

Síndrome do Abdome Agudo: Uma Revisão de Literatura

Ana Luísa Bacchin Milanez*, Beatriz Donato Leandro**, Gumercindo André Cardoso
Dias*, Luana Ravelli Peixoto*.

Resumo

Abdome agudo é definido como uma síndrome clínica de dor abdominal intensa e súbita, que compõe um quadro de urgência frequente na prática médica e, portanto, exige diagnóstico e abordagens terapêuticas rápidos e acurados. A presente revisão discorre sobre as principais etiologias da Síndrome do Abdome Agudo e suas diversas apresentações clínicas, bem como achados na anamnese e exame físico, os métodos diagnósticos indicados e abordagens terapêuticas oportunas.

Abstract

Acute abdomen is defined as a clinical syndrome of severe and sudden abdominal pain that sets a frequent emergency situation in medical practice and, therefore, requires fast and accurate diagnosis and therapeutic approaches. The present review discusses the main etiologies of the Acute Abdomen Syndrome and its diverse clinical presentations, as well as findings in anamnesis and physical examination, the indicated diagnosis methods and propitious therapeutic approaches.

Palavras-Chave: [Síndrome]; [Abdome Agudo]; [Apresentação Clínica]

Introdução

O abdome agudo, síndrome caracterizada por dor abdominal, de aparecimento súbito, que pode ou não necessitar de intervenção cirúrgica, é uma

*Discentes do quarto período da graduação em medicina da Universidade Anhembi Morumbi.

**Discente do segundo período da graduação em medicina da Universidade Anhembi Morumbi.

emergência comum na cirurgia geral, com incidência de 300.000 casos anualmente na Inglaterra e cerca de 7 milhões nos Estados Unidos da América. No Brasil, estima-se que a queixa de dor abdominal aguda seja responsável por cerca de 5 a 10% das admissões nos serviços de emergência. Entretanto, a ausência de sistematização e informatização do sistema de saúde público, acrescido à ausência de dados do sistema de saúde privado, impossibilita apurações mais precisas acerca do número de novos casos dessa síndrome.

A Síndrome do Abdome Agudo pode ser decorrente de diversas etiologias.

O termo abdome agudo é amplo e compreende inúmeras síndromes resultantes de condições que variam de patologias cirúrgicas graves, com risco à vida, a condições clínicas. A investigação apropriada constitui um componente chave na avaliação do paciente e na prestação de cuidados adicionais. As investigações são escolhidas com base em uma lista de possíveis diagnósticos diferenciais, elaborados com base em história cuidadosa e no exame do paciente.

Metodologia

O presente estudo trata-se de um compilado de informações presentes em estudos e bibliografias científicas sobre Síndrome do Abdome Agudo. Nesse sentido, foram feitas pesquisas de artigos científicos nos principais canais científicos, como PUBMED (US National Library of Medicine National Institutes of Health), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico, sobre o tema citado.

A partir disso, os artigos foram selecionados conforme sua relevância no cenário científico e estudados para uma apresentação do que é mais recente e importante sobre anatomia, fisiologia, etiologia, apresentação clínica, diagnóstico e tratamento da síndrome do abdome agudo.

Objetivos

Esta revisão literária tem como objetivos identificar as principais etiologias da Síndrome do Abdome Agudo, descrever suas possíveis apresentações clínicas e

correlaciona-las ao método de diagnóstico adequado e, analisar abordagens de tratamento cirúrgico e não cirúrgico cabíveis.

Anatomia e Fisiologia

O abdome é a parte do tronco situada entre o tórax e a pelve. É um receptáculo dinâmico e flexível, que abriga a maioria dos órgãos do sistema digestório e parte do sistema genital e urinário. Há duas maneiras principais de categorização da região abdominal, as quais auxiliam na localização, identificação e diagnóstico dos sintomas apresentados pelos pacientes.

A primeira e mais simples é a delimitação da cavidade abdominal em quatro quadrantes (Figura 1): quadrante superior direito, no qual é possível observar o lobo direito do fígado, a vesícula biliar, o piloro do estômago, a cabeça do pâncreas, a glândula suprarrenal direita, o rim direito, a parte superior do colo ascendente e a metade direita do colo transversal; o quadrante superior esquerdo, em que localiza-se o lobo esquerdo do fígado, o baço, o estômago, o jejuno e íleo proximal, o corpo e cauda do pâncreas, o rim esquerdo, a glândula suprarrenal esquerda, a metade esquerda do colo transversal e a parte superior do colo ascendente; o quadrante inferior direito, no qual está contido o ceco, o apêndice vermiforme, a parte inferior do colo ascendente, o ovário direito, a tuba uterina direita, a parte abdominal do ureter direito e a parte abdominal do funículo espermático direito; e por fim, o quadrante inferior esquerdo em que estão situados o colo sigmóide, a parte inferior do colo descendente, o ovário esquerdo, a tuba uterina esquerda, a parte abdominal do ureter esquerdo e a parte abdominal do funículo espermático esquerdo.

O segundo método divide o abdome em nove segmentos (Figura 1), sendo eles as regiões do hipocôndrio direito e esquerdo, do flanco direito e esquerdo, fossa ilíaca direita e esquerda, epigástrico, mesogástrico e hipogástrico.

A dor abdominal é um dos mais importantes sintomas da Síndrome do Abdome Agudo, haja vista que, além de ser, ordinariamente, a primeira queixa do paciente e um dos principais sintomas que induz a procura por atendimento médico, é fundamental para a compreensão da etiologia responsável pela dor. A dor é

comumente dividida em componentes viscerais e parietais, pois depende do comportamento das raízes dos nervos segmentares que inervam o peritônio.

Essa diferenciação é fundamentada nas inervações neurais do peritônio parietal e visceral serem derivadas separadamente, apesar de estarem em continuidade. O peritônio é uma túnica serosa transparente, que reveste o interior da parede abdominal e as superfícies dos órgãos. O revestimento da face interna da parede abdominal é denominado peritônio parietal, enquanto o peritônio visceral recobre os vários órgãos.

A dor visceral é transmitida pelas fibras nervosas C, encontradas no músculo, periósteo, mesentério, peritônio visceral e vísceras. Ela tem uma duração maior, quando comparada com a dor somática, e é referida como cólica ou uma sensação de queimação. É descrita como uma dor mal localizada, característica essa explicada pelo número reduzido de terminações nervosas no órgão visceral. Geralmente é percebida no epigástrico, na região periumbilical ou no hipogástrico.

A dor parietal é propagada pelas fibras nervosas somáticas A- δ , localizadas na pele, músculos e no peritônio parietal. Estas, são transmissoras rápidas, que dão origem a uma dor aguda intensa, bem localizada, frequentemente agravada por movimentos. A dor parietal, por inflamação do peritônio parietal, por exemplo, é mais intensa e melhor localizada, se comparada a dor visceral por inflamação do peritônio visceral.

O termo “dor referida”, utilizado para denominar a dor percebida em um local distante da fonte do estímulo, também é descrito. A dor referida, ocorre quando há uma convergência dos nervos aferentes viscerais com os nervos aferentes parietais de diferentes regiões anatômicas, em neurônios de segunda ordem na medula espinal, no mesmo segmento espinal.

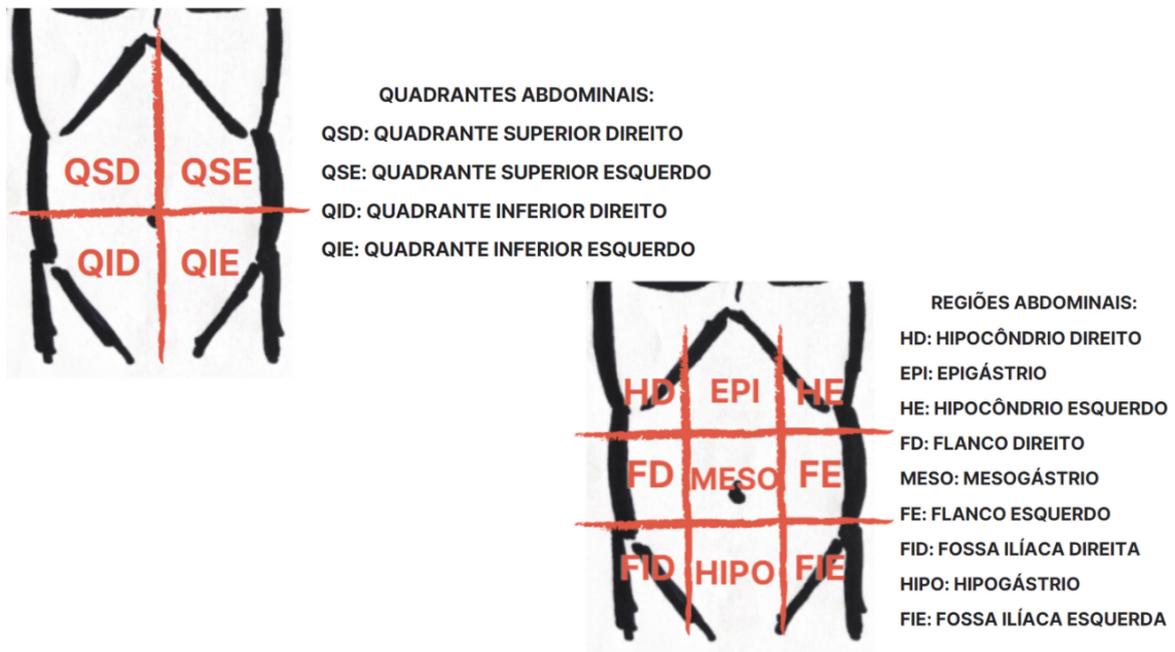


Figura 1: Regiões e quadrantes abdominais.

Etiologia

A partir desta revisão, pôde-se verificar que a grande maioria das literaturas base, classificam as manifestações da Síndrome do Abdomo Agudo baseada em sua origem fisiopatológica, podendo ser de causa inflamatória, vascular, hemorrágica, perfurativa e obstrutiva ^{1, 5, 11, 13, 16}; tendo atores que incluem a classificação da origem traumática. Outros autores ainda classificam os tipos de abdome agudo, de acordo com localização e tipo da dor ^{1, 5, 11}.

Com fundamento no estudo das diferentes naturezas dos processos patológicos do abdome agudo, é possível identificar que determinam um conjunto de características clínicas e laboratoriais, que corroboram para o diagnóstico assertivo e intervenção terapêutica rápida. Para isso, é de extrema importância o conhecimento das principais afecções de cada uma das causas apresentadas as quais são, **de causa inflamatória**: apendicite aguda – sendo esta a causa de abdome agudo mais frequente no mundo, diverticulite aguda, colecistite aguda, pancreatite, peritonites, ureterolitíase, doença inflamatória pélvica e gastroenterites; **de causa perfurativa**: úlcera péptica, diverticulite, perfuração do apêndice,

perfuração da vesícula biliar, neoplasia gastrointestinal e perfuração por corpo estranho; **de causa obstrutiva**: obstrução pilórica, hérnia umbilical e inguinal, prolapso de parede intestinal, obstrução por corpo estranho, bridas e neoplasias.; **de causa hemorrágica**: gravidez ectópica, ruptura de aneurismas abdominais, cistos hemorrágicos, rotura de baço, necrose tumoral e endometriose; e, por último, as principais afecções **de causa vascular**: isquemia intestinal por embolia e trombose de grandes vasos da artéria mesentérica, isquemia omental e infarto esplênico.^{1, 5, 11.}

13

Tal como constatado, as diferentes etiologias da Síndrome do Abdome Agudo relacionam-se à patologias das estruturas de toda a cavidade abdominal, todavia, algumas etiologias relacionam-se à causas extra-abdominais e sistêmicas¹¹, como por exemplo: **causas torácicas** – infarto agudo do miocárdio, pneumonia de lobo inferior, infarto pulmonar, pericardite aguda, pneumotórax e embolia pulmonar; **causas hematológicas** - crise falciforme, leucemia aguda; **causas neurológicas** – herpes zoster, compressão de raiz nervosa e Tabes Dorsalis; **causas metabólicas** – cetoacidose diabética, porfiria aguda e hiperlipoproteinemia.

Apresentação Clínica e Diagnóstico

Síndrome do Abdome Agudo apresenta diversas etiologias possíveis e, devido a isso, é importante a investigação profunda de cada um dos sintomas ou sinais que os pacientes referirem ou apresentarem. Sendo assim, todos os passos semiológicos são fundamentais para o diagnóstico certo da etiologia do abdome agudo.

A anamnese com a história clínica do paciente é o passo semiológico mais importante para a definição etiológica do abdome agudo, segundo a literatura médica. Nesse sentido, é de suma importância que o médico avalie profundamente cada fala do paciente.

Dentre os diversos sintomas que o paciente pode apresentar, a dor abdominal é a que o médico deve melhor avaliar. Por consequência, saber diferenciar a dor visceral de dor somática é o primeiro passo para o começo do diagnóstico.

Seguindo, a dor deve ser caracterizada segundo: modo de aparecimento e curso; localização inicial, mudança de local e irradiação; intensidade e tipo; fatores de agravamento e fatores que aliviam; sinais e sintomas associados ¹.

Outro fator importante na anamnese de um quadro de abdome agudo é determinar se os sinais e sintomas que o paciente refere são agudos ou crônicos, associados a alguma outra doença prévia, avaliar os históricos pessoais e familiares e medicações que o pacientes esteja tomando.

O próximo passo da semiologia é o exame físico. Esse deve ser feito com muita acurácia e atenção, sempre levando-se em conta a história clínica do paciente, pois cada manobra e sinal pode auxiliar e ser um determinante para o diagnóstico da causa etiológica do abdome agudo.

Dando seguimento, os exames laboratoriais e de imagem devem ser sempre solicitados com direcionamento para uma hipótese diagnóstica. Os mais importantes exames laboratoriais são o hemograma completo e urina de rotina. Já os exames de imagem, variam entre ultrassonografias (USG), radiografias, tomografias computadorizadas (TC) e a ressonância magnética (IRM).

Dito isso, será apresentado abaixo, as principais etiologias e diagnósticos de abdome agudo e suas características específicas de diagnóstico.

1. Abdome Agudo Inflamatório

a) Apendicite Aguda

A apendicite é a causa mais frequente de abdome agudo inflamatório, com cerca de 4% dos casos ¹⁵.

A histórica clínica é fundamental para a determinação do diagnóstico da apendicite. A dor é referida inicialmente em epigástrio e região periumbilical e posteriormente aloca-se na região de fossa ilíaca direita. Essa dor tem caráter contínuo, piora com movimentação, podendo ser acompanhada de náuseas, vômitos, calafrios e febre ¹⁵.

Além disso, o diagnóstico também pede um exame físico minucioso e exames de imagem em muitos dos casos.

Durante o exame físico os principais sinais que indicam apendicite são:

I) Sinal de Blumberg: dor à descompressão brusca na seqüência da palpação profunda da fossa ilíaca direita ¹⁵;

II) Sinal de Rovsing: dor observada na fossa ilíaca direita por ocasião da palpação profunda na fossa ilíaca e flanco esquerdo ¹⁵;

III) Sinal de Lapinsky: dor na fossa ilíaca direita desencadeada pela palpação profunda no ponto de McBurney com o membro inferior direito hiperestendido e elevado ¹⁵.

Concomitantemente, pode haver alterações de ausculta, com diminuição dos ruídos hidroaéreos, e da percussão, com dor à percussão do ponto de McBurney.

Seguindo-se, os exames de imagem mais feitos, por conta do baixo custo e simplicidade, no caso da apendicite são a ultrassonografia (USG) e a radiografia.

A radiografia é utilizada para a localização do apendicolito, alteração sugestiva de apendicite. Entretanto, apenas 7 a 14% dos casos apresentam essa alteração, abaixando então sua especificidade ¹¹.

A USG é o método de imagem mais utilizado atualmente por conta da sua sensibilidade de 75 a 93% e especificidade de 91 a 100%. Esse método utiliza-se da técnica de Puylaert, que é a compressão do ponto doloroso pelo transdutor de forma gradual, localizando o apêndice que possuindo diâmetro acima de 6mm e espessura da parede muscular acima de 3mm é considerado anormal ¹¹. Contudo, esse exame de imagem é técnico dependente, sendo que a habilidade do ultrassonografista é algo importante na hora do diagnóstico e pacientes obesos com alta taxa de gordura abdominal é um fator limitante para a ultrassonografia.

Ainda nesse tema, a tomografia computadorizada (TC) é um exame de alta acurácia, não técnico dependente e podendo ser utilizada sem risco e incômodo

para o paciente, além da obesidade não ser um fator limitante. Sendo assim, um apêndice com espessura apendicular maior que 6mm e com sintomas inflamatórios associados é um indicativo para o diagnóstico.

b) Colecistite aguda

A colecistite aguda é o processo inflamatório da vesícula biliar, derivado principalmente de uma obstrução do ducto cístico. Geralmente, a principal causa dessa obstrução é por cálculos. Entretanto, a possibilidade de obstrução acalculosa existe e é derivada de pólipos adenomatosos, neoplasia e em pacientes com diabetes, correspondendo a apenas 5 a 10% dos casos de colecistite ¹⁵.

A dor em cólica no hipocôndrio direito é a manifestação inicial da doença, evoluindo para uma dor constante, piorando com ingestão alimentar, com irradiação para epigástrico, dorso e difusamente para o abdome. Além disso, sintomas como náuseas e vômitos podem ser apresentados.

A febre é um sintoma que pode estar presente, raramente acima de 38°C, e depende da intensidade da inflamação e da infecção bacteriana derivada da obstrução do ducto.

O exame físico é de suma importância para o diagnóstico clínico, sendo que o passo mais vital é a palpação. Visto que, há uma alta sensibilidade em hipocôndrio direito e vesícula palpável e dolorosa em 25% dos pacientes ¹⁵. O sinal de Murphy, interrupção da inspiração profunda derivada da palpação da região vesicular, é o sinal mais importante e específico para a colecistite aguda.

A ausculta pode apresentar diminuição dos ruídos aéreos e dor ao percutir em hipocôndrio direito.

A USG é o exame de imagem com poder diagnóstico, apresentando 95 a 99% de acurácia ¹¹, através do sinal de Murphy com o transdutor.

c) Pancreatite Aguda

A pancreatite aguda é uma doença gerada pela inflamação do pâncreas por diversas causas fisiopatológicas, sendo que em 80% dos casos está relacionada a colecistite biliar e alcoolismo ¹¹.

O quadro clínico da pancreatite não é específico, mas os sintomas que devem ser explorados são a dor intensa em epigástrio e irradiação para o dorso, náuseas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes.

O exame físico em 80 a 90% dos casos, que são considerados pancreatite leve, apresentam sinais de desidratação, taquicardia e um estado geral bom. O abdome apresenta dor à palpação, distendido e com ruídos hidroaéreos diminuídos.

Já nos 10 a 20% restantes, que são os quadros graves, os pacientes podem apresentar ruim estado geral, taquicardia, hipotensão, dispneia e desidratação. O abdome apresenta dor à palpação, distendido e com sinais de inflamação difusa. Além disso, os ruídos hidroaéreos são diminuídos ou abolidos e pode haver sinais de equimoses ¹¹.

O exame laboratorial de amilase e lipase encontra-se, em cerca de 90% dos casos, alterados ¹⁵.

A USG deve ser feita para a detecção de cálculos biliares como uma causa precoce para a pancreatite.

A utilização de TC é de suma importância para a delimitação do pâncreas e identificação de anormalidades associadas ao quadro de pancreatite, como a necrose pancreática ¹⁵. Não existe um consenso médico sobre o papel da necrose no estadiamento da pancreatite.

d) Diverticulite dos Colos

A diverticulite dos cólons é uma inflamação de um ou mais divertículos. Há diversos tipos de diverticulite, sendo as principais a diverticulite do sigmóide, diverticulite do ceco e diverticulite universal dos cólons.

O diagnóstico clínico é realizado através da investigação da dor abdominal localizada em fossa ilíaca esquerda ou em região suprapúbica, sendo do tipo contínua ou cólica e pode irradiar para região dorsal do mesmo lado. Além desse sintoma, há presença de anorexia e náuseas, obstipação intestinal, diarreia e, quando a inflamação chega ao trato urinário, pode haver disúria e polaciúria.

O exame físico é caracterizado por febre e taquicardia leve, abdome distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos. O principal sinal é a descompressão positiva, na palpação, e a percussão dolorosa em fossa ilíaca esquerda.

Os exames de imagem são muito importantes no diagnóstico e para a tomada do plano terapêutico por parte do médico. A radiografia simples não é conclusiva nos casos menos severos. A TC é o melhor exame de imagem para essa etiologia, os achados serão espessamento inflamatório da parede intestinal e densificação de gordura pericólica.

2. Abdome Agudo Vascular

O quadro clínico de abdome agudo vascular é composto por dor intensa, de início súbito, difusa, mal definida e contínua. Há desproporção entre a dor e os achados do exame físico. O paciente pode apresentar náuseas, vômitos e alterações nas fezes (fezes “geleia de amora”) em decorrência de necrose da mucosa intestinal. Ao exame físico, o abdome pode estar distendido; a ausculta abdominal pode estar aumentada se houver isquemia segmentar e, diminuída se houver acometimento de uma porção extensa.

a) Infarto Omental

O infarto omental é um diagnóstico diferencial de apendicite aguda e diverticulite dos cólons, pela sua semelhança de quadro clínico. O infarto omental ocorre por uma falta de vascularização de alguma região do omento, geralmente entre o cólon descendente e ascendente e o peritônio.

A TC é o método utilizado para o diagnóstico, sendo que será possível identificar uma área fusiforme ou ovoide, hiperdensa em relação à gordura

mesentérica normal e, apresentando algumas estrias densas de permeio e alterações inflamatórias.

b) Infarto Mesentérico

A isquemia mesentérica pode afetar todos os órgãos irrigados pelas artérias mesentéricas, sendo que os principais afetados são o intestino delgado e grosso.

É uma etiologia com um grande índice de mortalidade, entre 50 a 90%. Por afetar qualquer segmento do intestino, o quadro clínico pode variar de paciente para paciente não tendo uma característica específica.

O método mais utilizado para o diagnóstico é a TC com ou sem contraste. Os achados podem ser os seguintes: espessamento da parede intestinal, dilatação de alças, realce anormal ou ausente da parede intestinal pelo contraste, ascite, pneumatose intestinal, gás no sistema porta ou falha de perfusão dos principais vasos.

3. Abdome Agudo Hemorrágico

O abdome agudo hemorrágico pode apresentar diversos subtipos etiológicos. Entretanto, o mais grave e com grande índice de mortalidade é o aneurisma de aorta abdominal.

Como dito, é uma emergência médica e que deve ser tratada imediatamente. O quadro clínico cursa com dores abdominais intensas e sintomas de instabilidade hemodinâmica, tais como hipotensão, taquicardia, palidez e sudorese.

O principal método de imagem para diagnóstico é a angiografia, que irá demonstrar um aneurisma na porção abdominal da aorta.

4. Abdome Agudo Perforativo

O quadro clínico de abdome agudo perforativo é composto por dor intensa de origem súbita, rapidamente difundida para todo o abdome. É comum que o paciente

se mantenha imóvel, geralmente em posição fetal. Há presença de abdome “em tábua”, distensão abdominal e sinais de irritação peritoneal. Em associação, podem ocorrer náuseas e vômitos. Dependendo do tempo de perfuração, do local e do tipo de secreção extravasada, as apresentações clínicas podem se agravar, gerando desconforto respiratório, hipotensão e, sinais de choque e sepse.

As perfurações gastroduodenais encontram-se entre as causas mais frequentes nos casos de abdome agudo não traumático, acompanhadas de apendicites e obstruções intestinais.

Dentre seus subtipos etiológicos, a perfuração de úlceras pépticas com extravasamento de conteúdo digestivo é responsável por 5 a 10% das cirurgias abdominais de urgência.

O diagnóstico é estabelecido pela história clínica em associação à presença de pneumoperitônio em até 90% dos casos. Entretanto, a ausência do mesmo não exclui o diagnóstico.

A radiografia simples, com paciente em ortostase ou decúbito lateral direito é um método muito sensível na detecção de ar livre intracavitário. A TC, todavia, é o exame mais indicado para diagnóstico, uma vez que a radiografia pode ser comprometida em casos de pacientes obesos ou debilitados e, negligência técnica na realização do método.

5. Abdome Agudo Obstrutivo

Em casos de abdome agudo obstrutivo, a dor é em cólica, geralmente periumbilical e progressiva. Ao exame físico, pode ser identificado distensão abdominal, peristaltismo aumentado (denominado “peristaltismo de luta”), sons metálicos na ausculta e hipertimpanismo na percussão.

a) Obstrução Intestinal

A obstrução intestinal compõe cerca de 20% dos casos de abdome agudo.

O diagnóstico pode ser estabelecido através da TC ou radiografia simples, uma vez que ambos os métodos apresentam sensibilidade, especificidade e acurácia semelhantes.

b) Intussuscepção

A intussuscepção consiste no prolapso de uma alça intestinal e seu mesentério para o interior da luz de um segmento contínuo. Ocorrências no intestino delgado, em sua maioria, são secundárias a lesões benignas, já no intestino grosso, são mais frequentes as secundárias a lesões malignas.

Em menos de 50% dos casos, o paciente pode apresentar a tríade clássica, composta por dor abdominal, fezes “em geleia de amora” ou hematoquezia e, massa abdominal palpável. Associadamente, podem ocorrer vômitos, letargia e convulsão.

A TC é o método mais indicado para diagnóstico. Tal exame fornece informações adicionais que auxiliam na determinação da patologia subjacente e, permite a identificação de metástases ou linfonodomegalias.

c) Corpo Estranho

Objetos compridos ou pontiagudos, ao serem ingeridos, podem alojar-se em áreas de estreitamento ou de ângulo agudo, sendo o duodeno, junção duodeno-jejunal, apêndice e válvula íleo-cecal os locais mais frequentes de obstrução.

A radiografia de abdome é vantajosa na identificação de objetos radiopacos. No entanto, itens radioluscentes tais como, madeira, plásticos e objetos finos de alumínio são de difícil diagnóstico.

A USG também pode ser utilizada em complicações, como a perfuração, na pesquisa por coleções.

Tratamento

A escolha do tratamento de um paciente com abdome agudo inclui a determinação de quais casos demandam tratamento cirúrgico.

A alta especificidade e sensibilidade da laparoscopia diagnóstica, contribui para diferenciação das doenças que possuem indicação de tratamento clínico, daquelas que devem ser tratadas por meio da cirurgia. Outras vantagens da laparoscopia diagnóstica são a capacidade de tratar laparoscopicamente várias condições que originam o abdome agudo, a diminuição da morbimortalidade e do tempo de permanência hospitalar ^{1,6}.

Doenças de localização extra intestinal ou sistêmica, que podem provocar o quadro clínico de abdome agudo, geralmente, são caracterizadas por não terem indicação cirúrgica.

Ademais, da necessidade de identificação dos casos que necessitam ou não de tratamento cirúrgico, as opções de tratamento diferem de acordo com as condições de estabilidade do paciente.

Pacientes em condição instável são caracterizados por referirem dor abdominal severa com variação anormal dos sinais vitais, incluindo febre, hipotensão, taquicardia e decaimento ou perda do nível de consciência. Esses pacientes requerem urgentemente um tratamento cirúrgico, frequentemente realizado por laparotomia exploratória, a fim de identificar a causa do abdome agudo. Cabe ressaltar que a cirurgia deverá ser realizada o mais rápido possível.

Já em pacientes em situação de estabilidade, com dor abdominal severa, mas sem alterações significativas nos sinais vitais, o médico deverá avaliar o tratamento mais adequado, seja ele cirúrgico ou clínico.

Já a abordagem não cirúrgica, em algumas literaturas, destaca-se o uso de analgésicos opióides que não prejudiquem o diagnóstico para alívio da dor, podendo ser utilizados para uma melhor coleta da história clínica enquanto não se obtém o diagnóstico final. Relata-se ainda o uso da antibioticoterapia empírica em muitos casos, os quais pela apresentação clínica podem requerer intervenção antibiótica,

mesmo antes dos resultados dos testes de cultura, que pela demora poderiam prejudicar uma intervenção rápida ¹.

Conclusão

A partir da metodologia utilizada e do estudo desenvolvido pela revisão de literatura sobre a Síndrome do Abdome Agudo, foi possível descrever e correlacionar as diferentes etiologias do abdome agudo às respectivas apresentações clínicas, exames complementares, métodos diagnósticos e abordagens de tratamento. À vista disto, pôde-se constatar e comparar as diferenças que cada literatura carrega sobre as abordagens de cada abdome agudo, bem como suas semelhanças, de maneira a desenvolver uma coletânea de conteúdo que ofereça um aprendizado mais integral do assunto em questão.

Referências:

1. Abdullah M, Firmansyah MA. Diagnostic approach and management of acute abdominal pain. *Acta Med Indones.* 2012;44(4):344-350.
2. CACCIATORI, Felipe Antônio; RONCHI, Arthur Dajori; SASSO, Sérgio Emerson. Proposta de escore preditor de desfechos para abdome agudo. *Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro* , v. 46, n. 6, e20192285, 2019 .
3. CARDENAS BACALLAO, Alberto. Criterio de los estudiantes de Medicina y de expertos sobre el diagnóstico del abdomen agudo quirúrgico en el anciano. *Educ Med Super, Ciudad de la Habana* , v. 28, n. 4, p. 643-651, dic. 2014 .
4. Edelmuth, Rodrigo; Ribeiro Jr, Marcelo. (2011). Afecções abdominais inflamatórias. *Emergência Clínica.* 29. 43-49.
5. FERES, Omar; PARRA, Rogério S. ABDÔMEN AGUDO. 2008. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 41, n. 4, p. 430-436, 2008.
6. FERRER ROBAINA, Horlirio et al . Tratamiento del abdomen agudo quirúrgico por cirugía endoscópica. *Rev Cubana Cir, Ciudad de la Habana* , v. 57, n. 2, p. 1-8, jun. 2018.
7. GARCIA-VALENZUELA, Salvador Eloy et al . Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. *Cir. gen, México* , v. 39, n. 4, p. 203-208, dic. 2017 .
8. Janette K. Smith, Dileep N. Lobo, **Investigation of the acute abdomen**, *Surgery (Oxford)*, Volume 26, Issue 3, 2008, Pages 91-97, ISSN 0263-9319,
9. Jones RS, Claridge JA. Acute abdomen. In: Townsend. *Sabiston Textbook of Surgery.* 17th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders; 2004:1219–1240.
10. Martin RF, Rossi RL, 1997. The acute abdomen: an overview and algorithms. *Surg Clin North Am* 77: 1227–1243.
11. MENEGHELLI, Ulysses G. Elementos para o diagnóstico do abdômen agudo. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 36, n. 2/4, p. 283-293, 2003.
12. MESA IZQUIERDO, Orlando et al . Comportamiento de la presión intrabdominal en el abdomen agudo quirúrgico. *Rev Cubana Cir, Ciudad de la Habana* , v. 56, n. 3, p. 1-10, sept. 2017 .
13. MONTEIRO, Alexandra V. Maria; LIMA, Cláudio Márcio; RIBEIRO, Érica. Diagnóstico por imagem no abdome agudo não traumático. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 8, n. 1, 2009.

14. R., M.K.L.D.A.F.A.A. M. Anatomia Orientada para Clínica, 8ª edição. [Rio de Janeiro]: Grupo GEN, 2018. 9788527734608.
15. TORREZ, Franz R. Apodaca; TRIVIÑO, Tarcisio. Abdome agudo inflamatório. LOPES, AC; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. Abdome agudo: clínica e imagem. São Paulo: Atheneu, p. 51-77, 2004.
16. TOWNSEND, C. M.; EVERS, B. M.; BEAUCHAMP, R. D. & MATTOX, K. L. - SABISTON Textbook of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 18th ed, Saunders Elsevier, 2007.
17. VITAL JR, Pedro Félix; MARTINS, José Luiz. Estado atual do diagnóstico e tratamento da apendicite aguda na criança: avaliação de 300 casos. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 32, n. 6, p. 310-315, Dec. 2005 .