CAPÍTULO 5

ABDOME AGUDO PERFURATIVO

Luciana Santos Córdoba[1]
Mallu Machado Lopes[1]
Milena Emannuele Costa das Chagas[1]
Sofia Franck Minella[1]
Yasmin Figueredo Amandio[1]
Igor Chaves Dias Oliveira[2]
Amanda Souto Vaz[2]
Acimar Gonçalves da Cunha Júnior[3]

[1]Discentes da Liga Acadêmica de Cirurgia Pediátrica da Universidade Católica de Brasília (LACIPED).
[2]Discentes do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.
[3]Orientador da Universidade Católica de Brasília.

Palavras-chave: Abdome Agudo; Trato Gastrointestinal; Dor Abdominal.

DOI doi.org/10.59290/dce29e31b9

INTRODUÇÃO

O abdome agudo perfurativo é uma emergência médica causada pela perfuração de alguma víscera oca do trato gastrointestinal. Com a perfuração, há a liberação de conteúdo intraluminal na cavidade peritoneal, o que desencadeia intensa resposta inflamatória. As principais causas de perfuração são úlceras gastroduodenais, doenças inflamatórias intestinais, diverticulite e neoplasias. Em neonatos, destaca-se a enterocolite necrosante. A intervenção cirúrgica é frequentemente necessária e, para tanto, o diagnóstico rápido e preciso é essencial para orientar o manejo cirúrgico e melhorar o prognóstico do paciente.

EPIDEMIOLOGIA

O abdome agudo perfurativo é o terceiro tipo de abdome agudo mais comum, atrás apenas do inflamatório e do obstrutivo. Porém, sua mortalidade é uma das maiores, podendo chegar a 30%, dependendo da gravidade e da eficiência do tratamento.

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico é caracterizado por dor e sensibilidade no abdome, de origem súbita e não traumática, com intensidade crescente. Essa dor refere-se à perfuração de vísceras ocas, como o estômago, intestino delgado e cólon, que libera conteúdo intestinal na cavidade abdominal e gera peritonite localizada (CARDOSO *et al*., 2022). Também podem ocorrer náuseas, vômitos e febre. No exame físico, é importante observar rigidez abdominal, defesa muscular e sensibilidade à palpação. Esse quadro clínico pode levar a sérias complicações, como sepse (SILVA *et al*., 2023).

DIAGNÓSTICO

Semiologia

A avaliação semiológica do abdome agudo perfurativo exige a obtenção de uma história clínica cuidadosamente conduzida para identificar sintomas cardinais, como dor abdominal súbita e intensa, frequentemente em pontada ou lancinante, de início abrupto e progressão rápida, sem fator de melhora. O quadro pode ser acompanhado de náuseas, vômitos, inapetência e febre. Muitos pacientes apresentam agitação psicomotora devido ao intenso desconforto, mesmo em repouso (SILVA *et al*., 2023; FRAZÃO *et al*., 2019).

O exame físico deve ser minucioso, atentando-se a sinais de peritonite. O "abdome em tábua" caracteriza-se por rigidez abdominal decorrente da defesa muscular involuntária. Sinal de Blumberg positivo (quando a palpação evidencia dor intensa à descompressão brusca) e hipersensibilidade cutânea mesmo à palpação superficial podem estar presentes. A presença de pneumoperitônio pode ser sugerida pelo sinal de Jobert positivo (timpanismo na loja hepática), decorrente da interposição gasosa, e pelo íleo adinâmico, manifestando-se por ausência de ruídos hidroaéreos e distensão abdominal variável (FRAZÃO *et al*., 2019).

Exames laboratoriais

Embora a abordagem inicial do abdome agudo perfurativo seja clínica, exames laboratoriais são essenciais para complementar o diagnóstico (CARDOSO *et al.*, 2022). A rotina laboratorial inclui hemograma, coagulograma, eletrólitos séricos, avaliação da função renal e hepática, além das dosagens de lactato, amilase e lipase. Esses exames auxiliam na detecção

de processos inflamatórios e/ou infecciosos e na identificação de distúrbios metabólicos decorrentes da perda de líquidos para o terceiro espaço (FRAZÃO *et al.*, 2019).

Exames de imagem

Quanto aos exames de imagem, a radiografia simples de abdome é indicada na suspeita de lesão perfurativa, permitindo a detecção rápida de ar livre intra-abdominal, sinal indireto de perfuração de vísceras ocas. No entanto, devido à sua limitação em localizar precisamente a perfuração, a tomografia computadorizada (TC) com contraste é recomendada. Devido à sua alta sensibilidade e especificidade, a TC tornou-se essencial, pois fornece imagens detalhadas das estruturas abdominais e identifica o local preciso da perfuração e a extensão do dano (CARDOSO *et al*., 2022; SILVA *et al*., 2023).

Diagnósticos diferenciais (Quadro 5.1)

Quadro 5.1 Diagnósticos Diferenciais de Abdome Agudo Perfurativo

Colecistite Aguda: dor contínua no hipocôndrio direito, febre e sinal de Murphy positivo. Diferencia-se pela ausência de pneumoperitônio e evolução mais lenta, sem dor súbita e difusa.
Apendicite aguda: dor geralmente inicia-se na região periumbilical e migra para a fossa ilíaca direita. No entanto, diferencia-se do abdome agudo perfurativo pela progressão mais gradual dos sintomas e ausência inicial de peritonite difusa.
Pancreatite aguda: caracterizada por dor abdominal intensa, geralmente epigástrica, associada a náuseas e vômitos. O principal aspecto diferencial é a elevação significativa de amilase e lipase séricas e ausência de pneumoperitônio.
Oclusão Intestinal: dor abdominal difusa, juntamente com náuseas e vômitos. Diferencia-se pela ausência de ar livre na cavidade peritoneal.
Isquemia Mesentérica Aguda: dor intensa, desproporcional ao exame físico, com discreta sensibilidade à palpação na fase inicial. Diferencia-se pela ausência de sinais iniciais de peritonite e por fatores predisponentes, como fibrilação atrial e aterosclerose.

Fonte: CARDOSO *et al.*, 2022.

TRATAMENTO

O tratamento exige uma abordagem rápida e eficaz para evitar a progressão da condição. A identificação da causa subjacente, como corpo estranho ou úlcera péptica, é fundamental para direcionar a conduta adequada. A fase inicial inclui a administração de antibióticos e a estabilização hemodinâmica por meio da reposição volêmica com fluidos intravenosos (CARDOSO, 2022; LEE JH, *et al.*).

A maioria dos casos requer intervenção cirúrgica, sendo a escolha da técnica dependente da etiologia da perfuração, do tempo de evolução e das condições clínicas do paciente. Além disso, deve-se considerar a presença de sepse e peritonite (CARDOSO, 2022). O fechamento primário é a abordagem recomendada para perfurações. No entanto, quando não for viável, a colocação de um stent totalmente coberto pode ser utilizada para desviar o fluxo do conteúdo intestinal e selar a perfuração, facilitando o fechamento por segunda intenção (LEE JH, *et al.*).

Considerando que a maioria das etiologias do abdome agudo perfurativo é potencialmente fatal, uma abordagem rápida e eficaz, aliada a estratégias terapêuticas bem definidas, é fundamental para reduzir a morbimortalidade e melhorar os desfechos clínicos.

PROFILAXIA

A profilaxia do abdome agudo perfurativo visa prevenir complicações infecciosas e melhorar o prognóstico do paciente. No sítio cirúrgico, a prevenção de infecções é crucial no manejo dessa emergência médica. As medidas profiláticas necessárias incluem a administração apropriada de antibióticos e a adesão rigorosa às técnicas assépticas. A administração de antibióticos deve ser feita preferencialmente antes da incisão cirúrgica, a fim de assegurar níveis terapêuticos adequados no momento da exposição ao risco.

Em relação às medidas intraoperatórias, é de extrema importância remover o máximo de material contaminado e reduzir a carga bacteriana, efetuando limpeza mecânica apropriada e ampla lavagem da cavidade peritoneal. Além disso, a técnica cirúrgica deve ser minuciosa, a fim de evitar qualquer outra contaminação e garantir hemostasia efetiva. A escolha entre laparotomia e laparoscopia deve ser individualizada, considerando todos os aspectos envolvidos.

Na fase pós-operatória, o paciente deve ser monitorado rigorosamente para que as complicações sejam detectadas precocemente. A terapia antimicrobiana deve ser orientada pela evolução clínica e pelos resultados de culturas microbiológicas, quando disponíveis. A mobilização precoce, a assistência nutricional e o controle álgico são aspectos cruciais para a recuperação do paciente.

REFERÊNCIAS

1. CARDOSO, F. V. *et al.,* Manejo e conduta do abdome agudo: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 5, p. e10226-e10226, 2022. DOI: 10.25248/REAS.e10226.2022.

2. DA SILVA, A. M. P. *et al.*, Manejo clínico-cirúrgico do abdome agudo perfurativo: uma revisão de literatura. Cuadernos de Educación y Desarrollo, v. 16, n. 10, p. e6018-e6018, 2024.

3. FRAZÃO, V-H. A. *et al.,* Abdome agudo perfurativo no Hospital Municipal Djalma Marques: perfil do paciente cirúrgico. Revista de Patologia do Tocantins, v. 6, n. 2, p. 26-30, 2019.

4. LEE, J. H. *et al.,* AGA clinical practice update on endoscopic management of perforations in gastrointestinal tract: expert review. Clinical Gastroenterology and Hepatology, v. 19, n. 11, p. 2252-2261. e2, 2021. DOI: 10.1016/j.cgh.2021.07.037.

5. SILVA, E. A. *et al.,* Abdômen agudo perfurativo: Avaliação clínica e conduta cirúrgica. Seven Editora, 2023. DOI:10.56238/ciemedsaudetrans-032.

6. SILVA, J. da; PEREIRA, M. de F. Profilaxia no Abdome Agudo Perfurativo: Uma Revisão Sistemática. Revista Brasileira de Cirurgia, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 123-130, 2023.