Abdome agudo na criança

Anna Letícia de Sousa Marinho, Bruno Pinheiro Falcão, Isadora Alves de Carvalho, Kalynne Rodrigues Marques, Rogério de Araújo Medeiros, Jeferson Anderson Medeiros

DEFINIÇÃO

O acesso vascular é uma via de administração que tem por objetivo alcançar diretamente as veias, sendo realizado rotineiramente em pacientes hospitalizados. Pode ser utilizado para administração de fluidos, medicações, compostos sanguíneos, nutrição parenteral, terapêutica substitutiva renal de urgência, tratamentos com quimioterapia e, ainda, para realização de monitoramento hemodinâmico.

A cateterização vascular é um procedimento complexo e de fundamental importância, sendo ainda mais desafiador quando executado em crianças. Por esse motivo, várias técnicas foram desenvolvidas com o intuito de facilitar a realização desses acessos e tentar reduzir situações traumáticas tanto para a criança quanto para os profissionais em atividade. O dispositivo de acesso específico para cada situação e o local escolhido baseiam-se nas indicações, na previsão da duração do uso, na urgência da necessidade e na idade do paciente.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Na emergência, é importante realizar uma avaliação clínica objetiva para identificar, de início, se a criança corre algum risco de morte e, em caso afirmativo, seguir com estabilização e posterior investigação da etiologia. Na pediatria, a anamnese será contada pelo responsável da criança e as perguntas devem ser direcionadas, de modo a conduzir o narrador.

As principais variáveis da história clínica que vão contribuir na identificação de uma causa específica de dor abdominal são: idade do paciente, infecções coexistentes, história de trauma, cirurgia abdominal prévia, febre, vômitos, diarreia, localização da dor, padrão dos sintomas e história ginecológica para meninas na puberdade. É importante também, durante a anamnese, questionar os pais sobre o histórico médico da criança, pois a dor abdominal aguda pode ser a exacerbação de uma condição crônica, como intolerância alimentar, constipação e dor abdominal funcional.

Existem condições mais comuns em cada faixa etária (**Quadro 5.1**), portanto, a idade da criança vai direcionar o diagnóstico, auxiliando o médico em sua investigação. Como as crianças menores não conseguem descrever ou localizar a dor, os sinais e sintomas associados ao abdome agudo nas fases precoces da vida são mais inespecíficos.

O exame físico também é essencial para direcionar a provável etiologia da dor e deve ser abrangente, incluindo ectoscopia, sinais vitais, exame abdominal detalhado e exame extra-abdominal.

DOI: 10.59290/978-65-6029-180-5.5

Quadro 5.1 Diagnósticos diferenciais de dor abdominal aguda segundo a idade

Menores de 2 anos	2 a 5 anos de idade	5 a 12 anos	Maiores de 12 anos
Cólica infantil	Gastroenterite	Gastroenterite	Apendicite aguda
Gastroenterite	Apendicite aguda	Apendicite aguda	Gastroenterite
Constipação	Constipação	Constipação	Constipação
Infecção urinária	Infecção urinária	Infecção urinária	Dismenorreia
Intussuscepção	Intussuscepção	Trauma	Anexite
Volvo (má rotação)	Volvo	Pneumonia	Torção ovariana
Hérnia encarcerada	Trauma	Adenite mesentérica	Gravidez ectópica
Doença de Hirschsprung	Adenite mesentérica	Faringite aguda	Mittelschmerz
Estenose hipertrófica de piloro	Pneumonia	Púrpura Henoch-Schonlein	Nefrolítiase
Atresia jejunal	-	-	Torção testicular
Enterocolite necrotizante	-	-	-

Fonte: Adaptado de Burns *et al.* (2017).

Na ectoscopia, a aparência e hidratação da criança devem ser observadas. Pacientes com hipovolemia ou peritonite podem apresentar sinais de perfusão insuficiente. Além disso, crianças com sinais de peritonite preferem ficar quietas, enquanto crianças com cólica biliar ou renal se contorcem de dor. É importante avaliar a presença de icterícia, que pode indicar de hemólise ou hepatite.

Os sinais vitais também vão fornecer pistas para o diagnóstico, pois a dor abdominal associada a sinais como febre pode sugerir infecção associada, a taquipneia pode sugerir doença respiratória ou hiperventilação por acidose metabólica e a hipotensão pode indicar perda de volume intravascular ou choque séptico por peritonite. No exame físico geral, é importante estar atento para as possíveis causas extra-abdominais da dor.

O exame abdominal deve ser completo e incluir inspeção, ausculta, palpação e percussão quando a criança está quieta, cooperativa e em posição confortável. Sempre deve se considerar a característica da dor (**Quadro 5.2**) e pedir para a criança apontar onde é o foco da dor, para que o examinador, em posição correta (a direita do paciente), possa proceder sua avaliação de maneira delicada, iniciando a palpação do local com menor probabilidade de dor para o local com maior dor. O toque retal também deve ser realizado, com atenção para presença de sangue e massa fecal palpável. Em meninas sexualmente ativas e com suspeição de gravidez (aborto espontâneo, gravidez ectópica) ou doença inflamatória pélvica, é importante associar o exame vaginal.

Quadro 5.2 Etiologia x padrão característico da dor abdominal

Etiologia	Padrão da dor abdominal
Apendicite	Periumbilical, migrando para a fossa ilíaca direita
Ruptura do apêndice (precoce) e torção ovariana	Aguda, grave e focal
Intussuscepção	Intermitente, com cólica
Gastroenterite	Difusa ou vaga
Hepatite e colecistite	Quadrante superior direito
Gastrite e úlcera gástrica	Epigástrica
Pancreatite	Dor periumbilical e/ou subxifoide, constante, frequentemente irradiando para as costas

Nefrolitíase	Dor no flanco com irradiação ao abdome lateral médio e inferior
Constipação	Intermitente, frequentemente do lado esquerdo

Fonte: Adaptado de Neuman (2021).

EXAMES COMPLEMENTARES

Devem ser realizados estudos laboratoriais e radiográficos quando a história e/ou exame físico demonstram achados focais ou sugerem diagnósticos relativos (como lesão intra-abdominal, apendicite, obstrução intestinal ou infecção). A escolha dos testes deve ser baseada na idade da criança e nos diagnósticos em consideração.

Entre os exames complementares estão os laboratoriais (**Quadro 5.3**) e os de imagem. Os exames de imagem são componente essencial da avaliação de algumas crianças com dor abdominal aguda que apresentam características clínicas preocupantes, como trauma, irritação peritoneal, sinais de obstrução, massas, distensão ou sensibilidade e/ou dor focal.

Dentre os exames de imagem, a radiografia simples do abdome em ortostase pode demonstrar sinais de obstrução ou perfuração intestinal. Em casos de suspeita de pneumonia, afecções cardíacas ou derrame pleural, a radiografia de tórax posteroanterior e em perfil pode auxiliar o diagnóstico.

A ultrassonografia (USG) (**Figura 5.1**) é um exame vantajoso, uma vez que pode ser feito a beira leito e não expõe o paciente à radiação, além de ser útil ao diagnóstico de várias condições, como, por exemplo, intussuscepção, cálculos biliares, alterações do trato geniturinário, gravidez tubária, adenite mesentérica e apendicite aguda.

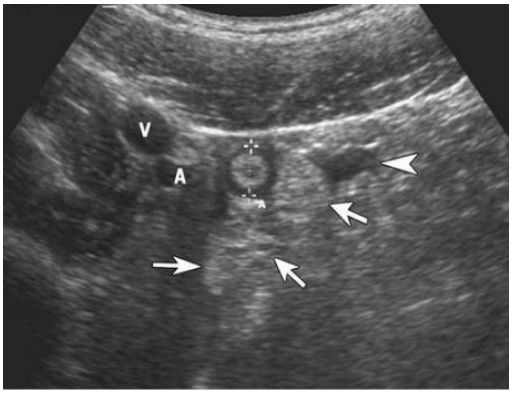
A tomografia computadorizada (**Figura 5.2**), ao contrário da USG, expõe a criança à radiação e geralmente não é utilizada como imagem primária para a avaliação da dor abdominal.

Quadro 5.3 Exames laboratoriais

Exames laboratoriais
Hemograma completo
Função hepática (TGO, TGP)
Eletrólitos
Função renal
Sumário de urina
Glicemia
Beta HCG
PCR
Amilase e lipase

Fonte: Adaptado de Neuman (2021).

Figura 5.1 Ultrassonografia abdominal evidencia apêndice de paredes espessadas e adenomegalia mesentérica periapendicular



Fonte: UpToDate.

DIAGNÓSTICO

A dor abdominal aguda é uma queixa muito recorrente na infância e é um motivo importante de atendimentos no pronto-socorro. Apesar de, na maioria dos casos, se tratar de uma doença autolimitada, algumas etiologias que cursam com esse sintoma exigem tratamentos especí-

ficos e algumas situações necessitam, até mesmo, de intervenções cirúrgicas.

Figura 5.2 Tomografia computadorizada de abdome com contraste demonstra apêndice com paredes espessadas e infiltração de gordura mesentérica



Fonte: UpToDate.

As causas mais comuns de dor abdominal aguda na criança são a constipação, as gastroenterites e as infecções do trato urinário. O diagnóstico dessas afecções pode ser dado com base na avaliação clínica do paciente, levando-se em conta a história e os sinais e sintomas apresentados.

A constipação, frequentemente referida, tem como principais características: dois ou menos episódios de evacuações por semana, incontinência fecal, fezes palpáveis na região do reto, além de dores ou dificuldade à defecação. Pode ocorrer, ainda, irritabilidade, redução do apetite ou saciedade precoce, que melhoram após a evacuação. O diagnóstico é confirmado pelo surgimento desses sintomas há dois meses e ausência de processos.

As gastroenterites são constatadas pelo exame clínico do paciente. Normalmente cursam com dor abdominal difusa, que pode aumentar após a ingestão de alimentos, diarreia, inapetência e vômitos. Ao exame físico, o abdome encontra-se flácido e os ruídos hidroaéreos podem estar aumentados, mas não há sinal de inflamação peritoneal.

As infecções do trato urinário (ITUs) também podem cursar com dores abdominais, principalmente nos lactentes e pré-escolares. O diagnóstico é confirmado pela clínica e pelo exame laboratorial. O paciente normalmente apresenta febre, alterações do hábito miccional e disúria. Em alguns casos, observa-se, ao exame físico, reação dolorosa a punho percussão (sinal de Giordano positivo), persistência de bexiga palpável após micção e aumento do volume renal, também evidenciado à palpação (hidronefrose), situações indicativas de obstrução da via urinária.

Dentre os exames laboratoriais, destacam-se o sumário de urina e a urocultura. Quando há processo infeccioso em curso, o exame evidencia piúria (presença de cinco ou mais piócitos por campo) e bacteriúria (presença de uma ou mais bactérias em gota de urina).

Outras causas que exigem cuidado especial, pela necessidade de intervenção cirúrgica, são a apendicite aguda, a intussuscepção e a enterocolite necrotizante.

- Apendicite aguda: nos casos típicos, o diagnóstico é essencialmente clínico. É dado pela análise das características da dor, com início súbito, localização periumbilical com irradiação para fossa ilíaca direita, seguida por náuseas, vômitos e febre. Ao exame do abdome, dor à descompressão brusca. Em casos duvidosos ou com manifestações atípicas, alguns exames podem auxiliar no diagnóstico, como o hemograma, que pode cursar com leucocitose, e a USG, que pode eviden-

ciar apêndice com diâmetro aumentado e/ou sinais infecciosos periapendiculares, como borramento da gordura mesentérica, adenomegalia e coleções localizadas.

- Intussuscepção: mais comum em crianças de dois meses a dois anos de idade, caracteriza-se por uma dor abdominal de início súbito, em cólica, com períodos de alívio, fezes avermelhadas "em geleia de groselha" e vômitos biliosos. Ao exame físico, um achado marcante é a presença de uma massa palpável em "formato de salsicha", em abdome médio ou superior. O diagnóstico é confirmado por meio da USG, que identifica o segmento intestinal invaginado ("sinal de alvo").

- Enterocolite necrotizante: doença mais comum em pacientes neonatos prematuros, com diagnóstico sugerido pelos achados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais (como neutropenia, trombocitopenia, acidose metabólica e hiponatremia) e confirmado através de exames de imagem, como raio-X, evidenciando pneumatose intestinal (gás intramural), e USG, detectando presença de gás na veia porta.

TRATAMENTO

O tratamento deve ser realizado conforme a etiologia, no entanto, enquanto o diagnóstico não é elucidado e a indicação cirúrgica não for descartada, o paciente deve ser estabilizado, mantido em dieta oral zero e com boa analgesia.

Clínico

O tratamento da constipação consiste na educação e orientação sobre a importância do aumento da ingestão de fibras e de fluidos, estímulo à prática de atividades físicas e informações sobre a importância de não ignorar o desejo de evacuar. Se houver impactação fecal, é muito importante realizar o esvaziamento do cólon e do reto, inicialmente com o uso de enemas, por via retal, ou laxantes, por via oral, ou remoção manual em centro cirúrgico em casos refratários.

Por se tratar de doença autolimitada, a conduta ideal para a gastroenterite é a terapia de reposição oral, associada a repouso e sintomáticos.

Já o tratamento das ITUs é mediante antibioticoterapia, que deve ser iniciada antes mesmo do resultado dos exames laboratoriais. Os principais medicamentos utilizados são as cefalosporinas de 1ª geração e a associação sulfametoxazol (SMX) + trimetoprim (TMP) (na dose de 6 mg/kg de TMP + 30 mg/kg de SMX de 12/12 horas por 3 a 5 dias, em crianças até 12 anos). O alívio dos sintomas é conferido pelo uso de analgésicos e antitérmicos.

O tratamento clínico da enterocolite necrotizante é baseado em jejum prolongado (7 a 14 dias), com sondas naso ou orogástricas abertas, antibióticos de amplo espectro (como ampicilina, gentamicina e metronidazol), reposição hídrica hemodinâmica.

Cirúrgico e estabilização

Após confirmação diagnóstica, a conduta para algumas causas de dor abdominal é a intervenção cirúrgica (**Figura 5.3**). Por se tratar de situações graves, é importante que o manejo seja rápido e eficaz.

- Apendicite aguda: inicia-se antibioticoprofilaxia e a cirurgia deve ser realizada em caráter de urgência. A intervenção envolve a remoção do apêndice através de incisão na região da fossa ilíaca

direita ou por videolaparoscopia. Nos casos de apendicite complicada, com perfurações ou abscessos, recomenda-se limpeza exaustiva da cavidade e terapêutica com antibióticos de amplo espectro, pelo risco potencial de abscessos.

- Intussuscepção: a indicação cirúrgica depende de condições relativas ao paciente. A maioria dos casos pode ser tratada de maneira não cirúrgica, através da redução por enema, hidrostática ou pneumática. Crianças maiores de 5 anos, casos refratários à redução por enema, recidivas e pacientes com estado geral comprometido devem ser submetidos à cirurgia, que consiste na redução manual da invaginação. Na presença de necrose, recomenda-se ressecção do segmento acometido e confecção de anastomose primária ou ostomia (em casos de perfuração).

- Enterocolite necrosante: as indicações cirúrgicas são baseadas em evidências clínicas, laboratoriais e radiológicas de necrose ou perfuração intestinal. Sinais como hipotensão, letargia, oligúria, massa abdominal palpável, tensão e hiperemia de parede abdominal, acidose metabólica, alça intestinal fixa e pneumoperitôneo, podem justificar a cirurgia. O procedimento cirúrgico consiste na ressecção das áreas não viáveis e realização de estomas, por onde será expelido o conteúdo intestinal.

COMPLICAÇÔES

- Apendicite aguda: as principais complicações são infecções de ferida operatória, abscessos, obstrução intestinal e sepse;

- Intussuscepção: obstrução intestinal pós-operatória e recidivas;

- Enterocolite necrosante: as complicações tardias são retardo do desenvolvimento neurológico, estenose intestinal e síndrome do intestino curto.

Figura 5.3 Tratamento cirúrgico em apendicite aguda



Fonte: Acervo pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARACAT, E.C.E. & REIS, M.C. Abdome agudo. *In*: BURNS, D.A.R. *et al.* Tratado de pediatria. 4. ed. Barueri: Manole, 2017.

BURNS, D.A.R. *et al. Tratado de pediatria*. 4. ed. Barueri: Manole, 2017. vols 1 e 2.

KIM, J.H. Neonatal necrotizing enterocolitis: clinical features and diagnosis. *UpToDate*, 7 may 2021.

NEUMAN, M.I. Causes of acute abdominal pain in children and adolescents. *UpToDate,* 26 apr. 2021.

NEUMAN, M.I. Emergency evaluation of the child with acute abdominal pain. *UpToDate,* 26 apr. 2021.

SOUZA, J.C.K. *Cirurgia pediátrica*: teoria e prática. São Paulo: Roca, 2008.

TAVARES, P.B. Urgência em cirurgia pediátrica. *Revista de Pediatria SOPERJ*, v. 13, p. 35, 2012.

VO, N.J. & SATO, T.T. Intussusception in children. *UpToDate,* 26 apr. 2021.

WESSON, D.E. & BRANDT, M.L. Acute appendicitis in children clinical manifestations and diagnosis. *UpToDate*, 26 apr. 2021.