

Dor Abdominal

- Queixa mais comum na gastroenterologia;
- Associada a agressão tecidual ou distúrbios funcionais do aparelho digestivo;
- A sensação de dor decorre da interação de fatores objetivos (fisiopatológicos) e fatores subjetivos (psicossocial);
- Os determinantes fisiopatológicos guardam relação com o tipo de órgão atingido, intensidade do estímulo, com as vias neurológicas e com a integridade das áreas cerebrais envolvidas na interpretação da mensagem dolorosa.

Estímulo

- ↑ Tensão da musculatura lisa da parede dos órgãos ocos (espasmo ou distensão) ex: estômago, vias biliares, intest.
- ↑ Tensão produzido pelo edema e congestão vascular secundária a reação inflamatória da parede da víscera.
- Rápida distensão da cápsula de órgãos sólidos ou parenquimatosos;
- Isquemia do intestino;
- Sangue ou urina livre em cavidade.

Dor visceral

- Decorrente do acometimento do peritônio visceral;
- Neurônios amielinizados, estímulo lento. "Dor lenta" de localização imprecisa.

- Característica:
- ↳ Inidiosa;
 - ↳ Mal definida (cólica, queimação, roedura);
 - ↳ localiza-se na linha mediana (epi, meso e/ou hipogástrico), pois os órgãos abd. recebem inervação aferente de ambos os lados da medula espinal;
 - ↳ Paciente inquieto e movimentando-se;
 - ↳ Acompanhado de sintomas autonômicos secundários (sudorese, náuseas, vômitos, palidez).

Por que a descompressão brusca aumenta a dor, quando parietal?

Em casos de diverticulite, a inflamação vai irritar o peritônio parietal. Quando o quebra a parede do intestino e comprime o mesmo o órgão em direção à parede abdominal, estimula-se mais ainda as terminações nervosas na cápsula, e o estímulo vai chegar rapidamente ao córtex.

A descompressão brusca piora a dor, podendo fazer o paciente interromper a respiração.

Dor Parietal (somática) → como se fosse uma segunda fase da dor.

- Acometimento do peritônio parietal (irritação parietal); → O que acomete a víscera, passa a acometer o peritônio
- Transmissão dos impulsos por fibras mielinizadas, produzindo dor de resposta rápida e bem circunscrita;
- Característica:
 - ↳ Localizada;
 - ↳ Aguda e intensa; → Aumenta a irritação parietal.
 - ↳ Piora com a palpação e descompressão brusca, mudança de decúbito, tosse e desambulação;
 - ↳ Atitude imóvel no leito - devido a dor. → Essa característica difere a dor parietal da visceral.
 - ↳ Contratura muscular → movimento estimula a dor. (Sinal de Blumberg) - sinal de descompressão brusca.

* Dor abdominal aguda - urgência médica; Dor abdominal crônica: há tempo para o diagnóstico, para tratar... Ex: gastrite.

Anamnese

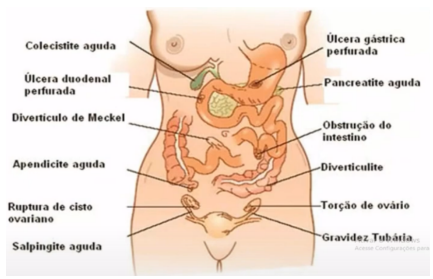
- Localização;
- Irradiação;
- Característica;
- Início;
- Intensidade;
- Fator desencadeante;
- Fator de melhora e piora;
- Evolução;
- Sintomas associados;
- Antecedentes pessoais e familiares.

Exame Físico

- * Exame geral:
 - Dor aguda: atitude no leito, freq. resp., freq. card., expressão facial, hidratação, febre, sudorese, pressão arterial.
 - Dor crônica: avaliação nutricional, presença de edema, anemia e emagrecimento
- * Exame do abdômen.

Dor Abdominal - Etiologia	
Dor Abdominal Aguda	Dor Abdominal Crônica
Apendicite aguda	Obstrução intestinal intermitente
Úlcera GD perforada	Colélitase
Colecistite aguda	Doença inflamatória intestinal
Colodocolitase	Pancreatite crônica
Pancreatite aguda	Dispepsia não ulcerosa
Diverticulite	Síndrome do intestino irritável
Ruptura de bazo	Isquemia mesentérica crônica
Aneurisma dissecante de Aorta	Úlcera péptica
Nefrolitase	
Gastroenterocolites	
Prenhez ectópica rota	
Obstrução intestinal	

Surtos de quadros crônicos podem evoluir para agudo. O inverso também pode ocorrer.



Apendicite Aguda

Origens → Hiperplasia obstrutiva do tecido linfóide;
 → Focalito: fezes pequenas e endurecidas que podem destruir o óstio do apêndice.
 → Conjes são vascular apendicular.

- Clássico exemplo de dor visceral com evolução para dor parietal;
- Processo inflamatório agudo e purulento decorrente da dificuldade de drenagem do conteúdo apendicular;
- **Fase visceral** (distensão, inflamação e edema das paredes).

* Geralmente acomete jovens em idade escolar e adulto jovem.

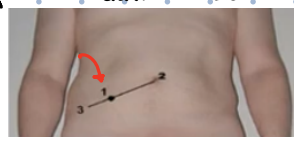
- Dor epigástrica e/ou periumbilical não intensa;
- Acompanhada: náuseas, anorexia, febre, vômitos.
- **Fase parietal** (comprometimento peritoneal)
- Após 6 a 8 horas de evolução;
- Dor em FID (ponto de MacBurney), piora com movimentos bruscos, tossir ou respirar;
- Acompanhada: febre, diarreia.

↳ **Palpação** → **Difícil diagnosticar nessa fase.**
 - fase visceral: dor abdominal difusa com DB negativa;
 - fase parietal: dor localizada FID, presença ou não de **contratura involuntária**, presença ou não de **plastrão (massa palpável)**
 - sinal de **Blumberg (DB) positivo**.

- Inspeção - sem alteração;
- Ruídos hidroaéreos → fase visceral: sem alteração; fase parietal: diminuídos.

Devido a irritação parietal

- Dor tipo parietal
- **Ponto de MacBurney;**
- **Sinal de Blumberg**
- **Sinal de Rovsing** - palpação profunda e ascendente do hemicíon esquerdo, desencadeando dor em FID.



↳ Obs: não é patognomônico de apendicite.

Por que essa massa palpável se forma?
 O cérebro "manda" estruturas visuais daquela região para bloquear o processo inflamatório. Essa migração tem o objetivo de manter a peritonite somente localizada. Caso contrário, a peritonite se disseminaria por todo o abdômen (peritonite generalizada), um quadro grave.

↳ Devido a diminuição do peristaltismo nas alças intestinais, há o acúmulo de ar. Quando pressionado, na FID, há o deslocamento ar, que vai distender o ceco, estimulando o apêndice (o paciente refere dor).



É usado quando há suspeita de apendicite quando o sinal de Blumberg dá negativo.

- **Sinal de Psoa** - coloca-se o paciente em decúbito lateral esquerdo e faz uma hiperextensão posterior da perna. Quando esse movimento é feito, o paciente vai referir dor na fossa ilíaca direita.



O apêndice fica repousado no músculo Psoa.

- **Sinal Obturador** - faz-se uma flexão da perna direita e uma rotação externa. O paciente refere dor na fossa ilíaca direita. → Não é patognomônico de apendicite.

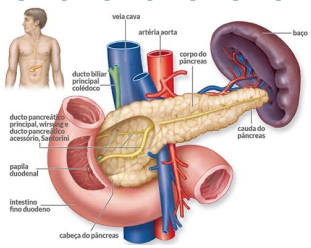


O apêndice fica repousado no músculo obturador.

Usados quando o Blumberg é negativo. Esses exames são muito dolorosos, por isso é importante fazer somente o necessário.

Vias Biliares

⊗ Desequilíbrios na formação da bilirrubina, comum em pacientes anêmicos, influencia na formação de cálculos.
 ⊗ O hormônio contraceptivo altera a motricidade da vesícula, tal como a composição da bile.



A bile é armazenada e aprimorada na vesícula biliar.

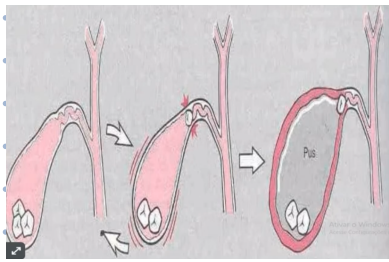
Componentes da bile: água, eletrólitos, sais biliares, colesterol e bilirrubina.

• Colelitase - etiologia

A pedra na vesícula ocorre por alteração nos componentes da bile, gerando precipitação de componentes da bile.

- Sexo feminino;
- Hereditariedade;
- Idade fértil - uso de contraceptivos;
- Pós-menopausa - uso estrogênicos;
- Multiparas - efeito hormonal, alteração da composição da bile;
- Gravidez - hiperlipoproteinemia e alteração motora;
- Obesidade - (25 a 45% obesos mórbidos);
- Dietas hipercalóricas e jejum prolongado;
- Estados hemolíticos - microesferocitose, anemia falciforme, talassemia.





→ A pedra pode ficar assintomática por muito tempo (80%).
Sintomático - se a obstrução for parcial ou rápida.

- Discreta dor epigástrica ou no QSD geralmente intermitente;
- **"Cólica biliar"**: dor intensa, contínua, em cólica ou não, localizada em epigástrio e/ou HD de início súbito aumentando a intensidade rapidamente com duração de 3 horas. Geralmente à noite. → A dor passa quando o ducto é desobstruído.
- Frequente a presença de náuseas e vômitos;
- Podendo estar relacionados a intolerância a alimentos gordurosos;
- Após 1ª crise 70% terão um episódio recorrente.

Ⓛ Quando se faz decúbito dorsal, a vesícula fica mais "retificada", sendo mais fácil ela migrar e obstruir o canal.

Exame físico

- inspeção: sem alteração;
- ruídos hidroaéreos: sem alteração;
- palpação: abdômen doloroso em HD sem sinal de irritação peritoneal.

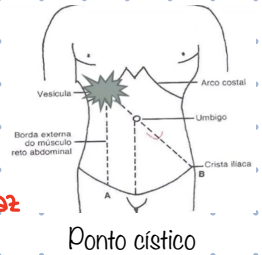
Sinal de Murphy positivo

Pode acontecer da pedra obstruir e não desobstruir mais. A dor não passa (Colecistite aguda). A dor deixa de ser visceral e passa a ser localizada, mais intensa e contínua no HD, podendo irradiar para a região dorsal, escapular ou inter escapular.

O processo acompanha de náuseas, vômitos e febre. A vesícula inflama: acúmulo de líquido perivesical.

↳ Como a vesícula é envolvida pelo fígado e pelo arco duodenal, seu processo inflamatório acaba ficando nessa região espelúgica (HD). Assim, dificilmente uma colecistite aguda vai dar uma peritonite generalizada.

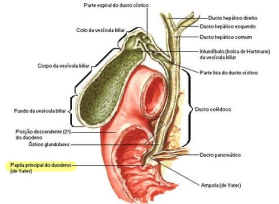
↳ Exame físico - Inspeção: sem alteração; ruídos hidroaéreos: diminuídos ou não; palpação: abdômen doloroso em HD com Murphy +.



Ponto cístico

→ O ponto cístico é comprimido no momento que o paciente faz uma respiração profunda. O paciente refere uma piora da dor. Não é uma descompressão brusca!

↳ Há uma ativação das enzimas pancreáticas digestivas dentro do órgão, fazendo uma autodigestão do próprio órgão.



Pancreatite Aguda

Ⓛ Pâncreas - repousa sob o arco duodenal, é um órgão retroperitoneal.

- Processo inflamatório do pâncreas;

- Causas: cálculo biliar (40 a 70%) → O cálculo biliar sai da vesícula, desce pelo ducto colédoco e passam pela papila de Vater, causando um trauma seguido de edema nessa região, desencadeando a ativação enzimática intra pancreática.
álcool (30%) - O álcool age diretamente o pâncreas.

hipertrigliceridemia

trauma - O pâncreas pode "bater" no osso. Porém, os pacientes geralmente tem uma dor que irradia para a região dorsal;

- Quadro clínico: "Dor em faixa" ??? Branda → muito intensa. Diminui quando o paciente inclina-se para a frente.

↳ Em todo o abdômen superior.

- É comum a presença de muitos vômitos, de difícil controle. A dor piora com a alimentação, devido o aumento da ativação das enzimas pancreáticas.

- Os microlípedios na vesícula são os mais preocupantes, dada a maior possibilidade de passar pela papila de Vater;

- Exame físico

- ↳ Geral: fáceis de sofrimento, hipotensão arterial, taquicardia, sudorese, palidez cutânea (formas hemorrágicas);
- ↳ Palpação: órgão de difícil acesso. Abd. doloroso brando → muito intenso e flácido.
- ↳ Formas agudas graves: Sinais de Gray - Turner e Cullen ⇒ necro-hemorrágica.

↳ Devido à redução do contato com a coluna.

↳ Equimose na face lateral da parede abdominal.

* Não necessariamente haverá esses dois sinais semiológicos.

* Não são sinais patognomônicos de pancreatite aguda.

↳ Equimose na parede abdominal, periumbilical, e hipogastro.



Sinal de Gray-Turner



Sinal de Cullen

Pancreatite Crônica

↳ causa: Alcool (90%), autoimune, hereditária, metabólicas.

- Decorrente de vários surtos de pancreatite aguda.

- A pancreatite biliar não tem esse perfil de desenvolver pancreatite crônica.

- A recorrência da pancreatite aguda fibrosa o tecido → Pancreatite crônica.

- Acomete mais o sexo masculino jovem (35 a 45 anos) (parênquima não funcional).

- Quadro clínico

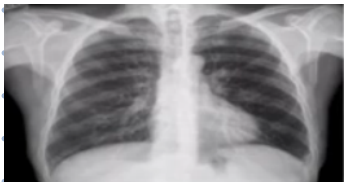
- ↳ Dor em abdômen superior (ingesta de álcool ou alimentar) de caráter intermitente, acompanhada de náuseas e vômitos (pouco frequente, diferente da pancreatite aguda).
- ↳ Desnutrição
- ↳ Diarreia (sind. Má absorção) - Esteatorreia - diarreia com alto teor de gorduras por má absorção.
- ↳ Diabetes - parte do parênquima pancreático foi destruído.

↳ Porque geralmente retiram a vesícula dos pacientes que tiveram pancreatite por pedra na vesícula, para que não haja mais a chance de recorrência.

Pancreatite Aguda		Pancreatite Crônica	
 Dor abdominal	 Náuseas	 Diarreia	 Perda de peso
 Inchaco	 Febre	 Vômitos	 Fezes amareladas

Úlcera Péptica Perfurada

- É uma complicação da Úlcera Gastro-duodenal (UGD)
- Complicações:
 - Estenose;
 - Hemorragia digestiva;
 - Perforação: **O conteúdo estomacal cai na cavidade abdominal (dor muito intensa).**
- Quadro clínico de perfuração livre em cavidade: Dor súbita em epigástro de forte intensidade seguido de Abd. Ag (dor difusa e rigidez de parede abdominal), acompanhado de taquicardia, hipotensão arterial. Presença de descompressão brusca generalizada no exame físico do paciente.
- Ausculta: íleo adinâmico - RHA / *Praticamente ausência de Ruídos hidro-aéreos*
- Percussão: **Sinal de Jobert**. Presença de timpanismo na região da linha hemiclavicular direita, onde normalmente se encontra **maizez hepática - Pneumo-peritônio**. *Ar fora de sítio. Saída de ar do estômago, além do seu gástrico. O ar sobe até o diafragma, ficando acumulado.*

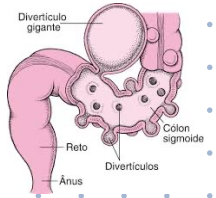


Acúmulo de ar abaixo do diafragma (figura direita).

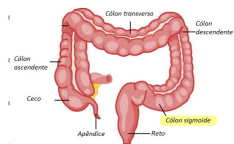
- Palpação: *→ bastante rigidez*
 - abdomem em tábua (rigidez da parede abdominal);
 - descompressão brusca positiva generalizada.
 - (sinal de Blumberg generalizado).

Diverticulite Aguda

- Inidência: acima da 5ª década. *→ Geralmente acomete pacientes com prisão de ventre, devido ao esforço para evacuação.*
- Doença Diverticular dos cólons: herniação da sub. e mucosa através do ponto de entrada da Art. na camada muscular, ficando um ponto de fragilidade, podendo ocorrer uma inflamação desses divertículos.
- Geralmente assintomático, até que o divertículo seja destruído, desencadeando um processo inflamatório.
- Quadro clínico: Os pacientes podem trazer consigo um quadro de dor característico de visceral, podendo evoluir, quando começa a ter secreção peridiverticular, a uma dor mais localizada.
- A dor, geralmente na FIE, evolui de moderada para intensa e contínua. Podem apresentar ou não alteração do hábito intestinal. *→ fôsto à láia esquerda*



- O sexo feminino é mais acometido, uma vez que as mulheres são mais constipadas.
- A grande maioria dos divertículos se localizam no cólon esquerdo, no sigmóide - Próximos do reto. Conseqüentemente, a diverticulite atinge preferencialmente essas regiões.



- Exame físico: O processo inflamatório desencadeia uma diminuição do peristaltismo, o que causa retenção gasosa, podendo diminuir o RHA.

Palpação: presença de dor localizada com ou sem freqüência (plastrão) com presença de DB+

- Complicações: formação do abscesso, peritonite generalizada e perfuração. *→ Saída de fezes para a cavidade abdominal.*

Obstrução Intestinal (abdomem agudo obstrutivo)

- Causas mais comuns - Altas: Infância-def. congênitas, invaginações.

Adulto - hérnias, principalmente na região inguinal. A hérnia desce pelo saco herniário, ficando encaçada

Íleo metabólico - um distúrbio hidroeletrólítico desen-



Cadeado por uma cetoracidose diabética pode evoluir p/ um íleo paraliético.

Presença de traves fibrosas, que podem ser causadas pelo processo cicatricial de úsurgas. Seguindo a mesma lógica da apendicite, o cérebro tenta formar um plastrão na tentativa de conter o trauma cirúrgico. Essas traves podem causar o acovelamento de uma alça do delgado que acabou por se aderir ao trauma cirúrgico. Esse problema pode vir no pós-operatório ou tardiamente.

→ Pode haver estrangulamento por isquemia. ("sofocamento vascular").

O paciente tem algum antecedente patológico cirúrgico? **Importante perguntar!**

O paciente teve algum contato com barbeiro?

- Baixas: Adulto neoplasias (cólon)

Volvo sigmoide - uma torção do sigmoide, no eixo do intestino. O grande causador é a doença de Chagas, "megacólon chagásico". Constipação crônica pode ser outra causa do volvo, principalmente aqueles que possuem **dolicocólon** (pacientes que possuem o cólon maior do que o normal). O fecaloma é outra causa

Fecaloma, originado por reduções na motricidade intestinal, que pode ser oriunda de doença de Chagas, de ficar acamado (diminui o peristaltismo), da perda de força evacuatória (comum em idosos), dentre outros.

* **Constipação: menos de 3 evacuações em um intervalo de 48 horas.**
 @ **Obstrução total: não elimina gases nem fezes;**
Obstrução parcial: ainda elimina gases.

- Quadro clínico:

• **Dor:** em cólica de instalação rápida, intermitente. *Após alguma complicação* → intensa, exacerbada pela tosse ou mudança decúbito.

• **Vômitos:**

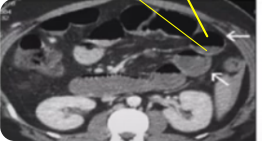
→ **Obstrução alta** (precoces com eliminação de alimentos líquidos e esverdeados). O vômito libera muito ar, o que explica o porquê da obstrução alta não possuir distensão abdominal muito acentuada.

→ **Obstrução baixa** (tardios e podendo ser fecalóides). → **As fezes vão no sentido retrógrado.**

- Exame físico:

distensão abdominal podendo apresentar **peristaltismo visível**. → movimento das alças. **Peristaltismo de luta**.
 → mais notáveis na obstrução de delgado.

presença de cicatriz em parede abdominal;
 RHA aumentados e de luta, com timbre metálico.

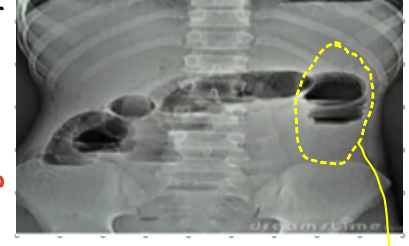


Obstrução intestinal. Delgado. É possível ver na imagem a presença de nível hidroaéreo.

Abdomen obstructivo alto

É possível ver a distensão do delgado.

@ Os abdomens costumam ser flácidos e não muito dolorosos, a não ser que haja complicações.



Raio X de um abdômen agudo obstrutivo

"Empilhamento de moedas"

Trombose Mesentérica ~ Abdomen Agudo Vascular

- Venosa - pacientes com alterações hematológicas.

- Aguda e arterial: + comum

- Dor: 90% casos - Dor muito intensa.

Com a evolução da isquemia ocorre piora do quadro com sinais de irritação peritoneal (podendo evoluir para abdômen agudo perfurativo)

* Geralmente acomete idosos com histórico de dor abdo

minal intensa.

Pacientes com importante histórico de comorbidades, principalmente vascular.

Causado pelo trombo



Isquemia mesentérica

Desproporção queixa/exame físico - o paciente relata dor muito intensa, porém quase não há achados semiológicos no exame físico. Ausculta: praticamente normal. Palpação: abdômen flácido e discretamente doloroso, sem sinal de irritação peritoneal.

Outros sintomas: vômito, diarreia e sangue nas fezes.

Abdomen Agudo - Síntese

Caract.	Inflam.	Obstrut.	Perf.	Hemorrag.	Vascular
Dor	Mod - Forte	Mod	Fortíssima	Forte	Leve - Mod
Palpação	"Plastrão"	Distensão	"Tábua" Pneumoperitônio	Macicez móvel	ndn
RHA	↓	↑	Ausente	↓ ou ausente	normal
Importante	Idade, apêndice, vesícula, pâncreas, divertículos, DIP	Cirurgia prévia, chagas, hérnias, neop. cólon, bolo áscaris	Uso AINH, úlcera péptica, perfuração intestinal	Gravidez ectópica, trauma, romp. Baço, rotura aneurisma aorta	Arritmia cardíaca, tromboembolia, ateromas, aneurisma de aorta íntegro, IAM

