

Aula 24 – Emergências Abdominais Agudas

PÁGINA 1: A Dor que Não Espera: Desvendando as Emergências Abdominais Agudas

Imagine-se no pronto-socorro, um paciente chega com uma dor abdominal intensa. O que você faz? Onde começa a investigação? A dor abdominal é uma das queixas mais comuns e, ao mesmo tempo, uma das mais desafiadoras na medicina de emergência. Ela pode ser um simples desconforto passageiro ou o sinal de uma condição gravíssima que exige intervenção imediata. A capacidade de discernir entre essas possibilidades é uma habilidade que define um bom profissional de saúde.

Nesta aula, vamos mergulhar no universo das **Emergências Abdominais Agudas**, explorando os caminhos para um diagnóstico preciso e a identificação dos sinais que clamam por uma ação rápida. Nosso objetivo principal é que, ao final deste encontro, você seja capaz de navegar com mais segurança pelo complexo cenário da dor abdominal, aplicando um raciocínio clínico estruturado para diferenciar as condições benignas das que ameaçam a vida.

A relevância prática deste conhecimento é imensa. Em um cenário de emergência, cada minuto conta. Um diagnóstico diferencial bem conduzido e a identificação precoce de um **abdome agudo cirúrgico** podem significar a diferença entre a recuperação plena e complicações sérias, ou até mesmo a morte. Você aprenderá a pensar como um detetive médico, juntando as peças do quebra-cabeça que o paciente apresenta.

Para isso, vamos percorrer os seguintes tópicos: iniciaremos com o desafio do diagnóstico diferencial da dor abdominal aguda, compreendendo suas múltiplas faces. Em seguida, focaremos nos sinais de alerta cruciais que indicam a necessidade de uma intervenção cirúrgica urgente. Prepare-se para conectar o que você já sabe sobre anatomia e fisiologia com a dinâmica do atendimento de emergência, aplicando princípios de avaliação rápida e decisão clínica.

O Desafio da Dor Abdominal Aguda: Um Quebra-Cabeça Clínico

A dor abdominal aguda é, sem dúvida, um dos grandes enigmas da medicina de emergência. Ela se apresenta de inúmeras formas, desde uma pontada leve até uma dor lancinante que dobra o paciente ao meio. O grande desafio para nós, profissionais de saúde, é que essa dor pode ser o sintoma de dezenas de condições diferentes, algumas benignas e autolimitadas, outras que exigem intervenção imediata para salvar a vida. É como tentar montar um quebra-cabeça sem ter a imagem de referência, apenas as peças soltas.

Pense na dor abdominal como um alarme. Às vezes, é um alarme falso, disparado por algo inofensivo como gases. Outras vezes, é um alarme real, indicando um incêndio em andamento. Nosso trabalho é ser o bombeiro que sabe diferenciar o falso do real, e agir rapidamente quando o perigo é iminente. Para isso, precisamos de um método, uma abordagem sistemática que nos permita coletar as informações certas e interpretá-las corretamente.

A complexidade reside no fato de que a cavidade abdominal abriga uma vasta gama de órgãos de diferentes sistemas – digestório, urinário, reprodutor, vascular – e a dor pode se originar de qualquer um deles, ou até mesmo ser referida de outras partes do corpo. Um paciente pode chegar com dor no abdome superior, e a causa ser um infarto agudo do miocárdio. Outro pode ter dor no flanco e ser uma apendicite. Como desvendamos esses mistérios?

A chave para começar a desvendar esse quebra-cabeça é uma **anamnese** detalhada e um **exame físico** minucioso. Não se trata apenas de perguntar "onde dói?", mas de entender a história completa da dor: quando começou, como evoluiu, o que a melhora ou piora, e quais outros sintomas a acompanham. É o nosso primeiro passo na jornada para o diagnóstico diferencial, transformando a dor de um sintoma genérico em um mapa de pistas.



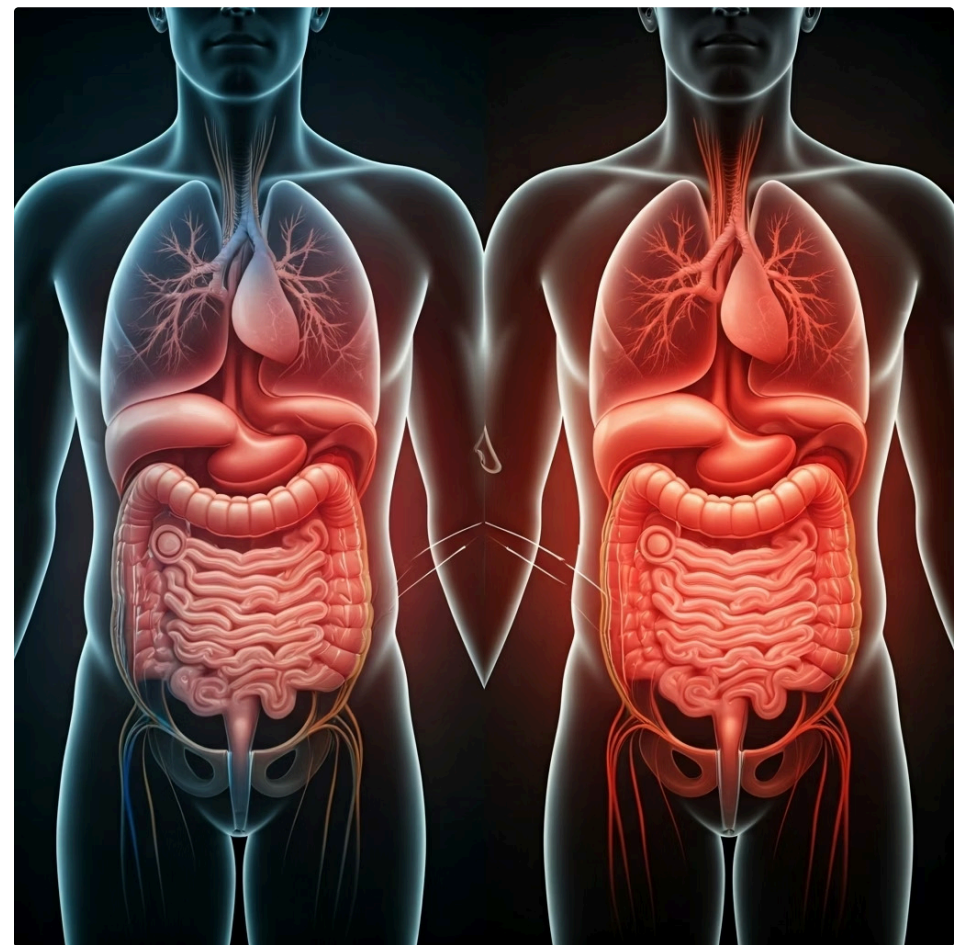
A Arte do Diagnóstico Diferencial – Parte 1: Decifrando a Qualidade da Dor

Uma das primeiras pistas que buscamos ao investigar a dor abdominal é a sua **qualidade** e **característica**. Nem toda dor é igual, e a forma como o paciente a descreve pode nos guiar para a origem do problema. Você já deve ter ouvido falar em dor visceral e dor parietal, mas entender a fundo suas diferenças é crucial para o diagnóstico diferencial. É como tentar identificar a origem de um som em uma orquestra: um som difuso e grave pode ser o contrabaixo (dor visceral), enquanto um som agudo e localizado pode ser um violino (dor parietal).

A **dor visceral** é aquela que se origina dos órgãos internos (vísceras). Ela é tipicamente difusa, mal localizada, em cólica, ou uma sensação de peso e desconforto. Isso acontece porque os órgãos viscerais têm inervação autonômica, que é menos específica em termos de localização. Pense na dor de uma gastroenterite: ela não é pontual, mas espalhada pelo abdome, com cólicas e náuseas. Essa dor reflete a distensão, isquemia ou inflamação de um órgão oco, como o intestino, ou a cápsula de um órgão sólido, como o fígado.

Por outro lado, a **dor parietal** (ou somática) é mais aguda, bem localizada e intensa. Ela surge da irritação do peritônio parietal, a membrana que reveste a parede abdominal. O peritônio parietal é ricamente innervado por nervos somáticos, o que permite uma localização precisa da dor. Um exemplo clássico é a dor da apendicite: no início, ela pode ser uma dor visceral periumbilical difusa. Mas, à medida que a inflamação atinge o peritônio parietal na fossa ilíaca direita, a dor se torna localizada, intensa e piora com o movimento, a tosse ou a palpação.

Essa transição da dor visceral para a parietal é um sinal de alerta importantíssimo. Ela indica que o processo inflamatório ou irritativo está progredindo e atingindo as estruturas mais sensíveis da parede abdominal. Compreender essa dinâmica nos ajuda a prever a evolução de uma condição e a urgência da intervenção. É como observar a fumaça de um incêndio: no início, pode ser apenas um cheiro (dor visceral), mas quando as chamas aparecem (dor parietal), a situação é muito mais grave.



A Arte do Diagnóstico Diferencial – Parte 2: Mapeando a Dor e Seus Vizinhos

A localização da dor abdominal é uma das informações mais valiosas que podemos obter, mas ela raramente conta a história completa sozinha. O abdome é uma verdadeira "caixa de surpresas", onde órgãos de diferentes sistemas se aglomeram, e a dor de um pode ser sentida em outro lugar. É como um mapa de metrô complexo: a estação onde você está (local da dor) pode ter conexões com diversas linhas (sistemas orgânicos) que levam a destinos muito diferentes (diagnósticos).

Para otimizar a investigação, dividimos o abdome em quadrantes e regiões. Embora essa divisão seja uma ferramenta útil para a localização inicial, é fundamental lembrar que a dor pode ser **referida**, ou seja, sentida em um local distante de sua origem. Um exemplo clássico é a dor de uma colecistite aguda (inflamação da vesícula biliar), que pode ser sentida no ombro direito. Ou, como mencionado anteriormente, um infarto agudo do miocárdio que se manifesta como dor epigástrica.

Além da localização, os **sintomas associados** são cruciais. Náuseas, vômitos, alterações do hábito intestinal (diarreia ou constipação), febre, icterícia, disúria (dor ao urinar) ou sangramentos podem direcionar nossa suspeita para um sistema orgânico específico. Se a dor abdominal vem acompanhada de febre e calafrios, pensamos em infecção. Se há vômitos persistentes e distensão, a obstrução intestinal entra na lista.

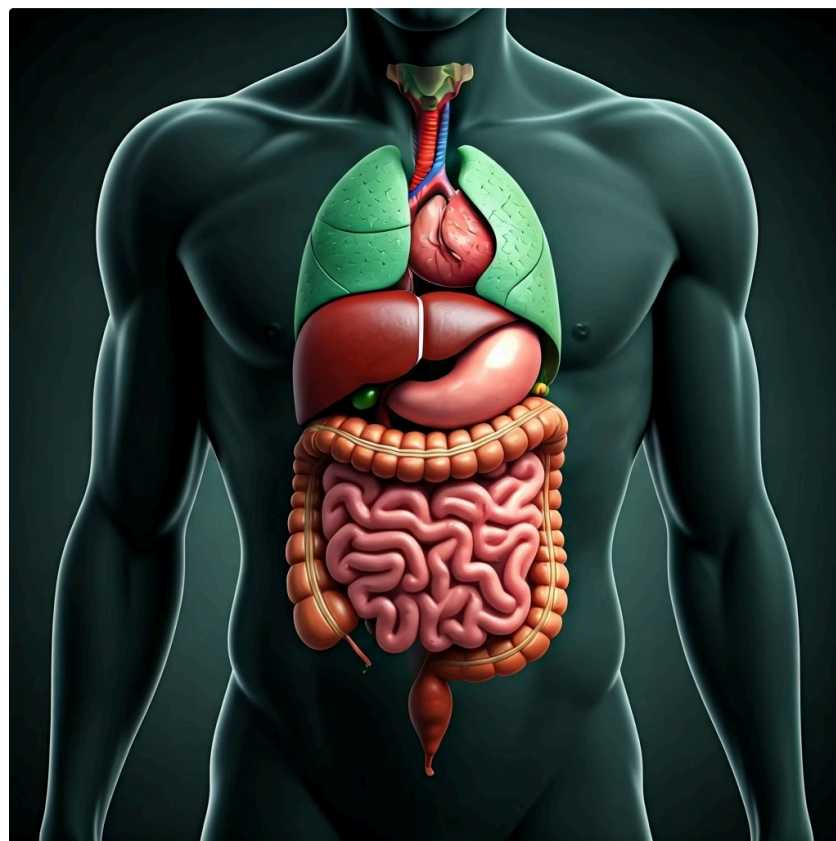
Conceito **Âmbito/Aplicação Base/Origem** Exemplo

Dor Referida: Sintoma sentido em local distante da origem. Compartilhamento de vias nervosas. Dor no ombro direito por colecistite.

Dor Epigástrica: Região superior central do abdome. Estômago, duodeno, pâncreas, vesícula, coração. Gastrite, pancreatite, infarto agudo do miocárdio.

Dor em Fossa Ilíaca Direita: Região inferior direita do abdome. Apêndice, íleo terminal, ovário direito. Apendicite, doença inflamatória intestinal, gravidez ectópica.

Dor em Fossa Ilíaca Esquerda: Região inferior esquerda do abdome. Cólon sigmoide, ovário esquerdo. Diverticulite, doença inflamatória intestinal, gravidez ectópica.



Sinais de Alerta para o Abdome Agudo Cirúrgico: A Urgência que Grita

Até agora, falamos sobre como entender a dor e suas origens. Mas, em emergências, o mais crucial é identificar rapidamente quando a dor abdominal não é apenas um incômodo, mas um grito de socorro que exige uma intervenção cirúrgica imediata. O **abdome agudo cirúrgico** é uma condição que, se não tratada prontamente, pode levar a complicações graves, como sepse, falência de múltiplos órgãos e até a morte. É como um semáforo que, de repente, muda para o vermelho intenso, indicando que você precisa parar tudo e agir.

Quais são esses sinais de alerta? Eles são os "red flags" que nos dizem que o paciente precisa de uma avaliação cirúrgica urgente. Um dos mais importantes é o **peritonismo**, que indica irritação ou inflamação do peritônio. Isso se manifesta como dor à descompressão brusca (sinal de Blumberg), rigidez abdominal ("abdome em tábua"), e dor que piora com movimentos mínimos. Se o abdome está rígido e doloroso ao toque, é um sinal de alarme máximo.

Outros sinais críticos incluem a **instabilidade hemodinâmica** (hipotensão, taquicardia, sinais de choque), que pode indicar hemorragia interna ou sepse grave. A presença de **distensão abdominal progressiva** com vômitos biliosos ou fecaloides sugere obstrução intestinal. A **ausência de ruídos hidroaéreos** (silêncio abdominal) pode indicar íleo paralítico ou peritonite avançada. E, claro, a **febre alta** com calafrios, especialmente se associada a dor localizada e sinais de peritonismo, aponta para um processo infeccioso grave.

A identificação desses sinais nos conecta diretamente aos princípios do **Atendimento ao Trauma (PHTLS)** e do **Suporte Avançado de Vida (ACLS)**. A avaliação primária (XABCDE) é fundamental: garantir a via aérea, a respiração e a circulação, controlando hemorragias visíveis e avaliando o estado de choque. No abdome agudo, a circulação é frequentemente o ponto crítico, e a instabilidade hemodinâmica exige reposição volêmica agressiva enquanto se busca a causa cirúrgica. Não é hora de hesitar; é hora de agir.



Avaliação Primária e Secundária no Abdome Agudo: O Roteiro do Emergencista

Diante de um paciente com dor abdominal aguda, a abordagem sistemática é a sua melhor aliada. Não podemos nos dar ao luxo de pular etapas ou de nos perdermos em detalhes irrelevantes no início. Pense nisso como um piloto de avião antes da decolagem: ele segue um checklist rigoroso para garantir que nada essencial seja esquecido. No pronto-socorro, nosso checklist começa com a **avaliação primária**, focada em identificar e tratar condições que ameaçam a vida imediatamente.

A avaliação primária segue o mnemônico **XABCDE**, adaptado das diretrizes do PHTLS e ACLS.

- **X (Exsanguinação):** Controle de hemorragias externas graves. Embora menos comum em abdome agudo isolado, é vital em trauma.
- **A (Airway):** Avaliar e garantir a permeabilidade das vias aéreas. O paciente está consciente? Consegue falar? Há risco de aspiração?
- **B (Breathing):** Avaliar a respiração. A frequência, profundidade e simetria dos movimentos respiratórios. Há sinais de dificuldade respiratória?
- **C (Circulation):** Avaliar a circulação. Pulso, pressão arterial, perfusão periférica, cor da pele. Sinais de choque? É aqui que a instabilidade hemodinâmica do abdome agudo cirúrgico se torna evidente.
- **D (Disability):** Avaliar o nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow) e pupilas.
- **E (Exposure):** Expor o paciente para um exame completo, prevenindo hipotermia.

Após estabilizar o paciente na avaliação primária, passamos para a **avaliação secundária**, que é mais detalhada e busca o diagnóstico específico. Aqui, aprofundamos a anamnese, usando o mnemônico **SAMPLE**:

- **S (Sinais e Sintomas):** Detalhes da dor e sintomas associados.
- **A (Alergias):** Medicamentos, alimentos.
- **M (Medicamentos):** Uso contínuo, recentes.
- **P (Passado médico):** Doenças preexistentes, cirurgias anteriores.
- **L (Last meal):** Última refeição (importante para cirurgia).
- **E (Eventos):** O que aconteceu antes do início da dor.

O exame físico abdominal detalhado (inspeção, ausculta, percussão e palpação) é a cereja do bolo. É aqui que você pode identificar uma distensão, cicatrizes, massas pulsáteis (como um aneurisma de aorta abdominal), áreas de dor localizada, sinais de peritonismo e ruídos hidroaéreos alterados. Cada passo é uma peça do quebra-cabeça, e a sequência é fundamental para não perder informações cruciais.



Exames Complementares: Guiando a Decisão com Evidências

Uma vez que a avaliação clínica inicial (anamnese e exame físico) nos forneceu um conjunto de pistas, os **exames complementares** entram em cena para confirmar ou refutar nossas hipóteses diagnósticas. Eles são como as ferramentas especializadas de um artesão: cada uma tem sua função e deve ser usada no momento certo para obter o melhor resultado. O desafio não é pedir todos os exames possíveis, mas sim solicitar aqueles que realmente farão a diferença na tomada de decisão, evitando desperdício de tempo e recursos.

Os **exames laboratoriais** são a primeira linha de investigação. Um hemograma completo pode revelar leucocitose (aumento de glóbulos brancos), indicando infecção ou inflamação. Eletrólitos e função renal são cruciais para avaliar o estado de hidratação e a função dos rins, especialmente em pacientes com vômitos ou diarreia. Amilase e lipase são marcadores de pancreatite. Testes de função hepática e bilirrubinas podem apontar para problemas biliares ou hepáticos. E, claro, um teste de gravidez em mulheres em idade fértil é mandatório para excluir gravidez ectópica.



Exame Laboratorial	Significado Clínico Principal
Hemograma	Infecção (leucocitose), anemia (hemorragia).
Eletrólitos	Desidratação, desequilíbrio hidroeletrólítico.
Amilase/Lipase	Pancreatite aguda.
Função Hepática	Problemas biliares (colecistite, colangite), hepatite.
Urinalise	Infecção urinária, cálculo renal.
Beta-hCG	Gravidez (excluir ectópica em mulheres em idade fértil).
Lactato	Sinais de hipoperfusão tecidual, sepse, isquemia mesentérica.

Os **exames de imagem** são a próxima etapa. Uma radiografia simples de abdome pode mostrar níveis hidroaéreos (sugestivos de obstrução intestinal) ou ar livre subdiafragmático (sinal de perfuração de víscera oca). A ultrassonografia é excelente para avaliar a vesícula biliar, apêndice (em alguns casos), rins, ovários e útero, sendo a primeira escolha em muitas situações devido à sua não-invasividade e ausência de radiação.

No entanto, a **tomografia computadorizada (TC)** é frequentemente o exame de escolha para o abdome agudo, oferecendo uma visão detalhada de todos os órgãos abdominais e retroperitoneais, identificando inflamações, abscessos, tumores, isquemia e perfurações. A decisão de qual exame solicitar deve ser guiada pela suspeita clínica e pela disponibilidade, sempre priorizando a rapidez e a acurácia para o diagnóstico.

Sepse e Choque Séptico no Abdome Agudo: O Inimigo Silencioso

Entre as complicações mais temidas das emergências abdominais agudas, a **sepse** e o **choque séptico** se destacam. Eles representam uma resposta desregulada do organismo a uma infecção, que pode se originar de um processo abdominal como uma apendicite perfurada, uma diverticulite complicada ou uma colecistite gangrenosa. É como um pequeno incêndio que, se não contido, se espalha rapidamente e consome toda a estrutura. A identificação precoce e o manejo agressivo são vitais para a sobrevivência do paciente.

A sepse é definida como uma disfunção orgânica com risco de vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção. O **choque séptico** é uma forma mais grave de sepse, onde as anormalidades circulatórias e metabólicas são tão profundas que aumentam substancialmente a mortalidade. As diretrizes da "Surviving Sepsis Campaign" (Campanha Sobrevivendo à Sepse) são a nossa bússola para o manejo, enfatizando a importância de agir dentro da "Hora de Ouro".

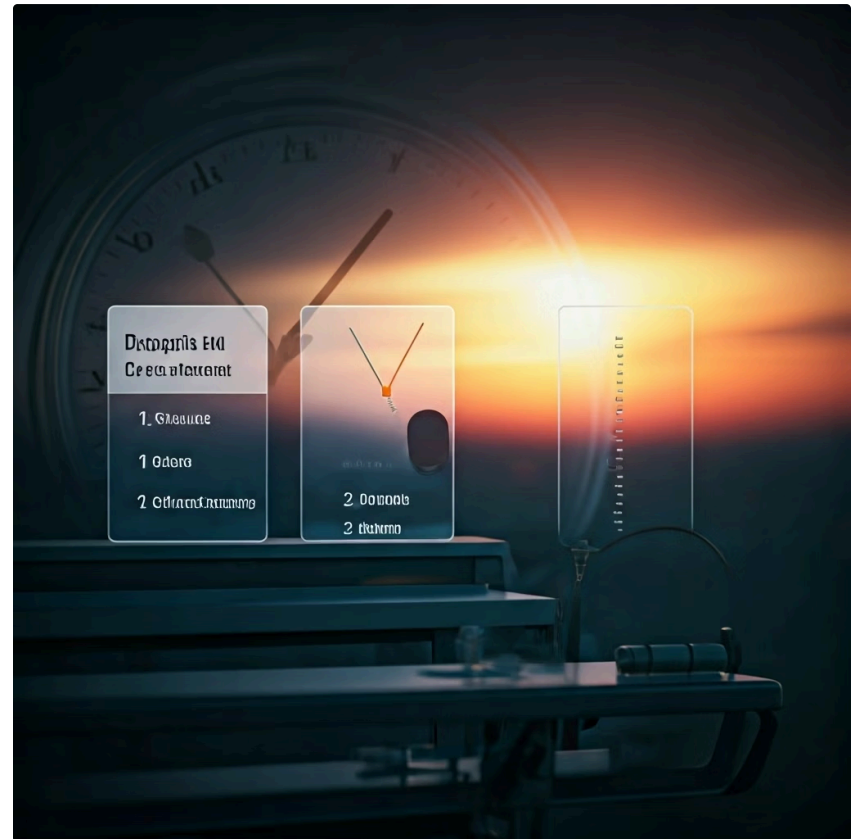
Como reconhecer a sepse em um paciente com dor abdominal? Além dos sinais de infecção (febre, calafrios), procure por sinais de disfunção orgânica:

- **Alteração do nível de consciência** (D do ABCDE).
- **Hipotensão** (pressão arterial baixa) que não responde à reposição volêmica inicial.
- **Taquicardia** (coração acelerado).
- **Taquipneia** (respiração rápida).
- **Oligúria** (diminuição da produção de urina).
- **Pele fria e pegajosa** ou, paradoxalmente, quente e ruborizada no choque séptico precoce.
- **Lactato sérico elevado**, indicando hipoperfusão tecidual.

O conceito de **qSOFA (quick SOFA)** é uma ferramenta de triagem rápida que pode nos ajudar a identificar pacientes com maior risco de sepse:

- Frequência respiratória ≥ 22 irpm
- Alteração do nível de consciência (Glasgow < 15)
- Pressão arterial sistólica ≤ 100 mmHg

Se o paciente apresenta dois ou mais desses critérios, a suspeita de sepse deve ser alta, e a investigação e o tratamento devem ser acelerados. O manejo inicial inclui a coleta de culturas (sangue, urina, etc.), administração de antibióticos de amplo espectro dentro da primeira hora, reposição volêmica agressiva com cristaloides e, se necessário, uso de vasopressores para manter a pressão arterial. A fonte da infecção abdominal (por exemplo, apêndice perfurado) precisa ser controlada, muitas vezes cirurgicamente, o mais rápido possível.



Manejo Inicial e Estabilização: O Que Fazer Enquanto Espera a Solução Definitiva

Uma vez que você identificou um paciente com emergência abdominal aguda, especialmente com sinais de abdome agudo cirúrgico ou sepse, o tempo se torna um fator crítico. Não podemos esperar pelo diagnóstico definitivo ou pela sala de cirurgia sem antes tomar medidas para estabilizar o paciente. Pense em um vazamento de água em casa: você não espera o encanador chegar para fechar o registro geral. Você toma as medidas imediatas para minimizar o dano.

O manejo inicial e a estabilização são a ponte entre a avaliação e a intervenção definitiva. Eles seguem os princípios do Suporte Básico e Avançado de Vida (BLS/ACLS), focando em otimizar as funções vitais do paciente.

1. **Acesso Venoso e Reposição Volêmica:** Obtenha dois acessos venosos calibrosos. A maioria dos pacientes com abdome agudo está desidratada ou em risco de choque. Inicie a infusão de cristaloides (soro fisiológico ou Ringer Lactato) para manter a pressão arterial e a perfusão. Monitore a resposta do paciente.
2. **Controle da Dor:** A dor intensa pode causar estresse fisiológico e dificultar o exame. Administre analgésicos (opióides, como morfina ou fentanil, são eficazes e seguros, e não "mascaram" o abdome agudo se o exame for bem feito).
3. **Antibioticoterapia Empírica:** Se houver suspeita de infecção (febre, leucocitose, peritonismo, sinais de sepse), inicie antibióticos de amplo espectro o mais rápido possível, após a coleta de culturas. Isso é crucial para combater a infecção e prevenir a progressão para sepse grave.
4. **Jejum (NPO):** Mantenha o paciente em jejum absoluto (NPO - *nil per os*). Isso é fundamental caso uma cirurgia de emergência seja necessária, minimizando o risco de aspiração pulmonar durante a anestesia.
5. **Sonda Nasogástrica:** Em casos de vômitos persistentes, distensão abdominal ou suspeita de obstrução intestinal, a passagem de uma sonda nasogástrica pode aliviar o desconforto, descompressão do estômago e reduzir o risco de aspiração.
6. **Sonda Vesical:** Para monitorar o débito urinário, um indicador importante da perfusão renal e do estado volêmico, especialmente em pacientes instáveis.
7. **Monitorização Contínua:** Mantenha o paciente monitorizado com eletrocardiograma, oximetria de pulso e pressão arterial.

Enquanto essas medidas são implementadas, a comunicação com a equipe cirúrgica é imperativa. O cirurgião precisa ser acionado precocemente para avaliar o paciente e planejar a intervenção definitiva, seja ela cirúrgica ou não. A colaboração entre as equipes é a chave para um desfecho favorável.



Consolidação e Próximos Passos



Em prática

- Sempre inicie com uma avaliação XABCDE rigorosa.
- Detalhe a história da dor e sintomas associados.
- Procure ativamente por sinais de peritonismo e instabilidade hemodinâmica.
- Não hesite em solicitar exames complementares direcionados.
- Inicie medidas de estabilização e acione a equipe cirúrgica precocemente.



Autoavaliação

1. Um paciente de 65 anos chega ao pronto-socorro com dor abdominal difusa, em cólica, acompanhada de náuseas e vômitos. Ele descreve a dor como "pesada" e "espalhada". Qual tipo de dor é mais provável que ele esteja sentindo inicialmente?
 - a) Dor parietal, bem localizada.
 - b) Dor neuropática, em choque.
 - c) Dor visceral, difusa e mal localizada.
 - d) Dor referida, de origem cardíaca.
2. Qual dos seguintes sinais é o mais indicativo de um abdome agudo cirúrgico que requer atenção imediata?
 - a) Dor abdominal leve que melhora com analgésicos comuns.
 - b) Presença de ruídos hidroaéreos aumentados.
 - c) Rigidez abdominal ("abdome em tábua") e dor à descompressão brusca.
 - d) Ausência de febre.
3. Em um paciente com suspeita de sepse abdominal, qual das seguintes ações deve ser priorizada dentro da primeira hora de atendimento, conforme as diretrizes da "Surviving Sepsis Campaign"?
 - a) Realizar uma tomografia computadorizada de abdome.
 - b) Iniciar antibióticos de amplo espectro após coleta de culturas.
 - c) Administrar analgésicos potentes para controle da dor.
 - d) Aguardar o resultado do hemograma completo.
4. Um paciente com dor em fossa ilíaca direita apresenta febre, náuseas e dor que piora ao tossir. Qual das seguintes condições é a mais provável, considerando a localização e os sintomas?
 - a) Colecistite aguda.
 - b) Pancreatite aguda.
 - c) Apendicite aguda.
 - d) Infecção do trato urinário.
5. Descreva a importância da avaliação primária (XABCDE) no manejo inicial de um paciente com dor abdominal aguda e como ela se conecta com os princípios do PHTLS e ACLS.



Gabarito

1. c) Dor visceral, difusa e mal localizada.
2. c) Rigidez abdominal ("abdome em tábua") e dor à descompressão brusca.
3. b) Iniciar antibióticos de amplo espectro após coleta de culturas.
4. c) Apendicite aguda.
5. A avaliação primária (XABCDE) é crucial para identificar e tratar imediatamente condições que ameaçam a vida, como comprometimento das vias aéreas, problemas respiratórios ou choque circulatório. Ela se conecta com o PHTLS ao focar na estabilização de traumas (mesmo que não seja trauma direto, a abordagem sistemática é a mesma) e com o ACLS ao priorizar a manutenção das funções vitais (via aérea, respiração, circulação) para garantir a perfusão orgânica e a sobrevivência do paciente enquanto a causa da dor abdominal é investigada e tratada.

Conexão com a Próxima Aula: Na próxima aula, "Aula 25 – Intoxicações Exógenas", exploraremos outro cenário crítico de emergência, onde a identificação rápida do agente tóxico e o manejo adequado são igualmente vitais para a vida do paciente.

Recursos Adicionais:

- **Diretrizes da American Heart Association (AHA) para BLS/ACLS:** Para aprofundar os protocolos de suporte à vida.
- **Manual PHTLS (Prehospital Trauma Life Support):** Para revisar a abordagem sistemática ao paciente traumatizado e crítico.
- **Surviving Sepsis Campaign Guidelines:** Para detalhes sobre o manejo atualizado da sepse e choque séptico.



NOTA IMPORTANTE: As informações regulatórias/legais/técnicas desta aula estão atualizadas até 2025. Consulte sempre fontes oficiais para verificar alterações.

