

Teoria e Prática em

# Trauma e Emergência

Edição XVI

## Capítulo 10

# MANEJO E CONDUTA DO ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

BRUNO MENEZES TEIXEIRA CAMPOS<sup>1</sup>  
KARINE COELHO DA SILVA FERREIRA<sup>2</sup>  
LARISSA DE MENEZES JQUIRIÇÁ<sup>3</sup>  
MARK ARAGÃO DOS SANTOS SILVA<sup>4</sup>  
NATÁLIA NEVES TAVARES<sup>5</sup>  
RACHEL DJMAL DANTAS<sup>4</sup>  
VITORIA AZEVEDO COSTA<sup>6</sup>  
ADRIANA RODRIGUES FERRAZ<sup>7</sup>

1. Discente - Medicina da Universidade de Vassouras - UNIVASSOURAS. (Bolsista em iniciação tecnológica pelo CNPq)
2. Discente - Medicina da Universidade do Grande Rio - Campus Barra da Tijuca - UNIGRANRIO.
3. Discente - Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC.
4. Discente - Medicina da Universidade de Vassouras - UNIVASSOURAS.
5. Discente - Medicina do Centro Universitário de Valença - UNIFAA.
6. Discente - Medicina da Universidade Federal Fluminense – UFF.
7. Docente - Medicina da Universidade de Vassouras - UNIVASSOURAS.

*Palavras Chave: Abdômen agudo; Dor abdominal; Procedimento cirúrgico.*

DOI 10.59290/978-65-6029-132-4.10

## INTRODUÇÃO

O abdome agudo corresponde a uma síndrome clínica de etiologias diferentes (VAZ, 2022), caracterizada por intensa dor em região abdominal, de início súbito ou progressivo com uma duração menor que 7 dias, podendo acometer qualquer faixa etária (KILESSSE *et al.*, 2022). Trata-se de uma condição grave e potencialmente fatal, que necessita de diagnóstico e terapêutica clínica e, ou, cirúrgica de emergência (VAZ, 2022). Dessa forma, dada a natureza potencialmente cirúrgica do abdome agudo, a avaliação rápida é necessária, seguindo a ordem habitual de investigação clínica do paciente, exame físico, exames laboratoriais e exames de imagem (TOWNSEND *et al.*, 2019). Diante disso, a classificação do abdome agudo se dá segundo a natureza do processo determinante, dividindo-se portanto em: Inflamatório, Perforativo, Obstrutivo, Vascular e Hemorrágico (BRUNETTI & SCARPELINI, 2007).

O abdome agudo de natureza inflamatória, objeto central deste capítulo, é caracterizado por processos inflamatórios agudos envolvendo órgãos abdominais vitais, como o apêndice, a vesícula biliar, o cólon, o pâncreas e as estruturas peritoneais adjacentes, ocupando uma posição destaque e representando um grupo significativo de casos. Algumas das principais causas são: colecistite aguda, apendicite aguda, diverticulite aguda e pancreatite aguda (VAZ, 2022). Cada uma dessas patologias apresenta particularidades em termos de etiologia, quadro clínico e abordagem terapêutica, por isso requer um trabalho completo e rápido para determinar se há necessidade de intervenção cirúrgica e dar início à terapia adequada (TOWNSEND *et al.*, 2019).

A colecistite aguda é caracterizada pela inflamação aguda da vesícula biliar, geralmente associada à obstrução do ducto cístico por cálculos biliares, resultando em dor no quadrante

superior direito (QSD) ou epigástrica, febre e leucocitose (CARDOSO *et al.*, 2022). Já a apendicite refere-se à inflamação aguda do apêndice vermiforme. A obstrução do apêndice por material fecal ou linfonodos aumentados pode levar à proliferação bacteriana e inflamação aguda, caracterizada por dor periumbilical migratória para a fossa ilíaca direita (FID), náuseas e vômitos (TOWNSEND *et al.*, 2019). A diverticulite, por sua vez, resulta da inflamação de divertículos, e pode levar a sintomas como dor abdominal esquerda, febre, alterações no hábito intestinal e sangramento (VAZ, 2022). A pancreatite aguda é uma inflamação súbita do pâncreas, frequentemente relacionada ao consumo excessivo de álcool ou à presença de cálculos biliares, manifestada através de dor abdominal intensa na região superior do abdome, associada a náuseas, vômitos e distúrbios metabólicos (TOWNSEND *et al.*, 2019).

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma revisão abrangente sobre o manejo e conduta do abdome agudo inflamatório, abordando as particularidades de cada uma dessas condições, as principais estratégias diagnósticas e terapêuticas, bem como as perspectivas de tratamento. A correta compreensão e o pronto reconhecimento dessas patologias são essenciais para a redução da morbimortalidade associada ao abdome agudo inflamatório.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Colecistite aguda

A vesícula biliar é um órgão pequeno, em formato de pera, localizado na parte inferior do fígado. Sua principal função é armazenar e concentrar a bile, um líquido produzido pelo fígado que auxilia na digestão de gorduras no intestino delgado. A bile é liberada pela vesícula biliar em resposta à ingestão de alimentos, especialmente alimentos gordurosos (TOWNSEND *et al.*, 2019).

A colecistite aguda é uma inflamação repentina da vesícula biliar, geralmente causada pela obstrução do ducto cístico, que é o canal que liga a vesícula biliar ao ducto biliar comum. Essa obstrução pode ser resultado da presença de cálculos biliares (colecistolitíase) ou de outras condições que levam à inflamação da vesícula. A infecção, a obstrução e fatores vasculares desempenham papéis importantes na evolução e gravidade da doença (TOWNSEND *et al.*, 2019). A colecistite aguda pode ser encontrada em todas as idades, mas é mais comum entre a 4ª e 7ª décadas de vida. Predomina no sexo feminino, com uma proporção de 2 a 4 mulheres para cada homem (TOWNSEND *et al.*, 2019).

O tratamento da colecistite aguda pode ser cirúrgico ou clínico, dependendo da gravidade do quadro e da presença de complicações. A colecistectomia, cirurgia para remoção da vesícula biliar, é a abordagem mais comum e efetiva quando diagnosticada precocemente ou em casos complicados. Em alguns casos, o tratamento clínico pode ser adotado, com hospitalização, jejum, controle dos sintomas e, se necessário, uso de antibióticos (TOWNSEND *et al.*, 2019).

A decisão sobre o tratamento deve levar em consideração a condição geral do paciente, suas comorbidades e a experiência do cirurgião responsável (TOWNSEND *et al.*, 2019). A decisão sobre o momento ideal para a intervenção cirúrgica tem sido alvo de debates. No passado, muitos cirurgiões preferiam adiar a cirurgia, optando por tratamentos não cirúrgicos durante a internação inicial do paciente. Posteriormente, a colecistectomia era agendada cerca de seis semanas após o primeiro episódio. Entretanto, estudos recentes sugerem que realizar a cirurgia laparoscópica precocemente (dentro da primeira semana) pode resultar em morbimortalidade semelhante à colecistectomia aberta, além de duração hospitalar comparável e taxa de conversão equivalente (TOWNSEND *et al.*, 2019).

Em situações onde o processo inflamatório abrange de forma acentuada a região perihepática, principalmente a porta do fígado, considera-se prudente a conversão precoce para a colecistectomia por laparotomia. Quando a inflamação é considerável, a opção pela colecistectomia parcial (técnica de *Thorek*) é adotada, envolvendo o corte transversal da vesícula no infundíbulo com cauterização da mucosa remanescente, a fim de evitar danos ao colédoco (TOWNSEND *et al.*, 2019).

Para pacientes com colecistite aguda que apresentam riscos cirúrgicos significativos, a drenagem percutânea da vesícula emerge como uma alternativa. Esse procedimento, frequentemente guiado por ultrassonografia e realizado com anestesia local e leve sedação, pode atuar como uma medida temporária para drenar a bile infectada. A drenagem percutânea proporciona alívio sintomático e melhora na fisiologia, permitindo o adiamento da colecistectomia por um período de três a seis meses, sob monitoramento médico constante (TOWNSEND *et al.*, 2019).

### **Apendicite**

A apendicite aguda é uma das principais causas de abdome agudo inflamatório, tendo uma maior prevalência em jovens, entre 10 e 30 anos de idade, e com discreta predisposição em pacientes do sexo masculino (UTIYAMA *et al.*, 2011). A mortalidade associada à apendicite em ambientes de saúde é estimada em pouco menos que 1%, no entanto, para pacientes com apendicite perfurada chega a 3%, e em caso de pacientes idosos pode atingir até 15% (DE FREITAS, 2009). O apêndice é uma estrutura tubular, alongada, rica em tecido linfóide, que mede em média de 5 a 7 cm de comprimento e que se localiza aproximadamente a 3cm abaixo da válvula ileocecal na parede posteromedial do ceco, no local onde ocorre a confluência das tênis cólicas. Denota-se uma relação constante, porém não fixa com o ceco podendo sua ponta

se localizar em diferentes posições dentro da cavidade abdominal, sendo a mais comum, retrocecal. A obstrução luminal é, na maioria das vezes, o primeiro episódio a acontecer e pode ter como principais fatores o fecalito, hiperplasia linfoide, corpos estranhos, parasitas, doença de Crohn, tumores primários ou metastáticos (UTIYAMA *et al.*, 2011).

Em um segundo momento, em razão da oclusão primária na porção proximal, há o aumento da secreção mucoide na região, promovendo não só uma elevação da pressão intraluminal, mas também a distensão do órgão (DE FREITAS, 2009). Dessa forma, a pressão de perfusão capilar é excedida levando a um quadro de estase venosa local, com prejuízo da circulação arterial e isquemia (UTIYAMA *et al.*, 2011). Com a alteração do epitélio da mucosa do apêndice associado a estase intraluminal, ocorre a migração de bactérias como *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis* e *Klebsiella* provocando uma inflamação transmural, que caso persista pode levar a perfuração do órgão (SELLARS & BOORMAN, 2017). O tempo decorrido desde do início da dor até suas possíveis complicações não é algo bem definido, mas na maioria dos quadros, mantém-se por volta de 48 horas para necrose e 70 horas para perfuração (DE FREITAS *et al.*, 2009).

O diagnóstico clínico da apendicite aguda é baseado, em sua grande maioria, na história clínica do paciente e em seu exame físico detalhado. As manifestações clássicas se apresentam inicialmente com uma dor periumbilical ou epigástrica, estimulada pelas fibras nervosas

aferentes em razão da distensão da parede do apêndice, seguida de anorexia, náuseas e vômitos (UTIYAMA *et al.*, 2011). Na evolução da doença, a dor migra para a região da FID promovida pela irritação das fibras nervosas somáticas em um ponto denominado de *McBurney*, que se localiza no terço médio com o terço inferior de uma linha imaginária que é traçada da espinha íliaca ântero superior direita até a cicatriz umbilical (UTIYAMA *et al.*, 2011). O exame físico do paciente com apendicite podem evidenciar sinais de irritação peritoneal como *Blumberg* (dor à descompressão brusca da parede abdominal no ponto apendicular), *Rovsing* (dor em FID após compressão em fossa íliaca esquerda), *Lapinski* (dor à compressão do ceco contra a parede posterior do abdome, enquanto o doente eleva o membro inferior direito esticado), *Psoas* (dor a extensão do quadril direito, em casos de apendicite retroperitoneal retrocecal) e *Obturador* (dor a rotação interna da coxa, em casos de apendicite pélvica) (SELLARS & BOORMAN, 2017).

A escala de Alvarado, **Tabela 10.1**, é uma das ferramentas utilizadas para auxiliar no diagnóstico da apendicite aguda, baseado unicamente em achados físicos e no hemograma. Com uma pontuação menor que 3 (índice baixo), há praticamente a exclusão da hipótese diagnóstica de apendicite. Entre 4 - 6 pontos (índice intermediário), a sensibilidade é de 35% para casos positivos de apendicite, e com 7 pontos ou mais (índice alto) encontra-se 78% dos casos positivos em mulheres e 94% em homens (DE FREITAS *et al.*, 2009).

**Tabela 10.1** Escala de Alvarado

Sintomas	Pontuação
Dor migratória para a fossa íliaca direita	1
Náuseas e vômitos	1
Anorexia	1
Sinais	
Defesa na fossa íliaca direita	2

Descompressão súbita dolorosa	1
Febre (acima de 37,2°C)	1
<b>Achados laboratoriais</b>	
Leucocitose	2
Desvio para esquerda	1

0-3 = probabilidade baixa de apendicite. Buscar outras hipóteses diagnósticas/4-6 = probabilidade intermediária. Observação + USG/7-9 = probabilidade alta. Apendicectomia recomendada. **Fonte:** Adaptado de DE FREITAS *et al.*, 2009.

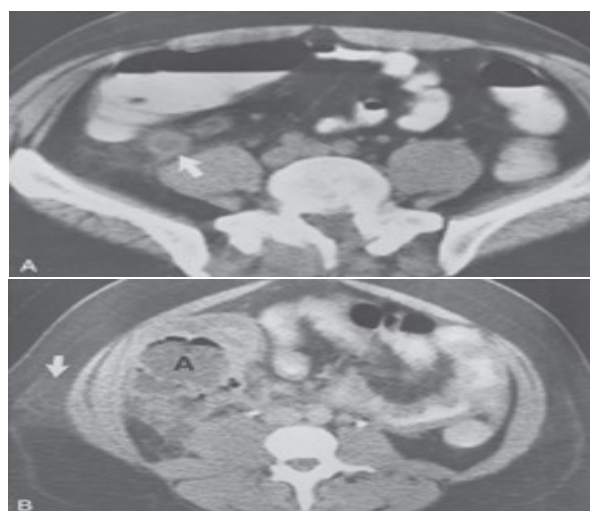
Em pacientes que a história clínica e o exame físico não foram satisfatórios para fechar o diagnóstico, podemos solicitar alguns exames complementares, como laboratório e imagem (UTIYAMA *et al.*, 2011). No laboratório é habitual encontrar o aumento dos marcadores inflamatórios, como a Proteína C reativa (PCR) e glóbulos brancos, ambos apresentando alta sensibilidade para apendicite, porém baixa especificidade (SELLARS & BOORMAN, 2017). Já no exame de imagem, a radiografia simples (RX), apesar de pouco acrescentar na elucidação do diagnóstico de apendicite, é solicitado de forma sistemática na abordagem na maioria dos pacientes com abdome agudo, a fim de excluir outros possíveis diagnósticos diferenciais (DE FREITAS *et al.*, 2009).

Alguns prováveis achados que podem ser encontrados compreende a presença de fecalitos no quadrante inferior direito (QID) e níveis hidroaéreos no ceco e íleo terminal, distensão do delgado, apagamento do psoas direito e borramento da gordura do peritônio parietal (DE FREITAS *et al.*, 2009). A ultrassonografia (USG) já é mais utilizada em pacientes que não devemos expor a radiação, como crianças e grávidas, sendo uma escolha de exame seguro para descartar diagnósticos diferenciais da apendicite. Quando inflamado, o ultrassom pode revelar alguns sinais, como a presença de apendicolito, espessura da parede apendicular, distensão ou obstrução do lúmen apendicular que torna o órgão pouco compressível e coleções líquidas na área (UTIYAMA *et al.*, 2011). O surgimento do doppler na USG vem contribuir para avaliar

o aumento do fluxo sanguíneo na região, reforçando a ideia de um apêndice inflamado (UTIYAMA *et al.*, 2011).

Por fim a Tomografia Computadorizada (TC), é o exame altamente sensível e específico para diagnóstico de apendicite, seus achados mais comuns são distensão do órgão, espessamento da parede luminal e densificação de sua gordura pericecoapendicular, **Figura 10.1**, além de fornecer dados, caso estejam presentes, de outras patologias associadas ao caso (DE FREITAS *et al.*, 2009). O tratamento da apendicite aguda é em sua totalidade cirúrgico, sendo necessária ser efetuada de maneira rápida e efetiva para se evitar possíveis complicações futuras (UTIYAMA *et al.*, 2011).

**Figura 10.1** Imagem da TC em apendicite aguda



**Legenda:** Um apêndice retrocecal distendido de parede espessada (seta) é observado com processo inflamatório na gorsura circundante configurando uma apendicite não complicada (A) e um abscesso apendicular retrocecal (A) com fleimão associado com o processo inflamatório estendendo-se pela musculatura do flanco na gordura subcutânea (seta) configurando uma apendicite complicada (B). **Fonte:** TOWNSEND *et al.*, 2019.

A partir do diagnóstico de doença, há o início do preparo pré-operatório com a introdução de antibióticos que abrangem tanto germes aeróbios e anaeróbios presentes na flora intestinal, a fim de reduzir a ocorrência de infecções da ferida operatória e abscessos intraperitoneais (DE FREITAS *et al.*, 2009). A apendicectomia laparoscópica apresenta benefício em relação a cirurgia aberta pela possibilidade de explorar a cavidade peritoneal, permitindo descartar outras hipóteses diagnósticas de abdome agudo, além de atribuir menor chance de infecção, dor no pós operatório e um retorno mais rápido ao ambiente de trabalho (SELLARS & BOORMAN, 2017). Esse método ainda pode ser feito mesmo em uma peritonite generalizada, permitindo a retirada do apêndice junto a aspiração dos locais supurados e lavagem da área intra-abdominal (DE FREITAS *et al.*, 2009). Já na cirurgia aberta, há preferência, nos pacientes não complicados, das incisões na FID, *Mcburney* (oblíqua) ou *Davis* (transversa) por permitirem não só um melhor acesso a área que se localiza o apêndice, mas também um melhor efeito estético e menor índice de hérnias incisionais no pós operatório (DE FREITAS *et al.*, 2009).

Desse modo, há pouca diferença entre os benefícios entre uma apendicectomia clássica aberta e a videolaparoscópica, sendo habitualmente retirado o apêndice mesmo em casos de erro diagnóstico, visto que, apesar de visualmente não estar inflamado na cirurgia, pode apresentar histologicamente características de uma apendicite em fase precoce (DE FREITAS *et al.*, 2009). Ao longo dos anos, a videolaparoscopia tem sido preferência cirúrgica em pacientes obesos e grávidas (UTIYAMA *et al.*, 2011).

### **Diverticulite**

A diverticulose do intestino grosso refere-se à presença de divertículos no cólon (SEA *et al.*,

2008). Já a diverticulite pode ser conceituada por um comprometimento inflamatório e infeccioso dos divertículos presentes no cólon, mais frequentemente no sigmoide. Em relação a sua fisiopatologia, divertículo é definido como uma herniação assintomática e não complicada presente no cólon, sendo desenvolvido nos “pontos de fragilidade” definidos pela passagem dos vasos sanguíneos. Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença, é a baixa ingestão de fibras na alimentação, com isso, aumenta a pressão no local de fragilidade, gerando uma profusão da camada da mucosa sobre a camada muscular circular do intestino. Dentre os fatores de risco para esse quadro, podem ocorrer obstrução do divertículo, estase, alteração da flora bacteriana e isquemia local (FANTOZZI *et al.*, 2021).

Na maioria dos casos, pacientes com divertículos são assintomáticos, dificultando estimular sua prevalência (SEA *et al.*, 2008). Além disso, a diverticulose possui uma relação direta com a evolução da idade; indivíduos com menos de 30 possuem menos de 2% de probabilidade de desenvolver a doença, entretanto, a faixa etária entre 60 a 80 anos, a chance aumenta para 40% a 80%; nos pacientes com idade mais avançada, o quadro clínico da doença tende a ser mais grave, tendo um prognóstico menos satisfatória. Todavia, em relação aos sexos, não existe nenhuma evidência científica que evidencie um mais prevalente (FANTOZZI *et al.*, 2021).

A diverticulite aguda é dividida em diverticulite não complicada e diverticulite complicada. A diverticulite não complicada está associada à dor e sensibilidade no quadrante inferior esquerdo (QIE), febre baixa, náuseas, vômitos e leucocitose moderada. Enquanto a diverticulite complicada, além dos sinais e sintomas citados acima, apresenta também secreção de muco aumentada, diarreia e quadros obstrutivos no

trato gastrointestinal (TGI) (FANTOZZI *et al.*, 2021).

Diante disso, a diverticulite não complicada, ocorre um acúmulo de tecido mole pericó-

lico, flegmão e/ou espessamento da parede colônica. Entretanto, é possível estagnar a diverticulite complicada através dos critérios de Hinchey, **Tabela 10.2** (FANTOZZI *et al.*, 2021).

**Tabela 10.2** Estágios de Hinchey

Estágio 0	Diverticulite não-complicada
Estágio I	A- Ar pericólico ou pequena quantidade de fluido pericólico sem abscesso (com menos de 5cm de segmento intestinal inflamado)
	B- Abscesso ≤4cm
Estágio II	A- Abscesso >4cm
	B- Presença de gás a distância (acima de 5 cm do segmento intestinal inflamado)
Estágio III	Fluido difuso sem presença de gás a distância
Estágio IV	Fluido difuso com presença de gás a distância

**Fonte:** Adaptado de FANTOZZI *et al.*, 2021.

No estágio I (abscesso pericólico), a dor é localizada na fossa ilíaca esquerda (FIE), podendo haver um plastrão palpável, ou seja, uma área endurecida de foco inflamatório ou um abscesso, com descompressão positiva e localizada. Já no estágio II, o plastrão costuma ser maior e a dor também em região hipogástrica. Nos estádios III e IV, a dor abdominal é difusa com sinais clínicos de peritonite generalizada, nesse caso geralmente os ruídos hidroaéreos estão diminuídos ou ausentes (UTIYAMA *et al.*, 2011).

A clínica da doença apresentada, o sintoma inicial mais frequente é dor abdominal, sendo constante e localizada no QIE, podendo apresentar irradiação para as costas, região inguinal ou todo abdome, este sendo indicativo de peritonite generalizada. A duração e a gravidade dos sintomas dependem se o paciente apresenta um processo inflamatório difuso ou localizado. Além dos sintomas citados acima, febre e queixas urinárias também são frequentes (UTIYAMA *et al.*, 2011).

Ademais, deve ser realizado uma TC de abdome, sendo considerado o melhor método de imagem para diagnóstico e diferenciação da doença; sendo possível avaliar os componentes

intramurais do processo inflamatório e estimar a extensão intra e retroperitoneal; desse modo, diferenciando a doença diverticular de diverticulite (SEA *et al.*, 2008).

Em pacientes com diverticulite não complicada, a conduta mais utilizada é o uso de antibióticos com cobertura para gram negativos e anaeróbicos em terapia ambulatorial. Além disso, é recomendado o aumento da ingestão de fibras, uso de probióticos. Em sua maioria, pacientes com diverticulite não complicada não necessitam de tratamento cirúrgico (FANTOZZI *et al.*, 2021).

Entretanto, na diverticulite complicada é indicado a realização do estadiamento para obter um melhor direcionamento para o tratamento (FANTOZZI *et al.*, 2021). De acordo com a classificação de Hinchey, no Estágio I, é recomendado a internação do paciente e antibioticoterapia para cobrir bactérias gram negativas e anaeróbicas. Nesse caso, em casos leves e com o paciente bem orientado, o tratamento é realizado ambulatorialmente, apenas se houver piora clínica é indicada a realização de cirurgia (UTIYAMA *et al.*, 2011).

No Estágio 2, são casos onde possuem abscesso localizado, logo, a TC é utilizada para ori-

entar a drenagem percutânea, se a conduta for bem sucedida, poderá permanecer em tratamento clínico como no estágio anterior, em uso de antibiótico. Quando não for possível realizar a drenagem ou o paciente não apresentar uma melhora clínica significativa, o tratamento cirúrgico está indicado; a técnica cirúrgica indicada para esse caso é a ressecção do cólon comprometido e realizando a drenagem do abscesso (UTIYAMA *et al.*, 2011).

Todavia, para pacientes com peritonite sem presença de gás (Estágio III) e com presença de gás (Estágio IV) é indicado também o tratamento cirúrgico. Ademais, entre as técnicas cirúrgicas abertas, é recomendado cirurgia a Hartmann para os pacientes mais críticos e com comorbidades associadas, enquanto que para pacientes sem comorbidades é recomendado a anastomose primária. Entretanto, há uma preferência das cirurgias laparoscópicas realizadas por vídeo (FANTOZZI *et al.*, 2021). Por conseguinte, o tratamento cirúrgico é mais indicado nos casos complicados onde apresenta abscesso e perfuração (UTIYAMA *et al.*, 2011).

### **Pancreatite aguda**

A pancreatite aguda é uma doença causada pela alteração de forma não controlada de enzimas pancreáticas e liberação de diversos mediadores inflamatórios, e é analisado que sua etiologia corresponde à litíase biliar ou consumo excessivo de álcool os quais causam a inflamação do pâncreas (FERREIRA *et al.*, 2015). O diagnóstico é baseado em parâmetros clínicos, laboratoriais ou de imagem. Na maioria das vezes confinado ao pâncreas, com efeitos sistêmicos mínimos. Essa forma leve é caracterizada por boa evolução clínica e baixa mortalidade. A pancreatite aguda pode ser dividida, baseado em sua severidade, em uma forma leve, moderada ou grave. Tal divisão se dá a partir tanto da apresentação clínica da doença quanto

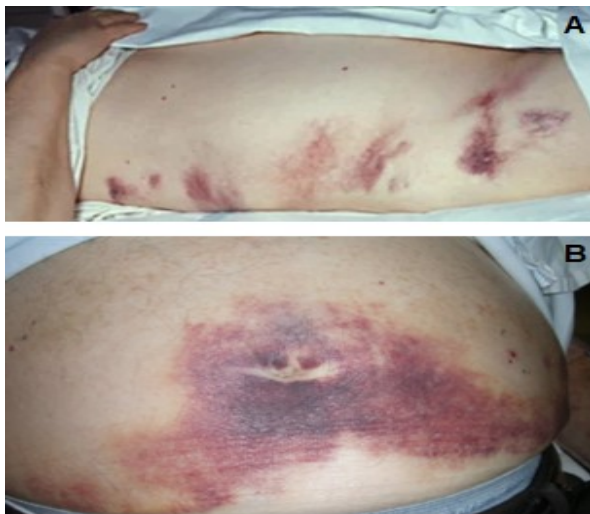
pelo exame de imagem e pela dosagem da amilase e lipase séricas. Essa doença pode tornar-se crônica quando o tecido do pâncreas for destruído e ocasionar o aparecimento de cicatriz fibrosa no local. Vale ressaltar que os sintomas mais comuns de pancreatite crônica incluem dor abdominal, vômitos, diarreias, náuseas, perda de peso e fezes gordurosas (FERREIRA *et al.*, 2015).

É considerado o distúrbio mais comum do pâncreas em crianças e adultos. Estudos mostram que, no Brasil, a média para cada 100.000 habitantes é de 19, segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes a 2014. Tal inflamação é caracterizada por dor, náuseas, vômitos, alterações sistêmicas como hipóxia, edema local, hemorragia e insuficiência renal aguda (SOUZA *et al.*, 2016).

A pancreatite aguda é caracterizada por dor em faixa, náuseas, vômitos e alterações sistêmicas, como hipóxia, edema local, hemorragia e insuficiência renal aguda. Sinais de *Grey-Turner* (equimoses nos flancos) e *Cullen* (sinal de hemorragia retroperitoneal), **Figura 10.2**, podem estar presentes (UTIYAMA *et al.*, 2011).

Para se diagnosticar pancreatite aguda é baseado em dois dos três critérios: dor abdominal compatível com pancreatite; níveis séricos de lipase ou amilase pancreática pelo menos três vezes o limite normal; e achados radiológicos em TC, ressonância magnética (RM) ou ultrassonografia transabdominal com contraste. Na apresentação tardia, a dor abdominal pode ser característica; No entanto, os níveis de amilase e lipase no sangue serão três vezes menores do que os limites normais, portanto, exames de imagem são necessários para confirmar o diagnóstico (SOUZA *et al.*, 2016).

Figura 10.2 Sinais no exame físico de pancreatite aguda



**Legenda:** Sinal de Grey-Turner (A) e sinal de Cullen (B). **Fonte:** BEDSIDETOTHEBENCH, 2019.

Tabela 10.3 Critérios de Ranson na pancreatite aguda

Na admissão	Durante as 48 horas iniciais
Idade >55 anos	Redução do hematócrito mais de 10% (com a reposição volêmica, sem hemotransfusão)
Leucocitose >16.000/mm <sup>3</sup>	Aumento da ureia >10 mg/dl
Glicose >200 mg/dl	Cálcio <8 mg/dl
LDH* >350 UI/L	PaO <sub>2</sub> <60 mmHg
TGO* (AST) >250 UI/L	Base excess mais negativo que - 4,0
	Estimativa de perda líquida >6 litros

A presença de três ou mais desses critérios define o caso como pancreatite grave.

\* LDH - lactato desidrogenase \* TGO - transaminase oxalacética. **Fonte:** Adaptado de BASIT *et al.*, 2022.

O Apache II avalia pacientes graves no geral e possui a vantagem de poder ser calculado nas primeiras 24h de admissão, que leva em conta diversas funções orgânicas como circulatória, pulmonar, renal, cerebral, hematológica. Para torná-lo mais prático, costuma ser feito através de aplicativos on-line (MAYOW *et al.*, 2023). Já o BISAP é um escore de fácil aplicação em beira leito com parâmetros importantes para avaliar pancreatite aguda “grave” como uréia sérica >44 mg/ml (B); alteração do estado mental (I); síndrome de resposta inflamatória sistêmica (S); idade >60 anos (A) e derrame pleural (P) (ZHU *et al.*, 2024).

A TC e a RM são denominadas técnicas padrão-ouro de segmentação serial disponíveis

para poder melhor guiar a conduta terapêutica, é fundamental realizar o prognóstico através de critérios clínicos e laboratoriais validados que classificam a doença em “leve”, “moderada” e “grave”. Dentre esses critérios, tem-se os escores de Ranson, Apache II e “BISAP” (ZHU *et al.*, 2024). O escore de Ranson, Tabela 10.3, possui critérios avaliados tanto na admissão do paciente que refletem a gravidade e a extensão do processo inflamatório, quanto ao longo das primeiras 48 horas iniciais que mostram o desenvolvimento das complicações sistêmicas (BASIT *et al.*, 2022).

para diagnóstico e prognóstico de pancreatite aguda (SOUZA *et al.*, 2016). A adequação terminológica é um ponto chave que deve levar em consideração não só o manejo multidisciplinar do paciente, mas também a classificação do risco e a adequação do tratamento individualizado para cada paciente. A TC com utilização de contraste endovenoso é considerada mandatória na pancreatite classificada como “grave” para avaliar, após as primeiras 72h de início do quadro, a evolução do processo inflamatório, necrose e mostrar complicações tanto locais quanto sistêmicas e estabelecer o prognóstico do paciente com pancreatite aguda através de critérios tomográficos de gravidade avaliados pelo escore de Balthazar, Tabela 10.4 (BASIT

*et al.*, 2022). Na RM utiliza-se imagem capazes de mostrar com mais alta definição caracterís-

ticas marcantes da inflamação pancreática (SOUZA *et al.*, 2016).

**Tabela 10.4** Critérios tomográficos de gravidade - Escore de Balthazar

Grau	Morfologia do pâncreas	Evolução	Escore	Necrose pancreática	Escore
A	Normal	Boa	0	Ausente	0
B	Aumento volumétrico (focal ou difuso)	Boa	1	Até 33%	2
C	Inflamação peripancreática	Raramente fatal	2	33 a 50%	4
D	Coleção líquida única	Mortalidade >15%	3	>50%	6
E	Duas ou mais coleções ou presença de gás	Mortalidade >15%	4		

ESCORE TOTAL: Grau à TC (0-4 pontos) + Necrose pancreática (0-6 pontos)

Fonte: Adaptado de BASIT *et al.*, 2022.

A pancreatite aguda é a doença em que se verifica diversos fatores prognósticos, importantes para definir se um paciente vai evoluir para uma forma grave da doença podendo ocasionar a morte. O diagnóstico correto e o tratamento precoce são fundamentais para a recuperação do paciente (UTIYAMA *et al.*, 2011). A investigação precoce da história clínica do paciente em âmbito geral demonstra uma verdadeira importância para prevenir que casos de pancreatite aguda se tornem e evoluam para casos mais graves de pancreatite. Os exames de imagem hoje disponíveis servem para ajudar a guiar no raciocínio médico e a definirem da forma mais assertiva possível o real estado e doença do paciente podendo, com isso, promover o tratamento mais digno que possa ser ofertado para o enfermo com intuito de melhorar a sua vida como cidadão (FERREIRA *et al.*, 2015).

Para melhor entendimento sobre o assunto abordado nesse capítulo, a **Tabela 10.5**, resume

os principais pontos sobre fisiopatologia, história, exame físico, diagnóstico e tratamento sobre as principais patologias de abdome agudo inflamatório.

## CONCLUSÃO

O presente estudo observou que as diferentes causas de abdome agudo inflamatório se relacionam com manifestações clínicas características capazes de colaborar com a hipótese diagnóstica. O devido raciocínio clínico, o conhecimento dos fatores desencadeantes pelo médico, a anamnese e o exame físico eficientes nas unidades de urgência e emergência garantem um diagnóstico precoce e diminuição não apenas da sobrecarga dos grandes centros de saúde, mas também da mortalidade associada a essa síndrome.

Tabela 10.5 Comparação entre as principais patologias de abdome agudo inflamatório

<b>Etiologia</b>	<b>Fisiopatologia</b>	<b>História</b>	<b>Exame Físico</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tratamento</b>
<b>Apendicite</b>	Obstrução luminal do apêndice vermiforme que leva ao aumento da pressão intraluminal e distensão do órgão provocando uma estase venosa e, conseqüentemente, leva a isquemia e inflamação transmural por proliferação bacteriana.	Dor inicialmente difusa que migra para a região do QID do abdome, inapetência, vômitos e/ou diarreia febre. Predomínio em homens na 1ª e 3ª décadas.	Dor à palpação de e descompressão brusca positiva em FID no ponto de McBurney, conhecido também como Sinal de Blumberg	Clínico. Se duvidoso: TC de abdome inferior e pelve. Leucocitose e/ou alterações urinárias	Hospitalização com antibioticoterapia empírica e intervenção cirúrgica imediata com apendicectomia laparoscópica
<b>Colecistite aguda</b>	Inflamação repentina da vesícula biliar, geralmente causada pela obstrução do ducto cístico	Dor em QSD; piora à alimentação gordurosa. Predominante em mulheres entre a 4ª e 7ª décadas de vida.	Hipersensibilidade à palpação no QSD Sinal de Murphy positivo	História com Exame físico sugestivos; USG de abdome superior com presença de litíase e/ou inflamação de vias biliares Elevações moderadas de FA, bilirrubina, TGO/TGP e leucocitose.	Clínico com hospitalização, controle sintomático e se necessário, antibioticoterapia ou cirúrgico com colecistectomia, normalmente laparoscópica
<b>Diverticulite</b>	Comprometimento inflamatório e infeccioso dos divertículos presentes no cólon, mais frequentemente no sigmoide	Maioria assintomáticas. Anorexia e dor abdominal em QIE com febre baixa. Alteração do hábito intestinal como obstrução ou diarreia com secreção de muco como sinais de gravidade. Predomínio entre a 6ª e 8ª décadas de vida.	Dor à palpação de FIE Irradiação para flanco, dorso ou supra púbica	Clínico. Se duvidoso: TC de abdome total, USG ou RM. Leucocitose moderada	Clínico em ambulatório, dieta fibrosa e antibioticoterapia para casos não complicados. Hospitalização com estadiamento para avaliar intervenção cirúrgica com drenagem percutânea ou ressecção do cólon, para casos complicados
<b>Pancreatite aguda</b>	Processo inflamatório agudo decorrente da autodigestão do pâncreas causado pelas próprias enzimas pancreáticas	Dor “em faixa” em abdome superior com irradiação para o dorso vômitos incoercíveis, anorexia histórica de alcoolismo, uso crônico de anti-inflamatório não esteroidais, hipertrigliceridemia e outros.	Desidratação, sensibilidade à palpação epigástrica; distensão abdominal. Sinais de Grey-Turner e Cullen podem estar presentes	Achados clínicos elevação de amilase e lipase (maior ou igual a 3x o valor de referência). TC com contraste e RM.	Clínico com Reposição hídrica e eletrólitos, suporte nutricional, antibioticoterapia e dependendo da gravidade, cirúrgico com colangiopancreatografia retrógrada endoscópica ou colecistectomia laparoscópica

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASIT, H. *et al.* Ranson Criteria. In: StatPearls. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls, 2022.
- BEDSIDETOTHEBENCH. Bedside to the Bench: Semiologia clínica. 2019. Disponível em: <<https://bedsidetothebench.wordpress.com/author/bedsidetothebench/>>. Acesso em: 13 maio. 2024.
- BRUNETTI, A. & SCARPELINI, S. Abdômen agudo. Biblioteca Escolar em Revista, v. 40, n. 3, p. 358, 2007. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v40i3p358-367>.
- CARDOSO, F.V. *et al.* Manejo e conduta do abdome agudo: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 5, p. e10226, 2022. <https://doi.org/10.25248/reas.e10226.2022>.
- DE FREITAS, R. *et al.* Apendicite aguda. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, v. 8, n. 1, 2009.
- FANTOZZI, B.G. *et al.* Doença diverticular e diverticulite aguda: atualização de manejo e métodos cirúrgicos indicados, Brazilian Journal of Development, v. 7, ed. 4, p. 42844, 2021. DOI:10.34117/bjdv7n4-649.
- FERREIRA, A.F. *et al.* Acute pancreatitis gravity predictive factors: which and when to use them? ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 28, n. 3, p. 207, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202015000300016>.
- KILELSE, C.T.S.M. *et al.* Abdome agudo no departamento de emergência: uma revisão. Brasília Médica, v. 59, p. 1, 2022. DOI - 10.5935/2236-5117.2022v59a247.
- MAYOW, A.H. *et al.* A Systematic Review and Meta-Analysis of Independent Predictors for Acute Respiratory Distress Syndrome in Patients Presenting With Sepsis. Cureus, v. 15, n. 4, p. e37055, 2023. <https://doi.org/10.7759/cureus.37055>.
- SEA, A. *et al.* Diverticulite: diagnóstico e tratamento, Projeto Diretrizes, 2008.
- SELLARS, H. & BOORMAN, P. Acute appendicitis. Surgery (Oxford), v. 35, n. 8, p. 432, 2017. DOI: 10.1016/j.mpsur.2017.06.002.
- SOUZA, G.D. *et al.* Understanding the international consensus for acute pancreatitis: classification of Atlanta 2012. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 29, n. 3, p. 206, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-6720201600030018>.
- TOWNSEND, C.M. *et al.* Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Gen Guanabara Koogan, v. 2, 2019.
- UTIYAMA, E.M. *et al.* Cirurgia de emergência. ed. 2. Atheneu, 2011.
- VAZ, O. Abordagem do paciente com abdome agudo inflamatório. Anais da academia nacional de medicina, v. 193, p. 1, 2022.
- ZHU, J. *et al.* Predictive value of the Ranson and BISAP scoring systems for the severity and prognosis of acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. PloS One, v. 19, n. 4, p. e0302046. 2024. doi: 10.1371/journal.pone.0302046.