

ASPECTOS DA CONDUTA DIAGNÓSTICA DO ABDOME AGUDO

JOSE JOÃO MENEZES MARTINS *
CARLOS ROBERTO HEREDIA ANTUNES **
HILBERTO CORRÊA DE ALMEIDA **
CYRO ALCEU LOBATO ***

SINOPSE: Aspectos diagnósticos no abdome agudo, que na experiência pessoal dos autores, se têm mostrado os mais úteis.

Queremos destacar alguns aspectos da conduta diagnóstica do abdome agudo. Não pretendemos abordar os detalhes de cada patologia específica, mas apenas salientar numa seqüência sistemática de investigação do paciente, pormenores que têm prova de ser de grande utilidade em nossa experiência.

Primeiramente abordaremos alguns pormenores que nos parecem importantes para a coleta de dados através da história clínica, exame físico e exames complementares. Depois tentaremos enquadrar os dados obtidos em um dos 6 (seis) quadros patológicos gerais: inflamação, hemorragia, íleo, oclusão vascular, perfuração e trauma, onde estão compreendidas tôdas as causas de abdome agudo. Finalmente, após selecionar o quadro patológico geral, partimos para a sua localização anatômica.

Dêste modo, indo do geral para o particular, teremos quase ao final da investigação apenas um pequeno grupo de doenças que possuem a mesma base patológica e localização anatômica próxima, para fazer o diagnóstico diferencial através de suas características individuais.

COLETA DE DADOS

Quanto maior fôr o número de dados reais colhidos na história clínica, exame físico e exames complementares, tanto maior será a possibilidade de formar um julgamento abstrato em nossa mente que mais se aproxime do que realmente acontece com o paciente. Poderia ser comparado grosseiramente com um jogo de quebra-cabeças, no qual

* Auxiliar de Ensino do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, UFRGS. Chefe do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre.
** Auxiliar de Ensino do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, UFRGS. Membro do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre.
*** Membro do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre.

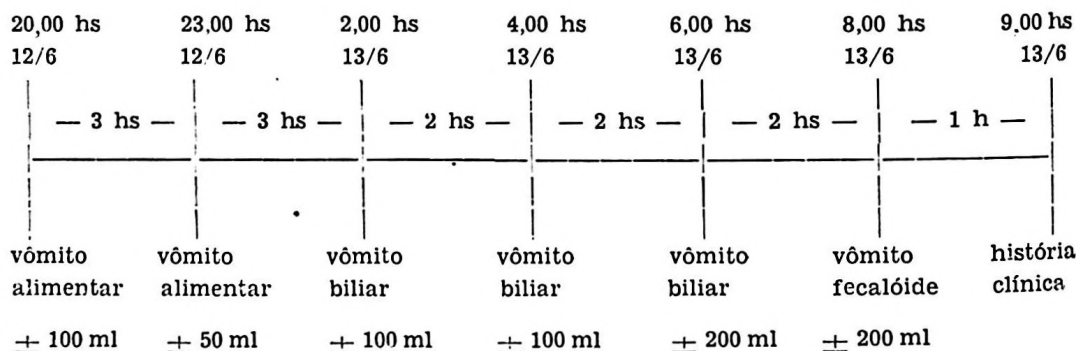
quanto maior fôr o número de peças que montamos no quadro geral, tanto maior será a possibilidade de perceber o que significará a figura final.

Em situações abdominais que necessitam tratamento cirúrgico de urgência, o tempo disponível para colher estes dados vai de alguns minutos a poucas horas. Juízo clínico e o bom-senso de cada um dirá de quanto tempo dispõe para que não haja risco de perda de função ou de morte.

Os informes ficam prejudicados pelo desconforto físico e pela perturbação emocional do paciente e de seus familiares.

Os exames complementares ficam limitados a testes laboratoriais mais simples e à radiologia.

HISTÓRIA CLÍNICA — Costumamos considerar a história clínica como sendo formada por um conjunto de pequenas histórias. Cada elemento relatado (dor, vômito, ritmo intestinal, etc.) tem isoladamente sua própria história cronológica e um conjunto de características próprias que devem ser precisados com o maior detalhe possível. Ao final faz-se a inter-relação de tôdas as “histórias parciais” para montar a história clínica propriamente dita. Cada “história parcial” tem um caráter dinâmico, uma evolução que pode ser representada gráficamente para facilitar a sua apreciação. Ex.:



O gráfico mostra que às 20,00 hs. de 12/6 o paciente teve vômito alimentar de ± 100 ml que repetiu-se 3 hs. mais tarde em menor volume (± 50 ml). 3 hs. depois teve vômito biliar de ± 100 ml. Desde então continuou vomitando de 2/2 hs. mais 3 vêzes, sendo 2 biliares (100 e 200 ml) e o último fecalóide de ± 200 ml, uma hora antes da colheita da história clínica.

EXAME FÍSICO — Vamos destacar alguns procedimentos que junto com o exame habitual ajudam a obter informações mais precisas:

- a) A manobra de descompressão súbita da parede abdominal causando dor (sinal de Blumberg positivo) tem sido, em nossa experiência, um dos sinais mais fiéis para indicar irritação peritoneal. Este sinal poderá ser comprovado indiretamente durante o exame, pedindo para o paciente tossir. Deste modo ele fará sozinho uma compressão e descompressão abdominal súbita.
- b) A palpação unidigital da parede abdominal convergindo de várias direções, da zona menos para a mais dolorosa, é excelente para delimitar com bastante exatidão a área do abdome onde está o ponto máximo de irritação peritoneal.
- c) A sedação barbitúrica do paciente pediátrico, não mascarará os sinais abdominais e é indispensável em crianças agitadas ou pouco colaboradoras, para maior precisão na coleta de dados.
- d) A realização de exames repetidos em intervalos regulares para apreciar as variações dos dados colhidos anteriormente, devem ser feitos **sempre** pelo mesmo observador.
- e) Quando existir suspeita clínica e a punção abdominal for negativa, pode-se tentar um dos seguintes artifícios que aumentam a precisão do método:
 - Após introdução de trocar fino na parede abdominal fazer progredir através dele para dentro da cavidade abdominal um tubo de polivinil, o qual por capilaridade ou aspiração pode colher amostra do líquido peritoneal.
 - Introduzir na cavidade solução para Diálise peritoneal com 5 mEq/l. de Potássio e aspirá-lo em seguida. Pequenas quantidades de outros líquidos existentes podem assim ser diluídos e aspirados.

EXAMES LABORATORIAIS — Não existem regras fixas determinando quais os exames que devem ser solicitados em cada caso. O pedido de exames repousa em certo número de critérios entre os quais destacamos os seguintes:

- a) com exceção de alguns testes sorológicos e hematológicos, exames laboratoriais são raramente diagnósticos por si mesmos. São úteis apenas como meios para avaliar numericamente a extensão da alteração fisiológica já conhecida ou suspeitada através da história clínica e exame físico. É fundamental que o médico saiba exatamente o que cada teste de laboratório é capaz de mostrar a ponto de poder justificar cada exame que foi pedido, e além disso justificar também porque outros exames deixaram de ser solicitados.

- b) Evitar o erro comum de basear o julgamento clínico em apenas uma faceta da avaliação (dados laboratoriais) em vez de raciocinar sobre o conjunto todo. Evitar de julgar números em vez do paciente.
- c) Os dados fornecidos pelo laboratório estão sujeitos a erros que vão desde a técnica de coleta do material, passando por várias fases intermediárias até enganos no momento da transcrição dos resultados. Bodansky demonstrou que este erro vai de 1 a 2% em determinações bioquímicas de precisão até 50% em alguns testes hematológicos.

6 QUADROS PATOLÓGICOS GERAIS

A avaliação do paciente leva a enquadrar sua sintomatologia dentro de um dos quadros patológicos seguintes:

- 1) Inflamação
- 2) Hemorragia
- 3) Íleo
- 4) Oclusão vascular
- 5) Perfuração
- 6) Traumatismo

1) **INFLAMAÇÃO** de um órgão da cavidade abdominal produz:

- a) Dor abdominal contínua de início gradual que vai progressivamente aumentando de intensidade, com ou sem náuseas e vômitos associados.
- b) Inicialmente a dor é referida à distância do órgão envolvido (dor visceral via sistema nervoso simpático e sua irradiação). Mais tarde localiza-se na região do órgão afetado, quando começa o envolvimento do peritônio parietal (via sistema nervoso central).
- c) Ao exame físico aparecem sinais de irritação peritoneal (defesa reflexa, Blumberg, etc.), quando o peritônio parietal foi envolvido.
- d) Presença de outros elementos gerais que compõem um quadro clínico inflamatório: febre, leucocitose com desvio para a E, etc.

2) **HEMORRAGIA** dentro da cavidade peritoneal produz:

- a) Dor de início súbito de intensidade regular, na região onde o sangue toma contato inicial com o peritônio parietal.
- b) Posteriormente a dor pode tornar-se difusa (envolvimento de toda a cavidade) e pode haver irradiação para o ombro (irritação frênica).

- c) Sinais localizados ou difusos de irritação peritoneal de acordo com a extensão da cavidade em contato com o sangue.
- d) O hemoperitônio pode ser denunciado pela presença de sangue no succ escrotal em consequência do aumento da pressão intra-abdominal associado à persistência do conduto peritônio-vaginal (80% em recém nascidos e 20% em maiores de 2 anos até a idade adulta). Também por equimose periumbilical e no triângulo lombar.
- e) Sinais gerais de hipovolemia, variáveis com o volume perdido.
- f) Punção abdominal = Sangue.

3) No **ÍLEO** mecânico existe um obstáculo à progressão normal do conteúdo intestinal, causando:

- a) Distensão pelo acúmulo de gases e excreções digestivas.
- b) Vômito inicialmente reflexo e logo a seguir pelo refluxo para o estômago das secreções que não podem progredir.
- c) Após o esvaziamento do conteúdo intestinal a montante do obstáculo existe parada da emissão de gases e fezes.
- d) **Dor em cólica** resultante das contrações intestinais, lutando para vencer o obstáculo.
- e) Quando à dor em cólica junta-se dor contínua ou sinais de irritação peritoneal, deve-se pensar em oclusão mecânica complicada com sofrimento vascular de alça intestinal ou em perfuração.
- f) Ausculta abdominal revela intensificação dos ruídos hidroaéreos coincidindo com a dor em cólica.

No **íleo adinâmico** o obstáculo à progressão do conteúdo intestinal é representado pela parada do peristaltismo, usualmente como resposta à irritação peritoneal. Os seguintes dados caracterizam a diferença com o íleo mecânico:

- Não há dor em cólica. A dor existente é a da irritação peritoneal parietal.
- Existem sinais de irritação peritoneal.
- Silêncio abdominal à auscultação.

4) **OCCLUSÃO VASCULAR** arterial ou venosa, causando infarto isquêmico ou hemorrágico de alça ou alças intestinais, produz:

- a) Dor violenta de início súbito que vai melhorando algumas horas mais tarde, na oclusão arterial pura. Dor contínua de início e progressão gradual na oclusão venosa pura. Vôlvulo, alça estrangulada, invaginação, etc., apresentam inicialmente oclusão venosa e só mais tarde oclusão arterial. A sintomatologia aproxima-se no início da oclusão venosa pura, sofrendo exacerbação quando se ajunta o componente arterial.
- b) Em ambas (venosa ou arterial) costuma haver associada dor em cólica. O segmento afetado ou tem oclusão intestinal mecânica ou a sua perda de função funciona como obstáculo. Ao quadro inicial se superpõe o de íleo mecânico ou paralítico.
- c) Em ambos existe evacuação com sangue (melena ou enterorragia).
- d) Quando há oclusão venosa há sinais progressivos de hipovolemia.
- e) Não existe correspondência entre a sintomatologia rica e a pobreza de elementos colhidos inicialmente no exame do paciente.

5) **PERFURAÇÃO** de vísceras ôcas ocasiona:

- a) Dor de **início súbito** no local onde o conteúdo digestivo toma contato com o peritônio, podendo propagar-se para outras áreas mais tarde. A intensidade da dor é fortíssima na perfuração gástrica (líquido ácido) e diminui gradualmente nas outras perfurações, à medida que elas se aproximam do final do tubo digestivo (líquidos alcalinos), sendo dor moderada nas perfurações do íleo e cólon.
- b) Precocemente aparecem os sinais de irritação peritoneal.
- c) Em mais da metade dos casos pode-se comprovar clínica ou radiologicamente a presença de pneumoperitônio.
- d) Punção abdominal = líquido digestivo.
- e) Evolue posteriormente para peritonite difusa ou localizada. Esta evolução é tanto mais rápida quanto mais a perfuração se aproxima do final do tubo digestivo.

6) **TRAUMATISMO** abdominal é diagnosticado pela história clínica. Pode causar qualquer um dos quadros patológicos gerais já descritos.

- a) No traumatismo penetrante a indicação cirúrgica é mandatória.
- b) No traumatismo fechado a avaliação clínica do paciente tem que levar em conta a possibilidade principalmente de hemorragia, perfuração e problemas vasculares e mais tardiamente inflamação e íleo.

- c) Ter presente que causas extra-abdominais como fratura de bacia, contusão apenas da parede abdominal podem produzir sintomatologia semelhante ao abdome agudo.

NOTA: A descrição isolada dos 6 quadros patológicos gerais obedece não apenas a critérios didáticos mas também ao fato de serem mais freqüentemente encontradas isoladamente. Deve-se no entanto estar alerta para a possibilidade de concomitância de dois ou mais quadros patológicos no mesmo paciente.

LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA

Limitado o problema do paciente a um dos seis quadros patológicos gerais comentados, o julgamento ficará restrito a um número menor de possibilidades que têm em comum a mesma base patológica.

Para limitar ainda mais o campo da investigação diagnóstica procura-se fazer a Localização Anatômica:

- a) A dor visceral (transmitida pelo sistema nervoso simpático) e sua irradiação são características de cada víscera.
- Estômago e duodeno: dor referida à região epigástrica e retroesternal.
 - Intestino delgado: região periumbelical.
 - Intestino grosso: hipogástrico.
 - Vesícula: hipocôndrio direito e epigástrico com irradiação subescapular D.
 - Bexiga: hipogástrico.
 - Rim: flanco, com irradiação para a região inguinal e escroto ou grande lábio do lado correspondente.
 - Pâncreas: epigástrico com irradiação para o flanco e região dorsal.
- b) A dor peritoneal causada pela irritação das terminações sensitivas (SNC) do peritônio parietal é localizada na área envolvida.
- c) A irritação do peritônio diafragmático causa dor irradiada para o ombro do lado correspondente.
- d) O aspecto do vômito pode ajudar a localizar a altura da oclusão do tubo digestivo:
- sem bile: oclusão pilórica
 - com bile: oclusão abaixo da ampola de Vater
 - fecalóide: oclusão de jejuno, íleo ou cólon

- e) O tempo decorrido entre o início dos sintomas e o aparecimento dos vômitos de refluxo será tanto maior quanto mais baixa for a oclusão.
 - f) Sinais de irritação peritoneal, correspondem exatamente à área envolvida e são melhor delimitados fazendo a palpação unidigital da área de menor para a de maior sensibilidade, partindo de várias direções.
 - g) Massa abdominal palpável tipo tumor da invaginação intestinal, tumor inflamatório tipo plastrão na FID, etc... através de sua localização e característica, auxiliará muito na localização anatômica.
 - h) Distensão abdominal pode ser localizada (estenose hipertrófica de piloro, válvula de sigmóide, etc...) ou generalizada (peritonite, oclusão intestinal baixa, etc.).
 - i) Os exames laboratoriais com exceção da amilase básica (pancreatite aguda) são de pouco valor para a localização anatômica.
- A radiologia é essencial.
- j) Os dados obtidos na punção abdominal também ajudam a situar o problema:

sangue = hemoperitônio (víscera maciça, vaso sanguíneo)
 bile = via biliar ou duodeno
 pus = peritonite
 fezes = íleo-cólon
 água de carne = pancreatite hemorrágica, alça com sofrimento vascular
 sangue violáceo ou achocolatado = necrose de víscera
 urina = bexiga.

SUMMARY: In this paper, the authors emphasize some diagnostic procedures according to the features which are considered to be most valuable in the author's personal experience.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — BYRNE, J.J. — Recent advances in diagnosis and treatment of the acute abdomen. *The Surgical Clinics of North America*, 39:1337-68, Oct. 1959.
- 2 — RANDALL, H.T. — Judicious use of laboratory data in the management of major physiologic problems in surgery. *The Surgical Clinics of North America*, 38:1191-1203, Oct. 1960.