

CAPÍTULO 3

ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

Ana Clara Moreira Almeida¹
Beatriz Galvão Sirqueira¹
Fernanda Massue Komatsu Rabelo¹
Georgia Coutinho Soriano Lousada¹
Mayara Denicoló Salenave¹
Igor Chaves Dias Oliveira²
Amanda Souto Vaz²
Luiza Thomaz Araújo³

¹Discentes da Liga Acadêmica de Cirurgia Pediátrica da Universidade Católica de Brasília (LACIPED).

²Discentes do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

³Orientadora da Universidade Católica de Brasília.

Palavras-chave: Abdome Agudo; Dor Abdominal; Terapêutica.

INTRODUÇÃO

O abdome agudo é dividido em cinco etiopatogenias. O abdome agudo inflamatório caracteriza-se por dor intensa e súbita, secundária a um processo inflamatório ou infeccioso que ocorre na cavidade abdominal. Possui diversas causas, sendo a mais comum a inflamação do apêndice, denominada apendicite. Outras causas incluem colecistite aguda (inflamação da vesícula biliar, frequentemente associada a cálculos biliares), diverticulite (mais prevalente em idosos) e pancreatite.

É fundamental a realização de anamnese detalhada, associada a exames laboratoriais e de imagem, para a definição do diagnóstico etiológico. Como apresenta diversas causas potencialmente cirúrgicas, a intervenção precoce é primordial não apenas para impedir a evolução do quadro, mas também para cessar a dor do paciente e reduzir complicações.

QUADRO CLÍNICO

O abdome agudo inflamatório é um dos subtipos do abdome agudo, caracterizado por processos inflamatórios em órgãos intra-abdominais. As principais etiologias incluem apendicite aguda, colecistite aguda, diverticulite aguda e pancreatite aguda. Cada uma dessas condições apresenta manifestações clínicas específicas, embora compartilhem sintomas comuns, como dor abdominal e sinais de resposta inflamatória sistêmica.

Os principais sintomas incluem:

- **Dor abdominal:** geralmente de início súbito, com evolução nas 24 horas anteriores à admissão hospitalar. Pode iniciar-se de forma difusa e evoluir com piora progressiva, localizando-se conforme a causa subjacente.
- **Febre:** comum em processos infecciosos, como na apendicite e na colecistite.
- **Náuseas e vômitos:** frequentemente associados à irritação peritoneal ou ao comprometimento do trato digestivo.
- **Alterações intestinais (constipação ou diarreia):** podem estar presentes, dependendo da etiologia.

Apendicite aguda

A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo inflamatório e resulta da obstrução da luz do apêndice, levando à inflamação, isquemia e possível perfuração.

Seu quadro clínico inclui:

- **Dor abdominal:** inicia-se como dor periumbilical difusa e migra para o quadrante inferior direito (ponto de *McBurney*).
- **Náuseas e vômitos:** presentes no início do quadro, geralmente como resposta à inflamação peritoneal.
- **Hipo/anorexia.**
- **Febre:** incomum nos primeiros dias e geralmente baixa; pode surgir como sinal de complicações, como abscesso ou perfuração.

Sinais clínicos que podem ser positivos ao exame físico e sugerem peritonite localizada no QID:

- Sinal de Blumberg:** Dor à descompressão brusca no QID.
- Sinal de Rovsing:** Dor no QID durante a palpação de hemiabdomen esquerdo.
- Sinal do Psoas:** Dor ao estender a perna direita contra resistência.
- Sinal do Obturador:** Dor à rotação interna da coxa direita.

Colecistite Aguda

A colecistite aguda é a inflamação da vesícula biliar, geralmente causada pela obstrução do ducto cístico por cálculos biliares.

O quadro clínico inclui:

- **Dor abdominal:** intensa e contínua no hipocôndrio direito, podendo irradiar para o dorso ou ombro direito.
- **Febre e calafrios:** podem indicar infecção bacteriana secundária.
- **Náuseas e vômitos:** comuns devido à obstrução biliar.
- **Sinal de Murphy:** interrupção da inspiração profunda devido à dor à palpação da vesícula biliar no quadrante superior direito.
- **Icterícia:** pode ocorrer se houver obstrução do colédoco por compressão extrínseca, coledocolitíase ou colangite associada.

Diverticulite Aguda

A diverticulite aguda é a inflamação dos divertículos do cólon, sendo mais comum no cólon sigmoide.

O quadro clínico inclui:

- **Dor abdominal:** inicialmente difusa, com piora progressiva, localizando-se geralmente no quadrante inferior esquerdo.
- **Febre e calafrios:** podem indicar infecção associada.
- **Alterações intestinais:** constipação ou diarreia.
- **Distensão abdominal:** pode ocorrer em casos mais graves.
- **Sinais de peritonite ao exame físico:** defesa abdominal ou dor à descompressão brusca localizada.

Pancreatite Aguda

A pancreatite aguda é a inflamação do pâncreas, frequentemente associada ao consumo excessivo de álcool ou à presença de cálculos biliares.

Quadro clínico:

- **Dor abdominal:** epigástrica intensa, de início súbito, irradiando em faixa para o dorso.
- **Náuseas e vômitos:** frequentes, sem alívio após o esvaziamento gástrico.
- **Distensão abdominal:** decorrente da hipomotilidade intestinal.
- **Sinais de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS):** febre, taquicardia e hipotensão.

Sinais clínicos ao exame físico que podem indicar casos graves (pancreatite necrosante):

- **Sinal de Cullen:** equimose periumbilical.
- **Sinal de Grey-Turner:** equimose nos flancos.

DIAGNÓSTICO

O abdome agudo inflamatório é um diagnóstico sindrômico caracterizado por manifestações clínicas bem definidas. Para que o diagnóstico etiológico seja estabelecido precocemente, é essencial uma abordagem ágil e eficaz. Dessa forma, a investigação deve iniciar-se com uma anamnese detalhada, seguida de exame físico criterioso e, quando necessário, complementada por exames laboratoriais e de imagem.

A primeira etapa desse processo consiste na coleta da história clínica, na qual devem ser exploradas as características da dor, incluindo início, localização, irradiação, intensidade, tipo, fatores de melhora e de piora, bem como sintomas associados. Além disso, a história patológica pregressa deve ser investigada, considerando episódios semelhantes prévios, cirurgias anteriores, comorbidades e uso de medicamentos.

Na sequência, realiza-se exame físico minucioso, iniciando-se pela avaliação geral do paciente e, posteriormente, pelo exame abdominal detalhado. A inspeção tem como objetivo identificar cicatrizes, abaulamentos, distensão abdominal e hérnias. A ausculta permite avaliar os ruídos hidroaéreos, enquanto a percussão possibilita diferenciar sons timpânicos de maciços, correlacionando-os com a anatomia da região examinada. Por fim, a palpação constitui etapa fundamental, na qual diversos sinais clínicos podem ser identificados, exigindo atenção especial à resposta dolorosa do paciente.

Dentre os principais sinais semiológicos a serem pesquisados no abdome agudo, destacam-se:

- **Sinal de Murphy:** interrupção súbita da inspiração profunda durante a palpação do ponto cístico, localizada no quadrante superior direito.
- **Sinal de Blumberg:** dor à descompressão brusca da parede abdominal, indicativa de irritação peritoneal.
- **Sinal de Jobert:** presença de timpanismo à percussão na área de projeção hepática, sugestivo de pneumoperitônio. Após a anamnese e o exame físico, podem ser necessários a realização de exames complementares para corroborar com as hipóteses diagnósticas.

Dentre os exames laboratoriais destacam-se:

- **Hemograma:** avalia a presença de anemia, infecção.
- **EAS:** presença de bilirrubina, hematúria e leucocitúria.
- **Dosagem de amilase e lipase séricas:** essenciais para a suspeita de pancreatite.
- **Função urinária:** avaliação de gravidade e repercussão hemodinâmica;
- **Função hepática:** especialmente importante na avaliação de afecções do fígado, pâncreas e

via biliar, pode avaliar também gravidade nas demais.

Os exames de imagem desempenham papel fundamental no diagnóstico. A radiografia de abdome agudo, que inclui radiografia de tórax em posição posteroanterior e radiografias do abdome em decúbito dorsal e ortostase, pode ser solicitada nas suspeitas clínicas, por ser exame rápido, amplamente disponível e não invasivo, podendo evidenciar sinais de obstrução intestinal ou perfuração de víscera oca.

A tomografia computadorizada de abdome é considerada o método de escolha na maioria dos casos de abdome agudo inflamatório, pois fornece informações detalhadas acerca do processo inflamatório e de possíveis complicações associadas. A ultrassonografia abdominal é frequentemente utilizada como exame inicial, sendo particularmente útil na detecção de colecistite aguda, apendicite e outras patologias inflamatórias. A ressonância magnética, embora menos empregada na prática clínica devido ao custo e à disponibilidade, pode ser alternativa válida nos casos de contraindicação ao uso de contraste iodado na tomografia.

Portanto, o diagnóstico do abdome agudo inflamatório deve seguir abordagem sistemática e estruturada, iniciando-se com anamnese detalhada e exame físico minucioso, seguidos, quando necessário, da realização de exames laboratoriais e de imagem. A integração desses elementos possibilita identificação mais precisa da condição subjacente, contribuindo para manejo adequado e redução do risco de complicações (**Tabela 3.1**).

Tabela 3.1 Diagnóstico Diferencial do Abdome Agudo Inflamatório

CONDIÇÃO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	EXAMES LABORATORIAIS	EXAMES DE IMAGEM
Apendicite Aguda	Dor periumbilical migrando para FID, febre baixa, anorexia, náuseas, vômitos. Sinal de Blumberg positivo.	Leucocitose com desvio à esquerda, PCR elevada.	USG abdominal, TC de abdome.
Colecistite Aguda	Dor no hipocôndrio direito, irradiando para escápula, febre, náuseas, vômitos. Sinal de Murphy positivo.	Leucocitose, PCR elevados, aumento da bilirrubina e FA se houver obstrução.	USG abdominal, TC de abdome se dúvida diagnóstica.
Pancreatite Aguda	Dor epigástrica intensa, em faixa, irradiada para dorso, náuseas, vômitos e febre. Sinal de Cullen e Grey-Turner em casos graves.	Amilase e lipase elevadas (lipase mais específica), leucocitose e PCR elevados.	USG abdominal, TC de abdome contrastada.
Diverticulite Inflamatória Pélvica (DIP).	Dor pélvica difusa, febre, secreção vaginal anormal, dispareunia.	Leucocitose, PCR elevados, cultura de secreção vaginal e testes para DSTs.	USG transvaginal, TC de abdome em casos duvidosos.
Pielonefrite	Dor abdominal súbita e intensa, podendo haver sinais de peritonite, como abdome rígido e sinais de Jobert ou peritonal.	Leucocitose e acidose metabólica nos casos graves.	Radiografia de abdome em ortostase e TC de abdome.
GECA (gastroenterite aguda)	Dor cólica, distensão abdominal, náuseas, vômitos, ausência de evacuação e eliminação de gases.	Alterações hidroeletrólíticas secundárias a vômitos prolongados.	Radiografia de abdome e TC de abdome.
Diverticulite Aguda	Dor na FIE, febre, alteração do hábito intestinal.	Leucocitose com desvio à esquerda, PCR aumentada.	TC de abdome (espessamento da parede do cólon, abscesso ou extravasamento de ar)

Fonte: KENDALL, J. L. *et al.* UPTODATE. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. UPTODATE, 2025.

TRATAMENTO

O abdome agudo inflamatório apresenta diversas etiologias, exigindo abordagens terapêuticas específicas. A presença do componente inflamatório torna o tratamento de suporte clínico inicial imprescindível em todas as etiologias, incluindo hidratação venosa com o objetivo de manter a euvolemia e controle sintomático adequado. Além disso, pode haver associação com componente infeccioso, demandando antibioticoterapia.

Considerando que muitas dessas condições possuem tratamento de natureza cirúrgica, deve-se atentar para a importância do encaminhamento precoce ao cirurgião. Algumas etiologias requerem abordagem cirúrgica de urgência, como apendicite aguda, colecistite aguda e determinadas formas de diverticulite. Outras podem demandar abordagem clínica inicial, com indicação cirúrgica subsequente, como nos casos de colecistite, pancreatite biliar e diverticulite complicada. Há ainda situações em que a conduta é exclusivamente clínica, como em determinados casos de pancreatite aguda, diverticulite não complicada, pielonefrite e gastroenterocolite aguda (GECA).

O diagnóstico preciso, o adequado estadiamento e o acompanhamento evolutivo de cada uma dessas condições são fundamentais para a definição da estratégia terapêutica mais apropriada.

REFERÊNCIAS:

1. CARDOSO, F. V. *et al.*, Manejo e conduta do abdome agudo: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 5, 2022. DOI: 10.25248/REAS.e10226.2022.
2. KENDALL, J.; MOREIRA, M. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. In: HOCKBERGER, R. (ed.). UpToDate. Waltham: UpToDate, 2020.
3. TOWNSEND, R.; BEAUCHAMP, B.; EVERS, M. *et al.* SABISTON: tratado de cirurgia - a base biológica da prática cirúrgica moderna. 2Vol. 20ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.