

Manejo e conduta do abdome agudo: uma revisão narrativa

Management and management of acute abdomen: a narrative review

Manejo y gestión del abdomen agudo: una revisión narrativa

Fernanda Vieira Cardoso¹, Anderson Ricardo Cantareli da Silva², Anna Carolina Flumignan Bucharles³, Manuela Bernardi Da Silva⁴, Marcela Gomes Ferraz⁵, Maria Victória Ferreira Piccoli³, Melissa Alves Aires Marques⁶, Natália Carvalho Gomes David⁷, Natalia De Queiroz Padilha⁸, Bruno Augusto Lopes⁹.

RESUMO

Objetivo: Apresentar os aspectos mais importantes das causas, diagnósticos e terapias do abdome agudo. **Revisão bibliográfica:** O abdome agudo é caracterizado pela presença de dor e sensibilidade abdominal de início súbito e evolução progressiva, com duração máxima de 5 dias e origem não traumática. A partir disso, deve-se avaliar a necessidade de observação em regime hospitalar, exames adicionais e/ou indicação cirúrgica imediata. Após avaliação clínica, pode-se tomar a decisão de realizar a investigação diagnóstica adicional com marcadores laboratoriais, exames de imagem como radiografia simples, ultrassonografia e Tomografia Computadorizada (TC) e, em alguns casos, a endoscopia. Pode ser classificado como urgente e não urgente. A fim de facilitar a propedêutica médica e raciocínio clínico, as síndromes são divididas baseando-se em seus processos determinantes. Exemplos incluem o abdome inflamatório, perforativo, obstrutivo, vascular e hemorrágico. O tratamento será definido de acordo com a apresentação clínica do paciente. **Considerações finais:** A avaliação diagnóstica no abdome agudo parte da avaliação clínica, anamnese e exame físico. Realizado o diagnóstico, deve-se iniciar de forma rápida a abordagem terapêutica intervencionista.

Palavras-chave: Dor abdominal, Diagnóstico, Terapêutica, Abdome agudo.

ABSTRACT

Objective: To present the most important aspects of the causes, diagnoses and therapies of the acute abdomen. **Bibliographic review:** The acute abdomen is characterized by the presence of abdominal pain and tenderness of sudden onset and progressive evolution, with a maximum duration of 5 days and non-traumatic origin. Based on this, the need for in-hospital observation, additional tests and/or immediate surgical indication should be evaluated. After clinical evaluation, a decision can be made to carry out additional diagnostic investigation with laboratory markers, imaging tests such as plain radiography, ultrasound and Computed Tomography (CT) and, in some cases, endoscopy. It can be classified as urgent and non-urgent. In order to facilitate medical workup and clinical reasoning, syndromes are divided based on their determining processes. Examples include the inflammatory, perforative, obstructive, vascular, and hemorrhagic abdomen. The treatment will be defined according to the clinical presentation of the patient. **Final considerations:** The diagnostic evaluation in the acute abdomen includes clinical evaluation, anamnesis and physical examination. Once the diagnosis is made, the interventional therapeutic approach should be started quickly.

Keywords: Abdominal pain, Diagnosis, Therapeutics, Acute abdomen.

RESUMEN

Objetivo: Presentar los aspectos más importantes de las causas, diagnósticos y terapias del abdomen agudo. **Revisión bibliográfica:** El abdomen agudo se caracteriza por la presencia de dolor abdominal a la palpación de inicio súbito y evolución progresiva, con una duración máxima de 5 días y de origen no traumático. En base a esto, se debe evaluar la necesidad de observación intrahospitalaria, exámenes complementarios y/o

¹ Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros - GO.

² Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma - SC.

³ Universidade Positivo (UP), Curitiba - PR.

⁴ Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), Pelotas - RS.

⁵ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória - SC.

⁶ Universidade Nova Iguaçu (UNIG), Itaperuna - RJ.

⁷ Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC), Goiânia - GO.

⁸ Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Rio de Janeiro - RJ.

⁹ Universidade de Vassouras, Vassouras - RJ.

indicação quirúrgica imediata. Depois de la evaluación clínica, se puede tomar la decisión de realizar una investigación diagnóstica adicional con marcadores de laboratorio, pruebas de imagen como radiografía simple, ultrasonido y Tomografía Computarizada (TC) y, en algunos casos, endoscopia. Se puede clasificar en urgente y no urgente. Para facilitar el estudio médico y el razonamiento clínico, los síndromes se dividen en función de sus procesos determinantes. Los ejemplos incluyen el abdomen inflamatorio, perforante, obstructivo, vascular y hemorrágico. El tratamiento se definirá de acuerdo a la presentación clínica del paciente. **Consideraciones finales:** La evaluación diagnóstica en el abdomen agudo incluye evaluación clínica, anamnesis y examen físico. Una vez realizado el diagnóstico, se debe iniciar de manera rápida el abordaje terapéutico intervencionista.

Palabras clave: Dolor abdominal, Diagnóstico, Terapéutica, Abdomen agudo.

INTRODUÇÃO

Abdome agudo é um termo médico caracterizado por dor intensa localizada na região do abdome, geralmente associado com irritação peritoneal e que evolui em um curto prazo de até 48 horas. Esse termo é utilizado em casos de pacientes que necessitam de tratamento urgente e rápido para a causa e alívio dos sintomas (BECKER P, et al., 2017). As dores que acometem a região abdominal representam cerca de 10% de todos os casos em um departamento de emergência, sendo um frequente motivo para o retorno do paciente ao pronto socorro (MAGLIN HN e MCCOIN N, 2021; BURLET KJ, et al., 2018).

Existem diversas doenças que podem causar abdome agudo, sendo um sintoma pouco preciso, podendo ser inofensivas ou que ameaçam a vida do paciente (BECKER P, et al., 2017). Para um diagnóstico assertivo, o médico deve considerar todos os aspectos clínicos do paciente, bem como histórico, exame físico, exames de imagem e laboratoriais (MAGLIN HN e MCCOIN N, 2021). Assim, o diagnóstico rápido e preciso é essencial para que o prognóstico do paciente seja o melhor possível e receba um tratamento adequado (BURLET KJ, et al., 2018).

A chance de que as dores abdominais desapareçam ao acaso ao longo do tempo são mínimas e, com isso, o paciente frequenta diversas vezes uma unidade de atendimento, haja vista a recorrência do desconforto não diagnosticado e tratado. Pela complexa psicofisiologia da dor abdominal e, em alguns casos, a apresentação de dores incontroláveis, assim como o grande sofrimento do paciente, desde modo é essencial para a intervenção clínica determinar a urgência e a patologia subjacente (DANIELS J, et al., 2019; MAGLIN HN e MCCOIN N, 2021).

Apesar da realização de diversos exames em busca de um diagnóstico, a dor abdominal não-específica é a mais frequente, correspondendo a aproximadamente um terço dos casos. Seguida por ela, o diagnóstico mais comum é a apendicite, correspondendo a cerca de 25% (BECKER P, et al., 2017). É relevante compreender profundamente a respeito do abdome agudo, principalmente em razão da complexidade do diagnóstico devido a sua heterogeneidade e recorrência de sintomas nos departamentos de emergência. Ainda, por ter sido observado que grande parte dos pacientes que apresentam abdome agudo retornam à emergência com sintomas recorrentes persistentes devido a falha de tratamento (DANIELS J, et al., 2019).

Esta revisão narrativa da literatura teve como objetivo apresentar os aspectos mais importantes das causas, diagnósticos e terapias do abdome agudo.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Definições e conceitos gerais

O abdome agudo é caracterizado pela presença de dor e sensibilidade abdominal de início súbito e evolução progressiva, com duração máxima de 5 dias e de origem não traumática. A partir disso, deve-se avaliar a necessidade de observação em regime hospitalar, exames adicionais e/ou indicação cirúrgica imediata (SANTOS TL, et al., 2020). Ademais, pode ser classificado como urgente e não urgente, em que o primeiro caso requer tratamento imediato (primeiras 24 horas) para prevenir complicações. Quando a condição de urgência é extremamente baixa, a reavaliação ambulatorial é uma alternativa segura ao invés da aplicação de exames adicionais (TOORENLIET BR, et al., 2010).

Existem mais de 42 afecções distintas de órgãos digestivos abdominais, como fígado, baço, órgãos pélvicos, peritônio, mesentério, além de estruturas vasculares e retroperitônio (BOKEMEYER A, et al., 2020). Por isso, a fim de facilitar a propedêutica médica e raciocínio clínico, é aconselhável dividir o abdome agudo em síndromes: inflamatória, perfurativa, obstrutiva, vascular e hemorrágica (FERES O e PARRA S, 2008).

O diagnóstico do abdome agudo não se baseia unicamente na anamnese e nos achados clínicos do exame físico. No entanto, o principal item na avaliação da sua suspeita é a dor de origem não traumática, variando sua localização de acordo com a afecção envolvida, podendo ter diferentes diagnósticos. Após avaliação clínica, pode-se tomar a decisão de realizar a investigação diagnóstica adicional com marcadores laboratoriais, exames de imagem como radiografia simples, ultrassonografia e Tomografia Computadorizada (TC) e, em alguns casos, a endoscopia (BOKEMEYER A, et al., 2020; SANTOS TL, et al., 2020).

Abdome agudo inflamatório

O abdome agudo inflamatório é decorrente de uma afecção inflamatória ou infecciosa intra-abdominal. As principais etiologias incluem a colecistite aguda (44% dos casos), apendicite aguda (25%), diverticulite aguda (9%), pancreatite aguda (5%), anexite aguda e gravidez ectópica (AGARWAL A, et al., 2019; SARTELLI M, et al., 2021). É uma causa frequente de dor abdominal nos Serviços Médicos, com incidência de 16% de causas não traumáticas (AGARWAL A, et al., 2019).

A clínica é composta por dor abdominal de origem visceral de início insidioso e caráter progressivo, com agravamento da intensidade com o tempo. O seu caráter pode mudar com a evolução do quadro, passando de dor visceral para a dor parietal (caso haja peritonite associada), além de sinais constitucionais, como náusea, vômitos, febre, hiporexia e taquicardia. Há peritonite difusa nos casos de perfuração (BOKEMEYER A, et al., 2020; SARTELLI M, et al., 2021). A clínica associada direciona o raciocínio para as causas específicas (SAVERIO S, et al., 2020).

Assim como a clínica, o manejo deve ter como base a hipótese etiológica. Na apendicite, o Escore de Alvarado é uma ferramenta diagnóstica útil, com uso dos sinais, sintomas e laboratório da doença (SAVERIO S, et al., 2020). Os exames de imagem também auxiliam no diagnóstico, sendo a ultrassonografia o exame inicial, embora não afaste o diagnóstico devido ao baixo valor preditivo negativo. Com isso, pode haver prosseguimento da investigação com a TC abdominal (SAVERIO S, et al., 2020; SARTELLI M, et al., 2021).

Na sequência, a pancreatite aguda é diagnosticada com a presença de dois de três critérios - dor abdominal de início súbito, persistente, severa, geralmente epigástrica com irradiação para o dorso; elevação de enzimas 3 vezes acima do limite superior da normalidade (amilase e lipase) e/ou características radiológicas da inflamação do pâncreas aguda em exames de imagem, seja na ressonância magnética (RM), ultrassonografia transabdominal ou tomografia computadorizada com contraste (TC) (CROCKETT SD, et al., 2018; BOKEMEYER A, et al., 2020). Habitualmente, não é necessário a TC de abdome, pois a dor abdominal e elevação enzimática confirmam antes o diagnóstico (BOKEMEYER A, et al., 2020; CARNEIRO RS, et al., 2021).

O diagnóstico da colecistite é clínico e conta com vários sintomas, sendo eles a dor no quadrante superior direito ou epigástrica, febre e leucocitose relacionada com a inflamação da vesícula biliar. No exame físico, um sinal de Murphy positivo apoia o diagnóstico. No entanto, pode-se solicitar exame adicional como ultrassonografia abdominal, se caso o diagnóstico permanece duvidoso realiza-se uma colecistografia (ZAKKO SF, et al., 2020). Na suspeita de doenças do sistema hepatobiliar, parâmetros inflamatórios elevados são úteis, assim como uma possível investigação da presença de cálculos biliares (BOKEMEYER A, et al., 2020; SARTELLI M, et al., 2021).

Na diverticulite não complicada, o diagnóstico é clínico, com abdominalgia aguda e constante que normalmente está no quadrante inferior esquerdo e região hipogástrica, massa palpável e distensão abdominal, podendo ter alteração do hábito intestinal. Geralmente, associa-se a febre e parâmetros inflamatórios elevados (glóbulos brancos, proteína C reativa). Pode-se solicitar uma TC de abdome para os

pacientes sem diagnóstico prévio de doença diverticular ou quando o quadro não é típico (SARTELLI M, et al., 2020; HANNA MH e KAISER AM, 2021). O quadro agudo associado a um abscesso representa a diverticulite complicada (HANNA MH e KAISER AM, 2021).

No caso de dúvida diagnóstica no abdome agudo inflamatório, a laparoscopia diagnóstica é um bom exame, pois é possível fechar diagnóstico e oferece opções terapêuticas diretas. Desse modo, é o exame ideal para o paciente com um quadro atípico e piora progressiva. No entanto, é um método invasivo e cada vez menos usado devido à melhoria da qualidade dos exames de imagem (BOKEMEYER A, et al., 2020). No tratamento geral, o aspecto mais importante é identificar a necessidade cirúrgica, como ocorre na apendicite e na colecistite (SAVERIO S, et al., 2020; SARTELLI M, et al., 2021). Na pancreatite, o tratamento padrão é o conservador, com a compensação clínica e ressuscitação por fluidos a fim de evitar a necrose pancreática (CROCKETT SD, et al., 2018; CARNEIRO RS, et al., 2021). No caso da diverticulite aguda não complicada, o tratamento é conservador com antimicrobianos. Na vigência de complicações, indica-se a laparotomia exploratória e retossigmoidectomia à Hartmann (SARTELLI M, et al., 2020; HANNA MH e KAISER AM, 2021).

Abdome agudo perfurativo

O abdome agudo perfurativo corresponde a um quadro de dor abdominal súbita, intensa e de gravidade crescente devido à perfuração de vísceras ocas (estômago, intestino delgado, cólon, ureteres, bexiga). As etiologias principais desse quadro incluem, úlceras gastroduodenais, diverticulites, lesões iatrogênicas e neoplasias (LEE JH, et al., 2021; LINGZHONG M, 2021). As principais causas de dor abdominal de origem perfurativa envolvem a liberação de conteúdo intraluminal na cavidade peritoneal, obstrução intestinal (intrínseca ou extrínseca) e a perda direta da integridade da parede intestinal, não decorrente de corpos estranhos. Como exemplos, pode-se citar as lesões ocasionadas por úlcera péptica e doença de Crohn (LANGELL JT e MULVIHILL SJ, 2008).

A peritonite localizada é comumente relatada em pacientes com abdome agudo perfurativo, visto que os episódios etiológicos envolvem a liberação de conteúdo luminal, tornando suscetível a ocorrência de uma irritação e subsequente contaminação peritoneal (LEE JH, et al., 2021; LINGZHONG M, 2021). Com isso, a perfusão abdominal pode ser comprometida, apresentando uma alteração no fluxo sanguíneo da mucosa seguida de um aumento em sua permeabilidade e translocação bacteriana, além de promover o desenvolvimento de futuras hérnias na parede abdominal, hipoperfusão de órgãos viscerais e isquemia (ELATROUSH H, et al., 2015; AICHER BO, et al., 2021).

A abordagem diagnóstica inicial do abdome agudo perfurativo, assim como de outras categorias de abdome agudo, é baseada na avaliação clínica. No entanto, não se restringe apenas a ela, tornando-se imprescindível a realização de exames complementares para a confirmação diagnóstica dos sintomas. Exemplos incluem exames de imagem, de urina e sanguíneos (AICHER BO, et al., 2021). É recomendada a realização de uma radiografia simples, de modo a identificar uma suspeita de lesão perfurativa abdominal e fornecer uma visualização rápida de ar intra-abdominal livre, ocasionada pela perfuração de vísceras ocas. Devido ao fato das radiografias simples serem incapazes de delinear o local da perfuração, faz-se necessária a obtenção de imagens através de uma TC com contraste (BURLET KJ, 2018; BOKEMEYER A, et al., 2020).

O tratamento desta patologia consiste em antibióticos e fluidos intravenosos. Uma abordagem cirúrgica deve ser considerada na maioria das ocorrências de perfuração, principalmente aquelas acompanhadas de sepse e peritonite (LEE JH, et al., 2021; LINGZHONG M, 2021). Em casos de apendicite aguda, úlcera péptica e colecistite aguda, a abordagem laparoscópica é tão segura e eficaz quanto uma cirurgia aberta (NAVEZ B e NAVEZ J, 2013).

Abdome agudo isquêmico

As características do abdome agudo isquêmico são dor abdominal não traumática, de caráter súbito e de intensidade variável, que ocorre devido a isquemia mesentérica ou intestinal, a qual gera uma interrupção do fornecimento de sangue para porções variáveis do intestino delgado. Este processo, se não tratado de forma adequada, evoluirá para necrose intestinal (CLAIR DG e BEACH JM, 2016).

A isquemia mesentérica pode ser aguda ou crônica. No caso da aguda, as três principais síndromes são a oclusão da artéria mesentérica superior por êmbolo (50% dos casos) ou trombo (25%), trombose da veia mesentérica superior (menos de 10% dos casos) e isquemia mesentérica não-oclusiva (20%). Vale ressaltar que a clínica da isquemia mesentérica geralmente se apresenta como dor abdominal desproporcional ao exame físico, além de acometer mais o sexo feminino, representando cerca de 70% dos pacientes (BALA M, et al., 2017; CLAIR DG e BEACH JM, 2016).

A embolia arterial mesentérica aguda é a causa mais comum. Os êmbolos são decorrentes de trombos do átrio esquerdo ou do ventrículo esquerdo, podendo ser provenientes também das valvas cardíacas ou da aorta proximal. O infarto agudo do miocárdio, fibrilação atrial e estenose mitral, são os fatores de risco. No caso da trombose arterial mesentérica aguda, a principal causa é a aterosclerose pré-existente. Na isquemia mesentérica aguda não oclusiva, a principal etiologia é a insuficiência cardíaca crônica (ICC). Por fim, a isquemia mesentérica crônica ocorre devido a episódios constantes de hipoperfusão. A tríade clínica dessa manifestação é a dor abdominal pós-prandial, aversão a comida e perda de peso (BALA M, et al., 2017; CLAIR DG e BEACH JM, 2016).

O diagnóstico da isquemia mesentérica depende dos exames de imagem, já que os exames laboratoriais são inespecíficos. A primeira escolha é a tomografia computadorizada, porém a angiografia é o exame padrão ouro dessa síndrome. Nesse exame, pode-se identificar oclusão abrupta da artéria mesentérica superior e irregularidades nos ramos intestinais, por exemplo (CLAIR DG e BEACH JM, 2016).

O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico. O tratamento clínico consiste na monitorização dos sinais vitais, reposição volêmica individualizada, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, analgesia, antibiótico venoso de amplo espectro, anticoagulantes e suspensão de drogas vasoconstritoras. Já o tratamento cirúrgico é indicado nos casos de sinais de irritação peritoneal, sinais de infarto intestinal pelos exames de imagem e em casos de dúvida diagnóstica (BALA M, et al., 2017; CLAIR DG e BEACH JM, 2016).

Abdome Agudo Hemorrágico

O abdome agudo hemorrágico é definido como hemorragia intra-abdominal de causa não traumática (ESPIL G, et al., 2015). As causas desta patologia são inúmeras, podendo incluir a via esplênica, renal, hepática, adrenal, pancreática, ginecológica, obstétrica, vascular e de tecidos macios. As duas razões mais triviais de sangramento abdominal espontâneo em mulheres em idade fértil são a ruptura de cisto hemorrágico ou a ruptura de uma gravidez ectópica. (ESPIL G, et al., 2015).

O quadro clínico de maneira geral é de dor intensa e difusa, rigidez e dor à descompressão (FERES O e PARRA S, 2008). Na ruptura de artéria aorta abdominal (AAA) o indivíduo cursa com dor abdominal ou no flanco, hipotensão e massa abdominal pulsátil, essa é a tríade clássica. Mas podem incluir abdominalgia ou nas costas e manifestações abdominais vagos ou inespecíficos. Já na gestação ectópica (GE), a gestante pode apresentar sangramento vaginal e dor abdominal. Caso tenha ruptura da gravidez ectópica pode acentuar o hemoperitônio e intensa dor generalizada por todo o abdome. Ao exame físico tem-se sinais de choque hipovolêmico e desconforto ao toque (ULLERY BW, et al., 2018; MORAIS LR, et al., 2021).

Os pacientes podem ser assintomáticos no Aneurisma de Artéria Esplênica (AAEs). Entretanto quando há presença de sintomas, os mais comuns incluem massa abdominal pulsátil, dor abdominal no quadrante superior esquerdo e até choque hipotensivo secundário se caso tenha ruptura desse aneurisma (HOGENDOORN W, et al., 2014). A apresentação clínica dos aneurismas de artéria hepática (AAH) podem não perdurar com os sintomas por longo tempo (HEMP JH e SABRI SS, 2015). As manifestações clínicas podem não ser específicas, assim como o exame físico, em especial nos casos em que não existe repercussão hemodinâmica (PASHA S, et al., 2007). Todavia, alguns pacientes apresentam massas abdominais, icterícia, hipovolemia e choques secundários com sangramento gastrointestinal ou ruptura (NARULA HS, et al., 2005). Ainda, os aneurismas de artéria mesentérica superior, ao contrário dos outros aneurismas, são sintomáticos em mais de 90% dos casos. O quadro é composto por dor abdominal associada a sangramento gastrointestinal, assim como náuseas, vômitos e febre (CARR SC, et al., 2001; MOREIRA RCR e MIYAMOTTO M, 2003).

O diagnóstico de sangramento abdominal espontâneo é fundamentado em achados radiológicos, já que sua apresentação clínica é inespecífica (ESPIL G, et al., 2015). Vale informar que, devido à grande gama do abdome agudo hemorrágico, o tratamento será majoritariamente definido conforme a apresentação clínica do paciente. Cabe ao médico intervir, seja de forma clínica ou cirúrgica (MONTEIRO AVM, et al., 2009). Nos casos de aneurismas, por existir risco de ruptura, todos devem ser tratados, independente do tamanho ou da manifestação. Porém, a terapêutica deve ser prescrita individualmente, considerando as manifestações clínicas, etiologias e anatômicas (JESINGER RA, et al., 2013; ZILUN L, et al., 2017)

Abdome Agudo Obstrutivo

O abdome agudo obstrutivo é caracterizado pela interrupção do trânsito intestinal, culminando em quadro clínico com dores abdominais difusas do tipo cólica ou peri umbilicais, juntamente com náuseas, vômitos, parada de eliminação de flatos e fezes e distensão abdominal progressiva (AMARA Y, et al., 2021). A obstrução intestinal aguda geralmente começa com dor visceral vaga e intermitente com progressão posterior para dor parietal, que é aguda e de localização mais discreta. A característica do vômito depende do local da obstrução, podendo evoluir de conteúdo gástrico, a bile, chegando até o aspecto fecalóide (ZAMARY K e SPAIN DA, 2020).

A incidência do abdome agudo obstrutivo varia de 11% a 24% dentre as causas de dor abdominal admitidas na urgência (AGARWAL A, et al., 2019). Suas causas podem ser divididas em baixas e altas. As obstruções altas correspondem ao intestino delgado e, as baixas, ao cólon (PERROT L, et al., 2016; ZAMARY K e SPAIN DA, 2020; DETZ DJ et al., 2021). No intestino delgado, as principais etiologias são as aderências pós-operatórias, outras causas incluem hérnia, volvo, intussuscepção, fecaloma, corpo estranho, neoplasia, doença de Chron. No jejuno e no íleo, as lesões obstrutivas mais comuns são provenientes de doença maligna, volvo, aderências e intussuscepção. No cólon, as causas mais comuns de obstrução são doenças malignas, volvo de ceco, volvo de sigmóide, diverticulite e colite isquêmica (ZAMARY K e SPAIN DA, 2020; DETZ DJ et al., 2021).

Um exame físico padronizado associado a radiografia simples de abdome ainda são utilizados como conduta de primeira linha na suspeita de obstrução, porém seu valor diagnóstico é fraco e limitado a complementação da avaliação clínica (AMARA Y, et al., 2021). A ultrassonografia tem mais precisão na detecção da oclusão, mas ambos exames têm limitações na identificação da localização, etiologia ou gravidade da obstrução (ZAMARY K e SPAIN DA, 2020; DETZ DJ, et al., 2021). Nesse sentido, o melhor exame de escolha é a tomografia computadorizada pois ela é mais fidedigna na hora de detectar uma causa urgente de obstrução ou fornecer informações sobre diagnósticos alternativos (AMARA Y, et al., 2021).

O tratamento é baseado na correção hidroeletrólítica, ressuscitação volêmica, além de jejum e decompressão do trânsito intestinal por sonda gástrica, durante 24 a 48 horas, até a melhora do caso. A cabeceira do leito do paciente deve ser posicionada a pelo menos 30 graus para evitar aspiração. De acordo com as diretrizes de Bolonha para diagnóstico e tratamento da obstrução intestinal, a terapia não operatória deve ser limitada a 3 dias, quando um estudo de contraste solúvel em água ou cirurgia é recomendado (ZAMARY K e SPAIN DA, 2020). Se houver suspeita de obstrução por hérnias, brida, volvo de sigmóide, intussuscepção, neoplasias e isquemia intestinal, a cirurgia deve ser considerada (ZAMARY K e SPAIN DA, 2020; NOGUEIRA JH, et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação diagnóstica no abdome agudo parte da avaliação clínica, com anamnese e exame físico. Baseando-se nas suspeitas diagnósticas, exames adicionais são realizados a depender de cada etiologia. Realizado o diagnóstico deve-se iniciar de forma rápida a abordagem terapêutica intervencionista. A vista disso, percebe-se a importância do diagnóstico correto para que os pacientes recebam uma terapia adequada e oportuna, visto que a maior parte das etiologias são potencialmente fatais. Contudo, esse tema ainda carece de protocolos e infraestrutura nos serviços de saúde que contemplem as diferentes etiologias e suas similaridades, diferenciando a melhor abordagem em cada caso.

REFERÊNCIAS

1. AICHER BO, et al. Does perfusion matter? Preoperative prediction of incisional hernia development. *Hernia*, 2021; 25(2): 419-425.
2. AGARWAL A, et al. To study the epidemiology and clinical profile of adult patients with acute abdominal pain attending tertiary care hospital. *Santosh University Journal of Health Sciences*, 2019; 5(2): 105-108.
3. AMARA Y, et al. Diagnosis and management of small bowel obstruction in virgin abdomen: a WSES position paper. *World Journal of Emergency Surgery*, 2021; (2): 105-108.
4. BALA M, et al. Acute mesenteric ischemia: guidelines of the world society of emergency surgery. *World Journal of Emergency Surgery*, 2017; 12:1-11.
5. BECKER P, et al. Das akute Abdomen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2017; 142(06): 432-441.
6. BOKEMEYER A, et al. Akutes Abdomen: diagnostik. *Dmw - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2020; 145(21): 1544-1551.
7. BURLET K, et al. Systematic review of diagnostic pathways for patients presenting with acute abdominal pain. *International Journal For Quality In Health Care*, 2018; 30 (9): 678-683.
8. CARR SC, et al. Visceral artery aneurysm rupture. *Journal of Vascular Surgery*, 2001; 33(4): 806-811.
9. CARNEIRO RS, et al. Protocolo para manejo clínico da pancreatite aguda em adultos. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(10): 98841-98855.
10. CLAIR DG, BEACH JM. Mesenteric Ischemia. *New England Journal of Medicine*, 2016; 374: 959-68.
11. CROCKETT SD, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*, 2018; 154(4): 1096-1101.
12. DANIELS J, et al. Assessment and management of recurrent abdominal pain in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 2019; 37(8): 215-521
13. DETZ DJ, et al. Small bowel obstruction. *Current Problems in Surgery*, 2020; 58 (7): 100893.
14. ELATROUSH H, et al. The effect of the abdominal perfusion pressure on visceral circulation in critically ill patients with multiorgan dysfunction. *The Egyptian Journal of Critical Care Medicine*, 2015; 3(3): 63-67.
15. ESPIL G, et al. Spontaneous abdominal hemorrhage: imaging evaluation. *Revista Argentina de Radiologia*, 2015; 79(2): 86-94.
16. FERES O, PARRA RS. Abdômen agudo. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 2008; 41(4): 430-436.
17. HANNA MH, KAISER AM. Update on the management of sigmoid diverticulitis. *World Journal Of Gastroenterology*. Baishideng Publishing Group, 2021; 27(9): 760-781.
18. HEMP JH, SABRI SS. Endovascular management of visceral arterial aneurysms. *Tech Vasc Interv Radiol*, 2015; 18(1): 14-23.
19. HOGENDOORN W, et al. Open repair, endovascular repair, and conservative management of true splenic artery aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*, 2014; 60(6): 1667-1676.
20. JESINGER RA, et al. Abdominal and pelvic aneurysms and pseudoaneurysms: imaging review with clinical, radiologic, and treatment correlation. *Radiographics*, 2013; 33(3): 71-96.
21. LANGELL JT, MULVIHILL SJ. Gastrointestinal perforation and the acute abdomen. *Medical Clinics of North America*, 2008; 92(3): 599-625.
22. LEE JH, et al. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Management of Perforations in Gastrointestinal Tract: Expert Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2021; 19(11): 2252-2261.
23. LINGZHONG M. Heterogeneous impact of hypotension on organ perfusion and outcomes: a narrative review. *British Journal of Anaesthesia*, 2021; 127(6): 845-861.
24. MAGLIN HN, MCCOIN N. Abdominal Pain in the Emergency Department: Missed Diagnoses *Emergency Medicine Clinics of North America*, 2021; 39(4): 703-717.
25. MONTEIRO AVM, et al. Diagnóstico por imagem no abdome agudo não traumático. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 2009; 8(1): 1983-2567.
26. MORAIS LR, et al. Tratamento conservador da gravidez ectópica. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(3): 13250-13260.
27. MOREIRA RCR, MIYAMOTTO M. Aneurisma gigante da aréria mesentérica superior associado a aneurisma da aorta infra-renal. *J Vasc Bras*, 2003; 2(3): 229-31.
28. NAVEZ B, NAVEZ J. Laparoscopy in the acute abdomen. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 2013; 28(1):3-17.
29. NOGUEIRA JH, et al. Abdome agudo em crianças: principais causas e abordagens emergenciais. *Seminário Científico do UNIFACIG*, 2020; (6).
30. PERROT L, et al. Management of the colonic volvulus in 2016. *Journal of Visceral Surgery*, 2016; 153(3): 183-192.
31. SANTOS TL, et al. Achados clínicos em pacientes com dor abdominal aguda submetidos a tomografia computadorizada em um serviço de urgência. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 2020; 8 (2020): 1-10.
32. SARTELLI M, et al. WSES/GAIS/SIS-E/WSIS/AAST global clinical pathways for patients with intra-abdominal infections. *World Journal of Emergency Surgery*, 2021; 16(1): 1-48.
33. SARTELLI M, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World Journal of Emergency Surgery*, 2020; 15(1): 1-20.
34. SAVERIO S, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the wses jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*, 2020; 15(1): 1-42.
35. TOORENVIET BR, et al. Standard Outpatient Re-Evaluation for Patients Not Admitted to the Hospital After Emergency Department Evaluation for Acute Abdominal Pain. *World Journal Of Surgery*, 2010; 34: 480-486.
36. ULLERY BW, et al. Epidemiology and contemporary management of abdominal aortic aneurysms. *Abdominal Radiology*, 2018; 43(5): 1032-1043.
37. ZAMARY K, SPAIN DA. Small Bowel Obstruction: the sun also rises? *Journal Of Gastrointestinal Surgery*, 2020; 24(8): 1922-1928
38. ZILUN L, et al. The Management of Superior Mesenteric Artery Aneurysm: Experience with 16 Cases in a Single Center. *Ann Vasc Surg*, 2017; 42: 120-127.