema!

O ideal seria impedir cirurgia desnecessárias.

O sintoma dor, de extrema importância nestas situações, é um índice a ser valorizado de modo primordial na elaboração diagnóstica, para a terapêutica correta.

Pra que possa favorecer da melhor maneira possível ao seu paciente manuseá-lo cuidadosamente, e avaliar a sua dor e o que a origina, é necessário que o clínico elabore uma história cuidadosa, que faça um exame físico correto, que saiba avaliar os achados, que conheça os mecanismos básicos das doenças intra e extra abdominais e que saiba da existência da dor referida.

A localização da dor, o seu modo

de início, sua intensidade e modificações, suas relações com fatores desencadenantes ou que a aliviam, são importantes na formulação diagnóstica.

A localização, o grau de defesa ou contratura muscular, a presença de rebote ou não, as modificações do padrão respiratório e as alterações que as posições ocasionam, a presença ou não de ruídos hidroaéreos, as alterações da sensibilidade cutânea, dados objetivos importantíssimos que devem ser muito bem avaliados e interpretados.

Já em 1921 Sir Zachary Cope, dizia que a melhor solução para a situação abdominal

«o primeiro princípio consiste em procurar, por todos os meios, que se chegue ao diagnóstico seguro e completo».

Daí depreendermos que a semiologia e após a propedêutica, bem conduzidas, são fundamentais.

Isidor Raydin em 1965 disse:

«A experiência no diagnóstico das enfermidades abdominais agudas, não tem substitutivos».

Um maior número de casos aumenta a nossa experiência e torna maior o número dos nossos acertos; e, ao mesmo tempo, os erros que cometeremos, sem dúvida nenhuma, serão sempre mais fácil e precocemente, reconhecidos, corrigindo a nossa trajetória e impedindo que neles reincidamos.

A propedêutica médica, cada vez mais sofisticada, é de auxílio valioso e importante na avaliação complementar de um paciente com dor abdominal aguda.

O arsenal propedêutico é enorme, e poderíamos desfilarmos um sem número de exames que nos auxiliariam.

No presente trabalho, entretanto, focalizamos o Estudo radiológico como meta prioritária a ser desenvolvida.

Serão abordados com propriedade as indicações, as técnicas, os achados, as interpretações, do estudo radiológico.

A avaliação correta de uma dor, a sua localização e a precisão com que é discriminada, implicam em conhecimento da inervação das estruturas intrabdominais, do peritônio parietal e visceral e da própria parede abdominal.

Para que a dor ocorra é necessário um estímulo, um aparelho receptor deste estímulo, um aparelho condutor deste estímulo, um aparelho integrador do estímulo e uma via inversa com a resposta.

A parede abdominal é innervada pelos seis últimos nervos intercostais e o ramo iliohipogástrico do 1º nervo lombar.

O peritônio parietal tem um suprimento nervoso similar e a dor, originando-se em qualquer área, pode ser localizada com razoável precisão pelo paciente.

Os músculos retroperitoneais, incluindo o psoas maior, o quadrado lombar e sacroespinal, são innervados pelas quatro primeiras raízes e podem ser estimulados por distúrbios abdominais ou retroperitoneais, com o resultado de uma dor normalmente bem localizada.

O peritônio visceral e as estruturas que inclui, são innervados por fibras aferentes, cerebrospiniais e do simpático esplâncico de T5 a L3, impulsos dolorosos que viajam por estas vias são pobremente localizados, e é isto que dá a grande diversidade de dores intra-abdominais, em que se produz uma dor da mesma qualidade, mas com localização vaga.

O tubo digestivo, do esôfago ao ânus, é insensível aos tipos de estímulos que produzem dor em estruturas somáticas.

Biópsias de mucosa podem ser obtidas de qualquer segmento do tubo digestivo, sem dor. O tubo digestivo pode ser cortado, esmagado, queimado, sem que isto origine dor.

Por outro lado, se o tubo digesti-

vo é distendido ou a camada muscular tem contração intensa, a dor aparece.

Parece que o estímulo primário a dor das vísceras ocas é a tensão sobre as fibras musculares.

Um número muito grande de lesões diferentes do tubo digestivo, como úlcera penetrante, tumores que obstruem a luz, inflamações ou irritantes químicos, podem induzir a distensão do tubo ou espasmos, que serão percebidos como dor.

A tração do mesentério ou a distensão da cápsula dos órgãos macios como o fígado, o baço ou os rins, pode também produzir dor.

Os impulsos dolorosos, iniciando-se nas vísceras, podem ativar aferentes somáticos do mesmo ou de segmentos neurais adjacentes, levando a que no segmento afetado encontremos espasmo muscular, hiperalgesia.

Poderíamos dizer que no abdômen, quando há uma dor, teríamos um ou mais dos mecanismos básicos, abaixo enumerados:

- a) aumento de tensão nas paredes das vísceras ocas;
- b) tensão na cápsula de órgãos sólidos ou de suas ligações mesentéricas;
- c) inflamação da superfície peritoneal ou de estruturas retroperitoneais;
- d) isquemia do tubo digestivo.

O menor estímulo capaz de ser percebido como dor pode ser chamado limiar de sensibilidade dolorosa. É variável de pessoa para pessoa, demonstrado experimentalmente.

Parece haver uma conotação racial, cultural e intelectual com as variações do limiar de sensibilidade dolorosa. Entretanto, podemos afirmar que para uma mesma pessoa o limiar de sensibilidade pode se mostrar diferente, de tempos em tempos. A atenção e a distração podem alterar e aumentar ou diminuir o limiar de sensibilidade dolorosa. Na prática, a hipnose, a sugestão e os analgésicos tem as mesmas propriedades de modificação do limiar. A apreensão, a

ansiedade, a antecipação da dor, podem fazer com que o limiar diminua e o paciente sofra mais.

De uma maneira geral, os processos inflamatórios diminuem o limiar de sensibilidade dolorosa, pois influem com a vasodilatação e a liberação de enzimas do lisossoma celular, que atuam em substratos protéicos plasmáticos (calicreinogeno) liberando peptídeos vasoativos, as cininas, que também atuam nos quimiorreceptores.

A reação à dor é um capítulo interessante.

É individualizado.

Livingston diz que a dor é uma percepção e como tal está sujeita a influências como a associação de ideias, os pressentimentos, o medo.

Sempre devemos considerar as experiências anteriores do paciente, as possíveis relações com situações consideradas boas ou más; a vivência experimentada por dor semelhante no passado e o que aquilo significou na sua vida.

A dor subjetiva, e a reação a ela não necessariamente é um paralelo fiel da intensidade do estímulo. Por isso além de analisarmos a dor e suas características, devemos analisar o portador da dor.

A dor se estabelece em um indivíduo, o qual, para o médico, apresenta uma problemática que deve ser avaliada globalmente.

A diferenciação psíquica, emocional, intelectual, parece influenciar no limiar de «excitabilidade» do indivíduo, fazendo-o sofrer mais ou menos com uma «dor padrão».

Outro aspecto importante seria o da percepção da dor e a conotação inconsciente de gravidade que representa, o que influiria na exteriorização das queixas do paciente.

Na prática temos observado pacientes que apresentam dor em decorrência de situações clínico-cirúrgicas graves (infarto do miocárdio, pancreatite aguda, embolia, perfuração de víscera oca...) e que se queixam da dor, analisam-na e procuram não fazer qualquer esforço, ou gasto de

energia a mais do que o estritamente necessário para as respostas e comunicação. Tem medo do aumento da dor; do agravamento do quadro; não se movem, não gritam, respiram pouco, sente-se-lhes o pavor.

Ao contrário, pacientes com dor mais intensa e decorrente de patologias menos graves (cólicas intestinais) ou de desordens fisiológicas, ao serem examinados, apresentam um quadro exuberante, florido, chamativo, histriônico. Gritam, choram, pulsam. A exceção, podemos dizer, ocorre na cólica renal, é uma dor intensa, contínua, e que traz grande inquietude e necessidade de movimentação para o paciente.

2 — AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS DE UMA DOR ABDOMINAL (8. 11, 26)

Toda a dor tem que ser avaliada da maneira mais completa possível. Para isto devemos ter um roteiro de arguição correto, preciso e integral. Considerarmos então as características que se seguem:

- Tempo e modo de início
- Localização, área de máxima intensidade e irradiações
- Tipo de dor
- Intensidade
- Relações com funções
- Achados concomitantes
- Traumatismos prévios

2.1 — Tempo e modo de início.

A dor é suficientemente intensa para retirar o indivíduo do sono ou deixa-o dormir?

Modifica as atividades habituais do paciente ou não?

O início é súbito e intenso, violento, podendo sugerir uma perfuração de víscera oca ou uma oclusão vascular?

A dor é mais gradual, podendo progredir mais lentamente, e ser variável no tempo, podendo sugerir uma obstrução do tubo digestivo ou inflamação do mesmo?

A duração da dor é curta ou longa?

As dores de curta duração, mais ou menos intensas, podem ser devidas a cólicas abdominais. As dores de longa duração podem ser devidas a «cólicas» biliar ou renal, ou a processos inflamatórios ou infecciosos do peritônio ou partes moles, ou ainda a processos isquêmicos das vísceras.

2.2 — Localização (51)

Dor no epigástrico pode ser relacionada com estruturas inervadas de T6 a T8. Assim poderá ser proveniente do estômago, duodeno, pâncreas, fígado, árvore biliar, e parte do peritônio parietal.

Dor periumbelical é relacionada com estruturas inervadas de T9 a T10. Assim o intestino delgado, apêndice cecal, ureter (alto), testículos e ovários podem ser a origem da dor.

Dor hipogástrica é relacionada com estruturas inervadas por T11 a T12. Assim teremos o cólon, a bexiga, ureter (baixo), útero e anexos.

2.2.1 — Irradiações (6, 8, 14, 26)

A irradiação de uma dor, dependerá da estrutura que for atingida e da inervação que a mesma apresenta. Teremos então a dor referida, que poderá ser por um reflexo viscerossensitivo ou peritonocutâneo (ver mais adiante).

A área para a qual a dor se irradia pode ter valor diagnóstico. Uma dor epigástrica que se irradia para o ombro D e região torácica posterior D pode ser mais frequentemente das vias biliares, do que uma dor epigástrica com irradiação para o quadrante inferior D, que poderia ser de uma apendicite aguda.

O exemplo característico é a dor abdominal alta que apresenta irradiação cervical. Podemos pensar nestas circunstâncias em um comprometimento do centro frênico, ao nível do diafragma; várias patologias acima

ou abaixo do diafragma poderiam estar dando origem a esta dor.

2.2.2 — Área de máxima intensidade (8).

A dor de uma úlcera péptica perforada usualmente se inicia no abdômen superior, enquanto que uma dor de uma gravidez ectópica se inicia no abdômen inferior. Com o passar do tempo, em ambas circunstâncias, a dor começa a ser mais difusa e difícil de localizar.

Dai a importância de valorizar a cronologia dos sintomas, de maneira adequada e precoce.

Início súbito de uma dor severa, sentida em uma grande área, é altamente sugestivo de peritonite difusa, secundária à ruptura de víscera oca.

2.3 — Tipos de dor.

Podemos dizer que a dor pode ser de três tipos:

- a — picante
- b — urente
- c — dolente

A dor picante seria, objetivamente, a que sentiríamos quando fosse feita a tração de um ou dois pelos da pele do dorso da mão, abruptamente e com força.

A dor urente seria, objetivamente, a que sentiríamos, quando fosse feita a tração de um punhado de pelos da pele do dorso da mão, abruptamente e com força.

A dor dolente seria, objetivamente, a resultante da pressão que exerceríamos na musculatura do 1º espaço interdigital da mão, com o polegar e o indicador da outra mão, e garra, e com força.

Estes três tipos de dor são fundamentais. As variantes daí decorrentes podem ser debitadas às informações mais ou menos precisas do paciente ou à comparação com possíveis experiências prévias dolorosas.

A dor picante seria fundamental

mente decorrente de alterações ao nível de uma raiz nervosa. Seria uma dor superficial, de pele.

A dor urente poderia ser decorrente de alterações também de uma raiz nervosa ou de reação inflamatória de certas vísceras como o esôfago e o estômago.

A dor dolente seria uma dor mais profunda, fundamentalmente visceral. Decorreria de alterações inflamatórias, isquêmicas, ou de modificações de tensão nos órgãos.

A dor em cólica é uma dor que depende da víscera oca. Sua característica é a de ter início progressivo, mais ou menos rápido, atingindo um platô, onde permanece por alguns minutos, e inicia um decréscimo de intensidade mais lento do que a ascensão, e pode desaparecer ou permanecer num limiar mais elevado, como uma sensação de «dolorimento». A sua duração é de minutos, raramente ultrapassando 15 a 20 minutos.

Erroneamente são chamadas de cólica a «cólica renal» e a «cólica biliar». Na realidade são dores paroxísticas, constantes, intensas e de longa duração. São chamadas «cólica» por problemas tradicionais, o que é muito difícil de ser contornado atualmente, pela disseminação do seu uso.

No abdômen a dor visceral poderia ter três comportamentos, relacionados com os mecanismos básicos que os origina (6):

- a — Dor visceral verdadeira;
- b — Dor referida ou somática, devido a um reflexo viscero-sensitivo;
- c — Dor referida devida ao reflexo peritônio-cutâneo de Morley.

2.3.1 — Dor visceral verdadeira (6)

Inicia por estímulo atuando nas terminações nervosas da víscera: distensão ou contração. O impulso é transmitido via fibra visceral aferente acompanhando o simpático. O nervo cérebro-espinal não precisa participar. A simpatectomia poderia

ser de auxílio, menos se a dor fosse do fundo uterino (sacral) ou do terço distal do esôfago, traquéia e brônquios (torácica). Poderá ser bem localizada se o estímulo for intenso, caso contrário será difusa.

As características gerais são: difusa, intensa, profunda, e em geral situada na porção média do abdômen.

Frequentemente é devida a desarranjos funcionais do tubo digestivo, com o exagero da atividade motora fisiológica (16). É o que ocorre numa das situações mais frequentes com que nos deparamos na prática clínica diária, que é a Colopatia Funcional de Adaptação (cólon irritável).

A dor visceral é causada por impulsos que correm pelas fibras aferentes viscerais (sem a participação dos nervos somáticos).

2.3.2 — Dor referida (Fibras viscerais aferentes e fibras cerebro-espinais) (6)

Após o estímulo, a via aferente tem a participação de nervos esplâncnicos e de nervos cérebro-espinais.

No corno posterior da medula, existe uma vizinhança estreita entre as fibras viscerais aferentes que têm ramos simpáticos e os nervos cerebro-espinais que têm relação com os dermatomas somáticos. A sensação de dor é referida à áreas superficiais do corpo que são inervadas pelos nervos somáticos, relacionados com aquele segmento da medula. A explicação seria esta: as fibras que chegam na medula pelas raízes nervosas são cutâneas e viscerais, e fazem uma conexão com um segundo neurônio, no corno posterior. O número de fibras que chegam é maior do que o número de segundos neurônios. Assim uma ou mais fibras aferentes cutâneas ou viscerais, tem que fazer a sinapse com o mesmo segundo neurônio. O impulso que se inicia numa víscera, chega na córtex cerebral e, aí, tem-se a interpretação do estímulo como podendo ser de

um neurônio cutâneo, pois estes são mais numerosos, mais grossos e melhor condicionados à dor do que os neurônios viscerais. A anestesia subcutânea com xilocaina, no dermatoma correspondente ao órgão que está dando origem à dor, faz cessá-la por bloqueio do estímulo aferente da pele.

A dor assim aliviada pode por vezes permanecer com características diferentes, no local correspondente à viscera. Este seria o componente visceral puro da dor.

A dor referida é aguda, nítida, epiléptica, e bem localizada. Em geral é mais lateralizada do que mediana. Pode haver hiperalgesia e reação muscular associadas.

Verdadeiramente a dor referida é mais frequentemente o resultado de uma inflamação do que de um desarranjo fisiológico sozinho.

2.3.3 — Dor referida devido ao reflexo peritônio-cutâneo de Morley (6).

As fibras aferentes viscerais que acompanham o simpático, não participam. Apenas os nervos somáticos ou rerebroespinhais estão envolvidos. As terminações dos nervos cerebroespinhais estão no peritônio parietal na raiz do mesentério e parede posterior do abdômen.

Quando uma terminação de um nervo cerebroespinhal do peritônio ou tecido subperitônio está irritada, a dor se referirá à correspondente área segmentar da pele. Este tipo de dor ocorre mais frequentemente como resultando de inflamação do peritônio parietal ou do mesentério, como resultado de peritonite.

Frequentemente esta dor está associada com contratura da musculatura da parede abdominal subjacente.

2.3.4 — Intensidade da dor (6, 8, 11, 26)

A dor pode ser de pequena, média

ou grande intensidade. Esta graduação tem muito de subjetivo e depende também do limiar de sensibilidade dolorosa do indivíduo.

A dor de pequena intensidade é a que o indivíduo refere, mas, se a sua atenção for desviada para qualquer fato corriqueiro, de rotina ou não, para a execução de alguma tarefa, ou simplesmente distração, esquece-a. É uma dor que não obriga a modificação dos hábitos do paciente. Frequentemente é funcional e tem longa duração.

A dor de média intensidade pode ser decorrente de problemas orgânicos ou funcionais, ter duração variável, mas não muito longa, e em geral não depende de patologia aguda.

A dor de grande intensidade na grande maioria das vezes, é de natureza orgânica, frequentemente depende de patologia aguda que requer tratamento médico imediato (clínico ou cirúrgico); muitas vezes o paciente está em risco de vida; a sua duração é variável, dependendo da patologia que a origina; entretanto pela sua intensidade, determina que se utilizem analgésicos, modificando-a.

2.4 — Relação com funções (6)

Sempre é importante que tenha em mente a possível relação da dor com a função do órgão que lhe pode dar origem. A isto chamamos de ritmo da dor.

O início da dor está relacionado com a alimentação; com a evacuação; com a micção; com o exercício; com a respiração; com o ciclo menstrual; com o posicionamento do corpo?

2.5 — Achados concomitantes.

As náuseas e vômitos no quadro doloroso, pode-se dizer, não tem um significado muito preciso quanto ao diagnóstico, por uma razão muito simples: são manifestações inespecíficas de reflexos nervosos cutâneos, e que ocorrem desencadeados pelos

mais variados estímulos, que podem ou não ter alguma relação com o aparelho digestivo (47).

Toda dor intensa pode desencadear uma série de reações vegetativas como: sudorese, palidez, tonturas, náuseas e vômitos, que independem da sua localização e podem depender da sua intensidade, do limiar de excitabilidade, de grau de diferenciação psíquica e emocional do paciente.

As náuseas e os vômitos podem ocorrer da mesma maneira em um paciente que tem uma luxação, uma fratura de perna, uma pancreatite aguda, encefalite, meningite, infarto do miocárdio ou úlcera péptica.

É claro que nas situações de patologia digestiva, principalmente alta, e em situações em que há hipertensão endocraniana, há uma tendência a que as náuseas e vômitos se mantenham ou, pelo menos sejam mais constantes. O fato de o vômito ter características especiais, sim, poderia ser de auxílio diagnóstico. É o caso da hematêmese, do vômito de estase, do vômito fecaloíde.

A dor abdominal aguda que se acompanha de enterorragia maciça nos sugeriria presença de patologia do cólon, eventualmente com comprometimento vascular (colite isquêmica) ou diverticulose/ite do cólon (16, 21, 43, 55). No caso de o paciente urêmico, com dor abdominal e quadro de hemorragia gastrointestinal abundante, abdômen com achados físicos de abdômen agudo, é obrigatório que pensemos em enterocolite urêmica, extremamente grave, muitas vezes fatal. Dependeria de uma vasculite necrosante (56).

A febre juntamente com dor abdominal aguda, nos faz pensar em patologia inflamatória ou infecciosa. A localização da dor poderá ser importante para o diagnóstico.

Dor epigástrica com irradiação para a F. I. D. com hipertermia discreta nos faz pensar em apendicite aguda.

Dor hipogástrica com irradiações para as fossas ilíacas e com tempera-

tura elevada de 39-40°C nos faz pensar em pelviperitonite.

Dor na F. I. E. ou flanco E., com reação peritonial, febre, alteração de hábito intestinal, nos indica a possibilidade de diverticulite aguda do sigmóide (31).

Dor no hipocôndrio D., intensa, duradoura, com reação peritonial e com febre alta, nos sugere colecistite aguda.

A presença de calafrios, com dor abdominal alta, sugere cólica biliar.

A dor abdominal alta que nas 24 hs subsequentes se acompanhe de colúria e/ou icterícia conjuntival, sem dúvida é decorrente de cólica biliar por coledocolitíase (41, 43).

2.6 — História de traumatismos (13, 39).

Há necessidade de uma história cuidadosa para avaliar a possibilidade de um traumatismo abdominal que possa ter desenvolvido lesão visceral e seja o responsável pela dor.

Em certas ocasiões injúrias mínimas podem ocasionar problemas sérios, como no caso da ruptura do baço. Se o paciente é portador de patologia prévia com esplenomegalia, as coisas se tornam mais fáceis de acontecer.

Em traumatismos abdominais com lesão visceral, se bem que não possam existir modificações do pulso, temperatura ou pressão, nunca falta a dor, espontânea ou à palpação (39).

Sempre há dor provocada à palpação, nas rupturas de órgãos abdominais. A experiência é que nos ensina a achá-la.

«Os dedos sensíveis sabem ver» dizia Okinczye. (39).

2.7 — OBJETIVAÇÃO DA DOR (Exame Físico)

Ao lado dos dados subjetivos relacionados com a história do paciente, podemos encontrar os dados objetivos do exame físico. A riqueza de a-

chados vai depender da acurácia da procura.

Podemos ter achados sistêmicos ou locais.

2.7.1. — Sinais sistêmicos

O aparecimento de febre em paciente com dor abdominal aguda pode sugerir o processo infeccioso ou inflamatório do peritônio, de órgãos intraperitoniais, da parede ou eventualmente de doenças sistêmicas com a manifestação dolorosa sendo uma complicação, ou resultante de patologia associada.

Febre moderada pode ocorrer em apendicite aguda, pancreatite aguda — trombose mesentérica.

Febre elevada pode ocorrer em peritonite generalizada, colecistite aguda, pelviperitonite.

O achado de artralgias e ou artrite e dor abdominal aguda, pode ser devido a lupus eritematoso sistêmico, hepatite viral aguda, retocolite ulcerativa mes específica, Doença de Whipple, gonococia.

Gânglios linfáticos — A presença de gânglios linfáticos disseminados ou localizados poderá ser um indicio de Doença de Hodgkin, linfossarcoma — Mononucleose infecciosa.

A icterícia quando presente poderá ser decorrente de patologia obstrutiva das vias biliares (coledocolitíase ou neoplasia das vias biliares ou do pâncreas), de hepatite viral aguda principalmente em crianças ou de crise hemolítica (Drepanocitose-Esforocitose ou anemia hemolítica autoimune).

2.8 — SINAIS LOCAIS (27)

Os achados físicos mais consistentes, em pacientes com dor abdominal aguda, estão no próprio abdômen.

Inspeção — Um abdômen distendido poderá ser evidência de ascite (cirrose — carcinomatose ou tuberculose peritonal), obesidade ou distensão gasosa (meteorismo, íleo a-

dinâmico ou obstrução intestinal) (3, 6, 8, 11, 26, 36).

Os movimentos respiratórios abdominais, ausentes ou diminuídos, podem significar alterações inflamatórias que comprometem o abdômen superior e o peritônio parietal diafragmático. (Abscesso subfrênico, colecistite aguda — úlcera péptica perfurada...).

Os movimentos de tosse podem desencadear dor abdominal.

Protusão de cicatriz umbelical pode significar ascite ou hérnia umbelical que poderá estar encarcerada ou estrangulada. A presença de hérnias em outras áreas (inguinais — crurais — epigástricas) podem ter o mesmo significado.

A presença de sufusões hemorrágicas nos flancos ou periumbelicais é decorrente de hemorragia importante intraperitonal (pancreatite aguda hemorrágica, gravidez ectópica rota, hematomas retroperitoniais).

Abaulamentos abdominais localizados podem decorrer de tumores intra-abdominais ou retroperitoniais.

Cicatrizes abdominais podem significar suboclusão intestinal por bridas.

2.9 — PALPAÇÃO (3, 5, 6, 8, 26)

A palpação superficial serve para detectar hipersensibilidades, dor, defesa ou contratura abdominal. A hipersensibilidade pode depender de dor referida por reflexo víscero-cutâneo ou por comprometimento de raiz nervosa por patologia de coluna, muscular ou mesmo neurose. A dor decorrem em geral de patologia da parede abdominal, de peritônio ou de estruturas, retroperitoniais. A palpação podemos apreciar graus variáveis de hipertonia muscular.

Camper e Travers em 1816 descreveram pela primeira vez o achado de hipertonia muscular da seguinte maneira: «Se pode deprimir a parede abdominal até um certo limite; a partir daí, e coincidindo com a pro-

vocação da dor, a musculatura se contrai». (8)

Esta contração pode ser de grau variável e merece ser analisado cuidadosamente:

Pode ser voluntária, quando o paciente sabe que terá dor à palpação do seu «foco inflamatório». O paciente se defende voluntariamente, tem «Defesa Voluntária»

Se distrairmos ou captarmos a confiança do paciente e ao mesmo tempo palpamos suavemente o abdômen poderemos verificar que a contração voluntária desaparece ou diminui muito.

A contratura, ao contrário, decorrente do reflexo peritônio-cutâneo de Morley, depende então de peritonite, independe de vontade ou do medo da dor que a palpação pode ocasionar no abdômen. Esta contratura não se desfaz com distração ou captação de confiança.

A defesa e a contratura podem ser etapas variáveis de um mesmo processo. São variáveis no tempo (evolutivas) e podem variar no espaço (di-

ferentes regiões do abdômen). (8).

a) podem ser uma manobra antálgica do organismo;

b) revelam a existência de um processo inflamatório peritonal; podem traduzir a intensidade e localização do mesmo;

c) pode não haver paralelismo entre a intensidade da dor e os achados objetivos da mesma;

d) deve haver peritonite da parede anterior ou lateral do abdômen para que haja defesa ou contratura. Assim, nos processos que comprometem o peritônio posterior ou a pelvis, as alterações abdominais são pouco intensas.

Na sua evolução poderíamos dizer que existem três tipos de hipertonia na musculatura abdominal.

a) **Vigilância** — voluntária, antálgica, controlável, eliminável.

b) **Defesa** — reflexa, não pode ser simulada.

c) **Contratura** — reflexa, desencadeada por mínimos estímulos.

A parede abdominal se encontra rígida, escavada, sem movimentos respiratórios e à palpação, há sensação de dureza de madeira. É o «**ventre em tábua**».

A defesa e a contratura podem variar no tempo e no espaço. Ambos se diluem nas zonas vizinhas e ambas modificam com o tempo. (8).

Não devemos esquecer que em certas circunstâncias estas manifestações físicas abdominais podem depender de alterações extra abdominais como pleurites, infarto do miocárdio, pericardites (8).

Achamos que dentro do capítulo das situações médicas que simulam abdômen agudo, existem um sem número de patologias próprias do abdômen que deveriam ser consideradas.

Assim: pancreatites, úlceras pépticas, doenças inflamatórias de tubo digestivo, infecções entéricas, peritonite primária, inflamações pélvicas, tuberculose intestinal, cólon irritável, cólica biliar.

A enumeração poderia ser muito mais longa e quase interminável.

Muitas destas situações são clássicas e conhecidas, e a eles não nos referimos.

Enfocaremos alguns aspectos clínicos de certas situações peculiares:

2.9.1 — Tuberculose entérica (23).

A sintomatologia de entidade pode ser associada a manifestações de infecção, como febre, anorexia, emagrecimento, astenia, suores noturnos, amenorréia...

A dor é o sintoma predominante.

te e a mais característica é a situada no quadrante inferior direito, coincidindo com a localização mais frequente de tuberculose intestinal, ou seja, no segmento ileo-cólico. Pode ser permanente e de características variáveis, desde a sensação de peso à cólica, dependendo este último de haver ou não estenose.

Pode ocorrer diarréia ou mudança de hábito intestinal. A enterorragia é rara. Ao exame físico podemos encontrar tumor palpável no Q. I. D.

2.9.2 — Tuberculose Peritonal (7, 10, 22, 52)

O quadro geral é o mesmo descrito acima. Aqui encontramos ainda ascite de volume variável. Ocorre mais frequentemente em mulheres pretas, jovens.

A dor abdominal pode ocorrer na maioria das pacientes, mas é indefinida, incaracterística. Pode ser alta ou baixa, localizada ou generalizada. Não é infrequente ocorrer associado com tuberculose pulmonar — Às vezes, no abdômen, além de ascite, encontramos massa palpável, o que associado às condições gerais debilitadas do paciente, poderá erroneamente sugerir o diagnóstico de neoplasia abdominal. O diagnóstico pode ser feito com a laparoscopia e biópsia do peritônio.

2.9.3 — Pancreatite aguda (1, 18, 29, 50, 49, 60).

A dor é uma queixa constante e precoce. É intensa, duradoura constante, epigástrica com irradiação para o hipocôndrio ou para a região dorsal sobre a coluna, e nem frequentemente em faixa, que se modifica com as mudanças de posição do corpo (piora com o decúbito, melhora com decúbito ventral ou prece maometana); os vômitos são uma constante; pode ocorrer desmaio, dispnéia, sudorese; o ileo adinâmico ocorre algumas horas após o início do quadro doloroso; a icterícia é pouco frequente. O abdômen ao exame fís-

co pode não ter achados paralelos com a gravidade da situação clínica ou correspondentes à intensidade das queixas.

Choque, pela dor, por hipovolemia, ou por hemorragia ou pela vasodilatação decorrente de liberação sistêmica de polipeptídeos vasoativos, as cininas, pode ocorrer.

Uma regra prática que seguimos é pensar em pancreatite aguda:

a) dor abdominal alta, após ingestão alcoólica ou grande ingestão de alimentos;

b) «cólica biliar» com duração longa (12, 24 horas) .

2.9.4 — Pancreatite crônica (18, 29, 50, 49, 60).

Surtos repetidos de dor abdominal alta, localizado ou não, em pacientes estilizas crônicos com emagrecimento, diarréia e/ou má absorção, diabetes melito, anemia.

A irradiação da dor para a região dorsal pode ser sugestiva.

No abdômen poderemos eventualmente encontrar massa palpável, correspondente a pseudo cisto.

2.9.5 — Úlcera péptica penetrante (6, 25)

O paciente com úlcera péptica tem dor bem caracterizada e conhecida. Quando, porém, há uma complicação como a penetração podemos encontrar várias características na dor:

a) referência da dor para a região dorsal;

b) ocorrência de dor noturna frequentemente;

c) modificação do local da dor, da sua intensidade e irradiação;

d) modificação do ritmo prévio da dor;

e) refratariedade aos tratamentos que anteriormente resultavam em alívio pronto.

2.9.6 — Pelvipерitonite (27, 29, 32)

Pacientes jovens em contato pré-

vio com infecções principalmente gonocócica, com ou sem corrimento vaginal purulento; a dor é baixa no abdômen, hipogástrica e de fases ilíacas, não necessariamente simétrica, é espontânea, há defesa e mais raramente contratura, mas há rebote.

A febre é um achado constante, elevada, em torno de 39-40°C. Pode ocorrer modificações de hábito intestinal por irritação do reto sigmóide.

2.9.7 — Retocolite ulcerativa inespecífica (14).

A dor, em cólica, é uma característica muito frequente, difusa, não muito intensa, sem repercussão na parede abdominal.

Entretanto, no assim chamado megacôlon tóxico, que ocorre em geral no transverso, há uma dor aguda, súbita, constante, contínua, sem remissões, difusa e o paciente apresenta comprometimento acentuado do estado geral, podendo entrar em choque, septicemia.

No abdômen encontramos defesa e eventualmente contratura e rebote.

2.9.8 — Colopatia Funcional de Adaptação (Cólon Irritável (2, 17, 44).

As manifestações clínicas do cólon irritável, se bem que muito sugestivas, não são patognomônicas e o seu diagnóstico deverá ser sempre de exclusão. Os sintomas são muito numerosos e a queixa mais importante é o desconforto abdominal. O quadro clínico é polimorfo, apresentando com grande frequência dor abdominal, de características variáveis, no quadrante inferior esquerdo. Pode-se apresentar como distensão, sensação de peso, cólica, dor dolente... Também a intensidade varia, sendo na maior parte discreta, podendo entretanto tornar-se insuportável e incapacitante. Raramente o paciente é acordado durante o sono pela dor. Quando isto acontece, é nas últimas horas da madrugada. Em aproximadamente 20% dos casos a dor é no

abdômen superior e nestes mais frequentemente à esquerda.

2.9.9 — Cólica Biliar (1, 26, 41, 43, 59).

A coleciostopatia crônica litíase é associada com ataques discretos ou não, dolorosos no epigástrico ou hipocôndrio D, permanente ou intermitente, associados ou não com sensibilidade à palpação no QSD.

A cólica biliar não é cólica, e sim uma dor persistente, de duração variável, de uma a várias horas. O início da dor é abrupto e atinge o ápice rapidamente. É epigástrica ou no hipocôndrio D, pode-se irradiar pelo rebordo costal D para a região do omoplata D ou ombro D. Pode ocorrer com calafrios, febre, colúria ou icterícia.

O médico clínico e o cirurgião que trabalham com urgências abdominais devem frequentemente revisar uma série grande de situações clínicas que nas suas manifestações simulam um abdômen agudo.

Salientaremos os aspectos do diagnóstico diferencial e eventual fisiopatogenia de algumas destas situações, e nos referiremos a alguns dados da propedêutica das mesmas (53).

Novamente enfatizamos que, quando temos uma história completa e um exame físico cuidadoso, estes são os elementos mais importantes a considerar na conduta a ser dada ao paciente, na grande maioria dos casos. Nas enfermidades de origem médica, os achados do exame físico do abdômen podem não ser completos, como nas enfermidades cirúrgicas.

Segundo Roth, poderíamos agrupar as enfermidades de origem médica que simulam abdômen agudo, em três categorias gerais (48):

3.1 — LESÕES CARDIOVASCULARES

3.1.1 — Infarto do Miocárdio (26, 48)

Quando o quadro doloroso e clínico

são atípicos. O paciente pode ter dor epigástrica. Se há choque, o quadro pode-se tornar chamativo. Nem sempre as manifestações eletrocardiográficas são precoces ou características. O choque, a dor, e eventuais alterações eletrolíticas podem alterar o ECG.

O diagnóstico é muito mais difícil se há a coexistência de Infarto do Miocárdio com Trombose Mesentérica, ou Colecistite Aguda, ou Pancreatite Aguda.

Em geral não há contratura e temos ruídos hidroaéreos presentes. A hiperamilasemia faz pensar em Pancreatite Aguda. A TGO e a DLH1 elevados fazem pensar em Infarto do Miocárdio.

3.1.2 — Embolias

3.1.2.1 — Oclusão Vascular Mesentérica (16, 41, 43, 48, 55).

A insuficiência arterial mesentérica pode ser crônica ou aguda, segmentar ou não.

A insuficiência arterial crônica pode ser assintomática. Ao dar sintomas, teremos o quadro de angina abdominal. É uma dor epigástrica ou periumbelical, em velhos, relacionada com as refeições e com o volume da ingestão. Há uma tendência de agravamento com o passar do tempo. A dor impede que a ingestão alimentar seja adequada e o paciente emagrece. Isto pode sugerir que se pense em doença neoplásica.

O exame físico do abdômen é pobre.

A insuficiência arterial aguda ocorre como resultado de trombose ou embolia, em pacientes com cardiopatia prévia, isquêmica, reumatismal ou endocardite bacteriana.

A dor pode ser periumbelical ou generalizada, persistente, intensa. Há comprometimento do estado geral, e o paciente pode entrar em choque. Os espasmos intestinais podem dar origem a ruídos hidroaéreos, ini-

cialmente. Pode haver melena ou enterorragia.

A peritonite generalizada ocorre em virtude de necrose das alças. Há febre e leucocitose.

As lesões segmentares são as que dão origem a assim chamada colite isquêmica.

Há dor abdominal, diarreia, enterorragia.

A lesão não é definitiva, podendo regredir, pois há o suprimento de sangue por intermédio de circulação colateral. A lesão do tubo digestivo, principalmente hematomas da submucosa, regride.

Agravamento das lesões pode ocorrer, sem necrose, mas deixando um segmento fibrosado, com estenose. A zona preferencial destas lesões é a flexura esplênica.

3.1.2.2 — Infarto Esplênico (13, 48)

Há sempre um fator predisponente, como cardiopatia reumatismal, fibrilação auricular, endocardite bacteriana subaguda ou discrasia sanguínea.

A dor depende da zona do baço que infarta. Pode haver dor epigástrica, no hipocôndrio E, no hemitórax E, no ombro E ou na região supraclavicular E.

3.1.3 — Pericardite Aguda (26, 48, 53)

Na história de infecção, febre. A dor é como uma punhalada, aguda, intensa, no hemitórax E, piora com a respiração e com a mudança de posições. Pode haver dor abdominal alta concomitante.

Há atrito pericárdico. O ECG pode auxiliar no diagnóstico, mas a radiologia é mais importante.

3.1.4 — Congestão Passiva Aguda do Fígado (26, 48, 53, 54)

Há dor intensa no quadrante superior direito do abdômen, por distensão da cápsula hepática. É constante,

localizada. Encontramos sinais de Insuficiência Cardíaca Direita, turgência e refluxo hepato-jugular. Hepatomegalia. Edema periférico e ascite podem ser tardios.

3.1.5 — Aneurisma Abdominal (26, 27, 48, 53)

Dissecante ou Roto. O aneurisma dissecante em geral se inicia no cajado da aorta e avança em direção distal ou mais raramente, proximal. A dor é torácica, com irradiação dorsal. A progressão da dissecação no sentido distal origina do abdominal, que é intensa, duradoura e depende na sua localização do ponto da aorta atingido. Os pulsos inguinais e femurais podem estar ausentes.

O aneurisma roto pode romper para o retroperitônio dando hematoma, para o peritônio dando hemoperitônio ou para o tubo digestivo dando hemorragia digestiva.

Há dor abdominal aguda; dor referida para a região dorso-lombar. Ocorre frequentemente choque hemorrágico e/ou reflexo. O abdômen mostra hipersensibilidade e muitas vezes encontramos massa abdominal pulsátil e de tamanho variável. As pulsações ao nível das ilíacas e femurais podem estar diminuídas ou abolidas.

3.1.6. — Periarterite Nodosa (Ver Colagenoses).

3.2 — LESÕES TORÁCICAS (48).

3.2.1 — Pneumonias

As pneumonias basais ou diafragmáticas, principalmente nas crianças, dão muita dor abdominal. Esta dor é em geral no quadrante inferior D ou E. Há uma nítida relação com os movimentos respiratórios e com a tosse. Na história temos, no início, calafrios febre, tosse, expectoração purulenta ou hemoptóica.

3.2.2. — Infarto Pulmonar

Fatores predisponentes são tromboflebitis ou flebotromboses, ou, então,

o uso de anticoncepcionais. Os pacientes crônicos acamados, velhos, sem mobilização são acometidos mais frequentemente.

Há dor diafragmática do tipo pleural. Tosse com escarro hemoptóico. Pode haver choque ou insuficiência cardíaca direita associados. A dosagem de DLH está elevada e o ECG mostra inversão da onda T e sobrecarga das cavidades direitas.

3.2.3 — Pneumotórax Espontâneo

Mais frequente de ocorrer em pacientes com Tuberculose, por ruptura de bolhas subpleurais. A dor é intensa, brusca, do tipo pleural. Pode haver dor abdominal referida. Há dispnéia. O exame físico mostra murmúrio vesicular e frêmito torácico vocal diminuídos ou ausentes, hipersonoridade. Pode ocorrer desvios de mediatino com arritmias cardíacas choque.

3.2.4 — Mediastinite Aguda e Ruptura de Esôfago.

A dor abdominal pode ser alta e se agravar com a deglutição, movimentos cervicais; encontramos enfisema de mediastino e ou cervical, pelo achado de crepitação subcutânea e aumento de volume cervical. Pode ocorrer por situações traumáticas torácicas ou abdominais, por traqueobronquites, abscessos cervicais, retrofaringeos, carcinoma de esôfago, ruptura de esôfago por corpo estranho, endoscopia, inflamação ou infecção.

3.3. — ENFERMIDADES GERAIS

3.3.1 — Acidose Diabética (4, 9, 48, 53)

Os sintomas nesta situação podem se apresentar na seguinte sequência: náuseas, vômitos e dor abdominal. Pode ocorrer diarreia. É mais frequente nos jovens, mas não parecem se relacionar com a duração ou gravidade do diabete. O abdômen pode

apresentar hipersensibilidade e, inclusive, defesa muscular. Os sintomas de ceto-acidose diabética são os clássicos. A baixa do bicarbonato sérico confirma a acidose e a administração de insulina, bicarbonato de sódio e a hidratação devem proporcionar uma melhora do quadro clínico e da dor abdominal.

O grande problema que existe nestas circunstâncias é o de que se deixe passar despercebido o diagnóstico de abdômen agudo, que ocorre por patologias associadas ao diabetes melito. O diabético pode ter em vigência de situações abdominais agudas, sintomas menos intensos o que mascararia o quadro.

3.3.2 — *Tabes Dorsalis* (48, 53)

A dor é o principal sintoma. Localizada no epigástrico, frequentemente apresenta irradiação dorsal, intensa, severa, profunda. É tão intensa que pode ocasionar choque no paciente; abrupta no seu início e duradoura, contínua. Pode permanecer horas, dias ou semanas (de 24 hs até 2 semanas, com média de 5 a 7 dias). Em geral não tem pródromos. Pode ser acompanhada de vômitos e de grande hipersecreção gástrica. Ocorre em cerca de 22% dos casos de pacientes com *Tabes Dorsalis*. Estes pacientes frequentemente são submetidos a laparotomia exploradora pela possibilidade diagnóstica de abdômen agudo (10%).

Os pacientes podem apresentar defesa abdominal e às vezes rigidez. A contratura não é constante, entretanto, e pode-se obter relaxamento da musculatura abdominal com uma palpação cuidadosa e gentil.

Os ruídos hidroaéreos estão presentes, ao contrário do que ocorre em peritonite generalizada inflamatória ou post ruptura de viscera oca.

O estudo radiológico simples de abdômen pode ser útil pois nos descarta o pneumoperitônio. O estudo radiológico do estômago e duodeno pode demonstrar intensa alteração no tônus e peristaltismo, e espasmos

intensos e prolongados. O esvaziamento gástrico é anormal, com demora e, às vezes com muita rapidez.

É muito importante pesquisar nestas pacientes alterações neurológicas de outra ordem. Podemos ter alterações motoras e sensitivas periféricas, alterações miccionais e distúrbios sexuais. Os sinais oculares estão presentes em 95% dos pacientes: irregularidades ou diferenças de tamanho das pupilas; ausência ou diminuição dos reflexos luminosos; alterações de reação à luz e a acomodação. Pupilas de Argyll-Robertson. Pode-se encontrar lesão do nervo auditivo e alterações do equilíbrio.

A sorologia para a sífilis e de auxílio; no sangue pode ser negativa, mas no líquido é positiva mais frequentemente. Deve-se ter presente a possibilidade de falsos positivos (meningites, hemorragia subaracnóideia, tumores cerebrais).

3.3.3 — *Portíria* (48, 53)

Ocorre mais em mulheres, e parece ser dependente de um traço dominante autossômico. Caracteriza-se por episódios recorrentes de dor abdominal em cólica acompanhados de alterações neurológicas. Apresentam urina escura em 75% dos casos, recente ingestão de barbitúricos em 30% e relação com dismenorréia em algumas mulheres.

Alucinações e confusão mental são frequentes, mas fraqueza motora principalmente quadriparesias, e alterações dos pares cranianos e dos reflexos tendinosos profundos podem ser mais frequentes.

O diagnóstico específico é feito pela detecção de elevados níveis de porfobilinógenos urinários e outros precursores da porfirina.

3.3.4 — *Drepanocitose* (24)

Os pacientes com anemia de células falciformes são melanodérmicos ou com ancestrais melanodérmicos. Podem ser puros (SS) ou portadores

(heterozigotos); existem ainda combinações de outras hemoglobinas, nestes pacientes, quando teremos genes alelos (SD-SC-S Thalassemia).

Os pacientes sob certas condições especiais, como acidose, stress, diminuição da pressão parcial de O₂, podem apresentar o fenômeno da falcização, que é a base fisiopatogênica das alterações clínicas.

A falcização dos eritrócitos (modificação da forma do eritrócito, adquirindo forma de meia lua ou foice) é consequência de uma estrutura polipeptídica anormal da hemoglobina, onde há uma valina substituída por um ácido glutâmico na posição 6 do N terminal da cadeia B. Este simples desarranjo estrutural altera profundamente as propriedades da molécula de hemoglobina, que num estado de baixa saturação de O₂, é menos solúvel e precipita, como resultado de um rearranjo inter-molecular. Esta forma agregados cristalinos que distorcem a célula dando-lhe a forma característica de foice ou meia-lua.

É evidente que as situações que aumentam estes fenômenos podem impedir o fluxo adequado sanguíneo e induzem as obstruções isquêmicas e infartos que caracterizam as típicas crises da drepanocitose. A acidose e o aumento da osmolaridade podem ser desencadeados por vômitos, febre, desidratação, distúrbios da função renal, infecções.

As hemácias distorcidas, as modificações na membrana do eritrócito, a presença de células irreversivelmente falsizadas tornam o sangue mais viscoso e isto predispõe aos fenômenos embólicos e trombóticos principalmente na microcirculação.

A crise dolorosa da drepanocitose é a forma mais comum da doença que ainda se manifesta como crise aplásica hemolítica.

A dor geralmente é severa e em geral tem um padrão determinado para cada paciente. Há leucocitose, frequente, com ou sem crise, e por causa disto e mais a febre e a dor,

é difícil excluir processo infeccioso associado.

A crise abdominal isquêmica pode ser confundida com abdômen agudo mas não é acompanhada por contração, rebound, dor localizada à pressão, e os ruídos hidroaéreos estão presentes.

Ressaltamos, entretanto, que se os sinais de irritação peritonial são evidentes é importante considerar o abdômen agudo cirúrgico.

Aproximadamente 30% dos pacientes com drepanocitose, adultos, tem cálculos das vias biliares. Isto pode ocasionar cólica biliar e/ou colecistites agudas, com crises dolorosas consequentes. Mas, estas complicações não são frequentes e os cálculos na maioria das vezes são quiescentes.

Dor no quadrante superior esquerdo do abdômen, pode ser relacionada com a ocorrência de infartos esplênicos, relativamente frequentes nestes pacientes.

3.3.5 — Púrpura Alérgica de Henoch-Schoenlein (13, 48, 53)

Descrito mais em crianças, pode passar desaperecebido em adultos. Caracteriza-se por dor abdominal, sintomas articulares e erupções purpúricas; não achamos todos os sinais e sintomas em um mesmo paciente. Dois terços dos pacientes desenvolvem fenômenos articulares antes ou concomitantemente com as manifestações abdominais. As manifestações dermatológicas (púrpura) envolvem as extremidades poupando o tronco. O estudo radiológico do intestino delgado poderá demonstrar edema de submucosa. Há envolvimento renal em 50% dos casos manifestada por hematúria microscópica ou proteinúria. A prova do laço ou Rumpel Leede é positiva. As crises são desencadeadas por infecções bacterianas (estreptocócicas ou tifóides), por alimentos ou por hipersensibilidade ao frio.

3.3.6 — Saturnismo (46, 48, 53)

Ocorre em crianças e em adultos. Nas crianças a intoxicação é acidental, por contato com tintas que contenham chumbo ou pelo uso de bebidas ácidas em recipientes de cerâmica pintados com tinta de chumbo e mal vitrificadas; nos adultos ocorre mais como doença profissional em linotipistas, funileiros, pintores, trabalhadores de refinarias e de postos de gasolina, ou os que trabalham com acumuladores de chumbo. O saturnismo agudo dá dor abdominal em cólica, importante, com náuseas, diarreia ou constipação. Não há sinais no abdômen de quadro agudo cirúrgico. Forma-se uma linha azulada nas gengivas; anemia é o tipo hemolítico; icterícia do tipo hemolítico pode ocorrer; há um pontilhado basófilo das hemácias; a dosagem de chumbo na urina está elevada.

3.3.7 — Colagenoses (12)

Nas colagenoses o envolvimento digestivo é quase sempre secundário, já tendo ocorrido alterações de colágeno em outros órgãos. Em casos esporádicos, o comprometimento digestivo se constitui na queixa principal do paciente. As alterações estruturais no tecido conjuntivo dos órgãos digestivos, quando presentes, nem sempre são características ou definidas.

Deve ser ressaltado que as doenças deste grupo atingem o mesênquima e que no tubo digestivo somente as estruturas de tal origem embrionária é que são envolvidas. Assim, apenas a musculatura, o tecido conectivo de ligação, o peritônio, a musculatura estriada da faringe, do assoalho pélvico, do diafragma e do terço superior do esôfago estão afetados. Da mesma forma, os vasos sanguíneos são susceptíveis, condicionando, secundariamente, alterações circulatórias mais ou menos graves, na dependência do grau de isquemia que determinam no órgão acometido.

3.3.7.1 — Lupus Eritematoso Sistêmico (12, 34)

Dores abdominais se constituem nas queixas digestivas mais comuns nos portadores de L. E. S. São frequentemente difusas, outras vezes localizadas nas fossas ilíacas, continuas, surdas, ou então em cólicas, quando se acompanham de crises de náuseas, vômitos ou diarreia.

Estas dores se devem ao envolvimento difuso de peritônio. Podem, quando intensas, simular abdômen agudo ou o comprometimento do intestino delgado ou do grosso. Este comprometimento pode ser funcional ou mesmo estrutural, quando são encontradas ulcerações e necrose da parede do intestino, secundárias a lesões vasculares.

7.2 — Esclerodermia (12)

A dor epigástrica é uma queixa não muito frequente nesta afecção, é incaracterística. Podem ocorrer cólicas abdominais, no mesogástrio ou no hipogástrio que podem ou não se acompanhar de diarreia e de constipação. Nestes pacientes pode ocorrer um quadro de pseudo-obstrução intestinal que desaparece com a evacuação. O achado de disfagia nestes pacientes auxilia no diagnóstico.

3.3.7.3 — Polimiosite (12)

Embora raramente, o tubo digestivo pode estar comprometido abaixo do esôfago. O esôfago comprometido determina disfagia para alimentos sólidos ou líquidos.

A dor abdominal quando existe, se soma a outros sintomas como diarreia ou constipação, náuseas ou vômitos. Isto ocorre por ulcerações da mucosa ao longo do tubo digestivo.

3.3.7.4 — Poliarterite Nodosa (12)

Os pacientes com poliarterite nodosa apresentam, muito frequentemente, queixas digestivas, que às vezes, ini-

ciam o quadro clínico. Em algumas estatísticas de 53% a 61% dos pacientes tem queixas digestivas.

Os sintomas mais comuns são dor em cólica no epigástrio ou no hipocôndrio D; a dor pode ser difusa com sensibilidade aumentada no abdômen.

Quando a dor é difusa e intensa, a lesão mais comumente observada é a trombose mesentérica.

A dor, é por vezes, de tal intensidade que sugere quadro de abdômen agudo, simulando colecistite aguda, úlcera péptica perfurada, ou a já mencionada trombose mesentérica. Frequentemente estes pacientes vão à laparotomia exploradora, erroneamente.

Sendo essencialmente uma afecção das artérias, a poliarterite nodosa provoca manifestações múltiplas, em diferentes órgãos ou aparelhos, de tal modo que as queixas digestivas aparecem entreteçadas com sintomas de ordem geral como febre, astenia, anorexia, tonturas, dores musculares...

A dor na poliarterite nodosa é interpretada como decorrente de lesões vasculares e necróticas em diferentes órgãos, pela presença de aneurismas em artérias e arteríolas que, ao se romperem, provocam dor. Infartos igualmente provocam dor.

Embora nos pacientes com poliarterite nodosa, na maioria das vezes, dor abdominal violenta, com reação maior ou menor da parede, não implique na existência de afecção cirúrgica, em outras ocasiões a própria doença do conectivo pode provocar o envolvimento das vísceras, requerendo cirurgia de urgência para o seu tratamento.

3.3.7.5 — Púrpura Trombótica Trombocitopênica (12)

Incluída nas doenças do tecido conectivo, é a doença mais rara do grupo. Compromete basicamente os vasos, na sua íntima. Provoca a obstrução parcial ou total de pequenas ar-

térias, arteríolas e capilares. Não acomete as veias. Provoca dor abdominal surda ou em cólicas, difusas. Anorexia, náuseas e diarreia. Há púrpura do tipo trombocitopênico, icterícia hemolítica e fenômenos neurológicos.

3.3.7.6 — Doença Reumatóide

O envolvimento digestivo da doença reumatóide pode ocorrer de diversas maneiras.

a) — Doença Reumatóide mais outra afecção de tecido conectivo: LES, Poliarterite Nodosa ... O comprometimento digestivo em geral decorre desta outra afecção.

b) — Nas formas crônicas, 10% dos pacientes tem amiloidose secundária que acomete principalmente o fígado, que, além de hepatomegalia não determina mais nada.

c) — Doença Reumatóide associada à Reto Colite Ulcerosa Inespecífica. A dor abdominal decorre da RCU.

d) — Comprometimento digestivo decorrente da terapêutica habitualmente usada no tratamento da Doença Reumatóide. Há a possibilidade de reativação e mesmo de úlcera péptica, pelo uso de aspirina, fenilbutazona, corticóides; antimaláricos podem dar muita dor, abdominal alta.

e) — Doença Reumatóide isoladamente é raro comprometer o aparelho digestivo. Se ocorre, em geral depende de arterite de vasos mesentéricos que ocasionará ulceração, infarto, perfuração intestinal. Os pacientes com estas complicações em geral se encontram sob tratamento com corticóides.

3.3.8 — Hiperlipidemia Familiar

A hiperlipidemia essencial é uma causa importante, se bem que rara de dor abdominal aguda. Há um aumento da fração de gorduras neutras dos lípidos sanguíneos, de causa desconhecida, o que pode determinar

dor abdominal recorrente, febre, leucocitose, hepate-esplenomegalia, xantocromatose e lipidemia retinalis. A dor varia quanto a localização, intensidade e frequência. Pode haver hipersensibilidade no abdômen, mas, em geral, não há contratura nem rebote. A dosagem de amilase sérica, se normal auxilia para excluir o diagnóstico de pancreatite aguda, que ocorre, também, na hiperlipidemia.

3.3.9 — Anticoagulantes (53)

O uso cada vez maior de drogas anticoagulantes faz com que ocorram mais seguidamente as complicações do seu uso. Assim, se diagnosticam mais os casos de dor abdominal decorrentes de hematomas intramurais do tubo digestivo. Hematoma da bainha dos retos abdominais, hematomas retroperitoneais e mais raramente pancreatite hemorrágica.

O hematoma de bainha dos retos abdominais não é muito frequente, mas tem aumentado com o uso dos anticoagulantes. Manifesta-se por dor abdominal abrupta, intensa, aguda, mais frequentemente no QID, após esforço físico intenso. Forma-se uma massa firme, não móvel, que não cruza a linha média. Pode ser confundido com tumor do tipo sarcoma. Em geral decorre da ruptura de um ramo da artéria epigástrica.

3.3.10 — Cólica Renal (53)

A situação clássica não é difícil de diagnosticar. Entretanto quando a manifestação é somente abdominal, sem a localização lombar, ou irradiações no trajeto do ureter para os testículos ou grandes lábios, ou raiz das coxas, se torna mais difícil. Devemos procurar alterações miccionais, história prévia de eliminação de cálculos. Os pacientes gotosos e com hiperparatireoidismo são mais sujeitos à litíase renal. A dor mesmo sendo abdominal, o paciente não apresenta alterações à palpação. A punho-

percussão lombar entretanto é muito dolorosa.

3.3.11 — Compressão de Raiz Nervosa (26, 37)

As compressões de raízes nervosas torácicas ou lombares podem dar irradiação na parede abdominal, simulando patologia abdominal. Devemos conhecer a distribuição da dor, as suas características, em geral dor picante ou urente, não profunda, suas relações com os movimentos e com a execução de atividades que requeiram esforço físico. A informação de que houve um traumatismo da coluna ou de que há patologia prévia de coluna, é importante. Pode ocorrer que a dor piora com o tossir, o espirrar, o fletir o tronco, o torcer a coluna vertebral, quando podemos pensar que haja uma alteração do disco intervertebral, intercorrente.

Ao exame físico em geral há limitação dos movimentos, contraturas antálgicas, alterações da curvatura fisiológica da coluna, contratura muscular paravertebral, com áreas dolorosas à pressão. Podem ocorrer hipoestésias, parestésias ou anestésias com distribuição metamérica. Os estudos radiológicos simples da coluna e a mielografia ou discografia complementam os achados.

Algumas situações cirúrgicas que dão origem a dor abdominal aguda.

— Dor abdominal aguda é muito frequente ocorrer em pacientes com patologia abdominal que dá origem a abdômen agudo.

De uma maneira geral estas situações implicam em atendimento cirúrgico de urgência. Configuram o quadro clínico de algumas situações, as mais frequentes.

COLECISTITE AGUDA

A colecistite aguda representa, certamente, um dos quadros agudos abdominais mais frequentes na prática médica de Prontos Socorros.

O paciente na grande maioria das vezes, é do sexo feminino e relata

passado biliar. Apresenta inicialmente uma dor súbita, em cólica, característica do espasmo biliar, correspondendo a impactação do cálculo no cístico, naqueles casos naturalmente determinados por calcúlole (90% das colecistites são calculosas). A dor se localiza no HD-epigástrico, aumentando de intensidade nas primeiras horas, sobrepondo-se a seguir uma dor surda, contínua, que se intensifica com os movimentos respiratórios e que pode se irradiar para o ombro D ou a região escapular D. Surgem náuseas e vômitos (57).

A bile retida na vesícula biliar se concentra, ocasionando a inflamação da mucosa e aumentando o fluxo de líquidos para dentro dela (40). Teremos então o aumento de seu volume e o aumento da pressão intraluminal. É vesícula hidrópica que mais tarde, ao se contaminar, se torna empiematosa, podendo ser palpada. O eplípon maior se desloca em direção a vesícula inflamada, procurando bloquear o processo, quando então, sob um quadrante superior D reativo e rígido, podemos palpar o balastrão.

A contaminação secundária leva ao empiema (40) e a distensão progressiva determina certamente alterações vasculares, da parede da vesícula, com possibilidade de necrose e perfuração. A icterícia leve que aparece decorre mais por inflamação associada dos ductos biliares do que por obstrução.

Este quadro clínico, dura habitualmente 3 a 4 dias, quando então desaparecem os sintomas locais e as alterações sistêmicas que acompanham o quadro, restando a partir daí, um dolorimento residual subcostal, que acaba também por desaparecer. Nos casos de complicação como perfuração em cavidade livre o quadro clínico é de peritonite generalizada séptica.

TROMBOSE MESENTÉRICA

A obstrução aguda dos vasos me-

sentéricos, pode ser tanto arterial quanto venosa, cada uma delas com elementos causais próprios e diferentes. O quadro clínico, no entanto, guardados alguns detalhes individuais, é semelhante. O correspondente a oclusão arterial é mais chamativo e elucidante e segue sucintamente descrito, com suas características dolorosas.

Trata-se em geral de pacientes idosos cardiopatas fibrilados, enfartados ou portadores de endocardite bacteriana ou arteroescleróticos (15). Estas últimas apresentam quase sempre um passado de «claudicação abdominal», traduzindo fases esporádicas de dor abdominal incruacterística e que resulta do deficit circulatório da área irrigada pela artéria mesentérica superior (57), que caracteriza o momento da oclusão, semelhante ao que acontece com o aneurisma dissecante da aorta, que pode inclusive ser a sua causa. A dor é intensa, contínua, angustiante (15) centrada no abdômen, consequente à isquemia imediata na área de irrigação da artéria.

A partir desse momento, o quadro evolui exatamente como uma obstrução intestinal. O segmento de alça isquemiado e comprometido em sua nutrição e oxigenação se desvitaliza, perde seu peristaltismo e se imobiliza. Evolui para a necrose se o paciente não for operado com oportunidade. Dependendo do nível da obstrução, grandes segmentos do intestino podem estar comprometidos e são relatados alguns casos de oclusão da base arterial, com envolvimento de todo o intestino delgado e metade D do cólon. Como na oclusão intestinal, o segmento intestinal adjacente do isquemiado trabalha e desenvolve seu peristaltismo com mais intensidade com a finalidade de vencer o obstáculo, causando dor em cólica, com períodos de acalmia. A retenção de líquidos e gases provoca vômitos no paciente, agravando mais ainda o quadro de desequilíbrio eletrolítico e de falência circulatória.

Dai a sua gravidade. Se houver necrose e perfuração da alça teremos novamente peritonite generalizada séptica.

1.3 — OCLUSÃO INTESTINAL — O. I.

O quadro clínico da O. I. apresenta características dolorosas variáveis e na dependência de existir ou não sofrimento vascular. Nos casos de íleo adinâmico ela inexistente (57).

Tem início gradual e progressivo, nos casos de obstruções também graduais, como acontece nos casos de tumorações próprias do tubo digestivo ou extrínsecos por compressão, instalada num quadro pregresso de suboclusões. Quando ocorre a obliteração completa da luz intestinal, temos o quadro clássico da dor em cólica, com o aumento do peristaltismo e do trabalho da alça a montante do obstáculo. É intensa, localizando-se no centro do abdômen, com o paciente dobrando-se sobre si mesmo, inquieto e com vômitos reflexos. Períodos de acalmia sucedem às crises de cólica. As alças à jusante colabam e as que se situam acima do obstáculo dilatam e distendem progressivamente pela retenção de líquidos e gases. Cessa a eliminação de gases, o ventre distende significativamente. O peristaltismo espontâneo ou provocado das alças se desenha na superfície da parede abdominal e o paciente vomita líquidos de estase. Tal ocorre na OBSTRUÇÃO COM ESTRANGULAMENTO, que pode ser a sequência de uma obstrução simples ou quando já o é estrangulada «ab initio», como acontece num volvo de sigmóide ou numa hérnia estrangulada, mudam as características da dor com o envolvimento peritoneal. Há hiperestesia abdominal, defesa e contração, quando então podemos encontrar também descompressão dolorosa (15). Portanto, a dor que era em cólica e intermitente, apresenta-se intensa, contínua, piorando com a movimentação.

Há ainda a obstrução intestinal EM ALÇA FECHADA, onde encontramos sofrimento vascular, agravado pela retenção de secreções contaminadas em intensa proliferação, determinando o aparecimento de um quadro clínico toxêmico de alta gravidade (15).

Todos os tipos levam o paciente a um estado de desgaste nutritivo importante e a um desequilíbrio hidroeletrolítico comprometedor, causados pela falta de ingesta e pela perda de líquidos com eletrólitos através do vômito principalmente, mas também pelo sequestro desses mesmos elementos a nível do peritônio, mesentérico e da própria alça intestinal.

O volume de secreções deslocado é de tal monta, que em alguns casos encontramos paciente pré-chocado e mesmo chocado.

1.4 — PERITONITES

O peritônio é uma serosa que reveste quase totalmente as paredes internas do abdômen e quase totalmente as vísceras abdominais. O contato de substâncias estranhas, contaminadas ou não, desperta nela uma reação geral caracterizada por uma inflamação, ou seja um aumento da circulação sanguínea nessa área e uma canalização de células sanguíneas, fagocitárias etc. que se constituem no mecanismo de defesa do organismo. O peritônio fica hiperemiado e perde seu brilho característico (57). É a PERITONITE, que pode ser GENERALIZADA ou LOCALIZADA conforme for o peritônio atingido total ou parcialmente. É ASSÉPTICA ou QUÍMICA quando as secreções não são contaminadas, e SÉPTICA quando são contaminadas de início ou secundariamente (15). A expressão ABDÔMEN AGUDO INFLAMATÓRIO ou INFECCIOSO traduz uma síndrome de emergência cirúrgica que interpreta e ajusta-se perfeitamente ao quadro clínico da PERITONITE. Ao determiná-la temos causas as mais variadas possíveis,

que vão desde os traumatismo (contusão abdominal com rotura de baço, fígado, víscera oca, pâncreas, etc.) até patologias mais comuns como úlcera péptica perfurada, gravidez tubária rota, apendicite, etc. De onde se conclui que o quadro algico inicial está na estreita correspondência da causa inicial que a provocou, algumas das quais já descritas em outro local e que, por sua vez, apresentam suas características específicas.

O contato dessas substâncias com as terminações nervosas sensitivas do peritônio parietal, desperta uma dor intensa generalizada (nas peritonites generalizadas), continua que se exacerba com os movimentos respiratórios (15). Há uma contratura reflexa, portanto involuntária, da musculatura abdominal, quando então o abdômen se apresenta rígido, duro — é o VENTRE EM TÁBUA, que é a forma semiológica com que se apresenta o abdômen na PERITONITE (57). A descompressão súbita do peritônio (Sinal de Bumblerg) desperta dor intensa no paciente, nessa fase evolutiva. O hemograma e RX simples de abdômen complementam a investigação e o diagnóstico e esses pacientes são operados pelo menos com o diagnóstico síndrome de ABDÔMEN AGUDO INFLAMATÓRIO, quando não, com o diagnóstico também da causa primitiva.

Os períodos seguintes a essa fase aguda correspondem basicamente aos achados na úlcera péptica perfurada, ou seja, um período de acalmia e um período tardio, quando a distensão, vômitos e timpanismo dominam e são consequentes ao íleo paralítico que se estabelece, enquanto o abdômen mantém uma dor surda, continua e ainda com reação de descompressão positiva.

4.5. ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA — U.P.P.

O quadro clínico da U.P.P. é o mais representativo do abdômen agu-

do inflamatório.

Como se não bastassem os dados importantes, precisos objetivos que caracterizam o seu pródromo, instalação e desenvolvimento, temos ainda a embasá-lo, com clareza e precisão, um quadro algico quase que específico da UPP, a ponto de tornar o diagnóstico definitivo uma banalidade, ao menos nos casos clássicos.

Em geral, encontramos um paciente jovem, com história pregressa de epigastralgia e, em alguns casos, realizando tratamento clínico para úlcera péptica e que, após uma determinada refeição, apresenta dor epigástrica de grande intensidade, em pontada, continua, sem alívio, correspondendo ao contato direto com o peritônio das secreções gastroduodenais, altamente irritantes. O paciente se posiciona antalgicamente, fleitando o abdômen sobre o tronco e diminuindo as incursões respiratórias. Acompanham-se sensação de desmaio e vômitos reflexos. (15).

Na maioria das vezes, o contato desses sucos digestivos com as cúpulas diafragmáticas, dá dor referida ao ombro e é comum, também, referência à região lombar. O deslizamento imediato das secreções, obedecendo o zoneamento anatómico das vísceras abdominais pela goteira parietocólica D, carrega consigo a dor, que passa a se localizar no flanco e na F. I. D., mantendo a sua intensidade e trazendo confusão nesse momento com a apendicite aguda. Daí em diante, em consequência da difusão das secreções por toda a cavidade, teremos dor abdominal difusa com o aparecimento de contratura involuntária da musculatura ântero-lateral do abdômen, constituindo o achado semiológico clássico VENTRE EM TÁBUA, ou seja, do quadro clínico da PERITONITE GENERALIZADA QUÍMICA (15). Tudo isso se passa no tempo de mais ou menos duas horas, quando então segue-se um período de acalmia e pseudo-remissão dos sintomas, manifestando-se, então, as alterações sis-

têmicas que evidenciam a progressão da patologia. Segue-se uma terceira fase em que o abdômen, mais aliviado da dor no que tange à sua intensidade e espontaneidade, apresenta-se distendido e responde ainda às manobras de descompressão súbita. O quadro clínico agora é de vômitos de estase, distensão abdominal importante, timpanismo e desequilíbrio hidro-eletrolítico, febre (consequências da contaminação das secreções), caracterizando então a PERITONITE GENERALIZADA SÉPTICA.

Na maioria das vezes, o diagnóstico é feito antes de se chegar à terceira fase evolutiva. Nos raros casos que progridem por falta de diagnóstico ou tratamento adequado, o paciente morre chocado por toxemia e de desequilíbrio H-E, quando, então, está comatoso e não responsivo.

4.6 — APENDICITE AGUDA

O quadro clínico da apendicite aguda inicia-se habitualmente por um mal-estar epigástrico — Síndrome epigástrica de Rove — consequente à tração exercida pelo grande epíplon sobre a área esplâncnica, no momento que se dirige para o apêndice inflamado. Também é comum o início por uma dor peri-umbelical, em cólica.

A apendicite aguda é certamente a patologia abdominal aguda mais comum. Resulta, na grande maioria das vezes, da obstrução mecânica da luz apendicular e, em alguns poucos casos, resulta de processos isquêmicos consequente à embolia da apendicular ou da torção de um meso-apêndice exuberante (15). Qualquer que seja a causa determinante, evolui sempre em três fases distintas, com características clínico-laboratoriais-radiológicas específicas: a fase cataral, a fase supurativa e a fase necrótica com peritonite (15).

Na primeira fase encontramos o mal-estar epigástrico ou a dor peri-umbelical em cólica, intermitente, deixando o paciente inquieto. Na se-

gunda fase, a dor se localiza na FID e é persistente, progressivamente mais intensa, funda, espontânea, e exacerbando-se com os movimentos. Os sinais físicos são evidentes, especialmente no que tange à reatividade peritoneal. Ajuntam-se a febre, vômitos e leucocitose. Alguns achados radiológicos podem fazer o diagnóstico nessa ocasião. Com a progressão do quadro clínico, observamos a tendência dos componentes abdominais em bloquear o processo e localizá-lo. O peritônio local se edemacia e inflama; o epíplon se desloca e circunda o apêndice; os intestinos se deslocam acontecendo o mesmo com seu mesentério, que também edemacia e congestiona. O conjunto desses elementos protetores constitui o que denominamos de PLASTRÃO APENDICULAR, intensamente doloroso à palpação nessa ocasião. Na terceira fase, o apêndice necrosado se rompe, derramando as secreções purulentas na cavidade peritoneal, contaminando-a e constituindo o quadro clássico da PERITONITE GENERALIZADA SÉPTICA, quando a dor então passa a ser contínua, mais intensa, generalizada.

A localização inicial da dor na apendicite aguda varia com o posicionamento anatômico do órgão. O quadro descrito corresponde a um apêndice intra-abdominal. Nas apendicites pélvicas a dor é hipogástrica, com aparecimento simultâneo de sintomas urológicos ou digestivos baixos, quando o apêndice inflamado adere aos órgãos pélvicos (15).

4.7 — HEMOPERITÔNIO

A presença de sangue na cavidade peritoneal, caracteriza o HEMOPERITÔNIO e por ele podem ser responsabilizadas as causas mais variadas, estando catalogadas em maior número as que se relacionam com traumatismos abdominais (ruptura de baço, fígado, vasos). Se ajuntarmos a elas, a gravidez ectópica rota e a ruptura de folículo ovariano hemorrágico, te-

remos indicado praticamente todas as patologias capazes de provocar o hemoperitônio.

O sangue é irritante fraco para o peritônio, despertando dor pouco intensa, mesmo quando aprofundarmos a palpação. As alterações sistêmicas marcam significativamente o quadro clínico inicial, caracterizado por lipotímia, sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão arterial (postural ou não), desviando, consequentemente, a atenção para o quadro abdominal por elas responsáveis. Se a causa do hemoperitônio é uma contusão abdominal, p. ex. é possível que a única dor relatada pelo paciente seja a do traumatismo. Também é possível encontrarmos casos com grande coleções de sangue na cavidade sem que o paciente tenha apresentado ao exame físico pré-operatório sinais inequívocos de irritação peritoneal.

Na gravidez tubária rota, temos, em geral, a história de amenorréia, dor hipogástrica súbita, de regular intensidade (correspondendo ao momento da ruptura da trompa) seguida dos sinais clássicos de hipovolemia já relatados.

Em se tratando de casos de emergência cirúrgica, esses pacientes são logo operados, antes mesmo do período de contaminação da cavidade peritoneal.

RESUMINDO: a dor não desempenha papel importante no diagnóstico do hemoperitônio por ser mascarada pela dor da causa primitiva e por ser pouco intensa. Por outro lado, as alterações volêmicas preocupam mais e são mais chamativas, fornecendo dados imediatos que evidenciam o sangramento e indicam a terapêutica. A prepodcuntica da dor abdominal aguda pode ser muito vasta.

Assim, no auxílio da elucidação diagnóstica de uma dor abdominal aguda, poderíamos recorrer aos exames mais corriqueiros e também aos mais elaborados e deferenciados.

O enfoque do presente trabalho quanto à propedêutica, será, o campo da radiologia. Mais adiante teremos

um capítulo completo considerando o momento do exame radiológico, a indicação, a técnica e a valorização do mesmo. Daremos uma visão geral de alguns exames que porventura poderiam ser de auxílio:

Hemograma: Anemia, crises hemolíticas, perdas por lesões do tubo digestivo, infecções graves, leucoses...

Poliglobulia: Policitemia vera com trombose vascular, tumor primário de fígado ou rim.

Leucocitose com desvio à esquerda: infecções graves, abscessos, peritonites...

Leucopenia com desvio à esquerda: Infecções graves, febre tifóide com perfuração intestinal ou colecistite aguda...

Eosinofilia: Estrongiloidíase

Glicemia: hipoglicemia, na crise hipoglicêmica por excesso de insulina ou antidiabéticos orais, alcoolismo, desnutrição, hepatomas, insulino-

ma.

Hiperglicemia: diabete mérito descompensado, cetoacidose diabética.

Uréia e creatinina: insuficiência renal crônica em fase urêmica com complicações do tubo digestivo, hemorragia digestiva, uropatia obstrutiva.

Amilase: pancreatite aguda acima de 500 u Somogyi, colecistite aguda; trombose mesentérica, aneurisma rotto de aorta abdominal, gravidez ectópica rota, parotidite epidêmica, insuficiência renal crônica.

Transaminases: a elevação de ambas TGO e TGP pode ocorrer em hepatites agudas, necrose do parênquima hepático, em cirroses, obstrução das vias biliares. A TGO poderá se elevar moderadamente no infarto do miocárdio.

Fosfatase Alcalina: obstruções das vias biliares neoplásicas ou por colodocolitase, tumores ósseos, metástases ósseas.

Bilirrubinas: crises hemolíticas, hepatopatias agudas ou crônicas, obstruções das vias biliares, infecções graves com septicemia.

Calcemia: elevação-hiperparatireoidismo; baixa-pancreatite aguda.

Lipídios: hiperlipidemia familiar ou essencial dando ou não pancreatite aguda.

Células LE: lupus eritematoso sistêmico.

Prova do Látex AR: artrite reumatóide.

Exame qualitativo de urina: presença de hematúria, proteinúria, cilindrúria, ou bacteriúria com urocultura positiva podem auxiliar no acerto diagnóstico.

Exames das fezes: parasitológico-estrongiloidíase, formas vegetativas de entamoeba histolítica, ascaridíase.

Cultural: infecções entéricas.

5 — INVESTIGAÇÃO RADIOLÓGICA EM PACIENTES COM DOR ABDOMINAL AGUDA

I. Considerações gerais

II. Técnica radiográfica

III. Achados radiográficos na:

A. Perfuração de víscera oca

B. Distensão abdominal devida

a:

a) aerofagia;

b) interferência no transporte do conteúdo intestinal por oclusão do lúmen (obstrução intestinal);

1. Obstrução do intestino delgado;

2. Obstrução do intestino grosso;

c) interferência no transporte do conteúdo intestinal por doenças neuromusculares;

d) interferência no transporte do conteúdo intestinal consequente a lesões isquêmicas;

e) interferência no transporte do conteúdo intestinal consequente a processo inflamatório intrínseco de alça intestinal;

f) interferência no transporte do conteúdo intestinal consequente a processo inflamatório extrínseco a alças intestinais.

5.1 — CONSIDERAÇÕES GERAIS

Praticamente todas as entidades patológicas que causam dor abdominal aguda têm manifestações radiográficas. Estas manifestações podem se apresentar no momento da crise da dor ou em diferentes exames radiográficos fora da crise.

Determinamos apenas aquelas doenças que podem dar sinais diretos ou indiretos que são visíveis especialmente ao exame radiológico direto do abdômen.

5.2 — TÉCNICA RADIOGRÁFICA

A investigação radiográfica em pacientes com dor abdominal aguda inicia através do exame radiológico direto do abdômen e exame radiológico do tórax.

Consideramos como incidência mínima a serem efetuadas nestes pacientes, as seguintes:

Radiografia panorâmica do abdômen com o paciente em decúbito dorsal e incidência vertical da radiação;

Radiografia panorâmica do abdômen com o paciente em posição ortostática, raios horizontais e incidência ântero-posterior da radiação (20).

Radiografia panorâmica do abdômen obtida em decúbito lateral esquerdo com raios horizontais e incidência ântero-posterior da radiação (33, 35, 38).

Radiografia de tórax em pósterio-anterior e perfil esquerdo.

Em um determinado número de pacientes são necessárias investigações adicionais. As mais comumente efetuadas são urografia venosa e cistografia, exame radiológico da via biliar e exame contrastado do aparelho digestivo, seja por via retrógrada ou por via anterógrada.

5.3 — ACHADOS RADIOGRÁFICOS NA:

5.3.1 — Perfuração de víscera oca

O achado radiográfico mais constante na perfuração da víscera oca é o pneumoperitônio. A visualização deste pneumoperitônio é mais adequada na radiografia de abdômen obtida em decúbito lateral esquerdo com raios horizontais e na radiografia obtida em posição ortostática.

A primeira destas incidências nos parece mais vantajosa pois evita a superposição da bolha gasosa do estômago (33, 35, 38). Se a quantidade de ar dentro da cavidade peritoneal for suficiente ele pode ser visível inclusive na radiografia em decúbito dorsal com raio vertical (21).

A quantidade de gás dentro da cavidade peritoneal depende da localização da perfuração, do tempo de evolução desta perfuração e de seu diâmetro. As perfurações de estômago e intestino delgado deixam passar para a cavidade nitidamente menor quantidade de ar que as perfurações de cólon.

O gás intraperitoneal também pode estar loculado, especialmente na margem inferior do fígado e na pequena cavidade do epíplon.

Habitualmente associam-se a perfuração de víscera oca, sinais radiológicos de irritação peritoneal que veremos adiante.

Em um número pequeno de casos, pacientes podem apresentar perfuração de víscera oca sem que se visualize pneumoperitônio, especialmente se a perfuração for nas porções proximais do tubo digestivo, se for recente ou se houver bloqueio por epíplon.

Em clichês obtidos no primeiro dia do pós-operatório, cerca de 60% dos pacientes apresentam quantidades variáveis de gás intra-peritoneal. O desaparecimento deste pneumoperitônio leva de um a vinte e quatro dias. Ele é mais comum em pacientes jo-

vens e astênicos e o tempo de absorção é diretamente dependente do volume inicial de gás. Este pneumoperitônio é maior em pacientes que foram submetidos a cirurgias do abdômen superior ou cirurgias pélvicas. Sua absorção parece ser exclusivamente relacionada à quantidade inicial de gás, não sendo alterada por nenhum outro fator, inclusive peritonite. Em pacientes obesos o pneumoperitônio tende a desaparecer geralmente após o terceiro dia e existem em cerca de 25% dos casos, enquanto que em pacientes astênicos aparecem em 80% dos casos, em maior quantidade e leva tempo nitidamente mais longo para desaparecer (33, 35, 38).

Outra causa de erro no sentido da existência de perfuração de víscera oca é o chamado pneumoperitônio espontâneo sem peritonite. Ele ocorre ocasionalmente em pacientes nos quais a cirurgia não mostrou perfuração de víscera oca (33, 35, 38). Pneumoperitônio é descrito, também, em mulheres após efetuarem duchas vaginais (33, 35, 38). Tais pacientes são totalmente assintomáticas ou apenas levemente sintomáticas. Este achado pode ser considerado como extremamente raro.

5.3.2 — Distensão abdominal devido a:

5.3.2.1 — Aeroágia

Existem vários fatores que determinam distensão aérea de alças intestinais, entre elas distingue-se a ausência de dentes, os estados de tensão emocional, o choro e a dor abdominal (33, 35, 38). Esta distensão deve-se quase exclusivamente à maior quantidade de gás deglutido (3, 35, 38).

Do ponto de vista radiográfico, estes pacientes apresentam apenas leve e moderada distensão aérea difusa de alças intestinais, não se observando sinais de localização ou extensivos níveis hidro-aéreos.

5.3.2.2 — Interferência no transporte do conteúdo intestinal por oclusão do lume (obstrução intestinal).

A quantidade de gás no interior do intestino depende fundamentalmente, das secreções das glândulas digestivas. Em adição ao líquido ingerido, as secreções salivares, gástricas, hepáticas, pancreáticas e intestinais fazem um volume de 4 a 10 l. por dia (33, 35, 38).

Se o transporte destas secreções está deficiente, a produção interna de líquidos continua; nestas circunstâncias, inclusive, as secreções intestinais podem estar acima do normal e a absorção de líquido pelo cólon abaixo do normal (33, 35, 38). Consequente a este fato em uma modificação no transporte do conteúdo intestinal seja devido a um obstáculo mecânico ou não, há sempre sobrecarga de líquido no interior das alças e uma sobrecarga variável de gás. A ausência de gás no interior de alças não significa que não haja dano no transporte do conteúdo intestinal, podendo apenas representar uma menor deglutição.

5.3.2.2.1 — Obstrução de intestino delgado.

Especialmente líquido e também gás acumulam-se lenta mas continuamente no intestino delgado, na vigência de oclusão mecânica. Este fato faz com que o diagnóstico de oclusão mecânica simples do intestino delgado baseie-se nos seguintes critérios, atualmente considerados clássicos (21):

1. Distensão de alças intestinais proximal a estenose causada por retenção de líquido e gás.

2. Formação de níveis hidro-aéreos, que são visíveis nas radiografias obtidas com raios horizontais.

3. Aumento dos movimentos peristálticos nas proporções proximais a estenose. Este aumento pode ser vi-

sível tanto radioscopicamente como em radiografias obtidas em posição ortostática, com pequenos intervalos, por modificação significativa na posição dos níveis hidro-aéreos. Estes níveis aparecem habitualmente em diferentes alturas em um mesmo segmento de alça.

4. Redução ou eliminação do conteúdo fecal e gasoso do cólon.

5. No exame com contraste há retenção do contraste nas porções proximais a estenose.

6. Presença de líquido livre na cavidade peritoneal.

Obviamente todos estes achados variam consideravelmente de acordo com o local, grau e duração da obstrução. Variando portanto, o grau de distensão hidro-aérea, a quantidade de alças distendidas e a quantidade de gás e fezes no cólon.

As obstruções altas apresentam um menor número de alças distendidas, com características de jejuno. As obstruções de delgado distal e região íleo-cecal tendem a apresentar maior número de alças distendidas e pode-se perceber alças com características de jejuno e alças com características de íleo. As alças de jejuno tendem, quanto distendidas, a apresentar pregas mucosas com padrão circular ou semicircular. Estas pregas são em menor número ao nível do íleo. De modo que, para um grau equivalente de distensão, as pregas apresentam-se nitidamente menos proeminentes e mais afastadas neste local.

Quando o paciente ingere pouco ar, especialmente nas obstruções altas, a quantidade de gás pode ser mínima, dificultando o diagnóstico e frequentemente indicando exame radiológico contrastado.

I — Situações especiais na obstrução do intestino delgado. Pseudo-obstrução intestinal

Numerosas doenças afetam a função motora do intestino, podendo, em determinada circunstância, simular

perfeitamente um quadro radiológico de obstrução intestinal (33, 35, 38). Nestas circunstâncias, o diagnóstico diferencial deve ser efetuado, usando o exame contrastado. Estes pacientes apresentam o que pode ser chamado de interferência no transporte intestinal sem obstáculo mecânico.

Obstrução associada a estrangulamento de alça.

Nos pacientes que apresentam obstrução intestinal associada a alça estrangulada o diagnóstico pode ser extremamente difícil, inclusive não sendo visualizadas, adequadamente, as manifestações de obstrução intestinal. No entanto, certos sinais radiológicos, embora não patognomônicos, podem indicar a existência desta situação patológica.

Os principais sinais são:

O segmento de alça fechada, situado entre os dois pontos da estenose, distende-se, adquirindo a forma de um «grão de café» (33, 35, 38). A maior densidade central, que tem o dobro da espessura da parede externa deste segmento fechado, corresponde ao local onde existem duas paredes de alça em contato. Em geral, a parede destas alças é lisa. As válvulas convinentes estão achatadas por edema e hemorragia, o que pode ser considerado como uma evidência adicional de estrangulamento da alça.

— Se o segmento de alça fechado estiver distendido e com grande quantidade de líquido no interior ele se comportará como um tumor com densidade de partes moles. Este «pseudo-tumor» reflete o fato de esta alça estar localizada e fixada numa determinada posição (26).

— Sinal da fixação da alça intestinal: quando filmes obtidos em múltiplas posições não mostram modificação em uma alça que se apresenta distendida por gás e/ou líquido, a possibilidade de obstrução com alça

fechada deve ser considerada (33, 35, 38). Aderências ou hérnias fixam a alça em dois pontos e o comprometimento vascular provavelmente modifica sua configuração.

— Ausência de válvulas convinentes: como já foi dito, o edema, a hemorragia intramural ou diminuição do suprimento vascular da alça, fazem com que as válvulas convinentes não sejam visíveis adequadamente. Este é provavelmente o achado mais comum neste tipo de obstrução, mas pode acontecer nas obstruções simples.

É óbvio que, à medida que estes sinais passam a existir em associação, o diagnóstico torna-se muito mais provável.

Obstrução intestinal por cálculo

A obstrução intestinal por cálculo biliar é relativamente frequente. Ela mais comumente ocorre ao nível do íleo terminal.

A porta de entrada mais comum para o cálculo é um trajeto fistuloso entre a vesícula biliar e o duodeno. A grande maioria dos cálculos passa através do intestino sem causar obstrução, mas numa pequena percentagem de casos ela ocorre (33, 35, 38).

São os seguintes os critérios estabelecidos para que se faça o diagnóstico radiológico:

- Gás na via biliar ou na vesícula biliar.
- Distensão do intestino delgado.
- Visualização do cálculo no intestino e significativa modificação na posição de um cálculo visto em radiografias anteriormente obtidas (33, 35, 38).

Deve-se levar em consideração que, mesmo cálculos com grande densidade radiológica, podem passar despercebidos em consequência da superposição de estruturas ósseas.

Obstrução intestinal em apendicite aguda.

Em determinadas circunstâncias, apendicite aguda pode ser acompa-

nhada de sinais radiológicos de obstrução intestinal, pois a distensão dinâmica acompanhante pode imitá-la. Um apêndice perfurado, com abscesso, pode, além disso, acarretar uma causa mecânica, determinando verdadeira obstrução. Deste modo, a possibilidade diagnóstica de apendicite aguda em certos pacientes que apresentam quadro radiológico de obstrução intestinal de delgado deve ser considerada.

Obstrução do intestino delgado após cirurgia pélvica

Com certa frequência, pacientes que foram submetidos a cirurgia pélvica apresentam sintomas de obstrução intestinal entre o segundo e o quinto dia pós-operatório. Os achados radiológicos são os achados clássicos de uma obstrução de intestino delgado. Se houver peritonização cirúrgica da pelvis, pequena quantidade de ar residual pode ser visível no assoalho pélvico, extraperitonealmente, unilateral ou bilateralmente. Estes casos têm evolução espontânea e não requerem nova intervenção cirúrgica. O bário ingerido passa livremente pelas alças intestinais, sem retardo significativo.

b) 2. Obstrução do intestino grosso

Alguns aspectos importantes devem ser considerados quando analisamos a oclusão mecânica do intestino grosso:

Em primeiro lugar o fato de que as causas principais de oclusão são substancialmente diferentes das causas encontradas no intestino delgado. É frequente a obstrução do intestino delgado por aderência, um achado considerado raro no cólon. Obstrução por tumores e abscessos é relativamente infrequente no intestino delgado e frequente no cólon. Oclusão do intestino delgado por compressão extrínseca devida a pressão exercida por um órgão extraintestinal é rara.

Este fato acontece com certa frequência no cólon devido a bexiga distendida ou grande massa tumoral especialmente derivada da pequena pélvis. Os volvos e torções ocorrem predominantemente no ceco e no sigmóide. Outra fato importante é que as estenoses no cólon são em torno de oito vezes mais frequentes no lado esquerdo do que no direito e 40% das neoplasias de cólon manifestam-se ou são detectadas inicialmente através de obstrução intestinal. Como regra, a obstrução do cólon é de evolução mais demorada que as obstruções do intestino delgado. Os sintomas desenvolvem-se tanto mais lentamente quanto mais distal for o ponto da obstrução.

Em relação ao diagnóstico radiológico das obstruções do intestino grosso, o fato da válvula ileo-cecal ser competente ou não é o ponto principal no sentido de determinar qual o aspecto radiológico a ser encontrado. Portanto, de acordo com a competência ou incompetência da válvula ileo-cecal, poderemos classificar as manifestações radiológicas da obstrução do intestino grosso em três tipos, segundo Love (33, 35, 38):

Tipo 1A.

Obstrução com válvula ileo-cecal competente. Neste caso, o achado radiológico consiste em acentuada dilatação do cólon proximal ao ponto da obstrução. O ceco tem paredes finas, sendo a porção mais distensível do cólon e apresenta grande grau de dilatação. Há mínima ou nenhuma distensão do intestino delgado proximal ao ceco. Observam-se grandes níveis hidro-aéreos nas radiografias obliquis com raios horizontais.

Tipo 1B.

Neste caso a válvula ileo-cecal é competente e funciona como se fora uma obstrução ao trânsito do delgado para o ceco. O achado adicional ao tipo 1A é um grande grau de dis-

tensão do intestino delgado proximal ao ceco. Nestes casos o diâmetro do ceco é muito grande e perfura facilmente.

Tipo II.

Válvula ileo-cecal incompetente. Como a válvula ileo-cecal é incompetente, o maior grau de distensão do cólon acha-se no local proximal à estenose e não no ceco como nos casos acima. O ceco apresenta-se com paredes hipertrofiadas com espessamento das haustrações.

Existem níveis hidro-aéreos longos no cólon e curtos no intestino delgado. O ceco raramente mede mais de 5 a 6 cm de diâmetro transversal.

Faremos uma análise sucinta dos aspectos radiográficos mais frequentes nas principais entidades que causam obstrução do intestino grosso.

1. Carcinoma é a causa mais comum de obstrução ao nível do cólon e a grande maioria deles está situada distalmente ao ângulo esplênico.

Na maior parte das vezes apresenta um aspecto radiológico mais ou menos típico ao enema opaco.

2. Diverticulite e doença diverticular do cólon. Diverticulite é causa frequente de obstrução do cólon. Esta obstrução ocorre na realidade por uma peridiverticulite com formação de plastrão e/ou abscesso pericólico consequente à perfuração do divertículo. Pode não ser demonstrável ao exame radiológico no momento da obstrução nem mesmo ao enema opaco. A presença de um ou mais divertículos na área de estenose sugere o diagnóstico. Na doença diverticular do sigmóide, a causa da obstrução é o aumento de espessura da camada muscular com redução do diâmetro da luz.

3. Volvo. A grande maioria dos volvos ocorre no sigmóide e no ceco. Em menores proporções no cólon transversal.

I — Volvo de ceco

Este ocorre quando o ceco tem mesentério, o que usualmente não acontece, a não ser que haja um defeito de desenvolvimento. A rotação do ceco neste volvo geralmente ocorre no sentido horário. O diagnóstico radiológico é baseado na presença de um ceco acentuadamente distendido em qualquer parte do abdômen mas na maioria das vezes situado no epigástrio e no quadrante superior esquerdo (21). Usualmente demonstra-se um grande nível líquido. Há frequentemente distensão de alças intestinais que podem estar situadas medial ou lateralmente ao ceco. A rotação também vai de 180° a 720°.

II — Volvo de cólon transversal.

Achado extremamente raro, só ocorre quando o transversal apresenta um grande mesocólon. O ponto de torção situa-se na porção proximal.

III — Síndrome do «nó intestinal»

Consiste na rotação do íleo em torno do sigmóide que, por sua vez rota sobre o seu próprio eixo para criar um volvo. Estes pacientes apresentam um intenso sofrimento vascular e, se o diagnóstico não é feito imediatamente, o prognóstico é extremamente grave. A base anatômica necessária para a formação desta entidade é a mesma que predispõe ao volvo de sigmóide, acrescentando a isso, o fato de o íleo ter longo mesentério, permitindo uma livre mobilidade na cavidade abdominal. Os achados radiográficos constam da associação do aspecto característico do volvo simples de sigmóide com a alça ileal rotada distendida e situada à esquerda do abdômen de maneira que o sigmóide e o íleo apresentam-se em situação inversa à anatômica. Toda vez que ocorrer distensão do intestino delgado associada a volvo de sigmóide, deve ser considerada a pos-

sibilidade de síndrome de «nó intestinal».

IV — Invaginação intestinal.

Apenas 5% das invaginações ao nível do cólon ocorre em adultos, sendo a grande maioria associada a tumores, mais freqüentemente malignos.

O diagnóstico radiológico pode eventualmente ser feito ao exame simples quando aparece opacidade com densidade de partes moles, cujo maior diâmetro coincide com o eixo longitudinal do cólon. Todo o segmento invaginado pode estar delimitado por gás, ou somente sua extremidade distal. O aspecto radiológico ao enema opaco é típico.

Várias condições predis põem à invaginação. Exemplos: divertículos, apêndice anômalo, anomalias anatômicas congênitas, gravidez e desenvolvimento anormal de placas de tecido linfóide no intestino, especialmente ao nível do íleo terminal.

V — Obstrução do intestino grosso consequente a irradiação

As modificações do cólon consequentes a irradiação, usualmente ocorrem no reto e sigmóide. As suas principais manifestações são:

1. Área de espasmo importante.
2. Zona de estenose de características extremamente variáveis, podendo ser curta ou longa, leve ou severa, lisa ou apresentando acentuadas irregularidades na mucosa, com polos abruptos, lembrando carcinoma.
3. Ulceração.
4. Perfuração para a cavidade peritoneal formando abscesso semelhante ao que ocorre na diverticulite aguda.

Apenas raramente as modificações determinadas pela irradiação, causam obstrução aguda no cólon. Na maior parte das vezes elas determinam obstrução de evolução crônica. (33, 35, 38).

Freqüentemente estas lesões associadas com aderência são conseqüentes à prévia cirurgia.

Os sintomas podem aparecer desde o primeiro até vários meses após a radioterapia. Na maioria dos casos, no entanto, aparecem nos dez primeiros meses.

VI — Colite ulcerativa e colite granulomatosa inespecífica

Certos tipos de lesões inflamatórias apenas raramente causam obstrução no intestino grosso. A colite ulcerativa, no entanto, devido a sua facilidade para desenvolver lesão neoplásica secundária pode determinar obstrução devido à presença de neoplasia, mais freqüentemente do tipo constritiva.

VII — Carcinomatose.

O intestino grosso pode ser envolvido diretamente por invasão metastática de neoplasia dos órgãos adjacentes.

5.3.2.3 — Interferência no transporte do conteúdo intestinal por doenças neuromusculares.

A integridade do sistema neuromuscular é fundamental para que se processe adequadamente o transporte do conteúdo intestinal. Há distúrbio nesse transporte, naquelas doenças que afetam o nível celular ou que afetam a junção mioneural. Estas anormalidades podem ser tanto congênitas como adquiridas e manifestam-se freqüentemente por distensão abdominal. Deve-se observar, que nesses casos, não há obstáculo mecânico ao trânsito. O número de doenças e outras situações que podem causar estes distúrbios é excepcionalmente grande. Entre as mais comuns estão: diabete, mixedema, esclerodermia, doença de Chagas, miopatia alcoólica, intoxicação por atropina, hipopotassemia, cólon catártico,

doença de Hirschprung, prematuridade, amiloidose, pós-vagectomia, doença de Parkinson, pseudo-obstrução intestinal, paraplegia, hipocalcemia, síndrome de mal-absorção e intoxicação por anestésicos (33, 35, 38).

5.3.2.4 — Interferência no transporte do conteúdo intestinal consequente a lesões isquêmicas.

As lesões isquêmicas no cólon e delgado são consequentes a trombose ou embolia ao nível dos vasos mesentéricos.

Estas alterações na fase inicial, modificam a propulsão do conteúdo intestinal devido a lesões da musculatura da parede do intestino. Nas fases tardias, em que se verifica a estenose cicatricial das alças afetadas, a redução de calibre funciona como obstáculo mecânico ao trânsito intestinal.

As alterações isquêmicas no intestino podem ser consequentes a doenças trombo-embólicas, efeito de substâncias vaso-ativas, arterites, defeitos de coagulação, síndrome de abaixo débito e anticoagulantes. As manifestações radiográficas dependem fundamentalmente dos seguintes fatores:

5.3.3.1.1 — Se ocorreu ou não infarto.

Embolia sem infarto ocorre frequentemente no território da mesentérica inferior devido à existência de colaterais abundantes.

5.3.3.1.2 — Depende do vaso ou vasos lesados.

O que determina a extensão do segmento intestinal afetado. Se o acidente vascular ocorre num ramo importante, o infarto atinge grande segmento do intestino; se ocorre num ramo de pequeno calibre, envolve apenas um pequeno segmento.

5.3.3.1.3 — Se apenas o intestino delgado está afetado e o paciente é examinado num estágio precoce, pode-se observar:

Distensão hidro-aérea, lembrando os achados da oclusão mecânica. Nos casos mais graves, as modificações radiológicas são semelhantes as da peritonite, com dilatação de alças intestinais e alterações no padrão mucoso, com espessamento das pregas, devido ao edema. Isto pode ser visualizado ao exame radiológico direto por causa da distensão gasosa, e confirmado no exame com ingestão de bário. Além disto, o contraste fica retido nas alças comprometidas por um tempo mais longo que o usual. Estas alças distendidas adquirem uma curvatura de concavidade inferior. Se ocorre distensão de alças tanto à direita como à esquerda da linha mediana, é evidente que grande porção do intestino foi comprometida.

5.3.3.1.4 — Frequentemente ocorre o comprometimento do íleo terminal e hemicólon direito.

Nestes casos, observa-se distensão destes segmentos de alças, com níveis hidro-aéreos, estando o restante do cólon moderadamente distendido.

Uma distância maior que a usual entre duas alças intestinais contíguas e distendidas pode indicar edema parietal.

5.3.2.5 — Interferência no transporte do conteúdo intestinal consequente a processo inflamatório intrínseco de alça intestinal.

De processos inflamatórios agudos, infecciosos ou não, que ocorrem nas paredes das alças intestinais podem determinar interferência no transporte do conteúdo intestinal com consequente distensão abdominal.

Não ha, nesta fase aguda, obstáculo mecânico ao trânsito. Inclusive na fase crônica, algumas destas lesões raramente causam obstrução intestinal. As principais situações são: enterocolite granulomatosa inespecífica (doença de Kohn), ileíte aguda, megacolon tóxico da colite ulcerativa e enteropatias inflamatórias infecciosas.

5.3.2.6 — Interferência no transporte do conteúdo intestinal consequente a processo inflamatório das alças intestinais.

Devemos levar em conta que praticamente todos os processos inflamatórios intra-abdominais localizados poderão determinar peritonite difusa. Na fase em que a peritonite difusa ainda não existe, ou associada a manifestações de peritonite difusa, os diversos processos inflamatórios intra-abdominais determinam, numa percentagem variável de casos, achados radiológicos que indicam a localização e especificidade da lesão inflamatória.

Os principais achados ao exame radiológico direto do abdômen, em pacientes com peritonite difusa são:

5.3.2.6.1 — Sinais de interferência no transporte com conteúdo intestinal com inibição de atividade motora e consequente distensão hidro-aérea, de alças do intestino grosso e delgado.

A assim chamada irritação peritoneal, que significa primeiro grau de peritonite, apresenta os achados acima citados em grau leve.

A medida que a peritonite progride, outros achados tornam-se presentes.

5.3.2.6.2 — Imprecisão da imagem das pregas mucosas e edema na parede das alças.

5.3.2.6.3 — Imprecisão da gordura pré-peritoneal e presença de estrias em forma de retículo, de maior densidade, são visíveis na gordura subcutânea (20).

Estes dois últimos achados ocorrem em casos severos.

5.3.2.6.4 — Sinais de líquido livre na cavidade peritoneal.

5.3.2.6.5 — Restrição dos movimentos diafragmáticos.

5.3.2.6.6 — Modificações secundárias nos pulmões e pleuras.

Sinais que indicam localização e especificidade da lesão inflamatória intra-abdominal.

a) Apendicite aguda

A apendicite aguda dá manifestações radiológicas diagnósticas quase específicas ao exame direto, em pouco mais de 50% dos casos (33, 35, 38). As principais manifestações radiológicas são:

1 — Devido à proximidade com o apêndice, o ceco frequentemente participa do processo inflamatório, mostrando-se distendido e apresentando nível hidro-aéreo. Pode ocorrer achado semelhante ao nível do fleo-terminal. Se estes dois achados estiverem presentes, a possibilidade do diagnóstico de apendicite aguda estar correto é em torno de 80 a 90% (33, 35, 38).

2 — Uma pequena percentagem de líquido ocorre na cavidade peritoneal, nas porções adjacentes ao ceco dan-

do uma área de opacidade imprecisa no local.

3 — Cálculos apendiculares são demonstrados numa percentagem pequena de casos. Como achado único este é o sinal radiológico mais importante.

4 — Em certas circunstâncias, visualiza-se gás no interior do apêndice, provavelmente devido a lesão inflamatória por micro-organismos produtores de gás. Este achado é raro e de difícil visualização. O gás superpõe-se freqüentemente ao das demais alças adjacentes.

Existem outros achados que, se associados a um ou mais dos achados acima, tornam o diagnóstico mais provável. Estes são:

1 — Borramento da sombra do psoas direito e escoliose antálgica em pacientes que apresentam um apêndice que se estende medialmente e que está em contato com aquele músculo.

2 — O borramento da gorura pré-peritoneal nas porções adjacentes ao ceco pode ocorrer em determinadas circunstâncias, dada a sua proximidade e conseqüente infiltração pelo processo inflamatório intra abdominal. A presença de gás livre na cavidade peritoneal é um achado extremamente raro, pois habitualmente, o lúme do apêndice é obstruído antes que a perfuração ocorra.

3 — Como foi citado, uma das maneiras de apendicite aguda apresentar-se é com o quadro radiológico idêntico ao da oclusão mecânica ao nível da região íleo cecal.

No exame do cólon por enema opaco, algumas modificações podem ser encontradas:

1 — Deformidade no polo cecal conseqüente a edema no meso-apêndice.

2 — Sinais de compressão extrínseca nas porções laterais do íleo terminal.

3 — A opacificação do apêndice ao exame por enema opaco torna extremamente improvável o diagnóstico de apendicite aguda. Deve-se ter certeza de que a opacificação ocorreu até a extremidade do apêndice, pois o processo inflamatório pode estar restrito a apenas uma parte, especialmente a extremidade. (33,35,38).

4 — Em determinadas circunstâncias as manifestações clínicas de apendicite aguda simulam cólica renal à direita. A urografia venosa efetuada nestes pacientes às vezes demonstra uma dilatação do ureter direito com estase ureteropielocalcinal. Se não ficar demonstrado claramente a existência de cólica renal deve-se realizar um enema opaco para pesquisar apendicite. As modificações encontradas no ureter podem ser secundárias a apendicite aguda.

Em casos de dúvida quanto ao diagnóstico clínico e radiológico da apendicite aguda, o enema opaco deve ser efetuado. Este exame, sendo efetuado com alguns cuidados não traz maiores problemas ao paciente, nem mesmo em casos de apendicite gangrenada (33, 35, 38).

O enema opaco, quando da suspeita de apendicite, é inócua, informativo e freqüentemente é o único exame que pode fazer o diagnóstico precoce.

b) Doença hepatobiliar aguda.

Achados radiológicos em pacientes com colecistite aguda. **Exame radiológico sem contraste** — Em pacientes com suspeita de colecistite aguda o exame radiológico direto pode demonstrar:

1 — Cálculos calcificados. A grande maioria dos cálculos biliares é radiotransparente. Em pequeno número de casos de colecistite aguda são

encontrados cálculos calcáreos. A presença do cálculo não significa necessariamente o diagnóstico de uma colecistite aguda. É válido como sinal indireto.

2 — A irritação peritoneal na colecistite aguda determina a distensão hidro-aérea das alças intestinais próximas, especialmente do cólon transverso e duodeno.

3 — Vesícula aumentada de volume pode ser visualizada pela compressão extrínseca que exerce nos órgãos adjacentes.

Em raras circunstâncias pode ser visto também gás no intestino e/ou na parede da vesícula biliar. — **Achados radiológicos na colecistografia oral.** O fato de serem necessárias várias horas para que se possa examinar a vesícula biliar após administração do contraste oral, torna limitado este método. Quando ele é efetuado, não ocorre opacificação da vesícula biliar pois o processo inflamatório aumenta a absorção do contraste neste órgão.

— **Achados radiológicos na colangiografia endovenosa com tomografia** — Este método é mais eficiente. A não opacificação da vesícula biliar em paciente com suspeita de colecistite aguda no exame intravenoso é indicativo do diagnóstico. A opacificação dos canais biliares e da vesícula biliar exclui o diagnóstico de colecistite aguda.

c) Pancreatite aguda

A pancreatite aguda, em numerosas ocasiões, pode simular um abdômen agudo cirúrgico. Como a cirurgia é contra-indicada nestes casos, este diagnóstico deve ser sempre considerado em paciente com abdômen agudo.

1 — Alterações radiológicas na pancreatite aguda:

Ao exame direto:

Infelizmente os achados radiológicos da pancreatite aguda ao exame direto não ocorrem com grande frequência e quando ocorrem, são frequentemente inespecíficos.

A presença do enfisema pancreático deve ser pesquisada, pois é achado extremamente importante, embora raramente visto. Deve-se pesquisar também a possibilidade de abscesso pancreático que se manifesta por lesão expansiva pancreática com ou sem gás no interior. Ocorre, na pancreatite aguda, como na colecistite aguda, distensão de alças intestinais adjacentes, especialmente duodeno e cólon transverso. O grau de distensão hidro-aérea destas alças e o número de alças distendidas é variável com o tempo de evolução e com a severidade da lesão pancreática.

No tórax podem ocorrer modificações secundárias à pancreatite aguda, que, embora não específicas, auxiliam o diagnóstico. Pequena percentagem de pacientes apresentam derrame pleural à esquerda e uma percentagem ainda menor, derrame pleural à direita. Algumas vezes visualizam-se consolidações em segmentos basais esquerdos e áreas de atelectasia laminar.

2 — Achados aos exames radiológicos contrastados:

Exame com bário

Alterações no duodeno, encontram-se em cerca de 80% dos pacientes com pancreatite aguda. Estas alterações se caracterizam por um aumento do arco duodenal consecutivo ao aumento das dimensões da cabeça do pâncreas, aumento nas proporções da papila de Vater, distúrbios de motilidade e edema da mucosa.

Em alguns pacientes ocorre edema generalizado com irritabilidade das pregas mucosas gástricas ao nível da grande curvatura. As compressões eventualmente existentes no estômago

e duodeno conseqüentes ao aumento de volume do pâncreas são de difícil avaliação. Quando ocorre formação de pseudocistos, a compressão e o deslocamento acentuados são facilmente visíveis.

Opacificação da via biliar com colangiografia endovenosa e tomografia do hepatocolédoco:

A principal finalidade deste exame em pacientes com suspeita de pancreatite aguda é excluir o diagnóstico de colecistite aguda. Esta investigação pode também demonstrar deslocamento na porção intrapancreática do colédoco, o que é uma evidência importante de pancreatite.

d) Doença inflamatória pélvica.

As doenças inflamatórias agudas na pequena pélvis originam-se habitualmente de salpingite e de apendicite. Nas fases iniciais observa-se apenas presença de líquido livre na pequena pélvis com distensão hidro-aérea de alças intestinais adjacentes.

No caso de formação de abscesso, este se apresenta como massa com densidade de partes moles, de contornos imprecisos. Seu tamanho é variado, podendo ser circundado e parcialmente delimitado por alças distendidas por gás.

As radiografias obtidas em diferen-

tes decúbitos e opacificação da bexiga são métodos para avaliar se a densidade na pequena pélvis corresponde a abscesso ou líquido livre.

O enema opaco pode identificar e delinear o abscesso e mostrar evidência de lesão inflamatória adjacente por alterações na mucosa do sigmóide.

S U M M A R Y

The history, the physical examination and the pathogenesis of acute abdominal pain are analysed.

Several aspects of the history of Abdominal Pain are described. Failure of the examining physician to recognize important clinical clues may lead to unwarranted and often harmful surgical intervention.

Clinical data which should alert the clinician to a possible medical etiology of the acute abdominal pain are emphasized and reviewed.

The referred pain plays a special role on the evaluation of the matter.

The investigation is systematized in little topics, but the radiological examination deserves a particular chapter, in which technique, findings and interpretations are described.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ACOSTA, J.M. & LEDESMA, C.L. — Gallstone migration as a cause of acute pancreatitis. *The New England Journal of Medicine*, 290(9):484-7, Feb. 28, 1974.
2. AVERY-JONES, F. & GODDING, E.W. — Constipación clínica y tratamiento. Barcelona, Toray, 1973.
3. BAILEY, H. — Physical signs in clinical surgery. 13.ed. Bristol, John Wright, 1960.
4. BERTRAN, F. & OTTO, H. — La diabetes. Barcelona, Científico-Médica, 1968.
5. BOCKUS, H.L. — Factores para reconocer abdomen agudo. Mecanismo del dolor abdominal. In: HAWTHORNE, H.R.; FROBESSE, A.S.; STERLING, J.A. — Abdomen agudo, lesiones de urgencia del tubo digestivo. México, Interamericana, 1969, cap.2, p.8-13.
6. BOCKUS, H.L. — Gastroenterology. 3.ed. Philadelphia, Saunders, 1974.

7. BORHANMANESH, F. et alii — Tuberculous peritonitis; prospective study of 32 cases in Iran. *Annals of Internal Medicine*, 76(4): 567-72, Apr. 1972.
8. BOTTO, J. — Aspectos del dolor en patologia abdominal y digestiva. s.l. Impreso Rovi, s.d. [Notas de semiologia quirúrgica, etapas del diagnóstico — 1]
9. BRADLEY, R.F. — Treatment of diabetic ketoacidosis and coma. *The Medical Clinics of North America*, 49(4):961-86, July 1965.
10. BURACK, W.R. & HOLLISTER, R.M. — Tuberculous peritonitis. *The American Journal of Medicine*, 28(4):510-23, Apr. 1960.
11. COPE, Z. — Diagnóstico precoz del abdomen agudo. 5.ed. Barcelona, Marin, 1962.
12. COSSERMELLI, W. — Afeções difusas do tecido conetivo. São Paulo, Ed. Universidade, 1966.
13. CREMER, J. & SCHLEIBLINGER, W. — Enfermedades del bazo. Barcelona, Científico-Médica, 1970.
14. CUNHA, T.C. da & SOUTO, P.E. — Nossa experiência com retocolite ulcerativa inespecífica; estudo de 12 casos. *Revista da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria*, 1 (3):235-44, out.-dez. 1969.
15. DAVIS, L., ed. — Christopher clínica cirúrgica. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1970.
16. DICKSON, G.H. — Three cases of ischaemic colitis. *GUT: The Journal of the British Society of Gastroenterology*, 9(4):376-80, Aug. 1968.
17. DRAGO ALVES, L.M.C.; BRANDÃO, A.B. de M.; MARRONI, C.A. — Cólon irritável (colopatia funcional de adaptação). *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, 13(3):147-50, est. 1969.
18. DREILING, D.A.; JANOWITZ, H.D.; PERRIER, C.V. — Pancreatic inflammatory disease; a physiologic approach. New York, Harper & Row, 1964.
19. FAULKNER Jr., R.L. — Tuberculosis as a surgical disease of the abdomen. *Annals of Surgery*, 160(5):806-13, Nov. 1964.
20. FRIMAN-DAHL, J. — The acute abdomen. In: MARGULIS, A.R. & BURHENNE, H.J. — Alimentary tract roentgenology. St. Louis, Mosby, 1973. cap.8. p.172-227.
21. FRIMAN-DAHL, J. — Roentgen examination in acute abdominal disease. 3.ed. Springfield, Charles C. Thomas, 1974.
22. GONNELLA, J.S. & HUDSON, E.K. — Clinical patterns of tuberculous peritonitis. *Archives of Internal Medicine*, 117(2):164-9, Feb. 1966.
23. GOUVEIA, O.F. de — Tuberculose entérica (TE): estudo clínico. Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina UFRJ, 1973. [Tese de Livre Docência]
24. GUY, R.B. & ROTHENBERG, S.P. — Sickle cell crisis. *The Medical Clinics of North America*, 57(6):1591-8, Nov. 1973. [Symposium on acute medicine]
25. HARKINS, H.N. & NYHUS, L.N. — Cirurgia del estomago y duodeno. Buenos Aires, Intermédica, 1974.
26. HARVEY, A.M. & BORDLEY, III J. — Differential diagnosis: the interpretation of clinical evidence. 2.ed. Philadelphia, Saunders, 1970.
27. HAWTHORNE, H.R.; FROBESE, A.S.; STERLING, J.A. — Abdomen

- agudo; lesiones de urgência del tubo digestivo. Mexico, Interamericana, 1969.
28. HEFFERNON, E.W. & REAVES, L.E. — Considerations in the diagnosis of abdominal pain. *The Medical Clinics of North America*, 50(2):439-47, Mar. 1966.
 29. HESS, W. — La pancreatitis crónica; clínica, diagnóstico y terapéutica quirúrgica de las pancreopatías crónicas. Barcelona, Científico-Médica, 1970. [Problemas Actuales de la Cirugía Clínica, v.10]
 30. HIGGINS, G.A. — Apéndice 1. In: HAWTHORNE, H.R.; FROBESSE, A.S.; STERLING, J.A. — Abdomen agudo; lesiones de urgência del tubo digestivo. México, Interamericana, p.7. 1969.
 31. JORDAN, S.M. & BOLES Jr., R.S. — Diverticulitis. New York, Grune & Stratton, 1960. [Modern Medical Monographs]
 32. LEITE, P.C. — Abdomen agudo em ginecologia. *Revista de Medicina ATM, Porto Alegre*, 8(2):253-62, 1973.
 33. LEVIN, B. — Obstrucción mecánica del intestino delgado. *Seminarios de Roentgenología*, 8(2):143-60, jun. 1973.
 34. LIPSKY, P.E. et alii — Spontaneous peritonitis and systemic lupus erythematosus; importance of accurate diagnosis of gram-positive bacterial infections. *The Journal of the American Medical Association*, 232(9):929-31, June 2, 1975.
 35. LOVE, L. — Obstrucción del intestino grueso. *Seminários de Roentgenologia*, 8(2):161-86, jun. 1973.
 36. MacBRYDE, C.M., ed. — Signs and Symptoms. 4.ed. Philadelphia, Lippincott, 1964.
 37. MALINSKY, S.M. — Hernia de disco intervertebral. *Revista de Medicina ATM, Porto Alegre*, 8(2):431-4, 1973.
 38. MILLER, R.E. — Técnica de exploración del abdomen agudo. *Seminarios de Roentgenologia*, 8(2):129-42, jun. 1973.
 39. MOLMENTI, L.A. — Traumatismos abdominales; actualización de los tratamientos quirúrgicos. Buenos Aires, EUDEBA, 1970.
 40. PALMER, E.D. — Gastroenterologia clínica. Mexico, Ed. José M. Cajica Jr., 1958.
 41. PEREIRA LIMA, J. — Distúrbios da circulação mesentérica. *Pesquisa Médica, Porto Alegre*, 9(4):555-66, jul. 1973.
 42. PEREIRA LIMA, J. & ROITHMAN, N. — Estrongiloidiase; considerações clínico-laboratoriais e radiológicas. *O Hospital*, 56(3):461-87, set. 1959.
 43. PEREIRA LIMA, J. et alii — Manifestações clínicas da litíase vesicular. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 16(11):397-402, nov. 1970.
 44. POLLOCK, J.H. — Gaseous digestive conditions. Springfield, Charles C. Thomas, 1967.
 45. PONTES, J.F. — Dor em gastroenterologia. In: CURSO DE GASTROENTEROLOGIA BÁSICA, 2ª aula. São Paulo, IBEPEGE, 1971.
 46. RAHDE, A.F.; DORNELLES, M.A.; FIORI, R.M. — Intoxicações e saúde pública. *Revista de Medicina ATM, Porto Alegre*, 7(2):817-29, 1972.
 47. RADIN, I.S. — El problema del abdomen agudo. In: HAWTHORNE, H.R.; FROBESSE, A.S.; STERLING, J.A. — Abdomen agudo; lesiones de urgencia del tubo digestivo. Mexico, Interamericana, 1969, cap.1, p.1-6.

48. ROTH, J.L.A. — Enfermedades de ordem médico que simulan abdomen agudo. In: HAWTHORNE, H.R.; FROBESE, A.S.; STERLING, J.A. — **Abdomen agudo; lesiones de urgencia del tubo digestivo.** Mexico, Interamericana, 1969. cap.3, p.16-22.
49. SARLES, H. — Chronic calcifying pancreatitis; chronic alcoholic pancreatitis. *Gastroenterology*, 66(4):604-16, Apr. 1974.
50. SARLES, H., ed. — Pancreatitis. *Biblioteca Gastroenterologica* n° 7, 1965. [Symposium, Marseilles, 1963].
51. SEWARD, C. — **Bedside diagnosis.** 10.ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1974.
52. STEAD, W.W. et alii — The clinical spectrum of primary tuberculosis in adults. *Annals of Internal Medicine*, 68(4):731-45, Apr. 1968.
53. STEINHEBER, F.U. — Medical conditions mimicking the acute surgical abdomen. *The Medical Clinics of North America*, 57(6): 1559-67, Nov. 1973. [Symposium on acute medicine].
54. STERLING, J.A. — Valoración y corrección de contraindicaciones para una operación de urgencia. In: HAWTHORNE, H.R.; FROBESE, A.S.; STERLING, J.A. — **Abdomen agudo; lesiones de urgencia del tubo digestivo.** Mexico, Interamericana, 1969. cap.4, p.24-34.
55. THOMAS, M.L. & WELLWOOD, J.M. — Ischaemic colitis and abdominoperineal excision of the rectum. *GUT: The Journal of the British Society of Gastroenterology*, 14(1):64-7, Jan. 1973.
56. THOROUGHMAN, J.C. — Apéndice 14. In: HAWTHORNE, H.R.; FROBESE, A.S.; STERLING, J.A. — **Abdomen agudo; lesiones de urgencia del tubo digestivo.** Mexico, Interamericana, 1969. p.200-2.
57. TRUELOVE, G.C. & REYNELL, P.C. — **Enfermedades del aparato digestivo.** Barcelona, Científico-Médica, 1965.
58. WAY, L.W. — Abdominal pain. In: SLEISINGER, M.H. & FORDTRAN, J.S. — **Gastrointestinal disease.** Philadelphia, Saunders, 1973. cap.24, p.326-37.
59. WAY, L.W. & SLEISINGER, M.H. — Cholelithiasis and chronic cholecystitis. In: SLEISINGER, M.H. & FORDTRAN, J.S. — **Gastrointestinal disease.** Philadelphia, Saunders, 1973. cap.86, p.1116-9.
60. WHITE, T.T. — **Pancreatitis.** London, Edward Arnold, 1966.

CLAUDIO AUGUSTO MARRONI

Rua Ramiro Barcelos, 1691 - apto. 75

90000 — Porto Alegre, RS — Brasil

CARLOS HORACIO GENRO

Rua Lucas de Oliveira, 1380 - apto. 1001.

90000 — Porto Alegre, RS — Brasil

CARLOS CLEBER ALVES NUNES

Rua Carlos Gomes, 911 - apto. 202

90000 — Porto Alegre, RS — Brasil