Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Perfil clínico-epidemiológico entre o período de 2019 a 2023 dos pacientes diagnosticados por abdome agudo em hospital de referência do extremo norte do Brasil

Clinical-epidemiological profile between 2019 and 2023 of patients diagnosed with acute abdomen at a reference hospital in the far north of Brazil

Perfil clínico-epidemiológico entre 2019 y 2023 de pacientes diagnosticados con abdomen agudo en un hospital de referencia del extremo norte de Brasil

Bárbara Kethlen Silva Vieira[1], Weslen Lucas Borges Monteiro[1], Fabiana Nakashima[1], Gabrielle Mendes Lima[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados por abdome agudo no hospital de referência do extremo norte do Brasil. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, retrospectivo, descritivo, envolvendo revisão de 294 prontuários, independente do gênero, maiores de 18 anos, admitidos entre 2019 e 2023 no Hospital Geral de Roraima por abdome agudo. Pesquisado das variáveis: idade, sexo, tipo, etiologia, exames, tempo de internação, tratamento cirúrgico, desfecho e complicações. Realizadas análises descritivas e acrescentadas em planilhas, utilizando testes inferenciais e calculados por programas. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Aproximadamente 76,5% foi por Abdome Inflamatório, seguido por obstrutivo com 14,3%; perfurativo com 7%; por Hemorrágico com 1,2% e isquêmico com 1%. A apendicite foi a causa prevalente com 58,2%, acometendo jovens com 28% entre 18 a 25 anos, termo de internação curto (3 dias; DP: 3,752) com 95,5% de alta após o tratamento (apendicectomia realizada em 92,5% das cirurgias). **Conclusão:** O Abdome Inflamatório é o abdome agudo mais comum, sendo prevalente a sua causa a Apendicite. Seus pacientes são jovens, sem prevalência de sexo, submetidos a apendicectomia, com baixo índice de mortalidade.

Palavras-chave: Abdome agudo, Epidemiologia, Abdome inflamatório, Apendicite, Roraima, Região norte.

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with acute abdomen at a referral hospital in the far north of Brazil. **Methods:** This was a cross-sectional, retrospective, descriptive study involving a review of 294 medical records, regardless of gender, of individuals over 18 years of age, admitted between 2019 and 2023 to the General Hospital of Roraima for acute abdomen. The following variables were investigated: age, sex, type, etiology, exams, length of hospital stay, surgical treatment, outcome, and complications. Descriptive analyses were performed and added to spreadsheets using inferential tests and calculations using software. Approved by the Research Ethics Committee. **Results:** Approximately 76.5% were due to Inflammatory Abdomen, followed by obstructive with 14.3%; perforative with 7%; hemorrhagic with 1.2% and ischemic with 1%. Appendicitis was the prevalent cause with 58.2%, affecting young people with

[1] Universidade Federal de Roraima (UFRR), Boa Vista – RR.

SUBMETIDO EM: 10/2025 | **ACEITO EM: 11/2025** | **PUBLICADO EM: 12/2025**

28% between 18 and 25 years old, short hospitalization period (3 days; SD: 3.752) with 95.5% discharge after treatment (92.5% of surgeries were appendectomy). **Conclusion:** Inflammatory abdomen is the most common acute abdomen, with appendicitis being the prevalent cause. Its patients are young, with no predominance of gender, undergoing appendectomy, with a low mortality rate.

Keywords: Acute abdomen, Epidemiology, Inflammatory abdomen, Appendicitis, Roraima, Northern region.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes diagnosticados con abdomen agudo en un hospital de referencia del extremo norte de Brasil. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo, que incluyó la revisión de 294 registros médicos, independiente del sexo, mayores de 18 años, ingresados entre 2019 y 2023 en el Hospital General de Roraima por abdomen agudo. Se investigaron las variables: edad, sexo, tipo, etiología, exámenes, duración de la hospitalización, tratamiento quirúrgico, desenlace y complicaciones. Se realizaron análisis descriptivos que se ingresaron en hojas de cálculo mediante pruebas inferenciales y cálculos informáticos. Aprobado por el Comité de Ética de Investigación. **Resultados:** Aproximadamente el 76,5% fueron de origen Abdomen Inflamatorio, seguido de obstructivo con 14,3%; perforante con 7%; hemorrágico con 1,2% e isquémico con 1%. A apendicite foi a causa prevalente com 58,2%, acometendo jovens com 28% entre 18 a 25 anos, termo de internação curto (3 dias; DP: 3,752) com 95,5% de alta após o tratamento (apendicectomia realizada em 92,5% das cirurgias). **Conclusión:** El abdomen inflamatorio es el abdomen agudo más común, siendo la apendicitis la causa más frecuente. Los pacientes son jóvenes, de género neutro y se someten a apendicectomía, con una baja tasa de mortalidad.

Palabras clave: Abdomen agudo, Epidemiología, Abdomen inflamatorio, Apendicitis, Roraima, Región norte.

INTRODUÇÃO

Abdome agudo é quando há dor abdominal, não traumática, intensa que leva o paciente a procurar serviço de saúde, representando cerca de 10% das queixas nos departamentos de emergência. As etiologias estão subdivididas entre principais tipos, sendo o inflamatório o mais prevalente e sua causa comum, a apendicite. No obstrutivo, os principais são por bridas; no perfurativo, por úlcera perfurada; no hemorrágico, gravidez ectópica rota; e no vascular, pela embolia da artéria mesentérica. A queixa é dor, havendo sinais e sintomas que podem, com as características da dor e exame físico, diferenciar os tipos de abdome. Os exames são usados para complicações ou localizar a origem, sendo o raio x (RX), a tomografia computadorizada (TC) e a ultrassonografia (USG) os principais. Ademais, o perfil do paciente pode ajudar no direcionamento e é fundamental, atenção aos idosos com sintomas graves e nos imunodeprimidos com quadro atípico. Nas mulheres, é essencial realizar diagnóstico diferencial com causas ginecológicas. O tratamento, frequentemente, será cirúrgico, além de analgesia, correção dos distúrbios hidroeletrolíticos, antibióticos caso necessário e estabilidade hemodinâmica (DE FREITAS GA, et al., 2023; KILESSE CTSM, et al., 2022; MAGALHÃES BS, et al., 2019; VELASCO IT, et al., 2023).

As etiologias do inflamatório são apendicite, colecistite, pancreatite e diverticulite. Na apendicite, a dor inicia-se epigástrica, evoluindo para fossa ilíaca direita, acompanhada de hiporexia, febre, náuseas e vômitos. A USG pode ser realizada, assim como a TC e caso seja feito exames laboratoriais, pode haver leucocitose. O tratamento é cirúrgico, em sua maioria. Na colecistite, a dor será no hipocôndrio direito, febre, náuseas, podendo haver o sinal de Murphy. A USG é o exame de escolha para diagnóstico, entretanto a TC pode ser utilizada para avaliar as complicações. O tratamento, inicialmente, tende a ser suporte clínico com analgesia, antibiótico e controle da dieta, mas, dependendo de complicações e estabilidade, o tratamento pode ser cirúrgico com colecistectomia (KILESSE CTSM, et al., 2022; MOTA I, et al., 2024; PETROIANU A, 2022).

Na pancreatite, as causas prevalentes são a alcoólica e por cálculo biliar, devendo ser feita USG para identificação. É necessário dois dos sinais: dor epigástrica irradiada para dorso, podendo associar a vômitos; amilase ou lipase maior que três vezes o normal; achados na TC cujo exame deve ser feito ou em dúvida ou sem melhora em 72 horas. Na diverticulite, caracteriza-se por dor aguda na fossa ilíaca esquerda, a TC pode

ser realizada em suspeita de complicações. O tratamento inicial é feito com suporte, sendo a cirurgia no primeiro momento reservada para os casos graves e refratários (HANNA MH e KAISER AM, 2021; JAMES TW e CROCKETT SD, 2018; KILESSE CTSM, et al., 2022; DE LA VEGA FL, et al., 2022).

No obstrutivo, a dor é em cólica com distensão, náuseas, vômitos, constipação, sendo classificado quanto à obstrução, ao caráter e à altura. A TC pode identificar grau, localização, edema e isquemias. No perfurativo, caracteriza-se por dor súbita, intensa com peritonite e alta mortalidade, sendo prevalente por complicações de úlceras pépticas. O diagnóstico é clínico, podendo haver pneumoperitônio na radiografia e a conduta, em sua maioria, é cirúrgica (GALVÃO ASO, et al., 2019; FONTES JDS, et al., 2019; FRAZÃO VHA, et al., 2019; KILESSE CTSM, et al., 2022).

O hemorrágico tem alta mortalidade com dor sem peritonite, evoluindo para choque. O exame utilizado é USG, entretanto se estiver estável, pode-se realizar TC. O vascular é uma isquemia criada a partir de embolia, trombose ou uma isquemia não oclusiva. A dor é súbita, não proporcional ao exame físico, sendo o exame de primeira linha a angiotomografia. Procura-se a estabilidade hemodinâmica e a cirurgia é realizada para ressecção do tecido necrosado (CORRÊA IA, et al., 2019; DE FREITAS GA, et al., 2023, KILESSE CTSM, et Al., 2022).

Assim, é preciso conhecer sobre a epidemiologia dos pacientes e suas particularidades para cada tipo, além de conhecer quais os casos mais prevalentes, pois isso facilitará no raciocínio de forma eficaz, diminuindo complicações e mortalidade. Há, porém, uma escassez nos estudos sobre abdome agudo, seu diagnóstico clínico e epidemiológico, principalmente na região Norte. O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados por abdome agudo em um hospital de referência do extremo Norte do Brasil (KILESSE CTSM, et al., 2022).

MÉTODOS

Trata-se de estudo de corte transversal, retrospectivo, descritivo, não experimental, aplicado, de caráter misto (qualitativo e quantitativo), envolvendo revisão de prontuário para avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados por abdome agudo em Roraima. O universo amostral é composto por 294 indivíduos, independente do gênero, maiores de 18 anos, de nacionalidade brasileira, venezuelana ou indígenas, admitidos entre 2019 e 2023 no Hospital Geral de Roraima (principal hospital do estado) por abdome agudo sob os CID-10 que estejam de acordo com diagnóstico de abdome agudo. Devido aos baixos índices de estudos no Brasil sobre abdome agudo, o cálculo amostral foi realizado com base no estudo na Índia que observou 1236 casos de dor abdominal na emergência dos 8.688 pacientes admitidos. A margem de erro considerada foi de 5%, com o intervalo de confiança de 95%. Para minimizar o risco do vazamento de informações durante o manuseio dos prontuários, os pesquisadores garantem absoluto sigilo dos dados, além de não utilizar dados que informem a identidade do paciente, sendo dispensado o TCLE. (THAKUR E KUMAR, 2019)

Foi pesquisado acerca das variáveis: idade, sexo, tipo de abdome agudo, etiologia específica, uso de exames de imagem, tempo de internamento, tratamento cirúrgico ou não, tipo da cirurgia, desfecho e complicações. A partir delas, foram realizadas análises descritivas incluindo média, mediana, com desvio padrão para variáveis quantitativas de natureza paramétrica e intervalo interquartil, fixando-se o intervalo de confiança de 95%. Foram acrescentadas em planilhas e demonstradas em tabelas e gráficos. Em seguida, foram utilizados testes inferenciais como o qui-quadrado e calculados por programas como o BioStat e o SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal de Roraima (parecer nº 6.936.561, CAAE 78878024.7.0000.5302), respeitando as disposições das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, 510/2016 e 304/2000, e com suas complementares relativas à Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

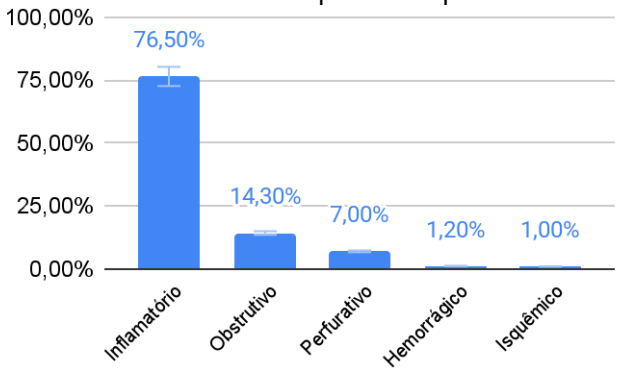
Foram avaliados 294 prontuários de pacientes acometidos por abdome agudo e dividido o resultado a partir das variáveis (**Tabela 1**). As idades foram divididas em faixas etárias: 18 a 25 anos; 26 a 35 anos; 36 a 45 anos; 46 a 55 anos; 56 a 65 anos e os com mais de 65 anos. Entre os tipos, 76,5% foi por inflamatório; 14,3% por obstrutivo; 7% por perfurativo; 1,0% por isquêmico e 1,2% por hemorrágico (**Gráfico 1**). A taxa de óbitos foi de 7% e entre as taxas de letalidade, o Hemorrágico atinge 75% (**Gráfico 2**).

Tabela 1 - Perfil Clínico e Epidemiológico dos pacientes acometidos por Abdome Agudo no Hospital Geral de Roraima, n=294.

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
Sexo					
Masculino	136	46	Feminino	158	54
Idade					
18-25 anos	68	23,1	46-55 anos	24	8,1
26-35 anos	66	22,4	56-65 anos	35	12
36-45 anos	54	18,4	>65 anos	47	16
Tipo de Abdome Agudo					
Inflamatório	225	76,5	Isquêmico	4	1,2
Obstrutivo	42	14,3	Hemorrágico	3	1
Perfurativo	20	7			
Etiologias					
Apendicite Aguda	131	44,5	Volvo de Sigmoide	4	1,3
Colecistite Aguda	63	21,4	Íleo biliar	1	0,3
Pancreatite Aguda	21	7,1	Hérnia	6	2
Diverticulite Aguda	10	3,4	Aneurisma de aorta abdominal roto	2	0,6
Úlcera Perfurada Aguda	18	6,1	Dissecção de aorta abdominal	1	0,3
Perfuração por objeto estranho	2	0,6	Cisto de ovário hemorrágico	1	0,3
Aderências	27	9,2	Isquemia Artéria Mesentérica por embolia	3	1
Neoplasias	4	1,3			
Uso de Imagem					
Sim	236	80			
Não	58	20			
Tipo de Imagem					
Tomografia Computadorizada	197	69,6	Ressonância Nuclear Magnética	38	13,4
Ultrassonografia	39	13,8	Raio-X	9	3,2
Intervenção Cirúrgica					
Sim	242	82,3	Não	52	17,7
Desfecho					
Alta	274	93	Óbito	20	7
Complicações					
Sim	41	14	Não	253	86

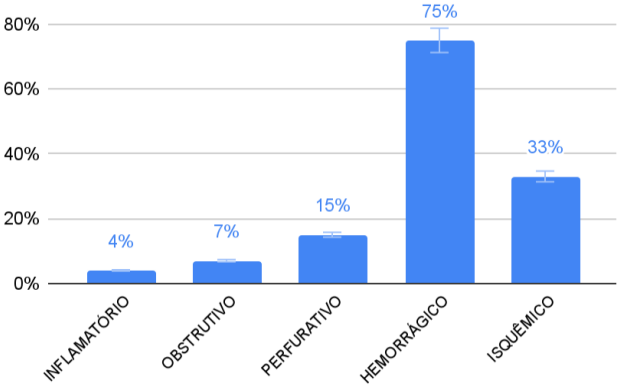
Fonte: Vieira BK, et al., 2025.

Gráfico 1 - Pacientes acometidos por cada tipo de Abdome Agudo.



Fonte: Vieira BK, et al., 2025.

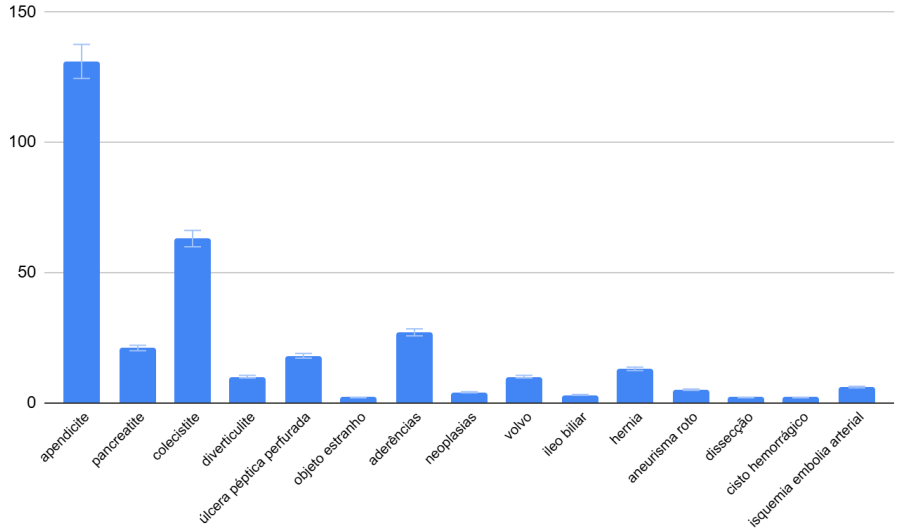
Gráfico 2 - Taxa de letalidade entre os tipos de abdome agudo estudados.



Fonte: Vieira BK, et al., 2025.

No Inflamatório, acometidos por Apendicite foram 58,2%; por Colecistite 28%; por Pancreatite 9,3%, por Diverticulite 4,5%. No Obstrutivo, 64,3% foram por aderências, 14,3% por hérnia, 9,5% por neoplasia, 9,5% por Volvo, e 2,4% por Íleo Biliar. No Perfurativo, encontra-se Úlcera Péptica Perfurada com 90% e Perfuração por Objeto Estranho com 10%. No isquêmico, encontrou-se a isquemia da artéria mesentérica por embolia. No Hemorrágico, encontram-se aneurisma de aorta roto com 50%; dissecção de aorta e cisto ovário hemorrágico com 25% cada (**Gráfico 3**).

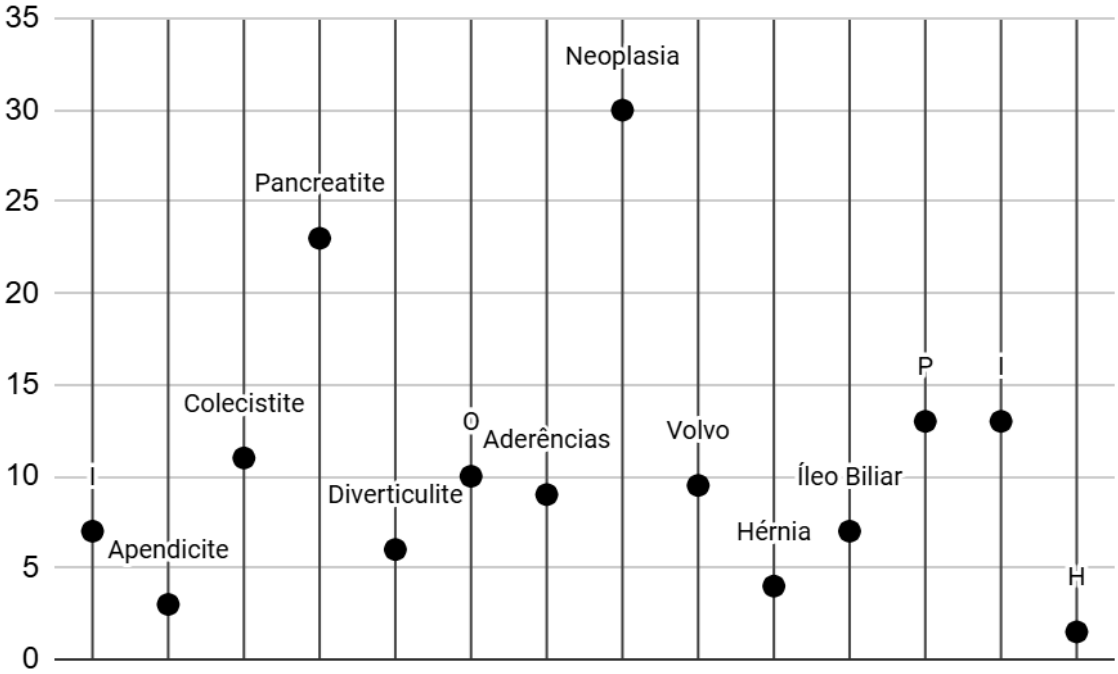
Gráfico 3 - Etiologias dos Abdome Agudo encontrados no estudo.



Fonte: Vieira BK, et al., 2025.

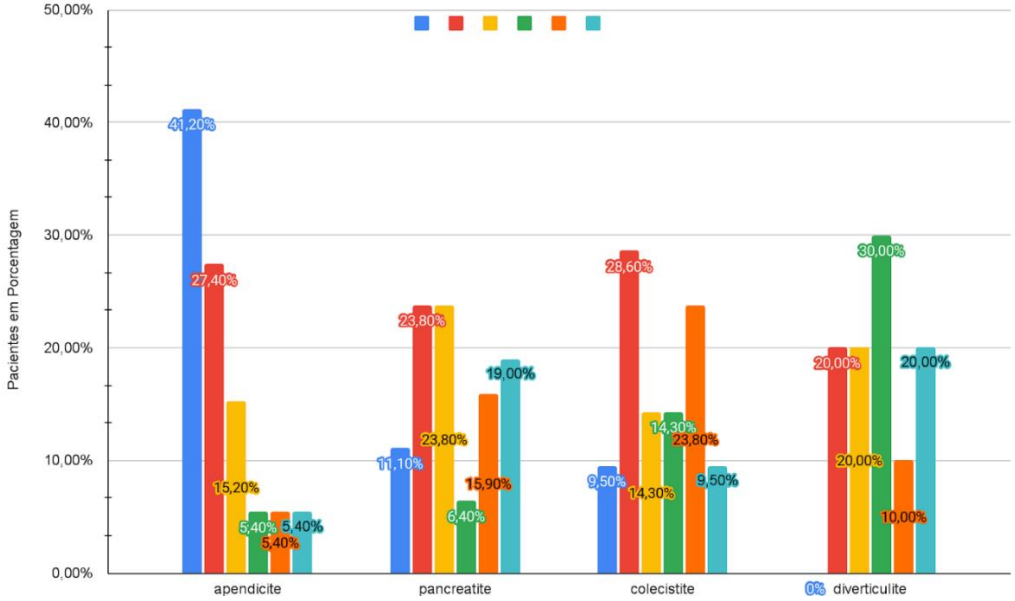
No inflamatório, 79% precisaram de exame, a TC preenchendo 66%. Os 13,8% não necessitaram de cirurgia e 95,5% tiveram alta, sendo a média de internação de 7,3 dias (DP:11,06) e moda de 2 dias (**Gráfico 4**). Na Apendicite, 41,2% tinham entre 18 e 25 anos; 27,4% entre os 26 e 35 anos; 15,2%, entre 36 e 45 anos; e as demais faixas, cada uma com 7% (**Gráfico 5**). Cerca de 64% necessitou de exame (TC com 94,5%) e 99,3% necessitaram de cirurgia, sendo 92,5% delas a Apendicectomia. Os 97% evoluíram para alta com média de internação de 3 dias (DP: 3,752) e moda de 2 (**Gráfico 4**). Aproximadamente 90% terminaram sem complicações, sendo 72% das complicações por abscesso.

Gráfico 4 - Média de dias de internação nos tipos e principais etiologias do abdome agudo. Na esquerda para Direita 1º I: Inflamatório; O: Obstrutivo; P: perfurativo; 2º I: Isquêmico; H: Hemorrágico.



Fonte: Vieira BK, et al., 2025.

Gráfico 5 - Faixa etária dos pacientes acometidos por Abdome Inflamatório divididos pela etiologia específica. Da direita para esquerda: cor azul pacientes entre 18 e 25 anos; vermelhos, entre 26 e 35 anos; amarelo, entre 36 e 45 anos; verde entre 46 e 55 anos; laranja, entre 56 e 65 anos; azul ciano com mais de 65 anos.



Fonte: Vieira BK, et al., 2025.

Na Colecistite, 77,8% foram por sexo feminino. Cerca de 11,1% tinham entre 18 e 25 anos; 23,8% entre 26 e 35 anos; 23,8% entre os 36 e 45 anos; 6,4% entre os 46 e 55 anos; 15,9% entre os 56 e 65 anos e 19% maior que 65 anos (**Gráfico 5**). Aproximadamente 92% usaram imagem e 39,3% foi por TC; 33,3% a USG; e 27,4% a Ressonância Nuclear Magnética (RNM). Dos 71,4% que necessitou de cirurgia, 93,6% foi Colecistectomia com média de internação de 11 dias (DP: 11,254) e moda de 1,2 (**Gráfico 4**).

Na Pancreatite, 9,5% estavam entre 18 e 25 anos; 28,6% entre 26 e 35 anos; 14,3% entre 36 e 45 anos; 14,3% entre 46 e 55 anos; 23,8% entre 56 e 65 anos; 9,5% com mais de 65 anos (**Gráfico 5**). Dos exames, 45,4% foram realizados TC e 36,4% a RNM. Em 33,3% não precisaram de cirurgia e 93% delas foram por Colecistectomia. Aproximadamente 9,5% evoluíram para óbito e 19% apresentaram complicações com Abscesso e Infecção de ferida, ambos com 40%. A média de internação foi de 23 dias (DP:19,051) e moda de 4,31 (**Gráfico 4**).

Na Diverticulite, havia entre 26 a 35 e entre 36 e 45 anos com 20% ambos; 30% entre 46 e 55 anos; 10% entre 56 e 65 anos e 20% maior que 65 anos (**Gráfico 5**). Aproximadamente 90% das imagens foram por tomografia. Dos pacientes, 10% evoluíram para óbito e 10% se complicaram por perfuração. A média de internação foi de 7 dias (DP: 4,654) e moda de 3 (**Gráfico 4**).

No Obstrutivo, 47,6% tinham entre 18 e 45 anos e 52,4% com mais de 46 anos. Em 90,5% usaram exame, sendo 75,6% a TC e 57% a RNM. Em 57% fizeram Laparotomia, sendo 9,5% evoluindo para óbito e 21,4% com complicações com 36,4% por infecção de ferida. Média de internação de 10 dias (DP: 12,36) e moda de 2,7. Aderência teve média de 9 dias (DP: 10,77) e moda de 10; neoplasia média de 30 (DP:21,3); volvo média de 10 (DP: 6,351) e moda de 6; hérnia de 4 (DP: 2) e moda de 2; e íleo biliar de 7 dias (**Gráfico 4**).

No perfurativo, 25% tinham entre 18 e 45 anos e os demais tinham mais de 65 anos. Cerca de 65% utilizaram a tomografia. Todos precisaram de laparotomia, sendo 15% evoluindo para óbito. Aproximadamente 20% se complicaram, com 28,5% de perfuração. A média de internação foi de 13 dias (DP: 11,09) e moda de 5 (**Gráfico 4**).

No hemorrágico, cerca de 75% tinham mais de 65 anos. Aproximadamente 80% foi feita a tomografia e o restante a USG. Cerca de 75% evoluíram para óbito, todos por aneurisma roto e dissecção de aorta. A complicação foi hemorragia, acometendo 20% e média de internação foi de 2 dias (DP: 0,57) e moda de 1,2 (**Gráfico 4**).

Na isquemia por embolia, todos tinham mais de 56 anos. A tomografia foi o único exame utilizado em 67%. A laparotomia aconteceu em 66% e 33,3% evoluíram para óbito. Infecção de ferida foi a única complicação que acometeu 33%. Sua média de internação foi de 13 dias (DP: 14,749) (**Gráfico 4**).

DISCUSSÃO

Na pesquisa, prevalece o Abdome Inflamatório, e sua etiologia a apendicite é a causa mais comum. Ele é o tipo mais comum entre os abdomes não traumáticos e sua causa mais prevalente, a apendicite, acomete entre 5 e 50 anos, sendo comum em homens. O segundo prevalente foi o Obstrutivo em que as aderências, uma obstrução alta, foram a etiologia principal, sendo no estudo a terceira causa prevalente. No perfurativo, o que prevaleceu foi a Úlcera Péptica Perfurada, etiologia comum nesse tipo. No Isquêmico, encontrou-se Isquemia por Embolia. Esse tipo de abdome agudo é menos comum e quando diagnosticado, a isquemia por embolia costuma ser prevalente. No Hemorrágico, devido sua raridade, não foi possível estabelecer sua prevalência. Por ter alta letalidade, alguns pacientes vão a óbito antes de chegar ao hospital. No hemorrágico, o mais prevalente é a Gravidez Ectópica Rota, a qual não foi encontrada na pesquisa, pois se trata de abdome obstétrico, sendo conduzido na maternidade do estado (BORNER N, et al., 2025; KILESSE CTSM, et al., 2022; MAGALHÃES BS, et al., 2019; PETROIANU A, 2022).

Apesar de que alguns tipos, em que apenas o exame clínico foi necessário, alguns casos não conseguem fornecer informações para o diagnóstico e exames são necessários como TC, USG, RX ou RNM. A TC é a melhor para fornecer informações sobre os órgãos, sua vascularização e identificar elementos como perfuração, inflamação ou extravasamento de líquido. Mas o paciente precisa estar estável, enquanto a USG pode ser utilizada na sala de emergência. Na pesquisa, a maioria dos pacientes necessitou de exame, do qual o exame que prevaleceu foi a Tomografia (KILESSE CTSM, et al., 2022; VELASCO IT, et al., 2023).

A apendicite foi a etiologia inflamatória mais comum, seguida de colecistite, a segunda etiologia prevalente. Para o diagnóstico do inflamatório, é necessário anamnese e exame físico, sendo a imagem realizada em alguns casos para melhor acurácia. No estudo, ela foi necessária e a TC foi a mais utilizada. Para a conduta, na sua maioria, foi necessária a cirurgia. Com baixa mortalidade e com poucas complicações, a maioria dos pacientes receberam desfecho favorável. Na apendicite, não houve diferença entre os sexos, prevalecendo os pacientes jovens, entre 18 e 35 anos. Ela pode acometer qualquer idade e quando acomete os idosos, o tempo de internação costuma ser maior. Para o diagnóstico, a TC foi usada com prevalência e o tratamento na sua maioria foi a Apendicectomia. A conduta cirúrgica é a mais segura, para evitar a evolução e prevenir complicações, mas em situações especiais pode seguir observação e suporte clínico. Sua mortalidade não foi alta, com poucas complicações, pois a maioria das cirurgias segue sem complicações, sendo a mais comum o abscesso. O tempo de internação foi curto, prevalecendo até três dias de internação (MAGALHÃES BS, et al., 2019; KILESSE CTSM, et al., 2022; PETROIANU A, 2022; RISCADO SALDANHA L, et al., 2023).

Na colecistite, uma doença inflamatória causada por cálculo biliar impactado, foi observado prevalência do sexo feminino. Na literatura, antes da 5ª década, as mulheres tendem a ser mais prevalentes em relação aos homens. A colecistite atinge principalmente pacientes maiores de 50 anos, sua incidência aumentando com o avanço da idade, assim como complicações e gravidade. No estudo, os pacientes permaneceram em média de 10 a 15 dias internados (JUNIOR ES, et al., 2021; LEÃO SA, et al., 2024; KILESSE CTSM, et al., 2022, MENCARINI L, et al., 2024).

Sobre a Pancreatite, não houve diferença nas condutas entre tratamento clínico e cirúrgico. Assim, o tratamento clínico baseia-se na hidratação venosa, analgesia e antiemético. Nas intervenções cirúrgicas, foi necessária a Colecistectomia em sua maioria. A necessidade da Colecistectomia se faz devido a sua causa comum, Pancreatite Biliar, causada pela migração do cálculo biliar para os ductos pancreáticos, impactando na ampola de Vater. Assim, a cirurgia é como profilaxia para evitar novos episódios (IZIDIO M e CIRILO O, 2023; JAMES TW e CROCKETT SF, 2018). Na Diverticulite, complicação da doença diverticular, frequente em idosos, também não houve relação entre os tipos de tratamento clínico e cirúrgico. No tratamento clínico, preferível a cirurgia em 70% dos pacientes, se faz por antibioticoterapia, correção de distúrbios hidroeletrolíticos, além de sintomáticos. A TC é uma ferramenta para avaliar a gravidade da doença e, por meio dela, classificar para determinar a conduta cirúrgica. A colectomia segmentar é realizada naqueles refratários, recorrentes, bem como nos complicados. Os pacientes sofreram poucas complicações, porém daqueles acometidos, a mais comum foi a perfuração (HANNA MH e KAISER AM, 2021; KILESSE CTSM, et al., 2022).

No Obstrutivo, as aderências foram prevalentes, sendo a terceira etiologia encontrada. Predomina-se a obstrução alta na qual as aderências, a principal causa, são devido a cirurgias prévias. Outras causas são as hérnias, neoplasia, volvos, fecaloma, intussuscepção e o íleo biliar. Nesse tipo, prevaleceu a faixa etária maior que 65 anos e todos os pacientes necessitavam da imagem, sendo a mais realizada a TC. A TC pode identificar o grau da obstrução, a localização, edema e isquemia. Os pacientes do abdome obstrutivo dividiram-se igualmente entre receber suporte clínico e cirurgia com laparotomia. Sua mortalidade não foi alta e houve poucas complicações. O tempo de internação nos pacientes acometidos pelas aderências foi curto, com a maioria ficando entre três e cinco dias internados. Já nas outras etiologias a média ficou entre 10 a 15 dias (FONTES JDS, et al., 2019; GALVÃO ASO, et al., 2019; KILESSE CTSM, et al., 2022).

O Perfurativo é a terceira principal etiologia de abdome agudo e acerca de seus pacientes, foi necessário a Laparotomia Exploradora para correção. Foi o único tipo em que todos os pacientes precisaram da cirurgia, mas sem muitas complicações. A úlcera péptica perfurada é a causa mais frequente, onde o local da perfuração costuma ser na parte mais alta do intestino ou no próprio estômago. O tratamento é cirúrgico com ulcerorrafia e tamponamento com epíplon, ressecções gástricas e vagotomia. Em pacientes que está contraindicada a anestesia ou de alto risco existe a possibilidade de terapia com base no inibidor da bomba de prótons, antibioticoterapia, sondagem nasogástrica e drenagem percutânea (FRAZÃO VHA, et al., 2019; KILESSE CTSM, et al., 2022).

No isquêmico, todos estavam entre a faixa etária maior que 56 anos e todos acometidos pela Isquemia Mesentérica, sendo necessário a utilização da TC. Ficou dividido entre tratamento de suporte e tratamento

com a laparotomia. Foi o abdome com a segunda maior taxa de mortalidade. Na literatura, é o menos comum entre os casos de abdome agudo, com alta letalidade, uma vez que a evolução é rápida e grave, representa de 60% a 80% das mortes por abdome agudo nas primeiras 24h, sendo mais incidente na população feminina. Tal isquemia pode ser criada a partir de uma embolia arterial (a mais comum), de uma trombose arterial ou uma venosa ou pode ser uma isquemia mesentérica não oclusiva (DE FREITAS GA, et al., 2023; KILESSE CTSM, et al., 2022; MAGALHÃES BS, et al., 2019).

A tomografia foi necessária, no hemorrágico, apesar de que o exame ideal é a USG de abdome, sendo a TC reservado para quando há estabilidade hemodinâmica. Uma das principais causas, além da gravidez ectópica rota, é a ruptura do aneurisma de aorta abdominal em que o diagnóstico precoce pelo uso de imagem do aneurisma altera o prognóstico, sendo a angiotomografia computadorizada o exame de escolha. No Hemorrágico, observou-se que os pacientes com idade maior que 65 anos, a mortalidade foi alta. De fato, tem alta mortalidade e letalidade, prevalecendo na pesquisa o tipo com a maior mortalidade, pois o quadro é dor que evolui para choque hipovolêmico. Eles vão a óbito rapidamente, como observado no estudo em que todos os pacientes ficaram em média até três dias internados, apresentando alta letalidade (CORRÊA IA, et al., 2019; KILESSE CTSM, et al., 2022).

O abdome agudo, então, é um tópico lembrado no departamento de emergência, o que leva a ser fundamental identificar a etiologia para conduta clínica ou cirúrgica, além de saber da noção de gravidade e das complicações. Ademais, é necessário o médico estar ciente da prevalência dos tipos e etiologias da sua região para chegar em uma conclusão com um tratamento com menos chances de falhas e complicações (MAGALHÃES BS, et al., 2019).

CONCLUSÃO

Na pesquisa, prevaleceu o Abdome Agudo Inflamatório e sua etiologia a Apendicite Aguda, a causa mais comum. Em seguida, o segundo abdome agudo foi o Obstrutivo em que as aderências foram a etiologia prevalente. No abdome perfurativo, foi a Úlcera Péptica Perfurada; no isquêmico encontrou-se apenas a Isquemia Mesentérica por Embolia e no Hemorrágico, não foi possível estabelecer a sua prevalência por falta de dados. A maioria dos pacientes necessitou da TC de abdome para complementar o diagnóstico. Na apendicite, etiologia inflamatória mais comum não houve diferenças entre os sexos, e os mais jovens prevaleceram, principalmente entre 18 e 25 anos. O tratamento foi, em sua maioria, a apendicectomia com baixa mortalidade e tempo de internação curto. A segunda causa foi a colecistite com prevalência do sexo feminino. No Abdome Obstrutivo, prevalecendo a faixa maior que 65 anos, foi o terceiro tipo prevalente. No Perfurativo, todos necessitaram de cirurgia, mas sem altos índices de complicações. No Isquêmico, todos os pacientes tinham maior que 56 anos com o abdome agudo com a segunda maior taxa de mortalidade, ficando atrás do Abdome Hemorrágico. Assim, o estudo buscou ampliar um conhecimento para a medicina na região Norte sobre o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes acometidos por abdome agudo para auxiliar na organização do raciocínio clínico na emergência, diminuindo os índices de mortalidade e complicações por abdome agudo, melhorando o prognóstico dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. BORNER N, et al. The acute abdomen. Deutsches Arzteblatt, 2025; 122: 137-44.
2. CORRÊA IA, et al. Abdominal aortic aneurysms that have ruptured or are at imminent risk of rupture. Radiologia Brasileira, 2019; 52(3): 182-86.
3. DE FREITAS DIAS GA, et al. Abdome agudo isquêmico: um relato de caso sobre os achados mais comuns em um exame de imagem. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2023; 9(5): 3847-54.
4. FONTES JDS, et al. Abdome agudo obstrutivo por íleo biliar: relato de caso. Revista de Saúde, 2019; 10(1): 32–37.
5. FRAZÃO VHA, et al. Abdome agudo perfurativo no Hospital Municipal Djalma Marques: perfil do paciente cirúrgico. Revista de Patologia do Tocantins, 2019; 6(2): 26–30.

6. GALVÃO ASO et al. Volvo de sigmoide: insucesso na distorção por retossigmoidoscopia. Journal of Coloproctology, 2019; 39(1): 49–50.
7. HANNA MH, KAISER AM. Update on the management of sigmoid diverticulitis. World Journal of Gastroenterology, 2021; 27(9): 760-81.
8. IZIDIO M, CIRILO O. Abdômen agudo em pacientes com covid-19: uma revisão integrativa. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2023; 50: e3576.
9. JUNIOR ES, et al. Abordagem diagnóstica e tratamento da colecistite aguda: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(9): e8772.
10. JAMES TW, CROCKETT SD. Management of acute pancreatitis in the first 72 hours. Current Opinion in Gastroenterology, 2018; 34(5): 330–35.
11. KILESSE CTSM, et al. Abdome agudo no departamento de emergência: uma revisão. Brasília Médica, 2022; 59: 1-10.
12. DE LA VEGA FL, et al. Pancreatite aguda grave em centro de terapia intensiva: análise de 10 anos. Clinical and Biomedical Research, 2022; 19(3): e125240.
13. LEÃO SA, et al. Colecistite Aguda - uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, 2024; 7(3): e69986.
14. MAGALHÃES BS, et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos por abdome agudo em um hospital de referência em Salvador. Medicina (Ribeirão Preto), 2019; 52(3): 193-200.
15. MENCARINI L, et al. The diagnosis and treatment of acute cholecystitis: a comprehensive narrative review for a practical approach. Journal of Clinical Medicine, 2024; 13(9): 2695.
16. MOTA I, et al. Colecistite aguda - uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health and Biological Science, 2024; 1(1): e26.
17. PETROIANU A. Relevant aspects of acute appendicitis. Revista da Associação Médica Brasileira. 2022; 68(2): 121–124.
18. RISCADO SALDANHA L, et al. Perfil dos pacientes submetidos a apendicectomia em um hospital referência de Vitória – ES. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 2023; 24(supl_1): 28–33.
19. THAKUR JK, KUMAR R. Epidemiology of acute abdominal pain: a cross-sectional study in a tertiary care hospital of Eastern India. International Surgery Journal, 2019; 6(2): 345-48.
20. VELASCO IT, et al. Medicina de emergência: abordagem prática. 16ed. São Paulo: Manole, 2022; 1749p.
21. WILSON M, et al. Influência da idade no tempo de internação e no grau evolutivo das apendicites agudas. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2006; 33(5): 294-97.