

Edição I

Clínica Médica & Cirurgia

Capítulo 7

CIRURGIA DE ABDOME AGUDO: DIAGNÓSTICO RÁPIDO E CONDUTA

BRUNA BARROSO BERNARDES¹
MILENA MACHADO ARAÚJO¹
RAÍSSA MARIA DE CASTRO CARDOSO¹
RENATA TIEMI MOREIRA DE RESENDE²

1. Discente - Medicina da Faculdade de Minas (FAMINAS) de Belo Horizonte, MG.

2. Docente - Médica do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Minas – FAMINAS-BH.

Palavras-Chave: Cirurgia Geral; Abdome Agudo; Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

O abdome agudo representa um cenário desafiador caracterizado por sinais e sintomas de dor e sensibilidade abdominal que demandam investigação rápida para instituição da terapia adequada (TOWNSEND *et al.*, 2015). Refere-se à presença de dor abdominal intensa, geralmente de início súbito, podendo estar associada à defesa abdominal; trata-se de uma síndrome clínica, e não de um diagnóstico específico (BÖRNER *et al.*, 2025). De acordo com Danish (2021), descreve pacientes com sintomas sugestivos de doença potencialmente ameaçadora à vida, que pode ou não requerer intervenção operatória imediata. Estima-se que entre 15% e 20% dos pacientes atendidos em serviços de emergência com dor abdominal aguda necessitem de tratamento intervencionista ou cirúrgico (BÖRNER *et al.*, 2025). Esses pacientes podem apresentar comprometimento significativo do estado geral, evoluindo inclusive com descompensação circulatória e choque (BÖRNER *et al.*, 2025).

A mortalidade varia de 2% a 12%, aumentando progressivamente a cada hora de atraso até a realização do tratamento cirúrgico apropriado (BÖRNER *et al.*, 2025). Entre os principais fatores associados ao atraso estão a demora na decisão operatória, dificuldades no acesso a exames de imagem e indisponibilidade de sala cirúrgica de emergência (BÖRNER *et al.*, 2025). Evidências indicam que atendimento estruturado, com protocolos assistenciais e avaliação cirúrgica precoce — idealmente em até 60 minutos — reduz significativamente a morbimortalidade (BÖRNER *et al.*, 2025).

A etiologia é ampla e varia conforme faixa etária e sexo. Em pacientes jovens, a apendicite aguda é a causa mais frequente; em idosos, destacam-se doença biliar, obstrução intestinal, isquemia ou infarto intestinal e diverticulite

(TOWNSEND *et al.*, 2015). Devem ser consideradas também causas não cirúrgicas, como distúrbios endócrinos, hematológicos, metabólicos e intoxicações (TOWNSEND *et al.*, 2015).

A caracterização da dor é elemento central na avaliação diagnóstica. Início súbito e excruciante pode sugerir perfuração intestinal ou evento vascular agudo, enquanto dor de instalação progressiva é mais típica de processos inflamatórios, como infecções, colecistite, colite ou obstrução intestinal (TOWNSEND *et al.*, 2015). Sintomas associados — como náuseas, vômitos, alterações do hábito intestinal, sangramentos digestivos, hematúria e febre — auxiliam na diferenciação entre causas obstrutivas, inflamatórias, infecciosas, hemorrágicas ou vasculares, devendo ser sempre interpretados no contexto clínico (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Quanto ao perfil epidemiológico, Sabir *et al.* (2024), em estudo de coorte prospectivo com adultos apresentando dor abdominal há pelo menos oito horas, observaram maior prevalência em adultos jovens e no sexo masculino. As etiologias mais frequentes foram apendicite aguda, colecistite aguda, pancreatite aguda, obstrução intestinal e peritonite, seguidas por infecções do trato urinário e condições ginecológicas e obstétricas. A maioria dos pacientes procurou atendimento nas primeiras oito horas, sendo diabetes mellitus e hipertensão arterial as comorbidades mais comuns.

Classificação do abdome agudo

Sua classificação baseia-se no mecanismo fisiopatológico predominante, sendo dividido em inflamatório, obstrutivo, perfurativo, hemorrágico e vascular (FERES & PARRA, 2008).

Abdome agudo inflamatório

O abdome agudo inflamatório resulta de processos infecciosos ou inflamatórios intra-

abdominais, cursando com dor localizada ou difusa, sinais sistêmicos e risco potencial de complicações. As principais causas são apendicite aguda, colecistite aguda, diverticulite aguda e pancreatite (FERES & PARRA, 2008).

A apendicite aguda é, na maioria dos casos, consequência da obstrução da luz apendicular, levando à distensão progressiva, comprometimento vascular e proliferação bacteriana, podendo evoluir para necrose e perfuração (TENG *et al.*, 2021). A sequência clássica inclui dor inicialmente periumbilical com migração para a fossa ilíaca direita, associada a náuseas, vômitos e febre, quadro tradicionalmente descrito como síndrome de Murphy. Sinais semiológicos como Blumberg, Rovsing e Psoas contribuem para aumentar a acurácia diagnóstica. O diagnóstico baseia-se na avaliação clínica, embora exames de imagem tenham se tornado cada vez mais utilizados, especialmente em apresentações atípicas (TENG *et al.*, 2021). O tratamento não operatório pode ser considerado em casos não complicados, sendo o uso de antibióticos indispensável. No tratamento cirúrgico, a apendicectomia, a laparoscópica (única porta ou três portas) e a aberta são igualmente seguras (TENG *et al.*, 2021).

A colecistite aguda, frequentemente associada à colelitíase, manifesta-se por dor súbita e contínua no quadrante superior direito ou epigástrico, podendo irradiar para o ombro direito ou região interescapular. Os sintomas são frequentemente desencadeados por refeições volumosas ou ricas em gordura (ALSADERY *et al.*, 2023). A laparoscopia é amplamente utilizada para diagnosticar e tratar. Nos casos sintomáticos, a colecistectomia laparoscópica constitui o tratamento de escolha, demonstrando melhores desfechos quando comparada à abordagem conservadora isolada, que inclui hidratação intravenosa, correção hidroeletrólítica e repouso intestinal (ALSADERY *et al.*, 2023).

A doença diverticular representa uma das patologias benignas mais prevalentes do cólon, tradicionalmente associada ao envelhecimento e a fatores dietéticos. A diverticulite corresponde à inflamação desses divertículos e pode variar de quadros leves a formas complicadas (HANNA & KAISER, 2021). A tomografia computadorizada é considerada o método padrão para classificar a gravidade da doença e identificar complicações. O tratamento conservador, baseado em medidas de suporte e antibióticoterapia, é indicado na maioria dos casos não complicados. A intervenção cirúrgica é reservada para quadros graves, refratários ou recorrentes, devendo a indicação eletiva ser individualizada (HANNA & KAISER, 2021).

A pancreatite aguda caracteriza-se por dor epigástrica intensa, contínua e frequentemente irradiada para o dorso, com alívio parcial à inclinação anterior do tronco. Pode estar associada a náuseas, vômitos, anorexia e febre (ALSADERY *et al.*, 2023). O diagnóstico requer a presença de pelo menos dois dos seguintes critérios: dor abdominal característica, elevação sérica de lipase ou amilase superior a três vezes o limite superior da normalidade e achados compatíveis em exames de imagem, especialmente tomografia computadorizada contrastada. A avaliação por imagem é fundamental para estratificação da gravidade e identificação de complicações locais (ALSADERY *et al.*, 2023). O tratamento inclui jejum, reposição de fluidos e eletrólitos, aspiração nasogástrica e uso de analgésicos. Uma colecistectomia rápida deve ser realizada se a etiologia identificada da pancreatite aguda for de origem biliar (ALSADERY *et al.*, 2023).

Abdome agudo obstrutivo

O abdome agudo obstrutivo caracteriza-se pela interrupção parcial ou completa do trânsito intestinal, resultando em distensão abdominal,

dor, vômitos e alterações hidroeletrólíticas (FERES & PARRA, 2008). Duas das causas são a obstrução intestinal e o vólculo colônico.

A obstrução do intestino delgado constitui uma emergência cirúrgica frequente, associada a elevada morbidade e impacto significativo nos sistemas de saúde. A etiologia mais comum corresponde às aderências pós-operatórias (AMARA *et al.*, 2021). O diagnóstico precoce e a definição da necessidade de intervenção cirúrgica são essenciais para prevenir complicações como isquemia e perfuração intestinal (AMARA *et al.*, 2021).

O vólculo colônico representa importante causa de obstrução do cólon, acometendo principalmente o cólon sigmoide e o ceco. Nos países ocidentais, o vólculo sigmoide é mais prevalente em homens idosos, enquanto o vólculo cecal acomete com maior frequência mulheres mais jovens (PERROT *et al.*, 2016). A tomografia computadorizada abdominopélvica constitui o exame padrão-ouro para confirmação diagnóstica e avaliação de complicações. A conduta depende da localização e da viabilidade da alça intestinal. Na ausência de sinais de sofrimento intestinal, o vólculo sigmoide pode ser tratado inicialmente com detorção endoscópica, seguida de ressecção eletiva. Já o vólculo cecal apresenta indicação cirúrgica mandatória (PERROT *et al.*, 2016).

Abdome agudo perfurativo

A perfuração de víscera oca permanece associada a elevada morbidade e mortalidade, sendo resultado da ruptura da integridade do trato gastrointestinal e consequente contaminação da cavidade peritoneal (LANGELL & MULVIHILL, 2008). O diagnóstico baseia-se em história clínica detalhada, exame físico criterioso e exames laboratoriais e radiológicos complementares. A abordagem adequada requer reconhecimento precoce e intervenção terapêutica imediata, fatores determinantes para o

prognóstico (LANGELL & MULVIHILL, 2008).

Abdome agudo hemorrágico

O abdome agudo hemorrágico decorre de sangramento intra-abdominal espontâneo ou secundário a patologias específicas, podendo evoluir com instabilidade hemodinâmica. Uma das causas é a gravidez ectópica rota (FERES & PARRA, 2008).

A gravidez ectópica pode manifestar-se com amenorreia, dor abdominal ou pélvica e sangramento vaginal, associada a teste de gravidez positivo. Em casos de ruptura, pode ocorrer hemorragia intra-abdominal significativa, levando a tontura, síncope ou choque hipovolêmico (DUNPHY, 2022). O exame ginecológico pode evidenciar dor à mobilização cervical e massa anexial. O tratamento é predominantemente cirúrgico, com preferência por técnicas minimamente invasivas quando disponíveis. O objetivo terapêutico consiste na remoção da gestação ectópica com preservação máxima do tecido ovariano, sobretudo em mulheres em idade reprodutiva (DUNPHY, 2022).

Abdome agudo vascular

O abdome agudo vascular caracteriza-se pela dor difusa e mal definida, uma das causas principais é a trombose mesentérica com isquemia intestinal (FERES & PARRA, 2008). A isquemia mesentérica aguda corresponde a um conjunto de condições caracterizadas pela redução abrupta do fluxo sanguíneo intestinal, levando à isquemia e potencial necrose intestinal (BALA *et al.*, 2022). Apesar de apresentar baixa incidência, trata-se de condição associada a elevada mortalidade, especialmente quando o diagnóstico é tardio. A suspeição clínica precoce e a intervenção cirúrgica oportuna constituem os principais determinantes de redução da mortalidade associada a essa entidade (BALA *et al.*, 2022).

Avaliação clínica inicial

A avaliação clínica inicial do paciente com abdome agudo deve ser imediata, estruturada e simultaneamente diagnóstica e terapêutica, uma vez que se trata de uma condição potencialmente ameaçadora à vida, frequentemente associada à instabilidade hemodinâmica, sepse ou choque. O atraso na definição diagnóstica e na conduta adequada está diretamente relacionado ao aumento da morbimortalidade, reforçando a necessidade de abordagem sistematizada desde o primeiro contato (BÖRNER *et al.*, 2025).

A anamnese constitui etapa fundamental e deve ser conduzida de forma objetiva, investigando início da dor (súbito ou progressivo), duração e evolução temporal, localização inicial e atual, intensidade, natureza, irradiação, fatores de piora ou alívio e mudança do padrão ou migração da dor. A diferenciação entre dor visceral e dor somática auxilia significativamente na formulação das hipóteses diagnósticas: a dor visceral, tipicamente surda, profunda, difusa, frequentemente em cólica, de difícil localização e geralmente associada à distensão de vísceras ocas, espasmos ou tensão súbita de cápsulas orgânicas (ex.: cólica biliar, cólica ureteral). A dor somática: aguda, em queimação, bem localizada e relacionada a inflamação peritoneal, perfuração de víscera oca, apendicite, colecistite ou peritonite (BÖRNER *et al.*, 2025; TOWNSEND *et al.*, 2015). A investigação de-

ve incluir sintomas associados como náuseas, vômitos, febre, alterações urinárias ou intestinais, bem como antecedentes cirúrgicos, comorbidades e uso de medicamentos, além da consideração de causas extra-abdominais, como dissecação de aorta, embolia pulmonar, infarto do miocárdio e pneumonia (BÖRNER *et al.*, 2025).

A caracterização detalhada da dor é central na avaliação diagnóstica, sendo a dor abdominal o sintoma mais frequente no abdome agudo. Na apendicite aguda, observa-se classicamente dor periumbilical com migração para a fossa ilíaca direita, podendo estar associada a náuseas, vômitos e febre; sinais como Blumberg, Rovsing e Psoas aumentam a suspeita clínica (TENG *et al.*, 2021). Na pancreatite aguda, a dor é epigástrica, intensa, persistente, irradiada para o dorso e pode melhorar com inclinação anterior do tronco (ALSADERY *et al.*, 2023). Nos quadros de colelitíase sintomática, a dor localiza-se no quadrante superior direito ou epigástrico, podendo irradiar para o ombro direito ou região interescapular, frequentemente desencadeada por refeições gordurosas (ALSADERY *et al.*, 2023). A identificação do padrão algíco, associada à evolução temporal e à presença de sinais sistêmicos, é determinante na suspeita de complicações como perfuração, abscesso ou isquemia.

A **Tabela 7.1** contém a correlação entre tipo de dor e provável etiologia.

Tabela 7.1 Principais causas de abdome agudo por faixa etária

Tipo de dor	Características	Possível etiologia
Visceral	Difusa, mal localizada, em cólica	Obstrução intestinal, distensão de víscera oca
Somática	Bem localizada, intensa, piora com movimento	Peritonite, perfuração
Irradiada para dorso	Dor epigástrica persistente	Pancreatite aguda
Quadrante superior direito	Pós-prandial, pode irradiar para ombro direito	Colecistite, colelitíase
Fossa ilíaca direita	Migração periumbilical	Apendicite aguda

Fonte: Adaptado de BÖRNER *et al.*, 2025; TOWNSEND *et al.*, 2015.

Sinais clássicos

Sinais clássicos descritos na literatura auxiliam na suspeita diagnóstica, especialmente na apendicite aguda. O sinal de Blumberg indica dor à descompressão brusca (sensibilidade de rebote), indicativa de irritação peritoneal, o sinal de Rovsing corresponde à dor na fossa ilíaca direita à palpação da fossa ilíaca esquerda, e o sinal do Psoas sugere apêndice retrocecal quando há dor à mobilização do quadril direito (TENGE *et al.*, 2021). Na colangite ascendente, destaca-se a tríade de Charcot, composta por dor em quadrante superior direito, febre e icterícia (ALSADERY *et al.*, 2023). Apesar da utilidade desses sinais, o diagnóstico clínico não é absoluto, sendo frequentemente complementado por sistemas de pontuação clínica e exames laboratoriais e de imagem.

Dessa forma, avaliação clínica inicial do abdome agudo deve, portanto, integrar anamnese dirigida, caracterização detalhada da dor, reconhecimento precoce de sinais de gravidade e exame físico sistematizado, permitindo reduzir atrasos diagnósticos, orientar adequadamente os exames complementares e definir a decisão terapêutica (BÖRNER *et al.*, 2025; TOWNSEND *et al.*, 2015).

Métodos diagnósticos

Os métodos diagnósticos no abdome agudo devem ser empregados de forma racional e direcionada pela hipótese clínica inicial, não substituindo a avaliação clínica, mas complementando-a. A escolha do exame adequado depende da estabilidade hemodinâmica do paciente, da suspeita etiológica e da disponibilidade local, sempre com o objetivo de confirmar o diagnóstico, avaliar complicações e orientar a conduta terapêutica (BÖRNER *et al.*, 2025).

Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais devem ser solicitados em paralelo ao exame físico, já no primeiro atendimento no pronto-socorro, eles auxiliam na confirmação de inflamação, infecção e distúrbios metabólicos, além de contribuir para a exclusão de causas não cirúrgicas. Entretanto, resultados normais não excluem doença grave, devendo sempre ser interpretados em conjunto com o quadro clínico.

A gasometria venosa (GSV) deve ser realizada no contato inicial, pois auxilia na avaliação do estado metabólico e da perfusão; nesse contexto, os níveis de hemoglobina contribuem para a investigação de possível sangramento, enquanto o lactato sérico pode indicar isquemia intestinal ou hipoperfusão (BÖRNER *et al.*, 2025).

A investigação laboratorial deve incluir avaliação hematológica, metabólica, hepatobiliar, pancreática e da coagulação, sendo direcionada conforme a hipótese diagnóstica. A tipagem sanguínea deve ser solicitada para todos os pacientes com abdome agudo, devido à potencial necessidade de transfusão sanguínea. Os parâmetros inflamatórios, como proteína C-reativa (PCR), interleucina-6 (IL-6) e procalcitonina (PCT), devem ser utilizados apenas como complemento aos testes usuais, não havendo recomendação padronizada sobre quais devem ser rotineiramente dosados. Em mulheres em idade fértil, deve-se realizar β -hCG associado à urinálise, para exclusão de gestação e investigação de causas urológicas (BÖRNER *et al.*, 2025; TOWNSEND *et al.*, 2015).

A **Tabela 7.2** apresenta os principais exames laboratoriais utilizados na avaliação do abdome agudo.

Tabela 7.2 Principais exames laboratoriais no abdome agudo

Exame	Aplicação principal
Hemograma	Leucocitose, desvio à esquerda, anemia
Lactato sérico	Isquemia intestinal, hipoperfusão
Gasometria venosa	Avaliação metabólica inicial
Eletrólitos, ureia, creatinina	Estado de hidratação e função renal
TGO, TGP, FA, GGT, bilirrubinas	Avaliação hepatobiliar
Lipase	Suspeita de pancreatite
RNI, TTPa	Avaliação da coagulação
PCR, IL-6, PCT	Marcadores inflamatórios complementares
β-hCG	Exclusão de gestação
Urinálise/urocultura	Infecção urinária ou litíase

Fonte: Adaptado BÖRNER *et al.*, 2025; TOWNSEND *et al.*, 2015.

Exames de Imagem

Ultrassonografia (US)

É o exame de imagem de primeira escolha no abdome agudo, por ser amplamente disponível, rápida, realizada à beira do leito e não envolver radiação ionizante. A ultrassonografia FAST permite a identificação imediata de condições com risco de vida, como hemorragia intra-abdominal por lesão de órgãos sólidos, especialmente em pacientes hemodinamicamente instáveis, reduzindo o tempo até o diagnóstico e tratamento direcionado (BÖRNER *et al.*, 2025). Associada à anamnese e ao exame físico, pode levar ao diagnóstico correto em 53-83% dos casos. Condições como colecistite aguda, apendicite aguda e diverticulite sigmoide podem ser diagnosticadas de forma confiável em até 70% dos casos. Entretanto, apresenta limitações em pacientes obesos, com meteorismo, pneumoperitônio ou baixa colaboração, além de depender significativamente da experiência do examinador (BÖRNER *et al.*, 2025). Na gestação, é o exame inicial de escolha, especialmente na suspeita de apendicite, com sensibilidade aproximada de 70% e especificidade de 83%; em casos inconclusivos, a ressonância

magnética é o método mais confiável (ALSADERY *et al.*, 2023).

Tomografia computadorizada

A tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste é considerada o método padrão para o diagnóstico por imagem de emergência no abdome agudo, apresentando sensibilidade de 91% e especificidade de 90%, superiores aos demais exames de imagem (BÖRNER *et al.*, 2025). Mesmo patologias detectáveis por ultrassonografia podem ser avaliadas com maior precisão pela TC. Na apendicite aguda, sua sensibilidade e especificidade superam as da US, sendo especialmente útil em quadros atípicos ou incertos e nos casos de apêndice retrocecal (TENG *et al.*, 2021; BÖRNER *et al.*, 2025). O uso de contraste intravenoso é indispensável na investigação de sangramento ativo ou oclusão vascular, além de aumentar a sensibilidade na identificação de foco infeccioso ou lesões expansivas (BÖRNER *et al.*, 2025). Em pacientes imunocomprometidos, a TC com contraste é o exame mais recomendado, visto que radiografia e ultrassonografia frequentemente não apresentam sensibilidade suficiente nesse grupo (COCCOLINI *et al.*, 2021).

Radiografia simples

Possui valor diagnóstico limitado no abdome agudo, porém é de fácil acesso e rápida execução. Pode ser útil na suspeita de íleo ou perfuração de víscera oca, contribuindo para esclarecimento inicial enquanto se organiza investigação complementar. Entretanto, não deve ser utilizada como exame isolado para definição diagnóstica, especialmente diante da maior acurácia da tomografia computadorizada (BÖRNER *et al.*, 2025).

Ressonância magnética

A ressonância magnética (RM) não é método de rotina na emergência, porém apresenta papel relevante em gestantes clinicamente estáveis quando a ultrassonografia é inconclusiva, devendo-se evitar o uso de contraste sempre que possível (BÖRNER *et al.*, 2025; ALSADERY *et al.*, 2023).

Laparoscopia diagnóstica

A laparoscopia diagnóstica está indicada quando persiste dúvida diagnóstica mesmo após avaliação clínica e exames complementares, ou quando há forte suspeita de patologia cirúrgica sem confirmação por imagem. Além do valor diagnóstico, permite tratamento imediato em mais de 75% dos casos, reduzindo a realização de laparotomias desnecessárias (BÖRNER *et al.*, 2025; DANISH, 2021).

Conduta e manejo inicial

O tratamento e o manejo do paciente com abdome agudo exigem uma abordagem rápida e estruturada, priorizando a estabilização clínica e a definição precisa entre o tratamento cirúrgico ou conservador. Como a mortalidade aumenta a cada hora de atraso, o diagnóstico deve ser buscado preferencialmente nos primeiros 60 minutos após o contato inicial (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Avaliação inicial e Triagem de gravidade

Classificação de risco: Nesse caso, utiliza-se como sistema de triagem o Índice de Gravidade de Emergência (ESI), utilizado em prontuários para classificar pacientes pela gravidade da condição e necessidade de recursos. Ele possui 5 níveis, sendo ESI1 considerado emergente (precisa de atendimento imediato) e ESI5 não urgente. Pacientes com suspeita de abdome agudo devem ser classificados com prioridade alta (ESI 1 ou 2), recebendo avaliação médica em até 10 minutos (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Investigação de sepse: Deve-se utilizar rotineiramente escores como o qSOFA (quick SOFA) para detectar precocemente sinais de sepse, que ocorre em até 66% dos pacientes cirúrgicos com foco abdominal. Tal sistema considera alto risco para sepse quando há ≥ 2 dos seguintes critérios: Frequência respiratória ≥ 22 irpm, alteração do nível de consciência (Glasgow < 15) e Pressão Arterial Sistólica ≤ 100 mmHg (TOWNSEND *et al.*, 2015).

É importante ressaltar que pacientes com hemodinâmica instável (em choque séptico ou hemorrágico) exigem laparotomia aberta imediata. Já pacientes estáveis podem seguir para investigação por imagem e possível cirurgia minimamente invasiva (SERMONESI *et al.*, 2023).

Medidas imediatas

Antes mesmo do diagnóstico definitivo, devem ser iniciadas medidas de suporte como analgesia, administração de fluidos (hidratação) e antibioticoterapia (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Definição da conduta terapêutica

Tratamento cirúrgico x conservador: Uma pesquisa de Reinisch *et al.* com 1300 cirurgias mostrou que, apenas 14% dos cirurgiões optaram pelo tratamento não operatório,

38,1% em casos selecionados e 48,8% rejeitam essa opção. Esse estudo mostrou uma resistência na comunidade cirúrgica ao tratamento não operatório. Tal desconfiança pode decorrer do fato de que a intervenção cirúrgica tem maior eficácia e um período de permanência mais curto do que o tratamento conservador, o qual possui um manejo mais prolongado, impondo um risco de recorrência a longo prazo e aumentando a carga de tumores incidentais ausentes.

No entanto, mesmo com tais possibilidades, há dados suficientes de que o tratamento não operatório é seguro, viável, econômico e restaura a qualidade de vida (TENG *et al.*, 2021).

Vale ressaltar, ainda, que não deve-se esquecer que a antibioticoterapia é uma medida imprescindível no tratamento de abdome agudo, independente da abordagem escolhida (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Principais indicações cirúrgicas

Instabilidade hemodinâmica: A cirurgia de emergência (especificamente a laparotomia aberta) é obrigatória e imediata para pacientes instáveis que apresentam sinais clínicos de choque, choque séptico e choque hemorrágico (SERMONESI *et al.*, 2023).

Apendicite Aguda: Indicada para pacientes classificados como de alto risco de complicação pelos escores clínicos (como Alvarado ou AIR), podendo seguir para a cirurgia mesmo sem exames de imagem complementares (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Pacientes transplantados: A cirurgia deve ocorrer preferencialmente em até 24 horas após o diagnóstico devido ao alto risco de complicações (PAVLIDIS *et al.*, 2024).

Obstrução Intestinal: Indicada se houver sinais de estrangulamento, isquemia intestinal ou peritonite. Também é necessária quando o tratamento conservador (não operatório) falha em resolver a obstrução (AMARA *et al.*, 2021).

Diverticulite e Úlcera Péptica: Indicada em casos de perfuração de víscera oca, peritonite difusa ou quando há coleções (abscessos) que não podem ser drenadas por via percutânea (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Isquemia Mesentérica: O início de dor excruciante e súbita sugere embolização arterial ou perfuração, exigindo exploração cirúrgica imediata (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Laparoscopia Diagnóstica: É indicada quando a história clínica, exames físicos e de imagem apontam para um problema agudo, mas o diagnóstico permanece incerto. Em mais de 75% desses casos, a abordagem permite o tratamento imediato (AFZAL *et al.*, 2021).

Piora Clínica: Em pacientes imunocomprometidos ou com colite por *C. difficile*, a cirurgia é indicada se o quadro clínico piorar ou não apresentar melhora com o tratamento médico máximo e suporte de UTI (COCCOLINI *et al.*, 2021).

Em geral, o tratamento cirúrgico no abdome agudo é indicado sempre que a condição do paciente representar uma ameaça imediata ou potencial à vida, exigindo intervenção rápida para controle da causa base. Estima-se que cerca de 78,6% dos pacientes internados com essa síndrome necessitem de interferência operatória (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Abordagem cirúrgica contemporânea

A abordagem cirúrgica contemporânea no abdome agudo evoluiu para um modelo focado na tomada de decisão rápida, estratificação de risco e no uso crescente da cirurgia minimamente invasiva, sempre priorizando a estabilidade do paciente. Atualmente, o objetivo é realizar o diagnóstico e definir a conduta em até 60 minutos após o contato inicial, uma vez que o atraso na intervenção aumenta significativamente a morbimortalidade (SERMONESI *et al.*, 2023).

Laparoscopia vs laparotomia

Laparoscopia (Abordagem minimamente invasiva)

A laparoscopia é uma técnica bem estabelecida que permite a visualização da cavidade abdominal após a formação de um pneumoperitônio. Para isso, são realizadas pequenas incisões na parede abdominal, pelas quais serão colocados os trocartes (cânulas), que permitem a passagem do insuflador de CO₂, laparoscópico, pinças e outros instrumentos de visualização e intervenção. Ela é considerada o padrão-ouro para condições como apendicite aguda, colecistite e emergências ginecológicas (SERMONESI *et al.*, 2023).

O pneumoperitônio gera diversas repercussões no organismo, podendo gerar acidose respiratória, bradicardia, aumento da pressão intracraniana e embolia gasosa. Por tais motivos, pacientes com instabilidade hemodinâmica possuem contraindicação absoluta para laparoscopia. Consequentemente, é indicada para pacientes hemodinamicamente estáveis em emergências cirúrgicas e traumas abdominais (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Essa abordagem tem como vantagens utilidade diagnóstica, melhor recuperação pós-operatória, menor taxa de infecção e menor formação de aderências. Contudo, tem como desvantagem a necessidade de equipamento adequado e equipe qualificada, pois isso representa um maior custo e maior curva de aprendizado dos profissionais (SERMONESI *et al.*, 2023).

Laparotomia (Cirurgia aberta)

A laparoscopia é uma técnica mais agressiva, porém que permite melhor visualização da cavidade abdominal. Além disso, não possui o risco de gerar as complicações de um pneumoperitônio. Logo, é indicada para cirurgia exploratória e para pacientes hemodinamicamente instáveis, sendo uma ferramenta indispensável e obrigatória em cenários de extrema gravidade (SERMONESI *et al.*, 2023).

Essa técnica tem como vantagens o controle imediato da instabilidade, o acesso em casos complexos e a segurança em contraindicações da laparoscopia. Mas como desvantagens tem o fato de ser associada a maiores taxas de morbidade, dor intensa, maior risco de hérnias incisionais e recuperação mais lenta (TOWNSEND *et al.*, 2015).

ERAS em casos de emergência

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) consiste nos protocolos de atendimento estruturado e recuperação otimizada, que visam reduzir a morbimortalidade e acelerar a reabilitação do paciente em emergências.

Como componentes fundamentais desses protocolos para casos de emergência médica, como o abdome agudo, temos:

- **Diagnóstico e decisão em "tempo real"**

O objetivo central do manejo estruturado é que o diagnóstico e a consulta com o cirurgião ocorram em até 60 minutos após o contato inicial, pois a mortalidade aumenta a cada hora de atraso. Por isso, pacientes com suspeita de abdome agudo devem ser classificados com prioridade alta, como o ESI 1 ou 2 (atendimento imediato ou em 10 minutos), utilizando ferramentas como o qSOFA para identificar precocemente sinais de sepse.

- **Medidas perioperatórias de desempenho (pacote SCIP)**

Os protocolos contemporâneos integram medidas do *Surgical Care Improvement Project* (SCIP) para evitar complicações comuns, como a antibioticoterapia até 60 minutos antes da incisão (finalizando em até 24h após o procedimento), o controle glicêmico e térmico e a profilaxia de tromboembolismo venoso.

- **Checklists e comunicação de equipe**

A implementação de listas de verificação (*checklists*) estruturadas em três fases (Início, Intervalo e Finalizar) demonstrou reduzir as taxas de complicações de 11% para 7% e a mortalidade de 1,5% para 0,8%. Além disso, o uso

de protocolos de comunicação como o SBAR ajuda a mitigar falhas durante a transferência de cuidados entre equipes.

- **Abordagem minimamente invasiva**

Para pacientes hemodinamicamente estáveis, a laparoscopia é a primeira abordagem sugerida, pois oferece menor dor pós-operatória, menor taxa de infecções e recuperação funcional mais rápida. No entanto, caso o paciente esteja instável, deve-se optar pela laparotomia.

- **Recuperação pós-operatória e suporte metabólico**

O início da dieta enteral em 24 a 48 horas após a cirurgia ou trauma é fundamental para minimizar a resposta hipermetabólica e preservar a integridade da mucosa intestinal.

Abdome agudo em populações especiais

Gestantes

A cirurgia não deve ser atrasada pelo risco de perfuração (como na apendicite), pois esta condição ameaça à segurança da mãe e do feto. O cirurgião deve optar pela laparoscopia nesse caso, porém a técnica deve ser ajustada para uma paciente grávida (técnica de Hasson), além de utilizar de uma menor pressão ao insuflar o peritônio para proteger o feto contra hipóxia fetal (ALSADERY *et al.*, 2023).

Além da preocupação com a possível hipóxia fetal, também deve-se atentar à possibilidade de acidose fetal por absorção de CO₂, prematuridade e perfuração do útero. Tem como contraindicação absoluta a instabilidade hemodinâmica e contraindicações relativas múltiplas cirurgias prévias e cisto ovariano gigante (ALSADERY *et al.*, 2023).

Idosos

Exigem alto índice de suspeição por apresentarem sintomas vagos e maior risco de perfurações em diagnósticos comuns, como apen-

dicite e diverticulite. O sucesso no manejo geriátrico depende de uma abordagem multidisciplinar e que não foque apenas na cura da doença, mas na preservação da independência funcional e qualidade de vida do paciente (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Crianças

O manejo de pacientes pediátricos com abdome agudo foca na estabilização hemodinâmica rápida, no uso prioritário de métodos de imagem sem radiação e no suporte nutricional específico para a idade. Devido à sua fisiologia, as crianças possuem uma capacidade de compensação elevada após perdas volêmicas, mas, quando entram em exaustão, o processo de descompensação é extremamente rápido (TOWNSEND *et al.*, 2015).

Imunossuprimidos

O manejo de pacientes imunocomprometidos com abdome agudo é complexo devido à ambiguidade dos sintomas clínicos, que frequentemente atrasam o diagnóstico e aumentam a morbimortalidade. Por esse motivo a intervenção cirúrgica de emergência é indicada ao menor sinal de perfuração ou isquemia, uma vez que esses pacientes podem não manifestar os sinais clássicos de irritação peritoneal devido à resposta inflamatória limitada. Nesse caso, a laparoscopia é preferida por reduzir a resposta inflamatória e a necessidade de ajustes drásticos na imunossupressão (COCCOLINI *et al.*, 2021).

Além disso, a abordagem deve ser multidisciplinar e individualizada, considerando o grau de imunodeficiência (moderada ou grave) e o tempo de uso de imunossupressores.

O diagnóstico tem como Padrão-Ouro a Tomografia Computadorizada (TC) com contraste multidetector, sendo essencial para a tomada de

decisão rápida, uma vez que o Raio-X e a Ultrassonografia costumam ter baixa sensibilidade nesse grupo. Também devem ser inclusos na investigação clínica: hemograma, contagem de eletrólitos, marcadores de função hepática, coagulograma, lactato sérico e proteína C-reativa (PCR) (COCCOLINI *et al.*, 2021).

No entanto, patologias específicas possuem manejos diferentes. Na Enterocolite Neutropênica, comum em pacientes oncológicos sob quimioterapia, o tratamento deve ser conservador

(antibióticos de amplo espectro e repouso intestinal), recorrendo à cirurgia apenas caso evoluir para perfuração e isquemia. Já na Colite por Citomegalovírus, o padrão ouro é a biópsia por colonoscopia com imuno-histoquímica e o manejo é a administração de antivirais, com cirurgia indicada apenas em complicações como megacólon tóxico ou perfuração. Por fim, na Colite por *C. difficile*, a abordagem cirúrgica (colectomia abdominal total) é indicado apenas se a doença piorar ou não responder ao tratamento clínico máximo (COCCOLINI *et al.*, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALSADERY, H.A. *et al.* Non-obstetric acute abdomen in pregnancy: a review of literature. *Medical Archives, Sarajevo*, v. 77, n. 4, p. 293–298, 2023.

AMARA, Y. *et al.* Diagnosis and management of small bowel obstruction in virgin abdomen: a WSES position paper. *World Journal of Emergency Surgery, London*, v. 16, n. 1, p. 36, 2021.

AFZAL, B. *et al.* Role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of nonspecific acute abdominal pain. *Cureus*, v. 13, n. 10, e18741, 2021.

BALA, M. *et al.* Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World Journal of Emergency Surgery, London*, v. 17, n. 1, p. 54, 2022.

BÖRNER, N. *et al.* The acute abdomen: structured diagnosis and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 122, n. 5, p. 137–144, 2025.

COCCOLINI, F. *et al.* Acute abdomen in the immunocompromised patient: WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery, London*, v. 16, n. 1, p. 40, 2021.

DANISH, A. A retrospective case series study for acute abdomen in general surgery ward of Aliabad Teaching Hospital. *Annals of Medicine and Surgery*, v. 73, 103199, 2021.

DUNPHY, L. *et al.* Ruptured ovarian ectopic pregnancy presenting with an acute abdomen. *BMJ Case Reports*, v. 15, n. 12, e252499, 2022.

FERES, O. & PARRA, R. S. Abdômen agudo. *Medicina (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto*, v. 41, n. 4, p. 430–436, 2008.

HANNA, M.H. & KAISER, A.M. Update on the management of sigmoid diverticulitis. *World Journal of Gastroenterology*, v. 27, n. 9, p. 760–781, 2021.

LANGELL, J.T. & MULVIHILL, S.J. Gastrointestinal perforation and the acute abdomen. *Medical Clinics of North America*, v. 92, n. 3, p. 599–625, 2008.

PAVLIDIS, E.T. *et al.* Critical considerations for the management of acute abdomen in transplant patients. *World Journal of Transplantation*, v. 14, n. 2, p. 93944, 2024.

PERROT, L. *et al.* Management of the colonic volvulus in 2016. *Journal of Visceral Surgery*, v. 153, n. 3, p. 183–192, 2016.

SERMONESI, G. *et al.* Diretrizes de Cesena: declaração de consenso da WSES sobre a abordagem laparoscópica inicial para emergências cirúrgicas gerais e trauma abdominal. *World Journal of Emergency Surgery*, v. 18, n. 1, p. 57, 2023.

TENG, T.Z.J. *et al.* Acute appendicitis: advances and controversies. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, v. 13, n. 11, p. 1293–1314, 2021.

TOWNSEND JR., C.M. *et al.* Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.