

Um guia
baseado em
casos clínicos

DOR ABDOMINAL

no Internato de Medicina de Emergência



DANIELLA SILVA MENA
DENISE ANA AUGUSTA DOS SANTOS OLIVEIRA

DANIELLA SILVA MENA
DENISE ANA AUGUSTA DOS SANTOS OLIVEIRA

DOR ABDOMINAL

no Internato de Medicina de Emergência

1ª Edição

Editora Unigranrio

Duque de Caxias - RJ
Agosto/2026

PPGECS

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENSINO DE
CIÊNCIAS E SAÚDE

Afya UNIVERSIDADE
UNIGRANRIO

 **UNICEPLAC**
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Este produto educacional esta protegido pela licença

Creative Commons:



CATALOGAÇÃO NA FONTE
AFYA UNIVERSIDADE UNIGRANRIO – BIBLIOTECA EUCLIDES DA CUNHA

M534d Mena, Daniella Silva.

Dor abdominal no internato de medicina de emergência / Daniella Silva Mena, Denise Ana Augusta dos Santos Oliveira. – Duque de Caxias: UNIGRANRIO, 2026.

58 p. : il. ; e-book.

Referências: p. 58.

ISBN 978-85-9549-502-9

1. Ciência - Estudo e ensino. 2. Dor abdominal. 3. Internatos. 4. Raciocínio clínico. 5. Medicina. I. Oliveira, Denise Ana Augusta dos Santos. II. Afya Universidade Unigranrio. III. Título.

CDD – 370

Este trabalho foi produzido no âmbito do Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências e Saúde, no Curso de Mestrado Profissional em Ensino de Ciências e Saúde da UNIGRANRIO AFYA e foi avaliado pela Banca examinadora:

Prof^a. Dra. Eline das Flores Victer - Afya UNIGRANRIO

Prof. Dr. José Paulo da Silva Netto - UNICEPLAC

Prof. Dr. Maurício Abreu Pinto Peixoto - UFRJ

Duque de Caxias

Agosto

2026

Sobre as autoras

Daniella Silva Mena é médica, especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo. Ao longo da sua trajetória profissional, encontra satisfação não apenas na prática clínica e cirúrgica, mas também na docência e na formação de novos profissionais. Há nove anos, atua como professora do curso de Medicina do UNICEPLAC, com dedicação especial à supervisão dos internatos de Urgência e Emergência e Cirurgia Geral. Paralelamente, é supervisora do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Regional do Gama (HRG), o que lhe permite acompanhar o desenvolvimento de jovens médicos em diferentes estágios de sua formação.



Denise Ana Augusta dos Santos Oliveira é filha de trabalhadores rurais e fez da educação e da ciência um caminho de compromisso com a vida. Professora, pesquisadora e orientadora pedagógica, atua com crianças, famílias e professores da Baixada Fluminense, tecendo pontes entre saberes acadêmicos e populares. Na Afya Unigranrio, integra o PPGECS na formação de professores, novos pesquisadores e coordenando projetos que unem escola, comunidade e universidade. Sua trajetória é marcada pela defesa da infância, do direito à educação, da promoção da saúde e da justiça socioambiental, sempre guiada pelo amor às palavras, às sementes e às histórias que transformam.

O Produto Educacional



Este produto educacional, intitulado **"Dor Abdominal no Internato de Medicina de Emergência"**, foi desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Saúde (PPGECS), da Universidade Afya Universidade UNIGRANRIO, como produto vinculado à dissertação de mestrado profissional intitulada **"Ensino de Dor Abdominal no Internato de Medicina de Emergência"**.

A pesquisa teve como objetivo avaliar a contribuição de um produto educacional baseado em casos clínicos para o desenvolvimento do raciocínio clínico no diagnóstico diferencial da dor abdominal entre estudantes do Internato de Medicina de Emergência, buscando compreender sua utilização, aplicabilidade e contribuições para o ensino dessa competência clínica.

Inserido na **Área de Concentração Ensino de Ciências e Saúde, na Linha de Pesquisa Abordagens Conceituais**, este produto apresenta aderência à proposta do programa ao desenvolver uma estratégia educacional destinada ao fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem em contexto real da formação médica.

Diferentemente da pesquisa, cujo objetivo foi produzir evidências sobre a contribuição do recurso educacional para o desenvolvimento do raciocínio clínico, **o objetivo deste produto educacional é apoiar o desenvolvimento do raciocínio clínico e o ensino da dor abdominal, promovendo a integração entre teoria e prática, por meio da aprendizagem baseada em casos clínicos**. Sendo assim, consiste em oferecer um recurso pedagógico aplicável ao ensino médico, que favoreça a integração entre conhecimento teórico e tomada de decisão clínica no internato.

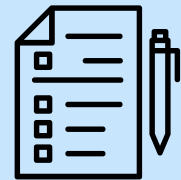
O produto **destina-se prioritariamente aos estudantes do Internato de Medicina, especialmente aqueles inseridos em cenários de Emergência, podendo ser utilizado em outros períodos do curso**, em atividades de simulação clínica, tutoria baseada em casos, discussão em pequenos grupos e estudo autônomo.

Sua elaboração fundamenta-se na Teoria do Processo Dual, na Teoria dos Scripts de Doenças e na Aprendizagem Baseada em Casos Clínicos, organizando em sete módulos interativos que conduzem o estudante desde a apresentação do caso clínico até a formulação de hipóteses diagnósticas, solicitação de exames complementares, definição de condutas e discussão do caso.

Este produto caracteriza-se como um Produto Educacional de **médio teor inovador**, por combinar referenciais consolidados da educação médica com uma organização didática própria, construída especificamente para o contexto do Internato de Medicina de Emergência. Sua inovação reside na integração entre casos clínicos progressivos, perguntas norteadoras, momentos de reflexão deliberada e discussão estruturada, favorecendo o desenvolvimento do raciocínio clínico.

Os resultados obtidos durante a pesquisa demonstraram boa aceitação, utilização pelos estudantes e evidências de aplicabilidade no contexto do internato, reforçando seu potencial de replicabilidade em diferentes cursos de Medicina e cenários de ensino clínico.

Descrição Técnica do Produto Educacional



Nível de ensino a quem se destina: Educação Superior.

Área do conhecimento: Ensino.

Área de Concentração: Ensino de Ciências e Saúde.

Linha de pesquisa: Com clara aderência à Linha de Pesquisas Ensino de Ciências e Saúde: Abordagens Conceituais.

Público-alvo: Estudantes do Curso de Medicina.

Categoria deste produto: Material didático/instrucional.

Objetivo: Apoiar o desenvolvimento do raciocínio clínico e o ensino da dor abdominal, promovendo a integração entre teoria e prática, por meio da aprendizagem baseada em casos clínicos.

Finalidade: É destinado a estudantes do curso de Medicina, especialmente aqueles inseridos em cenários de Emergência.

Registro de propriedade: Ficha catalográfica com ISBN e licença Creative Commons (Educapes).

Disponibilidade: Irrestrita, mantendo-se o respeito à autoria, não sendo permitido uso comercial por terceiros. Divulgação: Meio digital e impresso.

Acesso: PE com acesso público e gratuito.

Produto disponível no site institucional do PPGECS: <https://portal.unigranrio.edu.br/ppgec/dissertacoes-e-produtos-educacionais>.

Produto disponível no repositório Educapes: <https://educapes.capes.gov.br/>.

Complexidade: Concebido a partir de demanda identificada na prática docente da autora e diretamente vinculado à questão de pesquisa da dissertação. Sua construção fundamenta-se em referenciais contemporâneos da educação médica — Teoria do Processo Dual, Teoria dos Scripts de Doenças e Aprendizagem Baseada em Casos Clínicos — e foi submetido à aplicação em contexto real de ensino, possibilitando análise de sua utilização, aplicabilidade e impacto percebido pelos estudantes.

Aplicabilidade: O produto foi aplicado contexto real de formação clínica, apresentando evidências de utilização, aceitação e aplicabilidade obtidas durante a pesquisa. Possui potencial de replicabilidade em outros cursos de Medicina, internatos, disciplinas clínicas, atividades de simulação, tutoria baseada em casos e estudo autônomo.

Impacto: Os resultados da pesquisa evidenciaram impacto percebido pelos estudantes no desenvolvimento do raciocínio clínico, especialmente na formulação de diagnósticos diferenciais, sistematização da avaliação clínica da dor abdominal e integração entre teoria e prática.

Inovação: Produto Educacional de médio teor inovador, por combinar referenciais teóricos consolidados da educação médica com uma organização didática própria, estruturada em casos clínicos progressivos, perguntas norteadoras, momentos de reflexão deliberada e discussão sistematizada, direcionados ao desenvolvimento do raciocínio clínico no contexto do Internato de Medicina de Emergência.

Origem do Produto Educacional: Produto educacional resultante da dissertação "Ensino de Dor Abdominal no Internato de Medicina de Emergência", desenvolvida no Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Saúde (PPGECS), da Afya Universidade UNIGRANRIO.

Orientações para utilização e replicabilidade



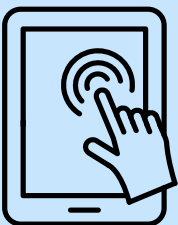
O produto educacional foi concebido para utilização prioritária no Internato de Medicina, especialmente em cenários de Urgência e Emergência, podendo ser empregado por docentes, preceptores e estudantes em diferentes contextos de formação clínica. Sua estrutura modular permite utilização integral ou parcial, conforme os objetivos de aprendizagem e a organização curricular de cada instituição.



Recomenda-se que sua utilização seja acompanhada por momentos de discussão clínica, reflexão sobre o processo de raciocínio diagnóstico e comparação entre as hipóteses formuladas pelos estudantes e as respostas apresentadas no material, preservando o caráter ativo da aprendizagem baseada em casos clínicos.



O produto também pode ser utilizado em atividades de estudo autônomo, discussão tutorial, simulação clínica, pequenos grupos ou como material complementar às atividades práticas do internato. Sua replicabilidade em outros cursos de Medicina é favorecida pelo formato digital, pela organização em módulos independentes e pela possibilidade de atualização periódica dos casos clínicos, desde que sejam respeitadas as características epidemiológicas, os objetivos curriculares e os cenários assistenciais de cada instituição.



Recomenda-se, ainda, que futuras adaptações preservem os princípios pedagógicos que fundamentaram sua elaboração, especialmente a aprendizagem baseada em casos clínicos, a Teoria do Processo Dual e a Teoria dos Scripts de Doenças, mantendo o foco no desenvolvimento do raciocínio clínico e na formulação de diagnósticos diferenciais.

Por que gosto dessa versão?

Dor Abdominal

no Internato de Medicina de Emergência

01

Você está recebendo um material complementar de apoio para estudo durante o Internato de Medicina de Emergência. Nessa fase da formação, você realizará plantões em serviços de emergência adulto e irá atender pacientes com queixa de dor abdominal aguda. Para avaliar esses pacientes, é fundamental aprimorar suas habilidades em realizar:

- 1 **A anamnese;**
- 2 **O exame físico;**
- 3 **A indicação e interpretação de exames complementares.**

Este guia proporcionará uma reflexão estruturada sobre o diagnóstico diferencial de dor abdominal, por meio de sete módulos baseados em casos clínicos.

Espera-se que, ao utilizá-lo, você desenvolva não apenas a capacidade técnica de reconhecer e manejar causas de dor abdominal, mas também o raciocínio clínico necessário para tomar decisões seguras e fundamentadas diante de situações complexas e desafiadoras. Que este guia sirva como instrumento de aprendizado contínuo, apoiando sua trajetória rumo à formação médica crítica e humanizada.

Antes de iniciar o estudo dos casos clínicos, lembre-se de alguns

pontos importantes

Diante das diversas etiologias possíveis, deve-se **avaliar a dor abdominal** detalhadamente, a fim de reconhecer padrões de evolução das doenças e diferenciá-las entre si. Na **anamnese**, é fundamental questionar o paciente quanto às características dessa dor, como:

- Tipo de dor e seu início;
- Tempo de duração;
- Localização, irradiação e migração;
- Fatores desencadeantes;
- Intensidade;
- Fatores de melhora ou piora;
- Progressão (evolução da dor);
- Episódios prévios semelhantes;
- Sintomas associados.

No exame físico do abdome, a ectoscopia traz informações sobre cirurgias prévias, sinais clínicos e alterações cutâneas. A palpação abdominal e a pesquisa de sinais clínicos específicos são fundamentais para o diagnóstico diferencial.

Módulos

01

DOR NO QUADRANTE INFERIOR DIREITO DO ABDOME p. 5

02

DOR NO HIPOCÔNDRIO DIREITO p. 15

03

DOR ABDOMINAL, DIARREIA E VÔMITOS p. 23

04

DOR EPIGÁSTRICA SÚBITA p. 31

05

**DOR ABDOMINAL, ASSOCIADA A PARADA DA ELIMINAÇÃO
DE FLATOS E FEZES** p. 39

06

DOR EM HIPOGÁSTRIO p. 47

07

DOR ABDOMINAL E ABAULAMENTO INGUINAL IRREDUTÍVEL p. 52

SIGLAS E ABREVIATURAS p. 57

REFERÊNCIAS p. 58



ORIENTAÇÕES PARA O ESTUDO

- Ao longo do guia, **você interpretará casos clínicos** comuns do Internato de Medicina de Emergência ao longo de 7 módulos.
- Cada módulo contém: caso clínico, respostas esperadas e discussão, comentários finais e diagnóstico diferencial.
- Essa é uma oportunidade para **refletir como se você estivesse avaliando pacientes reais**.
- **Responda às perguntas** apresentadas ao longo do texto. É possível digitar as respostas diretamente no arquivo em PDF ou utilizar uma versão impressa do texto.

Por exemplo, como na caixa de texto abaixo:

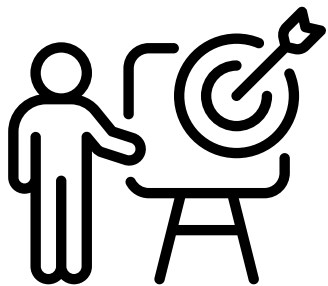


- **Leia** o caso clínico quantas vezes considerar necessário.
- Você irá conferir as **respostas esperadas** para cada pergunta na sessão de discussão, logo a seguir do caso clínico.
- Ao final de cada módulo, há um **resumo geral** sobre o caso clínico e seu **diagnóstico diferencial**.

Dor no Quadrante Inferior (QID) do Abdome

OBJETIVOS

- Correlacionar dados da história clínica e exame físico para identificar hipóteses diagnósticas.
- Indicar e interpretar exames complementares que auxiliem o diagnóstico diferencial de dor abdominal.
- Reconhecer as causas mais comuns de dor em quadrante inferior direito do abdome.
- Indicar as medidas clínicas iniciais e tratamentos necessários para pacientes com o quadro clínico apresentado.



CASO CLÍNICO 1

06

Situação problema:

Você está de plantão em uma Unidade de Pronto Atendimento Adulto (UPA).

Sua primeira paciente do dia é uma mulher de 23 anos, que se queixa de dor abdominal.

Na anamnese, quais aspectos sobre a dor abdominal dessa paciente precisam ser questionados?



A paciente relata que:

A dor abdominal se iniciou na região periumbilical há 2 dias. Inicialmente, era leve e inespecífica, mas se tornou gradativamente mais intensa. Piora com o movimento e ao caminhar. Melhora, parcialmente, com o uso de analgésicos comuns. No último dia, ela migrou para a região da fossa ilíaca direita.

- Quais sintomas podem estar associados ao caso dessa paciente?
- Quais patologias precisam ser aventadas em uma paciente dessa faixa etária, do sexo feminino?



A paciente apresentou náuseas e vômitos desde o início do quadro, além de um episódio febril de 37,9 °C. Queixa-se de hiporexia. Relata disúria leve. Seu ciclo menstrual é irregular e ela desconhece a data da sua última menstruação.

A PACIENTE TAMBÉM:

- Nega corrimento transvaginal. Utiliza contracepção oral.
- Nega qualquer alteração do hábito intestinal.
- Nega comorbidades.
- Nega alergia medicamentosa.
- Nega cirurgias prévias.

O exame físico revela:

- A paciente está consciente e orientada, eupneica, com FC 110 bpm, corada, desidratada (1+/4+).
- Expansibilidade pulmonar está preservada bilateralmente.
- O abdome é doloroso em QID com descompressão dolorosa presente e sinais de defesa em parede abdominal.
- Os sinais de Blumberg, Rovsing e Obturador estão presentes. O sinal de Giordano está ausente.

Diante das informações coletadas na anamnese e exame físico da paciente quais são as três hipóteses diagnósticas mais prováveis?

Quais exames laboratoriais você solicitaria para realizar o diagnóstico diferencial entre as causas acima?

Considerando que você solicitou os **exames complementares** abaixo, os resultados são:

1. Leucograma 16000/mL (VR 5 a 10 mil/mL), com 8% de bastões (VR: até 2%)
2. Amilase 50 U/L (VR: 10 a 140 U/L)
3. PCR 18 mg/dL (VR: até 0,8 mg/dL)
4. Teste de gravidez negativo
5. EAS
 - pH: 6,0 (VR: 5,5 - 7)
 - Densidade: 1,0 (VR: 1,0)
 - Proteínas: 01 mg/dL (VR: < 10 mg/dL)
 - Leucócitos: 12/campo (VR: < 5/campo)
 - Hemácias: 01/campo (VR: < 3 - 5)
 - Nitrito: Negativo

Raciocínio Clínico

Diante das informações coletadas na anamnese e exame físico da paciente qual é o diagnóstico mais provável?

Qual escore clínico poderá ser utilizado para lhe auxiliar no diagnóstico e na decisão sobre a solicitação de exame de imagem?

Prossiga, para a próxima página e obtenha as respostas sobre os questionamentos.



Respostas Esperadas e Discussão

Na anamnese, quais aspectos sobre a dor abdominal dessa paciente precisam ser questionados?

- Localização
- Duração
- Tipo de dor
- Intensidade
- Fatores precipitantes
- Fatores de melhora e piora
- Evolução (migração, irradiação)



Comentário:

Lembrar que o padrão migratório da dor abdominal está fortemente relacionado à apendicite aguda.

Quais sintomas podem estar associados ao caso dessa paciente? Além da dor abdominal, outros questionamentos são importantes:

1. Houve náuseas e vômitos?
2. Houve febre?
3. Houve perda de apetite?
4. Apresenta sintomas urinários?
5. Apresenta alterações do hábito intestinal?
6. Qual foi a data da última menstruação?
7. Apresenta corrimento transvaginal?



Comentário:

Por se tratar de uma paciente do sexo feminino em idade fértil, é essencial investigar causas ginecológicas. Além disso, a hiporexia pode estar associada a quadro de peritonite.

Causas ginecológicas: gestação tubária, torção ovariana, cisto ovariano roto, doença inflamatória pélvica.



As três hipóteses diagnósticas mais prováveis são, após a anamnese e o exame físico:

1. Apendicite aguda.

2. Infecção do Trato Urinário.

3. Causas Ginecológicas (doença inflamatória pélvica).



Comentário:

Por mais que o caso seja muito sugestivo de apendicite, é fundamental pensar em mais um diagnóstico, visto que patologias abdominais podem apresentar sinais e sintomas em comum. Pensar em várias possibilidades, direcionadas e hierarquizadas por probabilidade, diminui o risco de erros no diagnóstico. Diverticulite é uma causa possível, mas pouco provável na faixa etária da paciente, além de menos frequente no QID.

Após a avaliação dos exames laboratoriais, o diagnóstico principal é **Apendicite Aguda!**

O escore de **Alvarado** pode ser utilizado como instrumento clínico de apoio diagnóstico, para avaliar a probabilidade de apendicite em um quadro de dor em QID.



SCORE DE ALVARADO

Avaliação clínica de probabilidade de apendicite aguda

CATEGORIA	ACHADO CLÍNICO	PONTUAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
 SINTOMAS	Migração da dor	1	 < 4 É improvável o diagnóstico de apendicite
	Anorexia	1	
	Náusea	1	
 SINAIS	Dor no quadrante inferior direito do abdome	2	 5 a 6 É compatível com apendicite
	Descompressão dolorosa (sinal de Blumberg)	1	
	Elevação de temperatura	1	 7 a 8 É provável apendicite
 LABORATÓRIO	Leucocitose	2	
	Desvio à esquerda	1	 9 a 10 É muito provável que seja apendicite
TOTAL MÁXIMO		10	

Comentários finais sobre o caso clínico 1

No caso da paciente em discussão, o escore de Alvarado é 10, sendo altamente provável o diagnóstico de apendicite. O exame de imagem é dispensável e o tratamento cirúrgico da apendicite aguda poderá ser indicado. Ela deverá ser encaminhada a um serviço de Cirurgia Geral, para cirurgia convencional ou laparoscópica.

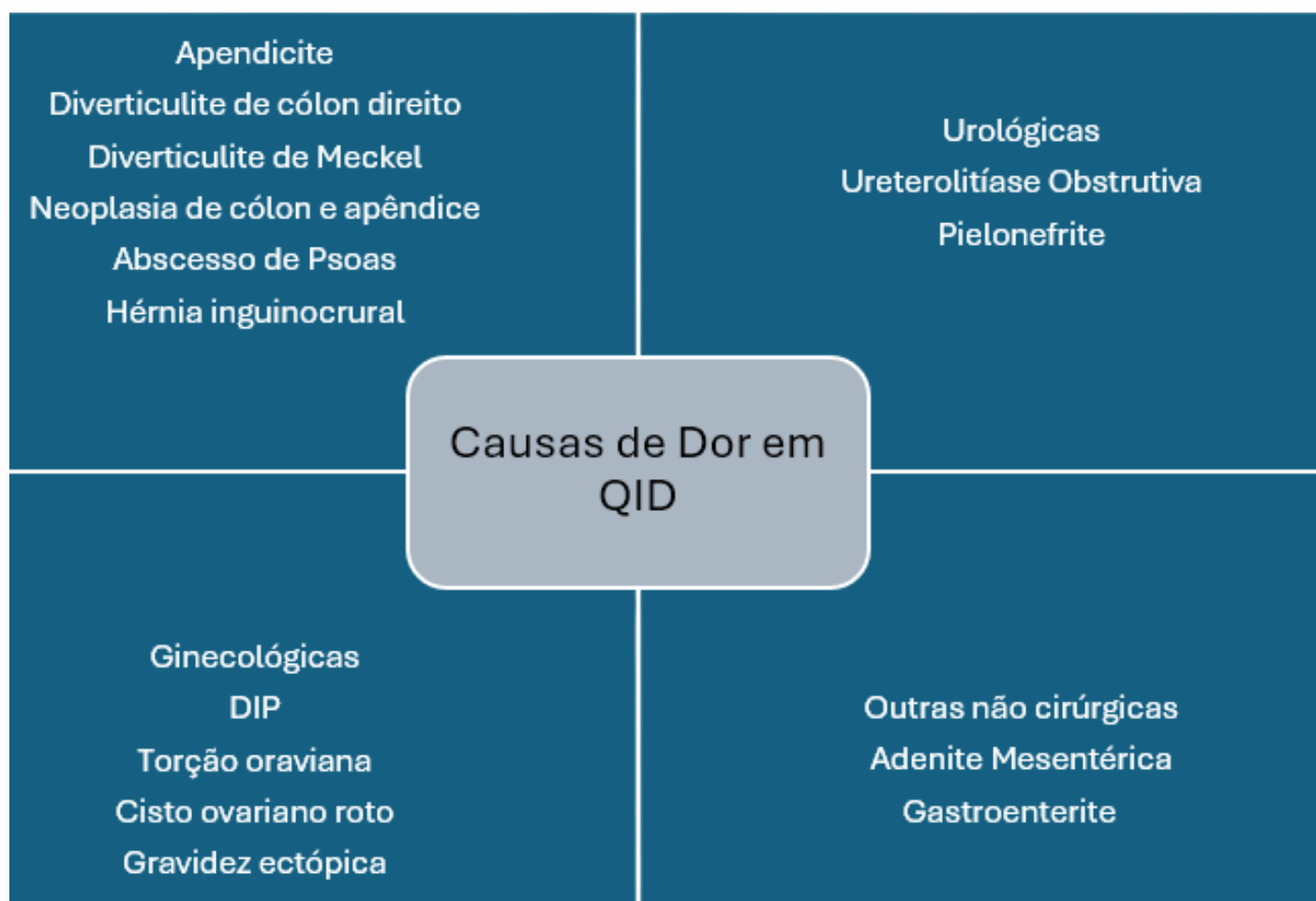
Ainda assim, o exame de imagem é usado para confirmação diagnóstica antes da cirurgia rotineiramente. Em casos de dúvida diagnóstica e Alvarado < 7 , o exame de escolha é a tomografia de abdome total com contraste.

A ecografia de abdome realizada por profissional experiente também poderia ser utilizada, além de auxiliar o diagnóstico diferencial por causas ginecológicas.

O QUE ESPERAR NA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA APENDICITE AGUDA

Etapa do Raciocínio	Achado Clínico	Hipóteses Prováveis	Condutas Diagnósticas
História inicial	Dor em QID há 24h, febre, náusea	Apendicite, diverticulite, causas ginecológicas	Exame físico detalhado, hemograma, PCR
Exame físico	Defesa localizada, sinal de Blumberg presente	Apendicite	USG de abdome total / TC com contraste
Laboratório	Leucocitose, PCR elevada	Processo inflamatório agudo	Usar escore de Alvarado e/ou Avaliar imagem antes de indicar cirurgia
Imagem	Espessamento apendicular	Confirma apendicite	Indicação cirúrgica imediata

Outras possibilidades diagnósticas de dor no QID



Sugestões de estudo para aprofundar o tema:

- Sinais e sintomas característicos das outras causas de dor em QID do abdome.
- Tratamento conservador da apendicite aguda – fazer ou não?
- Antibioticoterapia ou profilaxia na apendicite aguda? O que se deve considerar para tomar essa decisão terapêutica?

Relembrando Apresentações Clínicas Típicas de Outras Causas de Dor em QID

Diverticulite do Cólon Direito

- Dor: QID (simulando apendicite)
- História: episódios prévios semelhantes, idade >40 anos
- Exame físico: dor localizada sem sinais intensos de irritação peritoneal
- Imagem: indicar tomografia de abdome com contraste e fazer a classificação de Hinchey, para definir as condutas

Difere da apendicite por idade e quadro subagudo.



Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

- História: corrimento transvaginal, dor bilateral pélvica, febre
- Exame: dor à mobilização do colo uterino
- Laboratório: leucocitose, PCR elevada
- Imagem: espessamento tubário, líquido livre

Dor pode predominar à direita e confundir-se com apendicite.

Torção Ovariana

- Início: dor súbita, intensa, irradiada para dorso ou coxa
- Associação: cisto ovariano prévio
- Imagem: USG transvaginal com Doppler — ovário aumentado, fluxo reduzido
- Conduta: cirurgia imediata

Urgência ginecológica; dor mais aguda que a apendicite.

Diagnóstico Diferencial de Dor em QID

Relembrando Apresentações Clínicas Típicas de Outras Causas de Dor em QID

Ureterolitíase (cálculo ureteral distal direito)

- Dor: tipo cólica, irradiada para flanco e região inguinal
- Sinais: agitação, ausência de posição de conforto
- Exame: dor à punho-percussão lombar
- Laboratório: hematúria
- Imagem: Tomografia de abdome sem contraste ou ultrassonografia mostrando cálculo e sinais obstrutivos (dilatação pielocalicial)



Dor em cólica intensa, intermitente, geralmente sem sinais peritoneais.

Gravidez Ectópica Rota

- História: atraso menstrual, dor aguda unilateral, sangramento vaginal
- Teste: β -hCG positivo
- Imagem: ausência de gestação intrauterina
- Conduta: tratamento cirúrgico de urgência

Infecção Urinária / Pielonefrite

- Sintomas: disúria, polaciúria, febre, dor em flanco
- Laboratório: leucocitúria, bacteriúria

2

MÓDULO

Dor no Hipocôndrio Direito (HD)

OBJETIVOS

- Avaliar paciente com quadro de dor no hipocôndrio direito
- Indicar e interpretar exames complementares que auxiliem o diagnóstico diferencial



Situação problema:

Mulher de 46 anos com queixa de dor súbita em hipocôndrio direito há 24 horas, uma hora após ter se alimentado fartamente.

Relata irradiação da dor para o dorso à direita, sem melhora após o uso de dipirona. A dor vem se intensificando progressivamente.

Não identifica fatores de melhora ou piora da dor.

- Apresenta náuseas e vômitos desde o início do quadro. Além de um pico febril de 38 °C. A paciente nega colúria ou acolia.
- Relata episódios semelhantes anteriormente, com resolução espontânea, em até uma hora mesmo sem usar analgésicos.
- Está pesando 95 kg e tem 1,6 m de altura.
- História patológica pregressa: portadora de diabetes mellitus tipo II. Tem dois filhos nascidos de parto normal.

Ao exame físico: Tax 38,1 °C. Está consciente e orientada, eupneica e estável. **Anictérica.** A ausculta pulmonar está sem alterações, o murmúrio vesicular está fisiológico bilateralmente.

- O abdome é flácido, mas doloroso em hipocôndrio direito, com **sinal de Murphy presente.**

Diante da anamnese e exame físico, quais são as três principais hipóteses diagnósticas para o caso da paciente:

Quais exames laboratoriais devem ser solicitados?

Qual é o primeiro exame de imagem a ser solicitado diante da sua principal hipótese diagnóstica? Por quê?

Os **exames laboratoriais solicitados** revelam:

Leucometria de 13000/mm³ (VR 11000/mm³).

Bilirrubina total 0,8 mg/dL (VR < 1,2 mg/dL).

Amilase 80 u/L (VR < 110 U/L).

FAL 100 U/L (VR < 120 U/L). GGT 15 U/L (VR < 60 U/L). TGO 30u/L (VR <40 U/L). TGP 45 U/L (VR < 40 U/L).

EAS sem alterações. PCR 12 mg/L (VR < 5 mg/L).

Ecografia de abdome superior: vesícula biliar distendida, contendo múltiplos cálculos em seu interior, com paredes espessadas de 5mm, sem líquido livre perivascular. Ausência de dilatação em vias biliares.

Qual é o diagnóstico final do caso clínico?

Qual é a conduta preconizada?

Prossiga, para a próxima página e obtenha as respostas sobre os questionamentos.



Respostas Esperadas e Discussão



Na anamnese, é importante observar que a paciente apresenta os seguintes fatores de risco para colelitíase:

- **Sexo feminino**
- **Idade > 40 anos**
- **Multiparidade**
- **Obesidade grau II**

Além disso, ela apresenta uma **dor em HD** em localização típica das doenças da vesícula e vias biliares **há mais de 24h**. Esse tempo de evolução torna pouco provável o diagnóstico de cólica biliar, pois essa condição costuma ser autolimitada, com duração entre 30min e 2 horas.

Os outros sintomas a serem questionados à paciente, considerando-se a principal hipótese diagnóstica, são:

Icterícia, colúria e acolia

Comentário:

Seguindo na linha de raciocínio sobre complicações da colelitíase, é fundamental questionar sobre sintomas colestáticos – colúria, acolia e icterícia. Essas informações auxiliam na diferenciação entre colecistite aguda e colangite, uma vez que ambas cursam com dor em HD e febre. Todavia, os sintomas colestáticos geralmente estão ausentes na colecistite aguda.

Diante da anamnese e exame físico, quais são as três principais hipóteses diagnósticas para a paciente:

1. Colecistite aguda

2. Colangite

3. Pancreatite biliar

Os exames laboratoriais a serem solicitados são:

Leucograma, FAL, GamaGT, bilirrubinas, amilase.

Lipase e PCR podem ser solicitadas, mas não obrigatórias

Ureia, creatinina e eletrólitos são solicitados para avaliar o estado geral.



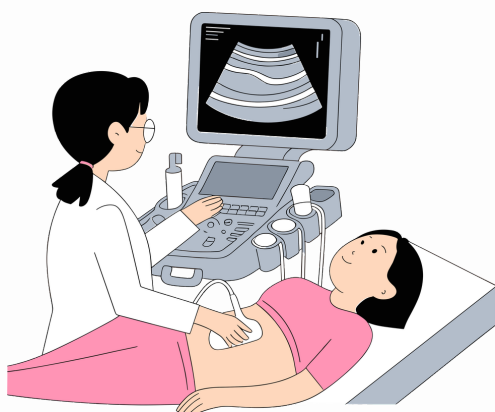
Comentário:

Como a dor persiste a mais de 24h, é importante investigar doenças inflamatórias que envolvam a vesícula, as vias biliares e o pâncreas.

Solicita-se amilase e/ou lipase para auxiliar o diagnóstico diferencial de pancreatite aguda.

FAL/ GGT e bilirrubinas, quando alteradas, podem sugerir coledocolitíase.

Na suspeita de doenças da vesícula biliar, a ecografia de abdome é o primeiro exame de imagem a ser solicitado, por apresentar alta sensibilidade e acurácia para esse diagnóstico.



Deve-se avaliar principalmente:

- Confirmação da presença de cálculos em vesícula biliar;
- Espessura da parede da vesícula biliar, que quando espessadas (>3mm) pode sugerir colecistite aguda;
- Líquido pericolescístico;
- Distensão da vesícula biliar;
- Pesquisa do sinal de Murphy ecográfico;
- Calibre das vias biliares geralmente sem dilatações na colecistite aguda. Quando dilatadas podem sugerir a suspeita de coledocolitíase.

O diagnóstico final do caso clínico é
Colecistite aguda.

A **conduta** preconizada é:
Hidratação, analgesia, antibioticoterapia e **colecistectomia videolaparoscópica, preferencialmente precoce (<72h)**

Exemplos de antibioticoterapia:

- Ceftriaxona (1–2 g/dia, IV) + Metronidazol (500 mg 8/8h, IV)
- Ampicilina-sulbactam (3 g 6/6h, IV)
- Amoxicilina-clavulanato (1,2 g 8/8h, IV) (ou VO se estável)



Comentários finais sobre o caso clínico 2

O quadro clínico apresentado é compatível com colecistite aguda calculosa, uma complicação inflamatória da colelitíase. A paciente apresenta o conjunto clássico de sintomas: **dor em hipocôndrio direito irradiada para dorso, febre e sinal de Murphy presente.**

A ausência de sintomas colestáticos diminui a possibilidade de colangite e coledocolitíase. Os exames laboratoriais revelam leucocitose e PCR elevada, sugerindo processo inflamatório agudo. A ultrassonografia confirma a presença de cálculos e espessamento da parede vesicular, consolidando o diagnóstico.

O manejo deve incluir hidratação venosa, analgesia, antibioticoterapia de amplo espectro e colecistectomia videolaparoscópica precoce, idealmente nas primeiras 72 horas do início dos sintomas, conforme as diretrizes de Tóquio.

- Guidelines de Tóquio para manejo de doenças da vesícula e vias biliares (2018);
- Indicações de Colangiorressonância e CPRE;
- Síndrome de Mirizzi;
- Íleo biliar;
- Complicações de colecistite aguda, colangite e pancreatite biliar.

Diagnóstico Diferencial

Diagnóstico Diferencial	Colecistite Aguda	Colangite	Pancreatite Biliar
Local primário da inflamação	Vesícula Biliar	Vias biliares	Pâncreas
Causa	Obstrução do infundíbulo por cálculo	Obstrução da via biliar principal por cálculo e infecção bacteriana associada	Obstrução transitória da via biliar principal por cálculo
Dor abdominal	em HD, contínua, com duração > 12 - 24h	HD intensa e associada à icterícia	Epigástrica em barra, irradia a dorso e melhora espontânea
Icterícia	Rara	Frequente	Eventual
Apresentação clássica	Dor em HD, febre e sinal de Murphy presente	Tríade de Charcot. Pode evoluir para Pentade de Reynolds	Dor abdominal em barra + amilase/lipase 3x acima do normal
Laboratório	Leucocitose e PCR elevadas	Leucocitose, PCR elevadas, Bilirrubinas, FA, GGT	Amilase/lipase 3x acima do normal
Imagem de escolha	Ecografia - Parede da vesícula biliar espessada	Ecografia com dilatação de vias biliares e cálculo no colédoco	Processo inflamatório pancreático (Tomografia)
Conduas	Antibiótico e colecistectomia precoce	Antibiótico e drenagem biliar (CPRE, com posterior colecistectomia)	Suporte clínico (hidratação, analgesia, antibiótico se infecção associada)



Relembrando Apresentações Clínicas Típicas de Outras Causas de Dor em HD

Hepatite Aguda

- Mal-estar geral, fadiga intensa
- Anorexia, náuseas, vômitos
- Dor ou desconforto em hipocôndrio direito
- Febre
- Sintomas colestáticos
- Sorologias positivas

Abscesso Hepático

- Febre alta e calafrios
- Dor intensa e contínua em hipocôndrio direito
- Hepatomegalia dolorosa
- Mal-estar, anorexia, perda de peso
- Leucocitose acentuada
- Necessário investigar amebíase, se lesão única, sem história de colangite

Insuficiência Cardíaca Congestiva

- Dor ou desconforto em hipocôndrio direito devido à congestão hepática
- Edema de membros inferiores
- Dispneia aos esforços, ortopneia
- Ganho de peso e hepatomegalia dolorosa

Outras causas:

- Ureterolitíase
- Pielonefrite
- Doença ulcerosa péptica

3

MÓDULO

Dor Abdominal, Diarreia e Vômitos

OBJETIVOS

- Avaliar paciente com quadro de dor abdominal difusa
- Identificar sinais clínicos de gravidade
- Realizar a condução terapêutica inicial de paciente desidratado



A stylized illustration of a man with dark hair, wearing a grey long-sleeved shirt and brown pants. He is bent forward at the waist, holding his lower back with both hands, indicating significant pain or discomfort. The background is plain white.

Raciocínio Clínico

[illegible]

O PACIENTE RELATA 5 A 6 EPISÓDIOS DIARREICOS AO DIA, SEM SANGUE OU MUCO.

HÁ 1 DIA, EVOLUI COM DOR ABDOMINAL DIFUSA.

NEGA VIAGENS RECENTES. NEGA USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS.

SUA ESPOSA APRESENTA SINTOMAS SEMELHANTES.

QUEIXA-SE, AINDA, DE DIMINUIÇÃO DO VOLUME URINÁRIO. NEGA DISÚRIA OU HEMATÚRIA.

ESTÁ CONSEGUINDO BEBER ÁGUA.

25



Ao exame físico:

PA: 110x70 mmHg, FC: 98 bpm,
FR: 18 irpm, Temp: 37,8 °C, Sat O₂: 98% em ar
ambiente.

Está desidratado (1+/4+).

Está consciente e orientado.

**O abdome: é levemente distendido, doloroso
difusamente, sem sinais de irritação
peritoneal. Sinais de Blumberg, Rovsing,
Giordano e Obturador ausentes.**

Considerando a anamnese e os achados do exame físico, quais hipóteses diagnósticas ganham força?

Há algum sinal de gravidade que exija investigação imediata? Quais seriam eles?

Quais condutas devem ser tomadas inicialmente e quais exames devem ser solicitados?

Após medidas iniciais, administrou-se solução fisiológica 0,9% 1000 mL, escopolamina, dipirona e omeprazol endovenosos.

26

O paciente apresentou melhora do estado de hidratação e dor abdominal.



Os exames laboratoriais que você solicitou foram:

leucometria de 11000/mm³

Amilase 45 u/L (VR <110 U/L)

Ureia 50 mg/dL (VR 10 a 50 mg/dL)

Creatinina 1,1 mg/dL (VR 0,7 a 1,3 mg/dL, homens)

Na 132 mEq/L (VR 135 a 145 mEq/L)

K 3,5 mEq/L (VR 3,5 a 5,0 mEq/L)

Qual é a principal hipótese diagnóstica?



O paciente deve permanecer internado? Por quê?



Raciocínio Clínico

Prossiga, para a próxima página e obtenha as respostas sobre os questionamentos.



Respostas Esperadas e Discussão

27



O caso clínico sugere uma diarreia aguda, sendo então importante questionar:

1. Frequência e aspecto das fezes - presença de sangue;
2. Tenesmo;
3. Ingestão alimentos fora de casa ou mal conservados recentemente;
4. Sintomas semelhantes em familiares;
5. Tolerância à hidratação via oral;
6. Cronologia dos sintomas - O que iniciou primeiro? A dor abdominal ou a diarreia?
7. Oligúria.

Após a anamnese e exame físicos, as principais hipóteses diagnósticas, por ordem hierárquica, são:

1. **Gastroenterite aguda**
2. **Apendicite**
3. **Pancreatite aguda**

O paciente não apresenta sinais de gravidade, como:

Diarreia com sangue
Vômitos incoercíveis
Desidratação acentuada (sem diurese, prostração, hipotensão)
Febre alta persistente (> 39 °C)
Duração > 7 dias sem melhora
Alteração do nível de consciência

Deve-se iniciar a hidratação venosa do paciente, além de sintomáticos (antieméticos e analgésicos)



Comentário:

CONSIDERANDO-SE A SUSPEITA DE GASTROENTERITE LEVE, SEM SINAIS DE ALARME, EXAMES PODEM SER DISPENSADOS. TODAVIA, EM CASO DE PIORA OU DÚVIDA DIAGNÓSTICA, DEVE-SE SOLICITAR HEMOGRAMA, AMILASE, UREIA, CREATININA, ELETRÓLITOS E PROTEÍNA C REATIVA, PARA AVALIAÇÃO DE DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS.

Interpretando o caso após a anamnese, exame físico e exames laboratoriais:

28

Dado Coletado	Achado	Interpretação
Diarreia sem sangramento há 3 dias, sem irritação peritoneal	Quadro agudo	Sem sinais de alarme, descarta colite e abdome cirúrgico
Esposa com sintomas semelhantes	Indício de contaminação alimentar ou infecção viral	Quadro autolimitado
Consegue ingerir água	Via oral viável	Possibilidade de reidratação oral
PA 110 x70 mmHg / FC 98 bpm	Sem hipotensão, FC próxima ao limite superior da normalidade	Sugere hipovolemia leve
FR 18 irpm / Sat O ₂ 98%	Normais	Sem repercussão respiratória
Temp. 37,8°C	Febre baixa	Quadro infeccioso leve/moderado
Desidratação 1+/4+	Leve	Condizente com perdas por diarreia
Abdome levemente distendido, dor difusa, sem irritação peritoneal	Sinais de infecção intestinal, sem peritonite	Ausência de Blumberg e sinais de irritação, descartando abdome cirúrgico
Exames laboratoriais	Leucocitose leve, amilase normal, hiponatremia leve	desidratação leve, com distúrbio hidroeletrólítico secundário à diarreia

APÓS A INTERPRETAÇÃO, O DIAGNÓSTICO É GASTROENTERITE AGUDA.

DESCARTAMOS APENDICITE, POR EXAME FÍSICO INCOMPATÍVEL E DOR TER SE INICADO APÓS A DIARREIA.

DESCARTAMOS PANCREATITE, POR AMILASE NORMAL E AUSÊNCIA DE FATORES PRECIPITANTES.

Comentários finais sobre o caso clínico 3

Uma vez que o paciente não apresenta sinais de gravidade, o tratamento pode ser realizado em regime ambulatorial. Além disso, não é idoso ou imunossuprimido.

Recomenda-se:

- Manter hidratação oral vigorosa (soro de hidratação oral, líquidos claros, caldos leves).
- Dieta leve, fracionada, evitando laticínios e alimentos gordurosos até melhora completa.
- Evitar automedicação antibiótica.

- Sintomáticos:

Escopolamina + Dipirona, conforme necessidade de dor.

Ondansetrona se náuseas persistentes.

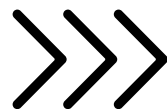
- Reavaliar se sinais de alarme:

*Febre persistente > 38,5 °C após 72h,
Diarreia com sangue ou muco,
Sinais de desidratação grave,
Dor abdominal localizada ou progressiva.*

SUGESTÃO DE LEITURA COMPLEMENTAR: OUTRAS CAUSAS DE DOR ABDOMINAL DIFUSA E CONDUTAS IMEDIATAS

A seguir, veja um quadro com:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE **DOR ABDOMINAL DIFUSA**



Causa	Características Clínicas Principais	Achados Laboratoriais / de Imagem	Elementos que Ajudam a Diferenciar
Pancreatite aguda	Dor abdominal difusa ou em faixa, irradiada para dorso, associada a náuseas e vômitos intensos.	Amilase/lipase > 3x o VR; TC de abdome com alterações inflamatórias pancreáticas.	Dor mais intensa e persistente, sem diarreia; história de etilismo ou colelitíase.
Crise álgica da anemia falciforme	Dor difusa abdominal e óssea; história prévia de anemia falciforme; desencadeada por infecção, frio ou desidratação.	Anemia, reticulocitose, bilirrubina indireta aumentada.	História pessoal conhecida, dor desproporcional aos achados físicos, ausência de peritonite.
Cetoacidose diabética	Dor abdominal difusa, náuseas, vômitos, hálito cetônico, polidipsia, poliúria e taquipneia.	Glicemia > 200 mg/dL, pH < 7,3, HCO ₃ < 18 mEq/L, cetonemia/cetonúria.	História de DM tipo 1 ou estresse metabólico; desidratação intensa e respiração de Kussmaul.
Isquemia mesentérica aguda	Dor abdominal desproporcional ao exame físico; idosos com fibrilação atrial, aterosclerose ou hipotensão recente.	Leucocitose, acidose metabólica, aumento de lactato. AngioTC: falha de enchimento vascular.	Dor intensa com abdome com exame duvidoso; evolução rápida para necrose e peritonite.
Aneurisma dissecante/rotura de aorta abdominal	Dor súbita intensa, irradiada para dorso ou flanco, com repercussão hemodinâmica	AngioTC com dilatação de aorta abdominal	Pulso femoral diminuído, massa pulsátil abdominal, hipotensão. Urgência cirúrgica.
Doença inflamatória intestinal	Dor abdominal recorrente, diarreia crônica com muco/sangue, perda ponderal.	PCR elevada, anemia, hipoalbuminemia. Colonoscopia com lesões inflamatórias.	História crônica, sintomas intestinais persistentes e sinais sistêmicos.
Obstrução intestinal	Dor difusa tipo cólica, distensão abdominal, vômitos, parada de eliminação de fezes e flatos.	Radiografia com níveis hidroaéreos; leucocitose variável.	Distensão marcada, ruídos hidroaéreos aumentados, ausência de evacuação. Cirurgia abdominal prévia.
Intolerância à lactose	Dor abdominal difusa e distensão logo após ingestão de leite ou derivados, flatulência, diarreia aquosa.	Teste respiratório de hidrogênio positivo; melhora com retirada de lactose da dieta.	Relação temporal direta com ingestão de laticínios; ausência de febre.

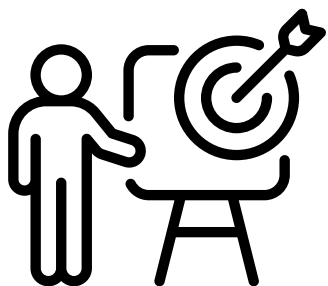
4

MÓDULO

Dor Abdominal Súbita (epigástrico)

OBJETIVOS

- Reconhecer os principais diagnósticos diferenciais de dor abdominal súbita em epigástrico
- Indicar e interpretar exames



CASO CLÍNICO 4

32

Situação Problema:

Paciente do sexo masculino, de 47 anos, trazido ao box de emergência por terceiros, com quadro de dor abdominal intensa, de início súbito em epigástrio, há cerca de doze horas.

Evolui com náuseas e vômitos.

O paciente é usuário crônico de anti-inflamatórios não esteroidais por lombalgia, além de ser tabagista e etilista há longa data. Desconhece outras comorbidades.



Você, prontamente, monitoriza o paciente, que se apresenta: inquieto, sudorético, FC 110 bpm, PA 75 x 50mmHg, desidratado (3+/4+).

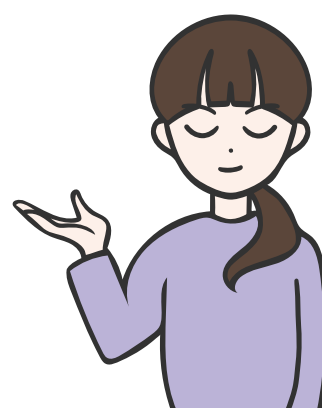
Apresenta abdome rígido, doloroso à palpação, com sinais de irritação peritoneal difusa.

Não há sinais de massa palpável ou pulsátil.
Pulsos palpáveis bilateralmente e simétricos.

Considerando-se o quadro de dor epigástrica, quais outros sinais e sintomas precisam ser questionados na anamnese?

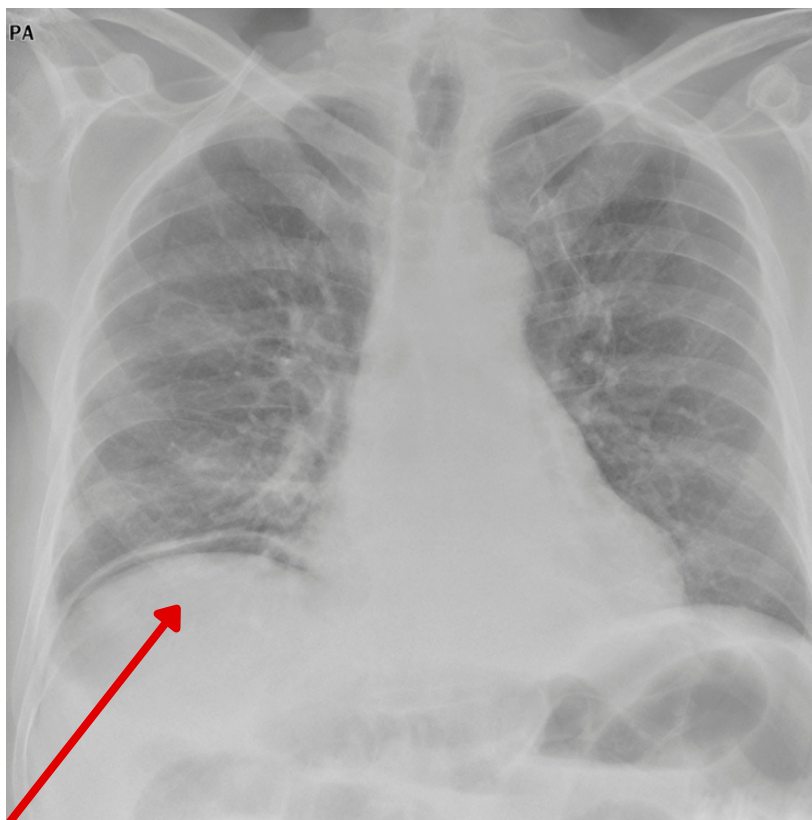
Quais são as três principais hipóteses diagnósticas para esse paciente, em ordem de probabilidade? Por quê?

Qual exame de imagem pode ser realizado no box de emergência para auxiliar a elucidação do diagnóstico?



Quais exames laboratoriais podem ser feitos já na chegada do paciente?

O PACIENTE FOI MANTIDO EM OBSERVAÇÃO NO BOX DE EMERGÊNCIA, MONITORIZADO. ENQUANTO OS EXAMES LABORATORIAIS FICAVAM PRONTOS, FOI REALIZADA A RADIOGRAFIA DE TÓRAX (AP) NO LEITO, COM O ACHADO A SEGUIR.



Qual é o achado apresentado acima?

Além da radiografia, foram solicitados os exames laboratoriais a seguir:

Leucometria de 18000/mm³
Amilase 130 u/L (VR <110 U/L)
PCR 15 mg/dL (VR: até 0,8 mg/dL)
Ureia 68 mg/dL (VR 10 a 50 mg/dL)
Creatinina 1,6 mg/dL (VR 0,7 a 1,3 mg/dL, homens)
Lactato 6 mmol/L (VR <2 mmol/L)

Qual é diagnóstico e conduta a ser adotada?

Respostas Esperadas e Discussão

35



Considerando-se o quadro de dor epigástrica súbita, é fundamental questionar o paciente sobre a associação de **melena e/ou hematêmese** ao quadro clínico.

Além disso, deve-se observar que o paciente apresenta sinais de peritonite difusa, sendo um forte indício de doença cirúrgica.

As principais hipóteses, após a anamnese e exame físico são:

1. **Úlcera péptica perfurada;**
2. Doença ulcerosa péptica complicada (sangramento);
3. Pancreatite;

Outras hipóteses menos prováveis seriam:

Dissecção de aorta

Doença coronariana isquêmica aguda.

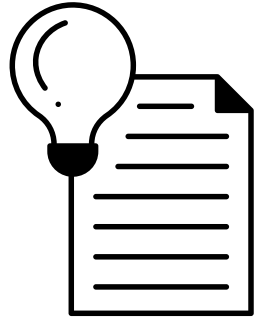
Os exames laboratoriais evidenciam:



- Leucocitose
- Amilase elevada, porém em níveis abaixo de 3x o valor de referência
- PCR elevado, sugerindo inflamação sistêmica;
- Lactato elevado sugerido evolução para sepse.

Neste caso clínico, **é importante destacar:**

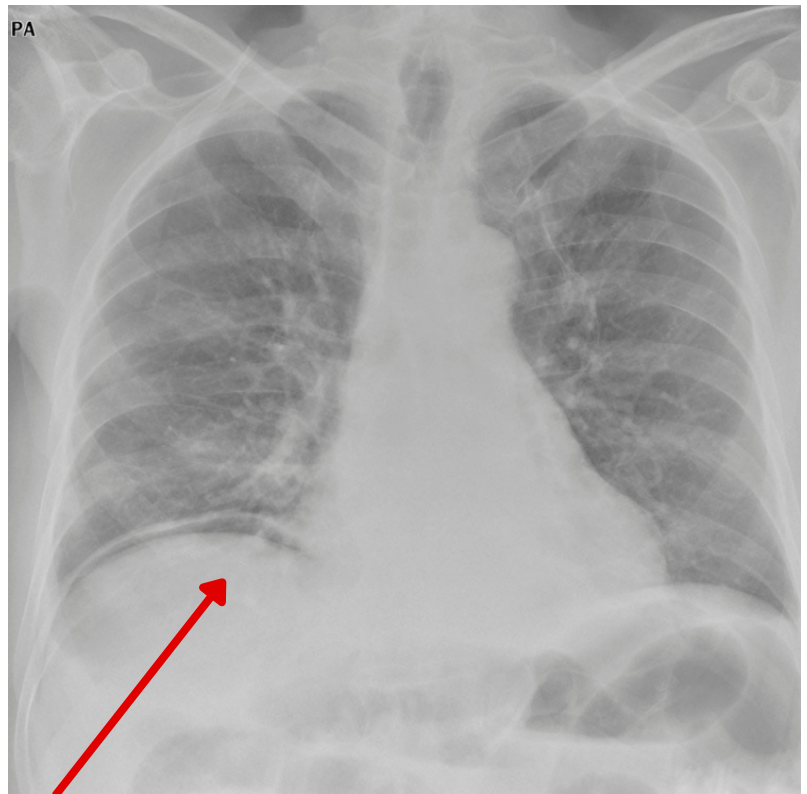
- Trata-se de paciente com **fatores de risco para doença ulcerosa péptica** - tabagismo, etilismo e uso de anti-inflamatórios.
- Os sinais vitais sugerem hipotensão e taquicardia, com uma PAM <65mmHg.
- Além disso, ao exame físico, notam-se sinais de **peritonite difusa**.
- Por tais motivos, há forte suspeita de úlcera péptica perfurada.



Nesses casos, a radiografia de tórax é um exame de fácil execução à beira do leito.

Observa-se
pneumoperitônio.

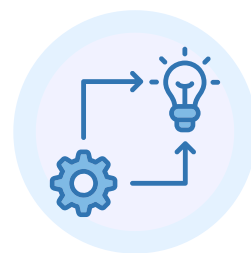
Ar abaixo da cúpula diafragmática, que é um sinal de perfuração de víscera oca, provavelmente estômago ou duodeno.



Além da anamnese e exame físico, os exames laboratoriais e de imagem confirmam o abdome agudo perforativo, por provável úlcera perfurada.

Está indicada a transferência imediata do paciente para um serviço de Cirurgia Geral, para abordagem cirúrgica de urgência.

Comentários finais sobre o caso clínico 4



O caso clínico descreve um paciente masculino de 47 anos, tabagista e usuário crônico de anti-inflamatórios não esteroidais, que chega ao pronto-socorro com **dor abdominal súbita e intensa** em epigástrio há cerca de doze horas.

Encontra-se em **mau estado geral**, hipotenso, taquicárdico, desidratado e com **abdome rígido e sinais de irritação peritoneal** difusa, sem abaulamento pulsátil ou pulsos assimétricos. O quadro clínico é altamente sugestivo de **abdome agudo perfurativo**, possivelmente decorrente de úlcera péptica perfurada, favorecida pelos fatores de risco presentes (uso de AINEs e tabagismo).

O diagnóstico pode ser confirmado pela radiografia de tórax evidenciando **pneumoperitônio**. Os exames laboratoriais iniciais devem incluir hemograma, amilase, lipase, função renal, PCR, lactato, gasometria e ECG para excluir diagnósticos diferenciais como pancreatite, dissecação de aorta e infarto agudo do miocárdio. **Se paciente estável, a tomografia de abdome** é um exame de imagem com maior sensibilidade e especificidade para avaliação do caso.

Trata-se de uma **emergência cirúrgica**, exigindo estabilização hemodinâmica imediata, antibioticoterapia e encaminhamento para laparotomia exploradora ou laparoscopia, em caso de estabilidade.

Diagnóstico Diferencial de Dor Abdominal Súbita

38

Causa	Características Clínicas Principais	Exames Diagnósticos Úteis
Úlcera péptica perforada	Dor súbita e intensa, rigidez abdominal, sinais de irritação peritoneal, história de AINEs ou tabagismo.	Radiografia de tórax (pneumoperitônio), TC de abdome.
Pancreatite aguda	Dor epigástrica intensa, irradiada para dorso, náuseas e vômitos, história de etilismo ou colelitíase.	Amilase e lipase >3x VR, USG ou TC de abdome.
Dissecção de aorta toracoabdominal	Dor epigástrica ou dorsal súbita, lancinante, irradiada para dorso, assimetria de pulsos, hipotensão.	Angio-TC de tórax/abdome, ecocardiograma transesofágico.
Infarto agudo do miocárdio (IAM inferior)	Dor epigástrica opressiva, irradiada para mandíbula ou braço, náuseas, sudorese, dispneia.	ECG, troponina sérica, CK-MB.
Isquemia mesentérica aguda	Dor súbita desproporcional ao exame físico, fatores de risco (fibrilação atrial, trombose), náuseas, vômitos e evacuação sanguinolenta.	Lactato elevado, angio-TC de abdome.
Colecistite aguda complicada (perfuração)	Dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, febre, náuseas, sinal de Murphy presente, leucocitose	USG de abdome, TC de abdome.
Síndrome de Boerhaave	Dor torácica/epigástrica súbita após vômito vigoroso, enfisema subcutâneo, dispneia.	Radiografia ou TC de tórax (ar mediastinal), esofagografia.
Embolia gástrica ou esplênica	Dor epigástrica súbita, geralmente em pacientes com trombofilias ou endocardite.	Angio-TC, ultrassonografia Doppler.

SUGESTÃO DE LEITURA COMPLEMENTAR: CAUSAS DE DOR ABDOMINAL EM HIPOCÔNDRIO ESQUERDO - PNEUMONIA, DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO, ESPLENOMEGALIA.

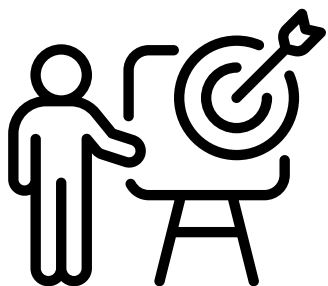
5

MÓDULO

Dor Abdominal Associada à Parada da Eliminação de Fezes e Flatos

OBJETIVOS

- Estabelecer o raciocínio clínico e diagnóstico diferencial para abdome agudo obstrutivo
- Interpretar exames laboratoriais e de imagem
- Definir a plano terapêutico para o caso clínico



CASO CLÍNICO 5

40



Situação Problema:

Paciente idoso, de 78 anos, trazido ao pronto atendimento com história de dor abdominal difusa, progressiva, em cólica, há 36 horas, associada a distensão abdominal importante, náuseas e parada da eliminação de fezes e flatos. O paciente relata episódios de vômitos biliosos nas últimas 12 horas. Nega sintomas urinários.

É portador de hipertensão arterial, mas nega outras comorbidades.

Raciocínio Clínico

Quais questionamentos complementares devem ser feitos na anamnese?

O paciente apresenta **passado de laparotomia** há 30 anos por apendicite aguda complicada com peritonite. **Nega alterações recentes do hábito intestinal ou perda de peso.** Relata ter realizado colonoscopia há 1 ano, sem alterações.

Ao exame físico: o paciente encontra-se desidratado (2+/4), com mal-estar intenso. Estável hemodinamicamente, consciente e orientado.

Quais aspectos precisam ser avaliados no exame físico?

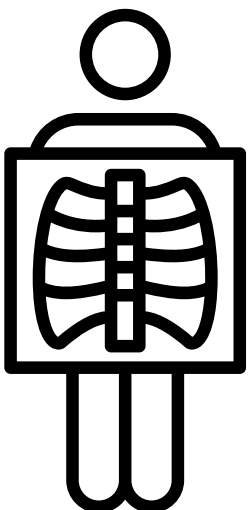
41

Ao exame físico do abdome, nota-se cicatriz mediana infra umbilical, sem sinais de hérnias incisionais.

O abdome está distendido, doloroso difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. Sinal de Gersuny ausente.

Toque retal sem lesões tocáveis, ou sangue em dedo de luva, o esfíncter externo é normotônico.

Diante do caso clínico, quais são as principais hipóteses diagnósticas?





O paciente realizou os seguintes exames:

- Leucometria de 9000/mm³
- Amilase 42 u/L (VR <110 U/L)
- PCR 0,5 mg/dL (VR: até 0,8 mg/dL)
- Ureia 55 mg/dL (VR 10 a 50 mg/dL)
- Creatinina 1,5 mg/dL (VR 0,7 a 1,3 mg/dL, homens)
- Lactato 1 mmol/L (VR <2 mmol/L)

Além dos exames laboratoriais, o paciente realizou a radiografia de abdome acima e a tomografia de abdome.

Observou-se, à tomografia, um afilamento em íleo terminal, promovendo distensão de intestino delgado à montante, sem sinais de pneumoatose intestinal ou líquido livre. Cólon sem alterações.

Qual é o diagnóstico mais provável?

Qual deve ser a conduta terapêutica?



Respostas Esperadas e Discussão

Para prosseguir o raciocínio clínico, **é necessário questionar ao paciente sobre história prévia de:**

- **Cirurgia abdominal**, pois direciona o diagnóstico etiológico do abdome agudo obstrutivo para bridas. Também pode sugerir a possibilidade de hérnias da parede abdominal.
- Alteração do hábito intestinal nos últimos meses, pode sugerir neoplasia de cólon.
- Perda de peso.
- Sangramento nas fezes.
- Uso de medicações constipantes (opioides, por ex.)



Ao exame físico, é necessário avaliar **cicatrizes** de procedimentos cirúrgicos abdominais, **hérnias** incisionais e/ou inguinais.

A palpação do abdome deve ser minuciosa, investigando a presença de **tumorações e plastrões**.

É obrigatório realizar o **toque retal**.

Interpretando os exames complementares:

Laboratoriais: sem sinais de leucocitose. PCR normal. Creatinina levemente aumentada, mas compatível com a idade.

Radiografia de abdome evidenciando **sinal de empilhamento de moedas**, carterístico de obstrução de intestino delgado.

Tomografia de abdome confirma suspeita **quadro obstrutivo, sem sinais de isquemia ou perfuração intestinal**.

O diagnóstico é: Abdome agudo obstrutivo por bridas

44

O plano terapêutico deverá ser:

- Jejum
- Acesso venoso calibroso
- Hidratação venosa com soluções cristaloides
- Correção de distúrbios hidroeletrólitos
- Sonda nasogástrica para descompressão, por 24 a 48h
- Analgesia adequada
- Monitorização e reavaliação
- Avaliação por um equipe de cirurgia geral imediata
- Em caso de insucesso do tratamento clínico, piora ou evolução com sinais de peritonite, necessitará cirurgia de urgência



Raciocínio clínico para o caso desse paciente:

Hipótese	Justificativa
Obstrução intestinal por bridas/aderências	História de laparotomia antiga por peritonite. Aderências são a principal causa de obstrução mecânica de intestino delgado em pacientes operados.
Hérnia encarcerada	Deve ser pesquisada, mas foi afastada pelo exame físico (sem hérnias).
Neoplasia de cólon	Possível em idosos, mas afastada por colonoscopia recente normal e ausência de sinais sistêmicos.
Íleo paralítico	Poderia justificar distensão e parada de trânsito, mas o empilhamento de moedas na radiografia e o ponto de transição na TC indicam obstrução mecânica verdadeira.

Comentários finais sobre o caso clínico 5

Trata-se de paciente idoso, de 78 anos, admitido no pronto atendimento com quadro de **dor abdominal difusa e progressiva há 36 horas**, associada a distensão abdominal importante, náuseas, vômitos biliosos e **parada da eliminação de fezes e flatos**, configurando um quadro clássico de **abdome agudo obstrutivo**.

Ao exame físico, apresentava desidratação, abdome distendido e doloroso, sem sinais de irritação peritoneal. Presença de cicatriz cirúrgica mediana antiga e ausência de hérnias.

A história de laparotomia prévia por apendicite complicada, associada aos achados radiográficos e tomográficos, evidenciando distensão de alças delgadas com ponto de transição em íleo terminal, sustentam o diagnóstico de obstrução intestinal mecânica por bridas.

O paciente deve ser manejado inicialmente com medidas conservadoras, por não apresentar sinais de sofrimento de alças de delgado, mantendo vigilância clínica e laboratorial rigorosa, com indicação de abordagem cirúrgica caso haja falha do tratamento clínico ou sinais de sofrimento intestinal.

O principal diagnóstico diferencial é o abdome agudo obstrutivo por neoplasia colorretal.

Um diagnóstico menos provável, mas que deve ser recordado em idosos, é diverticulite. Todavia, se apresentaria com febre, alterações laboratoriais sugerindo processo inflamatório / infeccioso e tomografia de abdome compatível.

Diagnóstico Diferencial Abdome Agudo Obstrutivo (AAO)	Causa	Achados Clínicos Característicos	Exames de Imagem Característicos
Pós-operatório	Bridas / aderências	Dor abdominal em cólica, distensão, parada de fezes e flatos, vômitos biliosos; antecedente de laparotomia	Níveis hidroaéreos e empilhamento de moedas no RX; TC mostra ponto de transição sem lesão aparente
Hérnias	Hérnia inguinal, femoral, umbilical, incisional	Dor localizada, abaulamento irreduzível e doloroso, sinais de obstrução	TC mostra alça herniada com distensão proximal
Neoplásica	Câncer de cólon, íleo terminal, linfomas	História de perda de peso, anemia, alteração do hábito intestinal, dor progressiva	Colonoscopia diagnóstica; TC com tumoração obstrutiva e dilatação a montante
Inflamatória / Infecciosa	Doença de Crohn, diverticulite, tuberculose intestinal	Dor crônica, episódios recorrentes de suboclusão, febre, emagrecimento	TC com espessamento segmentar e fístulas
Volvo	Volvo de sigmoide ou de ceco - doenças de Chagas, pacientes idosos	Dor súbita, distensão marcada, ausência de evacuação, timpanismo acentuado	RX com “sinal do grão de café” (sigmoide) ou distensão de ceco; TC confirma torção
Intussuscepção	Invaginação de um segmento intestinal em outro - crianças, jovens	Dor tipo cólica, tumoração palpável, fezes com muco e sangue (“geléia de morango”)	USG com “sinal do alvo”; TC confirma o ponto de invaginação
Ileo Biliar	Cálculo biliar impactado	Colecistite, evoluindo com AAO	TC com aerobilia e cálculo ectópico
Íleo paralítico (funcional)	Pós-operatório, distúrbio hidroeletrolítico, sepse, drogas	Distensão abdominal, dor difusa, ruídos ausentes	RX mostra distensão difusa de intestino delgado e grosso, sem nível de transição
Isquemia mesentérica / estrangulamento	Trombo, embolia, brida com compressão vascular	Dor intensa desproporcional ao exame físico, leucocitose, acidose metabólica	TC com pneumatose intestinal, falta de realce de alças, líquido livre
Pós-radioterapia ou doença infiltrativa	Fibrose actínica, carcinomatose peritoneal	História oncológica, dor crônica, distensão e vômitos intermitentes	TC mostra espessamento difuso e múltiplos pontos de estreitamento

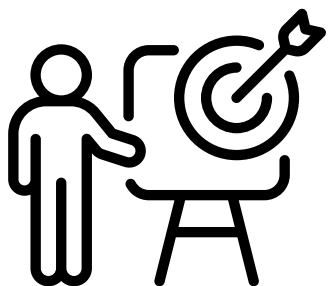
6

MÓDULO

Dor em Hipogástrico

OBJETIVOS

- Avaliar paciente com quadro de dor em hipogástrico
- Indicar exames laboratoriais adequados
- Definir conduta inicial para paciente em regime de tratamento ambulatorial



CASO CLÍNICO 6

48

Situação Problema:

Paciente do sexo feminino, 24 anos, previamente hígida, procura atendimento com queixa de dor localizada em hipogástrio, em peso, intensidade 5/10, há 02 dias.

Queixa-se de disúria e aumento da frequência urinária.

Refere piora progressiva dos sintomas, sem melhora com analgésicos comuns.



Raciocínio Clínico

Diante de uma paciente jovem com dor em baixo ventre, quais questionamentos complementares devem ser feitos na anamnese?

A paciente nega febre ou dor lombar. Nega hematúria.
Relata sensação de micção incompleta, além de polaciúria e urgência urinária.
Nega corrimento transvaginal.
Sua última menstruação ocorreu há 20 dias e durou três dias.
É casada e apenas tem relações sexuais com uso de preservativo.

Ao exame físico: está consciente e orientada. FC 67 bpm. Corada e hidratada. Afebril.

O abdome é doloroso em hipogástrio, sem sinais de irritação peritoenal. Não há plastrões ou tumorações palpáveis.

Sinais de Giordano, Blumberg, Rovsing, Psoas e Obturador estão ausentes.

Diante do caso clínico, qual é a principal hipótese diagnóstica?

É necessário solicitar exames complementares para definir a conduta? Por quê?

Qual é a conduta preconizada?



Respostas Esperadas e Discussão

Para realizar o raciocínio clínico, **deve-se prosseguir a anamnese questionando sobre:**

- Apresentação de febre;
- Dor lombar associada;
- Presença de corrimento transvaginal.



Esse dados auxiliam a diagnóstico diferencial entre cistite, pielonefrite a doenças ginecológicas.

Diante do caso clínico, observa-se que a paciente está estável, sem febre ou sinais de doença sistêmica. Além disso, não apresenta queixas ginecológicas ou atraso menstrual.

Ao exame físico, não apresenta sinais de irritação peritoneal e o sinal de Giordano está ausente.

Sendo assim, a principal hipótese é **cistite aguda não complicada**.

Outros diagnósticos menos prováveis seriam pilonefrite e vulvovaginite.

Em mulheres jovens com sintomas clássicos de infecção urinária baixa, o diagnóstico pode ser realizado de forma clínica, sendo desnecessária a solicitação rotineira de exames laboratoriais.

Nesses casos, está **indicado o início de antibioticoterapia empírica e tratamento ambulatorial**. A nitrofurantoína ou a fosfomicina são opções terapêuticas.



Comentários finais sobre o caso clínico 6

Nos casos de cistite aguda não complicada, especialmente em pacientes atendidos em UPA e UBS, a solicitação de exames pode ser dispensada.

Quando há dúvida diagnóstica, quadro clínico recorrente ou falha terapêutica, deve-se solicitar: leucograma, EAS e urocultura.

Diagnóstico diferencial para o Caso Clínico	Cistite Aguda	Pielonefrite	Vulvovaginite
Início dos sintomas	progressivo	agudo, mais intenso	variável
Dor abdominal	hipogástrio leve a moderada	lombar e hipogástrio	geralmente ausente
Disúria	presente	presente	pode estar presente
Febre	geralmente ausente	frequentemente presente	ausente
Corrimento transvaginal	ausente	ausente	presente

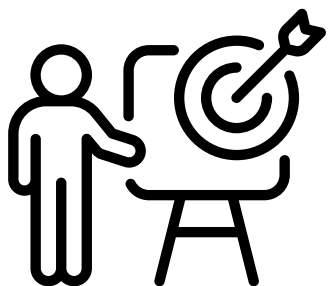
7

MÓDULO

Dor Abdominal e Abaulamento Inguinal Irredutível

OBJETIVOS

- Reconhecer sinais de abdome cirúrgico



CASO CLÍNICO 7

53

Situação Problema:

Paciente masculino, 65 anos, com história prévia de hérnia inguinal esquerda, procura atendimento com dor abdominal.

Relata dor intensa em região inguinal esquerda há 24 horas, associada a aumento de volume local. Refere náuseas e dois episódios de vômitos.

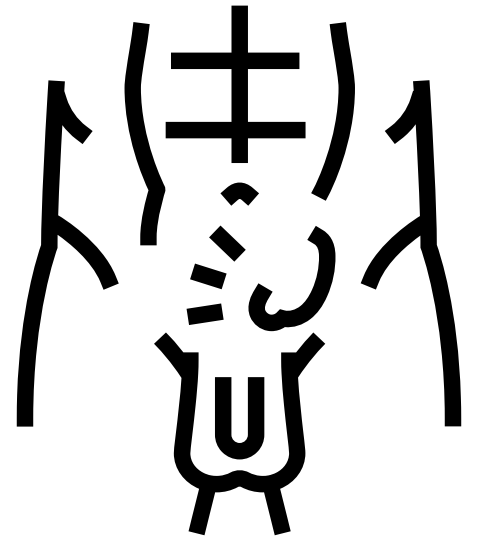
Ao exame físico:

FC 102 bpm

PA 80 x 60mmHg

Abdome distendido e doloroso difisamente.

Observa-se um abaulamento inguinal único, irreduzível e doloroso à esquerda, sem sinais flogísticos.



Raciocínio Clínico

Diante do caso clínico, quais são as principais hipóteses diagnósticas?

Trata-se de um caso para condução ambulatorial ou de emergência? Por quê?

O paciente vem transferido de outro hospital e traz, em mãos, os exames laboratoriais e tomografia de abdome, abaixo:

54

LEUCOMETRIA DE 14000/MM³

PCR 18 MG/DL (VR: ATÉ 0,8 MG/DL)

UREIA 85 MG/DL (VR 10 A 50 MG/DL)

CREATININA 2,5 MG/DL (VR 0,7 A 1,3 MG/DL, HOMENS)

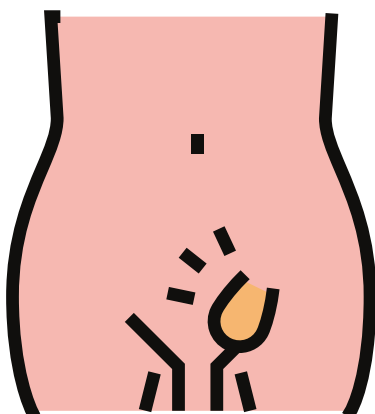
LACTATO 4 MMOL/L (VR <2MMOL/L)



KOHGA, A ET AL 2021

Diante do caso clínico, qual é a conduta preconizada?

Quais outras condições clínicas podem causar abaulamento inguinal doloroso?



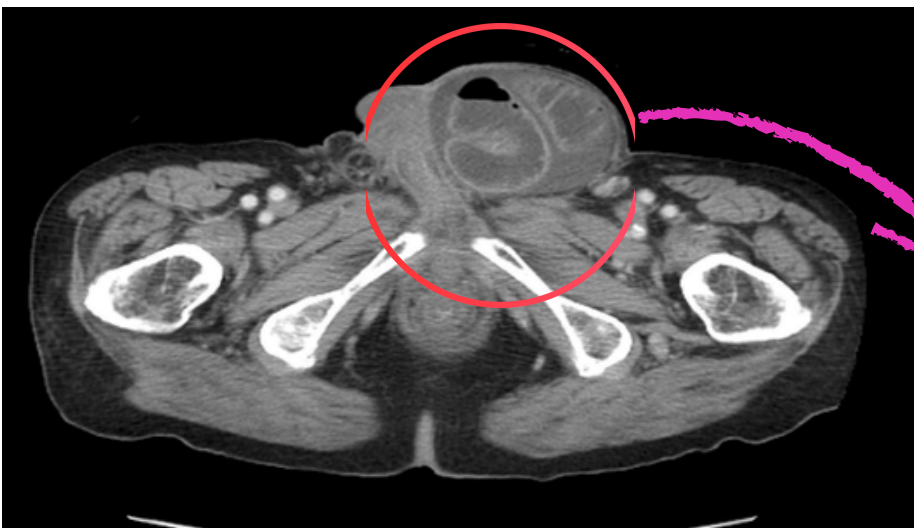
Respostas Esperadas e Discussão

55



O paciente apresenta história prévia de hérnia inguinal e evolui com sinais de complicações aguda, que podem corresponder a **encarceramento ou estrangulamento**.

Ao exame físico, o paciente se encontra taquicárdico e hipotenso. Os exames laboratoriais sugerem leucocitose, alteração da função renal e aumento de PCR, podendo corresponder a comprometimento sistêmico relacionada a isquemia intestinal. Achados que sugerem gravidade.



Intestino delgado encarcerado circundado por líquido peritoneal livre.

Dessa forma, trata-se de um caso de emergência por alta suspeita de isquemia intestinal, secundária à hérnia encarcerada, com necessidade de transferência para um serviço de cirurgia geral.



Comentários finais sobre o caso clínico 7

O tratamento definitivo desse paciente será a inguinotomia exploradora esquerda, com avaliação do conteúdo herniado e correção da hérnia. Sob qualquer suspeita de isquemia ou comprometimento de órgão intra-abdominal, deve-se proceder a laparotomia exploradora em conjunto.

Não se deve tentar a redução da hérnia sob analgesia, visto que há sinais sugestivos de entrançamento, além do tempo de encarceramento maior que 6h de evolução.

Outras patologias podem cursar com abaulamento inguinal doloroso, todavia sem comprometimento intestinal e abdome agudo concomitante.

Outras patologias que cursam com abaulamento inguinal doloroso

Patologia	Apresentação Clínica
Hérnia sem complicações	Abaulamento redutível através do anel inguinal externo (indireta) ou medial (direta)
Linfadenomegalia	Múltiplos nódulos dolorosos, móveis, podendo haver sinais flogísticos e apresentação aguda
Doença metastática linfonodal	Tumoração endurecida, geralmente indolor, de longa evolução
Abscesso	Lesão aguda com sinais flogísticos e flutuação
Aneurisma femoral	Massa pulsátil



Siglas e Abreviaturas

- AP — anteroposterior
- β -hCG — beta-gonadotrofina coriônica humana
- CPRE — colangiopancreatografia retrógrada endoscópica
- DIP — doença inflamatória pélvica
- DM — diabetes mellitus
- EAS — elemento(s) anormal(is) e sedimento / exame de urina tipo I
- ECG — eletrocardiograma
- FA / FAL — fosfatase alcalina
- FC — frequência cardíaca
- FR — frequência respiratória
- GGT — gama-glutamilttransferase
- HCO_3 — bicarbonato
- HD — hipocôndrio direito
- HRG — Hospital Regional do Gama
- IAM — infarto agudo do miocárdio
- IV — intravenoso
- PA — pressão arterial
- PCR — proteína C reativa
- PPGECS — Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Saúde
- QID — quadrante inferior direito
- Sat O_2 — saturação de oxigênio
- SF 0,9% — solução fisiológica a 0,9%
- TC — tomografia computadorizada
- TGO — transaminase glutâmico-oxalacética
- TGP — transaminase glutâmico-pirúvica
- UPA — Unidade de Pronto Atendimento
- USG — ultrassonografia
- UNICEPLAC — Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos
- VO — via oral
- VR — valor de referência.



REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013
- HAJAR, L. A., MEDICINA DE EMERGÊNCIA ABORDAGEM PRÁTICA 18ª EDIÇÃO, MANOLE 2024, CAP. 25
- KRANZ J et al. European Association of Urology Guidelines on Urological Infections - 2024. DOI: 10.1016/j.eururo.2024.02.012
- KOHGA, A., et al Does preoperative enhanced CT predict requirement of intestinal resection in the patients with incarcerated myopectineal hernias containing small bowel? *Hernia* 2021 Oct;25(5):1279-1287. doi: 10.1007/s10029-020-02325-0. Epub 2020 Oct 31.
- YOKOE M, HATA J, TAKADA T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018; 25(1): 41-54. doi:10.1002/jhbp.515.
- TOWNSEND, et al SABISTON: TEXTBOOK OF SURGERY: THE BIOLOGICAL BASIS OF Standard MODERN SURGICAL PRACTICE, TWENTY FIRST EDITION (2022) International
- WOLFE, C. et al. Abdominal Pain in the Emergency Department: How to Select the Correct Imaging for Diagnosis. *Open Access Emergency Medicine*, v. Volume 14, n. 14, p. 335–345, jul. 2022.
- YEW, K. S. e GEORGE, M. K, ACUTE ABDOMINAL PAIN IN ADULTS: EVALUATION AND DIAGNOSIS *Am Fam Physician.* 2023 Jun;107(6):585-596. PMID: 37327158.