

BMJ Best Practice

Avaliação do abdome agudo

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	6
Etiologia	6
Emergencies	8
Considerações de urgência	8
Sinais de alarme	8
Diagnóstico	10
Abordagem passo a passo do diagnóstico	10
Visão geral do diagnóstico diferencial	18
Diagnóstico diferencial	21
Diretrizes de diagnóstico	76
Referências	77
Imagens	83
Aviso legal	116

Resumo

- ◊ O termo abdome agudo refere-se ao rápido aparecimento de sintomas graves que podem indicar uma patologia intra-abdominal com risco de vida e que requer intervenção cirúrgica urgente.

◊ **Características clínicas :**

A dor abdominal é geralmente uma característica do quadro clínico, mas o abdome agudo pode ocorrer sem apresentar dor, especialmente em idosos, em crianças, em pessoas imunocomprometidas e no último trimestre de gestação. Sintomas abdominais agudos são comuns.^{[1] [2] [3]} As estimativas variam, mas um estudo da dor na parte superior do abdome identificou uma prevalência de cerca de 50%,^[4] ao passo que uma grande pesquisa por telefone detectou que 45% das pessoas apresentaram ao menos um sintoma no trato gastrointestinal superior nos 3 meses que antecederam a pesquisa.^[5]

A dor abdominal aguda é uma apresentação frequente no pronto-socorro. A dor pode:

- Estar localizada em qualquer área do abdome
- Ser intermitente, aguda, importuna, intensa ou penetrante
- Radiar de um local focal
- Ser acompanhada de náuseas e vômitos.

A avaliação imediata deve se concentrar na diferenciação dos pacientes com abdome agudo verdadeiro e que exigem intervenção cirúrgica urgente, dos pacientes que podem, inicialmente, ser tratados de forma conservadora.^[2] Dados do Reino Unido sugerem que o acesso a um cirurgião experiente reduz hospitalizações desnecessárias.^[6]

Um paciente com patologia cirúrgica aguda pode piorar rapidamente; portanto, pacientes com sintomas graves e persistentes nas primeiras horas requerem uma investigação cuidadosa e um acompanhamento rigoroso.

◊ **Investigação diagnóstica :**

Um abdome agudo é diagnosticado pela combinação de história, exame físico, radiografia e resultados laboratoriais. Quando os sintomas não requerem a cirurgia imediata, e quando as imagens não levam a um diagnóstico definitivo, novos exames abdominais efetuados por um médico experiente podem ajudar a determinar a causa subjacente.^[3] Como alternativa, a laparoscopia diagnóstica pode ser considerada em pacientes selecionados.^{[7] [8] [9]} A laparoscopia não apenas é uma ferramenta útil para o diagnóstico, mas é cada vez mais usada como uma medida terapêutica para apendicite, colecistite, lise de aderências, reparo de hérnia e muitas causas ginecológicas de abdome agudo.

A precisão diagnóstica pode ser aprimorada com a utilização de algoritmos ou ferramentas de decisão. Por exemplo, foi demonstrado que o escore da resposta inflamatória da apendicite AIR (Appendicitis Inflammatory Response) ajuda a estratificar o risco de apendicite em pacientes que manifestam dor abdominal aguda.^[10]

◊ **Analgesia com narcóticos :**

O uso de analgesia com narcóticos em pacientes com abdome agudo sem diagnóstico tem sido tradicionalmente desencorajado.^{[11] [12]} Isso por conta das preocupações de que os sintomas

poderiam ser mascarados, o exame físico prejudicado e, portanto, o diagnóstico correto seria dificultado. No entanto, revisões recentes sugerem que a analgesia com narcóticos não prejudica o tratamento e melhora o conforto do paciente.[\[11\]](#) A fentanila ou um dos seus análogos pode ser um agente útil nesta situação, devido à combinação de potência e meia-vida curta.

◊ **Grupos especiais :**

A dor abdominal em pacientes idosos, imunocomprometidos e gestantes geralmente se manifesta de forma atípica. Combinada com a falta de entendimento das alterações fisiológicas nas respostas desses grupos a determinadas doenças, isso significa que o diagnóstico e o tratamento deles geralmente é protelado, e as taxas de complicações e mortalidade são, consequentemente, mais altas.[\[13\]](#)

- Idosos
 - Os idosos geralmente apresentam mais comorbidades duradouras que adultos mais jovens, o que pode afetar sua capacidade de desenvolver respostas fisiológicas características (isso pode ocorrer por causa dos efeitos diretos de uma comorbidade clínica ou medicamentos utilizados para tratar as comorbidades clínicas). Os pacientes idosos também correm um maior risco de apresentar doenças mais graves, devido à diminuição da função imunológica.[\[14\]](#)
 - Os sistemas nervosos central e periférico são afetados pelo envelhecimento. Condições como a demência podem restringir a capacidade de uma pessoa mais idosa de comunicar os problemas, e a diminuição da função do sistema nervoso periférico pode alterar a percepção de dor e temperatura, tornando o diagnóstico e o manejo mais difíceis. Um estudo de pacientes com úlceras perfuradas revelou que apenas 21% dos pacientes idosos apresentavam peritonite.[\[14\]](#)
- Gestantes
 - As alterações físicas e fisiológicas associadas à gestação podem representar um desafio ao diagnóstico e ao tratamento. Uma avaliação rápida e completa é essencial, uma vez que o atraso no diagnóstico e no tratamento pode levar a desfechos desfavoráveis para a mãe e o feto.[\[15\]](#)
 - O alargamento do útero, que desloca e comprime os órgãos intra-abdominais, e a fruidão da parede abdominal, torna difícil localizar a dor e pode atenuar os sinais peritoneais.[\[15\]](#) Gestantes podem, por vezes, apresentar uma leve leucocitose fisiológica, de modo que este achado é inespecífico em gestantes com abdome agudo. Se existe um alto índice de suspeita para a patologia intra-abdominal, mais estudos são necessários.
 - Há uma grande preocupação entre os profissionais de saúde e pacientes quanto à obtenção de radiografias em pacientes gestantes. Embora seja conhecido que a exposição à radiação ionizante possa levar à morte celular, mutação de células germinais e carcinogênese, não existe nenhum processo radiográfico moderno que resulte na exposição à radiação em um nível tal que ameace o bem-estar do embrião ou feto.[\[15\]](#) A exposição a radiação de <5 rads (em uma tomografia computadorizada de abdome/pelve há uma exposição de 3.5 rads) não foi associada a defeitos fetais ou perda do feto.[\[15\]](#) Uma proteção cuidadosa do paciente também pode minimizar a exposição. É importante observar que o uso de ultrassonografia para diagnóstico é

claramente seguro na gestação, embora deva ser usado para avaliar e responder a um problema clínico definido.[\[16\]](#)

• É importante discutir os riscos e os benefícios com as pacientes antes de obter radiografias. Todo risco deve ser ponderado cuidadosamente em relação ao aumento do risco de óbito fetal e maternal resultante de atraso no diagnóstico e no tratamento. Alternativas para as imagem por radiação ionizante, como a ultrassonografia e a ressonância nuclear magnética, também podem ter funções importantes nestas pacientes.

Etiologia

O termo "abdome agudo" refere-se ao rápido aparecimento de sintomas graves que podem indicar uma patologia intra-abdominal com risco de vida e que requer intervenção cirúrgica urgente.

As origens abdominais do abdome agudo são (da origem mais comum para a menos comum):

- Obstrução intestinal
- Peritonite secundária à infecção (por exemplo, infecção pélvica, apendicite). É uma emergência cirúrgica. Os pacientes devem ser levados à sala de cirurgia para a exploração, sem aguardar ou executar estudos diagnósticos, uma vez que isso atrasaria o cuidado definitivo. Condições inflamatórias (por exemplo, diverticulite, pancreatite, colecistite) e processos vasculares (por exemplo, dissecção da aorta ou aneurisma roto da aorta abdominal) também podem apresentar os mesmos sintomas que a peritonite
- Hemorragia (por exemplo, gravidez ectópica, aneurisma roto da aorta)
- Isquemia (por exemplo, torção ovariana, isquemia mesentérica)
- Processos associados à contaminação por conteúdo gastrointestinal (por exemplo, úlcera gástrica ou duodenal perfurada).

A causa subjacente também pode ser considerada por processo etiológico ou anatomicamente.

Obstrução

- As adesões são a causa mais comum de obstrução nos países industrializados, e a segunda causa mais comum é o encarceramento de hérnias; o encarceramento de hérnia é a causa mais comum de obstrução intestinal em pacientes sem história prévia de cirurgia abdominal.[\[17\]](#) [\[18\]](#)
- Outras causas de obstrução incluem volvo, cálculos biliares e intussuscepção.
- Causas menos comuns incluem anormalidades anatômicas congênitas, neoplasia gastrointestinal e doença inflamatória intestinal.

Inflamação

- Causas inflamatórias podem incluir colecistite, apendicite, pancreatite aguda, diverticulite aguda e diverticulite de Meckel.
- A colite ulcerativa e a doença de Crohn podem apresentar dor abdominal secundária ao processo inflamatório, ou devido a uma complicaçāo de obstrução.

Perfuração

- A perfuração pode ser uma complicaçāo de úlceras duodenais e gástricas.
- A perfuração esofágica (síndrome de Boerhaave) e a laceração de Mallory-Weiss resultam em laceração esofágica e hemorragia gastrointestinal.

Ginecologia

- Mulheres em idade fértil que apresentam abdome agudo devem sempre realizar um teste de gravidez para descartar a gravidez ectópica.
- Outras patologias que envolvem os órgãos reprodutivos femininos incluem cisto ovariano roto, torção ovariana, doença inflamatória pélvica e endometriose.

Vascular

- As patologias vasculares podem resultar em hemorragia intra-abdominal, como dissecção da aorta abdominal, aneurisma roto da aorta e aneurisma roto da artéria esplênica.
- Causas isquêmicas incluem isquemia mesentérica aguda e infarto, colite isquêmica, infarto esplênico. Episódios vaso-occlusivos em crises falciformes também podem apresentar dor abdominal.
- A síndrome de Budd-Chiari envolve a obstrução do fluxo venoso hepático e a dor abdominal pode estar presente com hepatomegalia e ascite.
- Pode ocorrer um hematoma da parede abdominal espontaneamente ou secundário a trauma, exercício, tosse ou a um procedimento.

Infecção

- Os processos infecciosos podem envolver órgãos ou estruturas intra-abdominais, como o fígado (hepatite ou abscesso hepático) e o trato gastrointestinal (gastroenterite, colite infecciosa, tiflito [enterocolite neutropênica])
- O abscesso do psoas é mais comum devido a um abscesso tuberculoso, que se estendeu desde a vértebra lombar até no músculo psoas.
- A síndrome de Fitz-Hugh Curtis, uma complicaçāo da doença inflamatória pélvica, compreende a dor abdominal no quadrante superior direito associada à peri-hepatite.

Metabólica

- Causas metabólicas de abdome agudo incluem uremia, cetoacidose diabética, crise addisoniana e hipercalcemias.
- Doenças metabólicas hereditárias incluem porfiria aguda intermitente e febre familiar do Mediterrâneo.

Tóxica

- A intoxicação por metais pesados pode ser causada pela exposição médica/ambiental/ocupacional a, por exemplo, mercúrio, chumbo ou arsênico.
- A supressão de narcóticos opioides pode resultar em dor em cólica abdominal.

Urologia

- Em homens, a torção testicular deve ser considerada.
- Em homens e mulheres, nefrolitíase e pielonefrite são causas urológicas de dor abdominal.

Outra

- A enterite de radiação e picadas de aranha são outras causas menos comuns de abdome agudo.

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

- Enquanto se aguarda os resultados de exames laboratoriais de rotina para um paciente com abdome agudo, deve-se realizar uma consulta cirúrgica antes de realizar mais exames diagnósticos. Isso pode ajudar a evitar investigação e exames desnecessários. Além disso, o cirurgião poderá determinar se há necessidade de manejo cirúrgico ou não cirúrgico. O acesso intravenoso deve ser obtido e a ressuscitação fluídica considerada conforme clinicamente indicado.
- As anormalidades nos sinais vitais, como hipotensão e/ou taquicardia, devem ser corrigidas com fluidos e/ou hemoderivados. Em pacientes com aneurisma roto da aorta abdominal (que se apresenta com dor abdominal irradiando para as costas e uma massa abdominal pulsátil) ou dissecção da aorta, o manejo hídrico cuidadoso é necessário, com o objetivo de manter a pressão arterial sistólica em 80 a 90 mmHg, ou menos se a atividade mental estiver intacta.[\[19\]](#) A reposição de fluidos excessivamente agressiva, por vezes, pode agravar o sangramento por meio de uma combinação de mecanismos: a infusão rápida de fluidos pode provocar coagulopatia dilucional e hipotérmica e diminuição da viscosidade sanguínea; além disso, o aumento da pressão de perfusão do volume expandido pode levar a uma ruptura de coágulo secundária. Esses pacientes requerem oxigênio, múltiplo acesso venoso periférico e/ou central, exames urgentes de tipagem sanguínea e prova cruzada, além de exames de sangue laboratoriais de rotina, consulta para cirurgia vascular emergencial e antibióticos profiláticos.
- Em pacientes que apresentam evidências de choque hipovolêmico com hemoperitônio conhecido ou suspeito, é imperativo proceder à cirurgia rapidamente com uma avaliação pré-operatória limitada. Pacientes com hemorragia potencial contínua exigem duas linhas intravenosas de calibre grande, tipagem sanguínea e prova cruzada urgentes além de ressuscitação fluídica. A reposição inicial usual é feita com 2 litros de fluidos isotônicos; sangue do tipo O negativo sem prova cruzada pode ser administrado até que o sangue com a prova cruzada esteja disponível. Considere a administração de um antifibrinolítico, como ácido tranexâmico.[\[20\]](#)
- No caso de suspeita de víscera perfurada, diverticulite ou apendicite, é razoável iniciar com antibióticos de amplo espectro, uma vez que perfuração e contaminação da cavidade abdominal podem rapidamente causar sepse. Se possível, solicitar uma urinálise e colher as amostras de urina e sangue antes de iniciar com os antibióticos.
- Mulheres em idade fértil devem realizar um teste de gravidez para descartar a possibilidade de gravidez ectópica. Se houver suspeita de gravidez ectópica, colocar duas cânulas intravenosas de calibre grande em caso de ruptura, solicitar a tipagem sanguínea e a prova cruzada, além de marcar uma consulta ginecológica urgente.
- Se um paciente relatar dor abdominal desproporcional aos sinais no exame físico, é importante considerar a possibilidade de isquemia mesentérica, particularmente em pacientes idosos com história de tabagismo, doença vascular periférica e/ou fibrilação atrial. São necessários oxigênio, ressuscitação fluídica, antibióticos empíricos e consultas radiológicas cirúrgicas e intervencionistas urgentes.

Sinais de alarme

- Adesões
- Hérnia estrangulada/encarcerada

- Volvo
- Intussuscepção
- Colecistite
- Úlcera duodenal
- Úlcera gástrica
- Apendicite
- Gravidez ectópica
- Torção ovariana
- Dissecção da aorta abdominal
- Aneurisma roto da aorta
- Isquemia mesentérica aguda e infarto
- Doença inflamatória pélvica (DIP)
- Pancreatite aguda
- Diverticulite aguda
- Malignidade gastrointestinal
- Diverticulite de Meckel
- Perfuração do esôfago (síndrome de Boerhaave)
- Colite isquêmica
- Aneurisma roto de artéria esplênica
- Síndrome de Budd-Chiari
- Infarto esplênico
- Cetoacidose diabética

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A obtenção de uma história completa e a realização de um exame físico completo podem reduzir consideravelmente os possíveis diagnósticos. As imagens e os exames laboratoriais são utilizados para apoiar os achados clínicos e a perícia médica. Pode haver um papel para o uso de sistemas de decisão assistida por computador na avaliação inicial da dor abdominal aguda,[21] mas são necessárias mais pesquisas para validar essas ferramentas.[22]

História e avaliação clínica

Os principais componentes da história incluem:

- Tempo de início e duração atual da dor:

- A dor umbilical súbita com irradiação para a fossa ilíaca direita pode indicar apendicite aguda.
- A dor epigástrica de longa duração sugere úlcera gástrica; uma piora súbita pode indicar a perfuração da úlcera. A dor epigástrica súbita seguida de vômitos (geralmente um episódio grave) ou a endoscopia digestiva alta podem indicar perfuração esofágica (síndrome de Boerhaave).
- Instâncias prévias de dor semelhante: pode sugerir uma condição recorrente, como colecistite, pancreatite ou diverticulite, com o aumento da frequência e gravidade, indicando a progressão da doença.

- Localização da dor e consideração da percepção do paciente sobre a distribuição anatômica de seus sintomas (pode ajudar no estreitamento do diagnóstico diferencial e também considera os sintomas do paciente e a demografia, além do local anatômico):

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

[Fig-4]

- A dor epigástrica pode estar relacionada à úlcera gástrica/perfuração, pancreatite, esôfago perfurado ou laceração de Mallory-Weiss. Também pode estar associada à colelitíase. O infarto do miocárdio também deve ser considerado.
- A dor no quadrante superior esquerdo pode indicar infarto esplênico ou aneurisma roto da artéria esplênica, pielonefrite, nefrolitíase, perfuração ou neoplasia do cólon.
- Dor no quadrante superior direito pode indicar colelitíase, colecistite, hepatite, abscesso hepático, síndrome de Fitz-Hugh Curtis, perfuração ou neoplasia do cólon, pielonefrite ou nefrolitíase. Também pode ocorrer com apendicite aguda em mulheres grávidas devido ao deslocamento causado pela ampliação do útero.
- A dor no quadrante inferior esquerdo pode indicar volvo de sigmoide (pacientes geralmente idosos), diverticulite ou preocupações ginecológicas, incluindo torção ovariana ou ruptura do cisto, gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica (DIP), doença de Crohn, colite ulcerativa, nefrolitíase, malignidade gastrointestinal, abscesso do psoas ou hérnia encarcerada/estrangulada.

- A dor no quadrante inferior direito pode indicar apendicite ou preocupações ginecológicas, incluindo torção ovariana ou ruptura do cisto, gravidez ectópica, DIP, nefrolitíase, malignidade gastrointestinal, abscesso do psoas ou hérnia encarcerada/estrangulada.
- A dor perumbilical pode indicar apendicite (pode irradiar para o quadrante inferior direito) ou isquemia mesentérica aguda. Outras causas de dor abdominal central incluem extravasamento ou aneurisma roto da aorta abdominal e obstrução do intestino delgado.
- A dor lateralizada persistente pode indicar uma condição associada ao cólon ascendente ou descendente, rins, vesícula biliar ou ovário.
- Irradiação da dor: a presença e o padrão de radiação podem sugerir etiologia potencial. Por exemplo, a dor da cólica renal frequentemente irradia dos flancos para baixo na virilha.
- A dor com irradiação para as costas pode indicar pancreatite, dissecção da aorta abdominal ou aneurisma roto da aorta abdominal.
- Se a dor for referida. Os locais clássicos para dor referida e suas causas são os seguintes:

[Fig-5]

[Fig-6]

- Dor na escápula direita: doença calculosa da vesícula biliar, doença hepática ou irritação da cúpula diafragmática direita (por exemplo, pneumonia do lobo inferior direito)
- Dor na escápula esquerda : doença cardíaca, doença gástrica, doença pancreática, doenças esplênicas ou irritação da cúpula diafragmática esquerda
- Dor escrotal ou testicular (geralmente a dor que está irradiando de um ângulo costofrênico para a virilha): nefrolitíase ou doença ureteral.
- Características da dor: a dor é intermitente, aguda, importuna, intensa ou penetrante. Presença e natureza de fatores de exacerbação ou alívio. A dor de nefrolitíase/ureterolitíase à medida que desce pelo ureter é caracteristicamente intensa, deixando o paciente incapaz de encontrar uma posição confortável.
- Se um paciente relata sintomas sistêmicos ou gastrointestinais associados, incluindo febre, calafrios, náuseas e vômitos:
 - Estas podem estar associadas mais comumente à colecistite, úlcera duodenal rompida, úlcera gástrica, apendicite, isquemia mesentérica aguda, DIP, diverticulite aguda, abscesso hepático, hepatite, hematoma da parede abdominal ou picadas de aranha.
- Tempo do último movimento do intestino: pacientes com um processo obstrutivo podem não ter apresentado uma evacuação recente, embora a motilidade intestinal esteja presente distalmente do local obstruído. Pergunte sobre a natureza das fezes recentes: diarreia, fezes duras, fezes acólicas ou presença e aparência de sangue e/ou muco.
- Tipo e hora da última refeição ou outra ingestão oral: informações requeridas se a cirurgia for indicada.
- Presença ou ausência de anorexia:
 - A anorexia está associada à apendicite, mas também pode estar associada a outras causas de abdome agudo, incluindo processos obstrutivos, diverticulite, abscesso hepático, enterite de radiação e colite infecciosa.
- História médica e cirúrgica prévia, com foco em cirurgias abdominais ou pélvicas anteriores: em caso de cirurgia anterior, aumenta-se a probabilidade de uma obstrução secundária à adesão. Também é importante elucidar se os pacientes podem estar imunocomprometidos devido a infecções,

como vírus da imunodeficiência humana (HIV), ou se estão tomando medicamentos para condições inflamatórias sistêmicas como lúpus ou doença reumatoide, e se receberam quimioterapia e/ou radioterapia.

- Se o paciente tem história de doença inflamatória intestinal: ela pode ajudar a diferenciar a provável causa da dor; por exemplo, colite decorrente da doença inflamatória intestinal.
- No caso de mulheres, é necessário determinar a data de seu último período menstrual, a contracepção utilizada e o estado gestacional:
 - Pacientes com gestação precoce conhecida ou suspeita estão em risco de gravidez ectópica, especialmente se não fizeram uma ultrassonografia para confirmar a localização da gestação.
- Se o paciente tomou algum medicamento ou fez qualquer outra tentativa para aliviar os sintomas.
- Se o paciente apresenta uma história cardíaca que o predispõe a eventos vasculares; por exemplo, doenças cardiovasculares que predispõem a aneurisma da aorta, ou fibrilação atrial que predispõe à isquemia mesentérica.
- Outra história médica prévia pode ser útil na avaliação inicial, podendo fornecer pistas sobre a causa da dor aguda. Por exemplo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode apontar um possível diagnóstico de pancreatite.
- História familiar: por exemplo, em pacientes com suspeita de gastroenterite, se outros membros da família apresentarem sintomas semelhantes.
- História de trauma: investigar se houve alguma história de trauma nos últimos dias ou semanas. Pode incluir exemplos mais óbvios, desde um acidente com veículo automotor ou um assalto, até quedas mais inofensivas.
- Histórico de viagens recentes: explorar se o paciente visitou uma área endêmica com amebíase (abscesso hepático), ou áreas que têm condições insalubres (gastroenterite e colite infecciosa).

Exame físico

São aspectos importantes do exame físico:

- Medição de sinais vitais: pressão arterial, temperatura e frequência de pulso
- O exame físico deve ser realizado na seguinte ordem:
 - Inspeção
 - Auscultação
 - Percussão
 - Palpação
 - Outros exames importantes: retal, pélvico, escrotal.
- Inspecionar o paciente: deve ser feita uma avaliação geral de quanto doente o paciente está. Um paciente com dor, em movimento constante em busca de uma posição confortável, apresenta um comportamento característico de cólica renal; um paciente imóvel e relutante em se mover é mais típico de peritonite; a presença de cicatrizes abdominais podem dar pistas sobre a patologia prévia e atual e a probabilidade de adesão. O contorno do abdome pode indicar distensão generalizada ou protuberâncias locais que podem acompanhar a obstrução intestinal, hérnia, ou massa. Alterações da pele, particularmente sobre locais de hérnia, podem ser indicativas de estrangulamento com eritema esbranquiçado, descoloração ou até mesmo ulceração em fases finais. A descoloração periumbilical (sinal de Cullen) ou contusão dos flancos (sinal de Grey Turner) são indicativos de pancreatite hemorrágica.

[Fig-7]

[Fig-8]

- Ausculta de tórax e abdome:

- Obstrução do intestino delgado ou grosso: se examinado precocemente na evolução da obstrução, pode haver um "tilintar" hiperativo de ruídos hidroaéreos; se o paciente apresentar-se em estágio mais avançado da obstrução, pode haver ruídos hidroaéreos reduzidos ou ausentes, frequentemente em combinação com um abdome marcadamente distendido.
- A ausculta torácica pode revelar um aumento da ressonância vocal e murmurios vesiculares reduzidos, consistente com pneumonia, ou sons cardíacos reduzidos e/ou atrito pericárdico associado à pericardite, que podem ser a origem dos sintomas de abdome agudo.
- Os ruídos hidroaéreos podem estar ausentes em um paciente com víscera perfurada, hemoperitônio ou outras condições com inflamação peritoneal.

- Exame abdominal completo, incluindo a observação, palpação e percussão:

- Observação: o abdome pode estar distendido com obstrução abdominal; pacientes com peritonite podem ficar deitados imóveis.
- Palpação: um abdome rígido é um sinal típico de abdome agudo e implica irritação peritoneal grave, com rigidez de reflexo involuntário. É geralmente apenas encontrado com a úlcera péptica perfurada (com liberação generalizada de ácido gástrico). Dor à descompressão brusca (ou mais geralmente evidência de irritação peritoneal) está presente não apenas com a apendicite e a diverticulite, mas também com qualquer condição em que exista a irritação do peritônio parietal. Também pode ser observada em casos de obstrução avançada e volvo. Ocasionalmente, os pacientes relatam dor abdominal, para tentar obter analgesia narcótica. Se houver essa suspeita, a distração sutil do paciente durante o exame pode ser útil para ajudar a determinar a validade e a gravidade dos sinais abdominais. O sinal de Murphy (sensibilidade no quadrante superior direito, com suspensão da inspiração durante a palpação) pode estar presente com a colecistite. Uma hérnia palpável e irredutível pode ser detectada em pacientes com hérnia encarcerada. Massas palpáveis também podem ser detectadas em pacientes com colecistite, massa no apêndice, intussuscepção, ou aneurisma da aorta (pulsátil).
- Percussão: se ela induzir dor, pode haver inflamação peritoneal. Ela é usada para detectar a presença de maciez móvel.
- Apesar de incomuns, o situs inversus e a má rotação do intestino médio devem ser considerados para pacientes com dor abdominal do lado esquerdo.^[23]
- Exame retal para presença de sangue oculto ou fresco, dor, ou massa (impactação fecal, tumor de próstata, abscesso pélvico):
- O sangue pode estar presente em várias condições responsáveis pelo abdome agudo: diverticulite aguda; volvo; intussuscepção (muitas vezes misturado com muco, frequentemente descrito como "geleia de groselha"). Ele também pode ser detectado em outras condições que podem não se apresentar como abdome agudo, como hemoroidas, hemorragia digestiva alta ou tumores gastrointestinais inferiores.
- Exame pélvico é indicado para a maioria das mulheres, se a dor localizar-se na parte inferior do abdome:

- Pode auxiliar no diagnóstico de torção ovariana, gravidez ectópica ou DIP, ou pode descartar essas doenças. Na DIP, a dor à mobilização do colo e a sensibilidade anexial estarão presentes, e o exame bimanual ou a ultrassonografia podem revelar um abscesso tubo-ovariano. Com gravidez ectópica, há muitas vezes uma massa anexial palpável, com ou sem sensibilidade, e sangramento vaginal no exame especular. A torção ovariana pode causar sensibilidade anexial unilateral intensa e uma massa anexial que muitas vezes é palpável. Uma consulta ginecológica urgente é importante no caso de torção ovariana, pois quanto mais tempo o ovário permanecer retroverso, menor será a probabilidade de ele ser recuperado. A consulta urgente também é importante para pacientes com gravidez ectópica.
- Exame escrotal/testicular
 - Inspecionar e palpar o escroto e os testículos. A sensibilidade pode significar epididimite ou torção testicular. Se houver suspeita de torção testicular, a ultrassonografia com Doppler imediata é recomendada para identificar perfusão até o testículo. Uma consulta urológica precoce é importante, pois quanto mais tempo um testículo estiver torcido, menor será a probabilidade de ele ser recuperado. A destorção cirúrgica é recomendada <6 horas da apresentação. A ultrassonografia também pode ser útil para descartar hidrocele decorrente do conduto peritoniovaginal patente e para identificar massas testiculares. O exame de hérnia inguinal é importante, pois algumas hérnias inguinais podem seguir para o escroto através de um conduto peritoniovaginal patente. Ambos os canais inguinais devem ser examinados, mesmo que uma hérnia possa apresentar-se apenas em um lado.

Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais são muitas vezes inespecíficos e são utilizados para apoiar os achados clínicos e a perícia médica.

- Exames iniciais a serem solicitados para todos os pacientes:
 - Hemograma completo: a leucocitose está muitas vezes (mas nem sempre) presente em condições como apendicite, colecistite, DIP, úlcera gástrica e duodenal, isquemia mesentérica aguda, intussuscepção, abscesso hepático, pielonefrite, hérnia estrangulada, pancreatite, diverticulite e colite infecciosa.
 - Painel de eletrólitos séricos, que inclui sódio, potássio, cloreto, bicarbonato, ureia, creatinina e glicose: a hipocloremia e a hipocalcemia podem ocorrer nos últimos estágios da obstrução intestinal; a glicose pode estar elevada na pancreatite se a secreção de insulina estiver comprometida; a ureia sérica pode estar elevada em pacientes com dissecção da aorta abdominal ou aneurisma se as artérias renais estiverem comprometidas.
 - Urinálise: útil para identificar uma possível infecção urinária (pielonefrite) e descartar a origem da dor renal ou urinária (por exemplo, nefrolitíase). Também pode haver resultados anormais na uremia.
 - Teste de gravidez para todas as mulheres em idade fértil. Importante para descartar gravidez ectópica e na consideração de tratamentos.
- Se o diagnóstico não for definitivo a partir do exame físico, da análise de laboratório ou da avaliação radiográfica, os seguintes testes podem ser úteis:

- Perfil metabólico completo, que inclui eletrólitos básicos com testes da função hepática (aminotransferases, bilirrubina e fosfatase alcalina).
- Estudos de coagulação: realizados em pacientes com causas vasculares suspeitas de dor abdominal, incluindo uma dissecção da aorta, aneurisma roto da aorta ou isquemia mesentérica aguda, e em pacientes instáveis, especialmente se a cirurgia for indicada
- Níveis de amilase e lipase séricas: os níveis significativamente elevados são a principal característica de pancreatite aguda (o limite é mais de 3 vezes o normal). Aproximadamente um quarto das pessoas com pancreatite aguda não são diagnosticadas como tendo pancreatite aguda com testes de amilase sérica e lipase sérica. Portanto, é importante haver um limiar baixo para admissão e tratamento de pacientes cujos sintomas são sugestivos de pancreatite aguda, mesmo que esses testes sejam normais.^{[24] [25]} Cerca de 1 em 10 pacientes sem pancreatite aguda pode ser erroneamente diagnosticado como tendo pancreatite aguda com esses testes. É importante considerar outras condições que talvez requeiram cirurgia urgente, mesmo que esses testes estejam anormais.^[24] Os níveis de amilase sérica também podem estar moderadamente elevados em outras condições, como gravidez ectópica, obstrução intestinal e úlcera duodenal perfurada, embora os níveis de amilase não sejam usados para diagnosticar ou monitorar essas condições.
- Níveis séricos de ácido lático se houver suspeita de isquemia mesentérica aguda: níveis elevados são encontrados, o nível exato depende da gravidade da isquemia e do laboratório utilizado. A medição serial pode ser útil como um guia para a reposição de fluidos.

Mais exames laboratoriais com foco na determinação de diagnósticos específicos são detalhados em cada diferencial na seção de diagnóstico.

Exames por imagem

Os exames de imagem são guiados pelos achados da história e do exame físico. O exame radiográfico pode incluir:

- Radiografia abdominal simples:
 - Este é frequentemente o teste inicial, uma vez que é de rápida execução, relativamente barato e ajuda a restringir o diagnóstico. Estas imagens são frequentemente inespecíficas, mas podem sugerir a presença de uma obstrução. Elas também podem revelar cálculos radiopacos relacionados à colecistite, pancreatite ou nefrolitíase e ureteres.
 - A calcificação da parede da aorta no filme RUB (do inglês KUB, kidney [rim], ureter [ureter] e bladder [bexiga]) pode indicar a presença de um aneurisma da aorta abdominal. A perda da sombra do psoas pode ser observada na presença da ruptura de aneurisma da aorta e, em alguns centros, esses achados radiológicos em um paciente com um quadro clínico adequado já são evidência suficiente para prosseguir à cirurgia.
- Radiografia torácica em posição ortostática se houver suspeita de perfuração.
 - Realizada principalmente para descartar a presença de pneumoperitônio secundário a uma víscera rompida.
 - Caso o ar livre esteja visível, pode não haver necessidade de estudos adicionais - o apoio cirúrgico de emergência é recomendado.

- Também pode ser um teste pré-operatório útil para anestesistas, sendo muitas vezes realizado em conjunto com uma radiografia abdominal simples.
- Tomografia computadorizada (TC) abdominal:
 - Útil para a avaliação de quase todas as causas de dor abdominal relacionadas a cirurgia, como obstrução, diverticulite, pancreatite, apendicite aguda[26] [27] ou suspeita de aneurisma da aorta abdominal em pacientes estáveis (a ultrassonografia à beira do leito é preferível se o paciente estiver instável). Geralmente obtido após a radiografia simples. Pode ser realizado como exame inicial em algumas instituições.
 - Pode ser realizado em gestantes, embora a consulta com um obstetra seja indicada se a viabilidade fetal tiver sido alcançada (geralmente aceito durante ou após a estimativa da idade gestacional de 24 semanas). A consulta é indicada antes de qualquer procedimento cirúrgico.
- Ultrassonografia:
 - Útil para ajudar a diagnosticar uma série de patologias do abdome agudo.[28] [29] Uma ultrassonografia do quadrante superior direito, em pacientes com colecistite, pode revelar características como cálculos biliares, espessamento da parede da vesícula biliar (>4 mm) e fluidos pericolécísticos. A ultrassonografia pélvica em mulheres com gravidez ectópica pode revelar sangue ou um saco pseudogestacional no útero, uma gravidez ectópica, ou massa complexa em anexos. A ultrassonografia com Doppler pode revelar um fluxo de sangue reduzido ou ausente em um ovário retroverso. A ultrassonografia também pode indicar a presença e o tamanho de um aneurisma da aorta abdominal e a presença de fluidos ou sangue no peritônio; este exame à beira do leito pode ser útil na avaliação de pacientes instáveis, para os quais a transferência para a realização de TC pode ser perigosa. A ultrassonografia na avaliação do traumatismo (FAST, Focused Assessment with Sonography for Trauma) é um exame de ultrassonografia limitado direcionado exclusivamente para a identificação da presença de líquido intraperitoneal ou pericárdico livre e é usado principalmente em situações de trauma.
- Ressonância nuclear magnética (RNM):
 - Este exame tem uma função relativamente limitada na avaliação da dor abdominal aguda. Ele pode ser diagnóstico para uma dissecção da aorta e pode ser útil na avaliação de pancreatite, doença de Crohn, endometriose e abscesso do psoas.

Laparoscopia

Ela pode ser considerada em pacientes com as seguintes características:[7] [8] [9]

- Clinicamente estável
- Sem indicação de intervenção cirúrgica terapêutica
- Sem causa aparente para sua dor abdominal após procedimentos não invasivos
- Sem contraindicação relativa ou absoluta à cirurgia.

A laparoscopia também pode ser considerada em mulheres na pré-menopausa ou em mulheres em idade fértil com dor abdominal inespecífica e suspeita de apendicite. Nessas pacientes, a laparoscopia está associada a uma maior taxa de diagnósticos específicos realizados, uma menor taxa de remoção de

apêndices normais em relação a apendicectomia aberta isolada e períodos de internação hospitalar mais curtos.[\[30\]](#)

A laparoscopia pode ser diagnóstica e terapêutica (por exemplo, colecistite aguda, úlcera duodenal ou gástrica perfurada, apendicite, lise de adesão). Se o procedimento não puder ser realizado por laparoscopia ou se o paciente não for clinicamente capaz de tolerar a pressão de insuflação, o processo pode ser convertido em uma laparotomia.

Há dados que sugerem que a laparoscopia precoce é melhor que a observação ativa para o estabelecimento do diagnóstico definitivo de dor abdominal inespecífica após um acidente e internação de emergência, mas a falta de informação uniforme não permite que ela seja recomendada para o uso na prática clínica de rotina.[\[31\]](#)

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Adesões

Hérnia estrangulada/encarcerada

Colecistite

Úlcera gástrica

Apendicite

Gravidez ectópica

Doença inflamatória pélvica (DIP)

Pancreatite aguda

Diverticulite aguda

Colite ulcerativa

Doença de Crohn

Colelitíase

Malignidade gastrointestinal

Abscesso hepático

Síndrome de Fitz-Hugh Curtis

Laceração de Mallory-Weiss

Hematoma da parede abdominal

Febre mediterrânea hereditária

Tiflite (enterocolite neutropênica)

Supressão de narcótico

Hepatite

Comum

Gastroenterite

Colite infecciosa

Crise de célula falciforme

Endometriose

Torção testicular

Nefrolítase

Pielonefrite

Incomum

Volvo

Intussuscepção

Úlcera duodenal

Cisto ovariano roto

Torção ovariana

Dissecção da aorta abdominal

Aneurisma roto da aorta

Isquemia mesentérica aguda e infarto

Diverticulite de Meckel

Abscesso do psoas

Perfuração do esôfago (síndrome de Boerhaave)

Colite isquêmica

Aneurisma roto de artéria esplênica

Síndrome de Budd-Chiari

Incomum

[Infarto esplênico](#)

[Uremia](#)

[Cetoacidose diabética](#)

[Crise addisoniana](#)

[Hipercalcemia](#)

[Porfiria aguda intermitente](#)

[Enterite por radiação](#)

[Envenenamento por metais pesados](#)

[Picada de aranha](#)

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Adesões

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de cirurgia abdominal ou pélvica; dor abdominal intermitente tipo cólica; náuseas e/ou vômitos, constipação, ausência de flatulência, história de malignidade intra-abdominal, incluindo câncer de ovário ou câncer de cólon	ruídos hidroaéreos agudos (hiperativos) com precipitações; abdome distendido, sensibilidade à palpação abdominal, defesa involuntária; taquicardia; timpanismo na percussão; presença de cicatrizes abdominais	<p>»radiografias abdominais simples: pode-se observar alças do intestino dilatadas Imagens de posição plana (supina) e posição ereta (ortostática) são tomadas.</p> <p>Achados inespecíficos ou não conclusivos podem estar presentes em 10% a 30% dos casos.[32] [33]</p> <p>A presença de ar livre exige uma laparotomia de emergência para víscera perfurada.</p> <p>»Hemograma completo: é possível que não se observe nenhuma anormalidade com obstrução recente Inespecífico para o diagnóstico.</p> <p>Pode indicar grau de depleção de volume que é secundário à obstrução.</p> <p>»eletrolítios séricos: é possível que não se observe nenhuma anormalidade com obstrução recente; pode confirmar hipocloremia e hipocalemia</p>	<p>»tomografia computadorizada (TC) do abdome e pélve: pode-se observar alças do intestino proximal dilatadas com alças colapsadas posteriores ao local da obstrução Ela pode ser necessária como teste de confirmação, usando um contraste hidrossolúvel, como Gastrografina® (uma solução de diatrizoato de meglumina e diatrizoato de sódio).</p> <p>»radiografias do intestino delgado: pode-se observar alças do intestino proximal dilatadas com alças colapsadas posteriores ao local da obstrução Este exame pode ser necessário como teste de confirmação.</p> <p>Muitas vezes, trata-se de uma solicitação mais difícil que uma TC, a qual pode ser realizada com mais rapidez.</p> <p>O uso de contraste hidrossolúvel, como Gastrografina® (uma solução de diatrizoato de meglumina e diatrizoato de sódio),</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](#). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Adesões

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Inespecífico para o diagnóstico.</p> <p>A hipocloremia e a hipocalemia podem estar associadas à obstrução persistente, associada à náuseas e vômitos.</p> <p>Pode indicar grau de depleção de volume que é secundário à obstrução.</p>	pode reduzir o tempo de internação de pacientes que não necessitam de manejo cirúrgico. [34]

◊ Hérnia estrangulada/encarcerada

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de hérnia, dor intermitente em cólica; protuberância dolorosa; náuseas, vômitos, diminuição ou ausência da função intestinal; ausência de flatulência; abdome distendido	ruídos hidroaéreos agudos (hiperativos) com precipitações; abdome distendido, sensibilidade à palpação abdominal; protuberância sensível à palpação na parede abdominal ou região inguinal/femoral; defesa involuntária; ou hérnia indireta (mais comum no lado direito que esquerdo)	<p>»radiografias abdominais simples: pode-se observar alças do intestino dilatadas</p> <p>Imagens de posição plana (supina) e posição ereta (ortostática) são tomadas.</p> <p>A presença de ar livre exige uma laparotomia urgente para víscera perfurada.</p> <p>»radiografia torácica: pode-se observar ar livre sob o diafragma</p> <p>A presença de ar livre exige uma laparotomia urgente para víscera perfurada.</p>	<p>»tomografia computadorizada (TC) do abdome e pelve: pode-se observar alças do intestino proximal dilatadas com alças colapsadas posteriores ao local da obstrução</p> <p>Este exame pode ser necessário como teste de confirmação.</p>

Comum

◊ Hérnia estrangulada/encarcerada

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»Hemograma completo: é possível que não se observe nenhuma anormalidade com obstrução recente; contagem leucocitária elevada conforme se desenvolve o infarto intestinal Inespecífico para o diagnóstico.</p> <p>Pode indicar grau de depleção de volume que é secundário à obstrução.</p> <p>»eletrólitos séricos: é possível que não se observe nenhuma anormalidade com obstrução recente; pode confirmar hipocloremia e hipocalemia Inespecífico para o diagnóstico.</p> <p>A hipocloremia e a hipocalemia podem estar associadas à obstrução persistente, associada à náuseas e vômitos.</p> <p>Pode indicar grau de depleção de volume que é secundário à obstrução.</p>	

DIAGNOSIS

Comum

◊ Colecistite

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de colelitíase e cólica biliar; dor intensa no quadrante superior direito, com duração superior a 30 minutos, exacerbada pela ingestão de alimentos (especialmente alimentos gordurosos); dor no ombro direito (dor referida da vesícula biliar pode ser sentida no ombro direito ou na região interescapular); febre, náuseas e/ou vômitos; mais comum em mulheres que em homens; os fatores de risco incluem obesidade, idade acima de 50 anos, gestação, uso de estrogênio, história de doença hepática, cirrose e pancreatite	febre, taquicardia, sensibilidade no quadrante superior direito, sinal de Murphy (sensibilidade no quadrante superior direito com suspensão da inspiração durante a palpação), vesícula biliar palpável (30% a 40% dos pacientes), ^[42] defesa local e icterícia (icterícia leve presente em cerca de 10% dos pacientes) ^[43]	<p>»Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos A contagem leucocitária pode ser $>15.0 \times 10^9/L (>15,000 \text{ células/microlitro})$. Exame inespecífico uma vez que a leucocitose não está presente em todos os pacientes.</p> <p>Leucocitose $>25.0 \times 10^9/L (>25,000 \text{ células/microlitro})$ pode ser observada na perfuração da vesícula biliar.^[3]</p> <p>»painel da função hepática: podem apresentar fosfatase alcalina elevada, bilirrubina e aminotransferase Exame inespecífico, uma vez que as enzimas hepáticas não estão elevadas em todos os pacientes.</p> <p>»ultrassonografia do quadrante superior direito: cálculos biliares; parede da vesícula biliar espessada ($>4 \text{ mm}$); fluido pericolecístico; também pode-se observar o sinal ultrassonográfico de Murphy</p> <p>Valor preditivo positivo de $>90\%.$^[44]</p>	<p>»colecintigrafia: nenhum preenchimento de contraste na vesícula biliar; pode ser que se observe o ducto cístico patente Ducto cístico patente descarta o diagnóstico de colecistite.</p> <p>Valor preditivo positivo de 92%.^[45]</p>

Comum

◊ Colecistite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		[Fig-14] [Fig-15]	

◊ Úlcera gástrica

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de dor recorrente na parte superior do abdome (dispepsia); com náuseas, vômitos, perda de apetite e dor agravada pela ingestão de alimentos; perda de peso; uso de anti-inflamatório não esteroidal; dor grave de início súbito na parte superior do abdome, com febre, náuseas, vômitos e sinais peritoneais; dor referida para os ombros, secundária à irritação diafragmática	muitas vezes aponta para o local da dor ("sinal que aponta"); se desenvolve em dor na parte superior do abdome alastrada; febre, sinais peritoneais com defesa e efeito rebote	<p>»Hemograma completo: anemia microcítica; contagem leucocitária elevada A contagem leucocitária pode ser $>15,000$ células/mm³.</p> <p>Exame inespecífico uma vez que a leucocitose não está presente em todos os pacientes.</p> <p>»anticorpos séricos para Helicobacter pylori: pode ser positiva De baixo custo e útil quando a endoscopia digestiva alta não é realizada.</p> <p>»radiografias abdominais simples: pode-se observar ar livre abdominal no filme abdominal ortostático se a perfuração estiver presente Imagens de posição plana (supina) e posição ereta (ortostática) são tomadas.</p>	<p>»radiografia do trato gastrointestinal superior com contraste hidrossolúvel: extravasamento do contraste a partir do estômago</p> <p>»endoscopia digestiva alta com biópsia: pode apresentar Helicobacter pylori na cultura e/ou malignidade na histologia É importante que seja realizada a biópsia de úlceras gástricas para descartar malignidade.</p> <p>»nível de gastrina sérica em jejum: hipergastrinemia na síndrome de Zollinger-Ellison</p>

Comum

◊ Úlcera gástrica

História	Exame	1º exame	Outros exames
		A endoscopia é evitada quando a perfuração é esperada, uma vez que poderia exacerbar a perfuração.	

◊ Apendicite

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal intensa de início súbito e constante, muitas vezes periumbilical com migração para o quadrante inferior direito, geralmente piora com o movimento; náuseas, vômitos, anorexia, febre, diarreia, mais comum em crianças e adultos jovens; a dor pode melhorar após a ruptura do apêndice	febre, taquicardia, paciente pode estar deitado em posição de decúbito lateral direito com quadris flexionados; ruídos hidroaéreos reduzidos ou ausentes; dor comumente origina-se perto do umbigo ou epigástrico; sensibilidade no quadrante inferior direito (ponto de McBurney) com abdome rígido; defesa e dor à descompressão brusca; sinal do psoas (dor no quadrante inferior direito com extensão da coxa direita)	<p>»Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos A contagem leucocitária $>15.0 \times 10^9/L$ ($>15,000$ células/microlitro) sugere perfuração ou etiologia alternativa.</p> <p>Aumento dos leucócitos polimorfonucleares ($>75\%$). Altamente discriminatório quando combinado com a história.^[49]</p> <p>Pode-se observar leucocitose com neutrofilia.</p> <p>»Gonadotrofina coriônica humana (hCG) (se for mulher): variável Exame realizado para descartar gravidez ectópica.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) do abdome e da pelve, com contraste intravenoso, oral e retal: apêndice</p>	<p>»ultrassonografia do quadrante inferior direito: apêndice não comprimível de ≥ 7 mm de diâmetro anteroposterior; interrupção da continuidade da submucosa ecogênica; massa ou líquido periapendicular Sensibilidade de 85%, especificidade de 90%.^[54]</p> <p>A obesidade pode impedir um diagnóstico definitivo.^[55]</p> <p>Técnica rápida que evita a exposição à radiação.</p> <p>Esse exame pode ser desnecessário se a história, o exame físico e os achados laboratoriais indicarem apendicite.</p>

Comum

◊ Apendicite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>espesso de 5-7 mm; inflamação periapendicular; apendicólito; abscesso periapendicular; coleções de fluidos; edema, flegmão[50] [51]</p> <p>Sensibilidade e especificidade >90%. [26] [52]</p> <p>[Fig-16]</p> <p>Esse exame pode ser desnecessário se a história, o exame físico e os achados laboratoriais indicarem apendicite.</p> <p>A TC abdominal pré-operatória está associada às taxas negativas mais baixas de appendicectomia. [27]</p> <p>A TC de rotina em pacientes com suspeita de apendicite poderia reduzir a taxa de cirurgias desnecessárias, sem aumentar a morbidade. [27]</p> <p>Em gestantes que apresentam características de apendicite, é necessário realizar uma ultrassonografia abdominal para identificar o apêndice.</p> <p>Se o exame de ultrassonografia não</p>	

DIAGNOSIS

Comum

◊ Apendicite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		for conclusivo, será necessário realizar uma ressonância nuclear magnética (RNM) abdominal (principalmente no início da gestação) ou uma TC. [53]	

◊ Gravidez ectópica

História	Exame	1º exame	Outros exames
sangramento vaginal com dor intensa, geralmente unilateral, na pelve; amenorreia ou sangramento vaginal indolor; história de recente gestação precoce ou perda do último período menstrual; fatores de risco incluem história de gravidez ectópica, cirurgia tubária, doença inflamatória pélvica, tratamento de infertilidade e gestação com dispositivo intrauterino in situ	pode apresentar massa anexial palpável, com ou sem sensibilidade; abdome rígido, defesa, dor à descompressão brusca com ectópica rompida levando a hemoperitônio, taquicardia e hipotensão; sangramento vaginal no exame especular	» gonadotrofina coriônica humana (hCG): positiva Embora o limite para visualizar a gestação intrauterina viável na ultrassonografia transvaginal seja variável, se o teste de hCG for maior que 1500-2000 unidades internacionais (UI)/L (1500-2000 mUI/mL), geralmente, é possível observar evidência de uma gestação intrauterina. O valor do limite varia de acordo com a instituição.	» laparoscopia diagnóstica: observação de gravidez ectópica ou massa complexa A presença de achados abdominais agudos justifica uma culdocentese ou laparoscopia diagnóstica para descartar gravidez ectópica rota quando o diagnóstico é incerto, independentemente dos resultados de hCG ou achados da ultrassonografia. [Fig-20] [Fig-21] [Fig-22] [Fig-23]

Comum

◊ Gravidez ectópica

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Se os níveis de hCG não aumentarem em pelo menos 50%, via de regra trata-se de um indicativo de gestação anormal. No entanto, este teste não indica se a gestação anormal é extra ou intrauterina.[56]</p> <p>»Hemograma completo: possível anemia</p> <p>»ultrassonografia pélvica: sangue ou saco pseudogestacional no útero, pode-se observar gravidez ectópica ou massa complexa em anexos</p> <p>O sangue ou saco pseudogestacional no útero pode ser diferenciado de um saco gestacional verdadeiro pela ausência do sinal decidual duplo, saco vitelino ou polo fetal.</p> <p>[Fig-17]</p> <p>[Fig-18]</p> <p>[Fig-19]</p> <p>A ausência de gestação intrauterina usando ultrassonografia transvaginal com o nível de hCG em 1500-2000 UI/L</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum**◊ Gravidez ectópica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		(>1500-2000 mUI/mL) pode ser um indicativo de gravidez ectópica.	

◊ Doença inflamatória pélvica (DIP)

História	Exame	1º exame	Outros exames
sexualmente ativas, pouca idade no início da atividade sexual, relação sexual sem proteção com vários parceiros e uso de dispositivo intrauterino (DIU); infecção prévia por clamídia ou gonorreia; história de doença inflamatória pélvica; uso de dispositivo intrauterino; dor de início recente ou com duração relativamente curta na parte inferior do abdome ou na pelve que pode ter começado após a relação sexual; corrimento vaginal anormal; febre (inespecífico, mas sugestivo)	desconforto abdominal; corrimento vaginal anormal; dor à mobilização do colo e sensibilidade anexial estarão presentes; o exame bimanual pode revelar um abscesso tubo-ovariano	<p>»Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos A contagem leucocitária pode ser $>10.0 \times 10^9/L$ ($>10,000$ células/microlitro).</p> <p>A leucocitose associada a achados do exame físico sugere salpingite.^[64]</p> <p>»microbiologia (coloração de Gram, cultura ou sonda ácido desoxirribonucleico [DNA]): pode confirmar a infecção por Chlamydia trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae</p>	<p>»ultrassonografia: pode-se observar massa anexial complexa, que pode ser indicativa de um abscesso tubo-ovariano Teste definitivo para confirmar a presença de abscesso tubo-ovariano.^[65]</p> <p>Sensibilidade para abscesso tubo-ovariano de até 95%.^[66]</p>

◊ Pancreatite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor de início agudo, constante, intensa, médio-abdominal/epigástrica, que muitas vezes se irradia para as costas; náuseas, vômitos, anorexia; história de cólica biliar, abuso de álcool, uso	diferentes graus de desconforto abdominal, geralmente agravada na região epigástrica; defesa, distensão abdominal e ruídos hidroáreos reduzidos ou ausentes; equimoses na pele	<p>»amilase sérica: elevado (3 vezes o limite superior do normal)</p> <p>Em níveis de medidas de desfecho padrão, amilase sérica e lipase sérica têm</p>	<p>»ultrassonografia abdominal: pode-se observar ascite, cálculos biliares, ducto colédoco dilatado e pâncreas aumentado</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) do abdome</p>

Comum

◊ Pancreatite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
de medicamentos específicos (por exemplo, sulfonamidas, tetraciclina, estrogênios, corticosteroides), trauma ou cirurgia[67]	de um ou ambos os flancos (sinal de Turner) e/ou área perumbilical (sinal de Cullen)	<p>sensibilidades e especificidades semelhantes.[25]</p> <p>Aproximadamente um quarto das pessoas com pancreatite aguda não são diagnosticadas como tendo pancreatite aguda com testes de amilase e lipase séricas. O paciente deve ser internado e tratado como tendo pancreatite aguda, mesmo se esses testes forem normais, se houver suspeita de pancreatite aguda.[25]</p> <p>Como cerca de 1 em 10 pacientes sem pancreatite aguda podem ser erroneamente diagnosticados como tendo pancreatite aguda com esses testes, é importante considerar outras condições que exijam cirurgia urgente, mesmo se esses testes forem anormais.[25]</p> <p>O desempenho diagnóstico desses testes diminui com o tempo, e investigações adicionais devem ser realizadas se houver</p>	<p>com contraste oral e intravenoso: pode-se observar pâncreas aumentado, inflamação peripancreática e ascite. Este teste pode ser usado para avaliar a gravidade da pancreatite.[68]</p> <p>Este teste pode detectar áreas de necrose e exibir coleções de gás e fluidos.</p> <p>Pode detectar o envolvimento de órgãos adjacentes.</p> <p>»ressonância nuclear magnética (RNM) abdominal: pode-se observar pâncreas aumentado, inflamação peripancreática e ascite. Seguro para pacientes com insuficiência renal.</p>

Comum

◊ Pancreatite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>suspeita de pancreatite aguda.[25]</p> <p>»lipase sérica: elevado (3 vezes o limite superior do normal) Em níveis de medidas de desfecho padrão, amilase sérica e lipase sérica têm sensibilidades e especificidades semelhantes.[25]</p> <p>Aproximadamente um quarto das pessoas com pancreatite aguda não são diagnosticadas como tendo pancreatite aguda com testes de amilase e lipase séricas. O paciente deve ser internado e tratado como tendo pancreatite aguda, mesmo se esses testes forem normais, se houver suspeita de pancreatite aguda.[25]</p> <p>Como cerca de 1 em 10 pacientes sem pancreatite aguda podem ser erroneamente diagnosticados como tendo pancreatite aguda com esses testes, é importante considerar outras condições que exijam cirurgia urgente,</p>	

Comum

◊ Pancreatite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>mesmo se esses testes forem anormais.[25]</p> <p>O desempenho diagnóstico desses testes diminui com o tempo, e investigações adicionais devem ser realizadas se houver suspeita de pancreatite aguda.[25]</p> <p>» Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos A contagem leucocitária pode ser $>10,000$ células/mm3.</p> <p>» TFHs: aspartato transaminase (AST) elevada (>37 UI/L); alanina aminotransferase (ALT) elevada (>40 UI/L); fosfatase alcalina elevada (>126 UI/L); bilirrubina elevada (>1.0 mg/dL) Fosfatase alcalina e bilirrubina elevadas sugerem pancreatite biliar.</p> <p>» perfil bioquímico: glicose elevada >6.4 mmol/L (115 mg/dL) A glicose pode estar elevada se a secreção de insulina estiver comprometida.</p> <p>» triglicerídeos séricos: muitas vezes elevados >5.6 mmol/L (500 mg/dL)</p>	

Comum

◊ Diverticulite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor persistente no quadrante inferior esquerdo; febre, anorexia, náuseas, vômitos e distensão abdominal (com íleo paralítico), o paciente pode ter uma história conhecida de diverticulose	febre; sensibilidade no quadrante inferior esquerdo; sangue fresco nas fezes; sensibilidade difusa com sinais peritoneais (defesa, dor à descompressão brusca, abdome rígido) com perfuração ou abscesso rompido	<p>»Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos A contagem leucocitária pode ser $>10.0 \times 10^9/L$ ($>10,000$ células/microlitro).</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) do abdome/pelve com contraste intravenoso, oral e retal: pode-se observar divertículos, inflamação da gordura pericólica, espessamento da parede do intestino, ar livre no abdome e um abscesso Sensibilidade de 69% a 95% e especificidade de 75% a 100%. [69]</p> <p>»ultrassonografia abdominal: pode-se observar coleções de fluido em todo o cólon ou espessamento da parede do intestino hipoecoico Sensibilidade de 84% a 98% e especificidade de 80% a 93%. [72] [73]</p>	<p>»enema com contraste hidrossolúvel: pode-se observar divertículos com extravasamento do material de contraste em uma cavidade do abscesso ou no peritônio O uso de enema de bário deve ser evitado devido ao risco de peritonite por bário.</p> <p>Sensibilidade de 62% a 94%. [70] [71]</p> <p>»endoscopia: pode-se observar divertículo inflamado, abscesso e perfuração Aplicabilidade limitada no quadro agudo devido ao risco de perfuração.</p> <p>»laparoscopia: permite a visualização direta do intestino se o diagnóstico for incerto</p>

◊ Colite ulcerativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
diarreia mucosa com sangue e/ou sangue fresco; febre, dor abdominal, perda de peso e retardado crescimento; dor	desconforto abdominal; febre; erupção cutânea; episclerite; palidez; exame de fezes positivo para guaiaco	<p>»Hemograma completo: grau variável de anemia, leucocitose ou trombocitose</p> <p>»perfil metabólico completo (incluindo</p>	<p>»enema de bário com duplo contraste: os resultados variam de uma aparência granular fina da parede do intestino até</p>

Comum

◊ Colite ulcerativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
nas costas e nas articulações e rigidez	ou sangue fresco no exame retal	<p>testes da função hepática: acidose metabólica hipocalêmica; sódio e ureia elevados; fosfatase alcalina, bilirrubina, aspartato transaminase (AST) e alanina aminotransferase (ALT) elevadas; hipoalbuminemia</p> <p>»estudos de fezes: cultura e pesquisa de toxinas A e B de Clostridium difficile negativas; leucócitos presentes; calprotectina fecal elevada</p> <p>»radiografia abdominal simples: alças dilatadas com nível hidroaéreo secundário ao íleo paralítico; ar livre consistente com a perfuração; no megacôlon tóxico, o cólon transverso encontra-se dilatado a ≥ 6 cm de diâmetro</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) de abdome/pelve com contraste oral e intravenoso: pode apresentar espessamento, inflamação, abscesso, fistulação, obstrução do intestino; a dilatação biliar sugere colangite esclerosante primária</p> <p>»colonoscopia/sigmoidoscopia: envolvimento retal, envolvimento uniforme contínuo, perda da marcação vascular, eritema</p>	<ul style="list-style-type: none"> ulceração difusa, sinal da impressão digital (devido ao edema da mucosa) e estenose e encurtamento do intestino, dependendo da gravidade da doença »marcadores sorológicos: anticorpo anticitoplasma de neutrófilo com padrão perinuclear (p-ANCA) e anticorpo anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA): cerca de 70% dos pacientes com colite ulcerativa têm p-ANCA positivo; cerca de 70% dos pacientes com doença de Crohn têm ASCA positivo »estudos de radionuclídeos: áreas positivas de inflamação

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Colite ulcerativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>difuso, granularidade da mucosa, fístulas (raramente observadas), íleo terminal normal (ou leve ileite na pancolite)</p> <p>»biópsias: doença distal contínua, depleção de mucina, plasmocitose basal, atrofia difusa da mucosa, ausência de granulomas e preservação do ânus; apenas envolvimento da mucosa/submucosa</p>	

◊ Doença de Crohn

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar de doença de Crohn; faixa etária típica de 15-40 ou 60-80 anos; febre, dor abdominal, diarreia intermitente prolongada com ou sem sangue; fadiga; corrimento anal e abscesso; perda de peso; retardado crescimento em crianças	desconforto abdominal muitas vezes periumbilical ou no quadrante inferior direito se o íleo terminal estiver inflamado, imitando apendicite; doença perianal, com fissuras, acrocórdons, fístulas, seios e abscessos; úlceras aftosas; exame de fezes positivo para guaiaco ou sangue fresco no exame retal	<p>»Hemograma completo: anemia; leucocitose; possibilidade de trombocitose</p> <p>»perfil metabólico completo: hipoalbuminemia, hipocolesterolemia, hipocalcemia</p> <p>»Proteína C-reativa e velocidade de hemossedimentação: elevado</p> <p>»perfil de ferro (ferro sérico, ferritina sérica, capacidade total de ligação do ferro, saturação da transferrina): normal ou pode apresentar alterações compatíveis com a deficiência de ferro</p> <p>»vitamina B12 sérica: pode estar normal ou baixo</p>	<p>»RNM de abdome/pelve: lesões descontínuas e segmentares (skip lesion), espessamento da parede intestinal, inflamação adjacente, abscesso, fístulas</p> <p>»ultrassonografia abdominal e pélvica: espessamento da parede intestinal, inflamação adjacente, abscesso; abscesso tubo-ovariano</p> <p>»colonoscopia: úlceras aftosas, hiperemia, edema, nodularidade mucosa, lesões descontínuas e segmentares (skip lesion)</p> <p>Permite visualização direta e biópsia.</p> <p>[Fig-30]</p> <p>[Fig-31]</p>

Comum

◊ Doença de Crohn

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»folato sérico: pode estar normal ou baixo</p> <p>»exame de fezes: ausência de elementos infecciosos observada na microscopia ou cultura</p> <p>»filmes abdominais simples: dilatação do intestino delgado ou cólon; calcificação; sacroileite; abscessos intra-abdominais</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) abdominal: lesões descontínuas e segmentares (skip lesion), espessamento da parede intestinal, inflamação adjacente, abscesso, fistulas</p> <p>Ajuda na localização da doença e diagnóstico de fistulas, abscessos e outras complicações extramurais.</p> <p>[Fig-28]</p> <p>[Fig-29]</p> <p>»sorologia para Yersinia enterocolitica: negativo É importante para descartar a Y enterocolitica, um agente patogênico intestinal causador de ileite aguda.</p>	<p>»biópsia tecidual: biópsias da mucosa do intestino demonstram o envolvimento transmural com granulomas não caseosos</p> <p>»cintilografia com leucócitos marcados com tecnécio-99: aumento da captação nos segmentos inflamados Uso em pacientes que não são podem ser submetidos à colonoscopia.</p> <p>»endoscopia digestiva alta: úlceras aftosas; inflamação da mucosa</p> <p>»endoscopia por cápsula sem fio: úlceras aftosas; hiperemia; edema; aspecto pavimentoso; lesões descontínuas e segmentares (skip lesion)</p> <p>Visualiza o intestino delgado e pode detectar lesões sugestivas não visíveis por outros estudos do intestino delgado. Um exame útil em pacientes com suspeita da doença de Crohn, quando a colonoscopia com biópsias do íleo terminal não é diagnóstica.</p> <p>»autoanticorpos: anticorpos anti-maneose de <i>Saccharomyces</i></p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Doença de Crohn

História	Exame	1º exame	Outros exames
			cerevisiae positivos e anticorpos anticitoplasma de neutrófilo com padrão perinuclear negativos

◊ Colelitíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor epigástrica ou no quadrante superior direito (com duração superior a 30 minutos), às vezes associada à alimentação	sensibilidade no quadrante superior direito ou sensibilidade epigástrica; icterícia	<p>»TFHs: podem ser normais ou apresentar fosfatase alcalina elevada e bilirrubina elevada</p> <p>»ultrassonografia abdominal: demonstra cálculos na vesícula biliar Para dor biliar. É o melhor exame isolado (sensibilidade de 89.8% e especificidade de 88.0% para uso emergencial pelo médico) para colelitíase e sedimentos na vesícula biliar e é fundamental para o diagnóstico.[74]</p> <p>Para dilatação do ducto biliar. Baixa sensibilidade para coledocolitíase. Se forem detectados cálculos na vesícula biliar com líquido pericolecístico e espessamento da parede da vesícula biliar, considerar colecistite aguda.[74]</p> <p>[Fig-32]</p>	<p>»colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE): A CPRE demonstra cálculos na vesícula biliar ou no ducto biliar</p> <p>»colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM): A CPRM demonstra cálculos na vesícula biliar ou no ducto biliar</p>

Comum

◊ Colelitíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>[Fig-33]</p> <p>A ultrassonografia endoscópica é mais sensível para microlitíase (pequenos cálculos biliares <3 mm).</p> <p>»lipase e amilase séricas: Elevada (>3 vezes o limite superior do normal) na pancreatite aguda Para dor localizada principalmente na região epigástrica, com ou sem irradiação para o dorso. Lipase sérica é o teste preferido.</p>	

◊ Malignidade gastrointestinal

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal (especialmente com obstrução distal); pouca ou nenhuma flatulência ou função intestinal; perda de peso; fezes pretas	abdomen distendido, ruídos hidroaéreos agudos (hiperativos) com precipitações; sensibilidade à palpação abdominal, defesa involuntária, taquicardia; pode ter massa palpável	<p>»hemograma completo: nível variável de anemia</p> <p>»função renal: normal, exceto se a doença pélvica avançada comprimir os ureteres</p> <p>»bioquímica hepática: normal, exceto no caso de haver metástases hepáticas presentes</p> <p>»pesquisa de sangue oculto nas fezes: positiva</p> <p>»radiografia torácica: normal ou evidência de doença metastática</p>	<p>»ultrassonografia endoscópica do trato gastrointestinal superior: determina o tumor clínico (T) e o estádio de nódulo (N) de tumores do trato gastrointestinal superior</p> <p>»ultrassonografia endoscópica transretal: com linfonodos perirretais aumentados no câncer retal indica envolvimento maligno; invasão através da submucosa e na muscularis propria identifica um tumor T2 e a extensão do tumor para o espaço perirretal identifica um tumor T3</p>

Comum

◊ Malignidade gastrointestinal

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»endoscopia digestiva alta com biópsia: pode revelar a presença de úlcera do trato gastrointestinal superior, massa ou alterações da mucosa e fornece confirmação histológica</p> <p>»colonoscopia com biópsia: lesão ulcerada exofítica da mucosa que pode estreitar o lumen intestinal; confirmação histológica</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) de tórax/abdome/pelve com contraste oral e intravenoso: lesões hipodensas ao redor do local do tumor ou em locais metastáticos distantes (por exemplo, fígado), espessamento da parede do cólon, aumento dos linfonodos, metástases hepáticas, ascite, secundários do pulmão; invasão de fascia mesorretal</p> <p>»colonografia por TC: aparência semelhante à colonoscopia convencional, com uma lesão ulcerada exofítica da mucosa que pode estreitar o lumen intestinal</p>	<p>»antígeno carcinoembriogênico: elevado no câncer colorretal</p>

Comum

◊ Abscesso hepático

História	Exame	1º exame	Outros exames
anormalidades do trato biliar, idade >50 anos; malignidade; diabetes mellitus; história de procedimentos intervencionistas biliares ou hepáticos; viagem para área endêmica com amebíase; dor no quadrante superior direito, febre, calafrios, anorexia e mal-estar, náuseas e vômitos; tosse, dispneia, pode ter apresentado um episódio recente de doença gastrointestinal ou doença biliar, como apendicite, diverticulite ou colangite	febre; hepatomegalia; perda de peso; dispneia; icterícia; derrame pleural na zona inferior direita; sinais de choque com doença grave; raramente ascite	<p>»hemograma completo: leucocitose, aumento da contagem de neutrófilos, anemia</p> <p>»testes séricos da função hepática: fosfatase alcalina elevada, aminotransferase e bilirrubina discretamente elevadas, hipoalbuminemia</p> <p>»hemocultura: piogênico: podem ser positivas para o organismo bacteriano causador; fúngico: podem ser positivas para espécies de Candida</p> <p>»Tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativada: geralmente normais</p> <p>»radiografia torácica: na presença de derrame pleural: embotamento dos ângulos costofrênicos</p> <p>»ultrassonografia do fígado: demonstra uma lesão ecoica variável</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste: demonstra lesões hepáticas hipodensas; gás no interior da lesão é altamente sugestivo de abscesso piogênico Pode fornecer informações da extensão do abscesso e provável patologia.</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Abscesso hepático

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>[Fig-34]</p> <p>[Fig-35]</p> <p>[Fig-36]</p> <p>[Fig-37]</p> <p>[Fig-38]</p> <p>»exame de fezes para detecção do antígeno da Entamoeba histolytica: positivo na amebíase</p> <p>»coloração de Gram e cultura do fluido aspirado do abscesso: piogênico: positivas para o organismo bacteriano causador; fúngico: podem ser positivas para espécies de Candida</p> <p>»reação em cadeia da polimerase ou reação em cadeia da polimerase quantitativa em tempo real do líquido aspirado do abscesso: amplificação do DNA amebiano</p>	

◊ Síndrome de Fitz-Hugh Curtis

História	Exame	1º exame	Outros exames
mulheres com história de doença inflamatória pélvica; dor abdominal intensa no quadrante superior direito, possivelmente referida ao ombro direito e se agrava ao tossir,	dor no quadrante superior direito e sensibilidade à palpação; desconforto abdominal inferior, dor à excitação cervical,	» ultrassonografia do quadrante superior direito: pode descartar ou indicar colecistite aguda O diagnóstico errôneo mais comum para	» laparoscopia diagnóstica com lise de adesões e culturas peritoneais: pode-se observar peritonite da superfície do fígado e da superfície peritoneal

Comum**◊ Síndrome de Fitz-Hugh Curtis**

História	Exame	1º exame	Outros exames
espirrar ou efetuar um movimento; febre, calafrios; cefaleias; mal-estar; soluços; sudorese noturna, náuseas e vômitos	anexos sensíveis à palpação	síndrome de Fitz-Hugh Curtis é a colecistite. » tomografia computadorizada (TC) de abdome/ pelve com contraste oral e intravenoso: pode apresentar realce da cápsula hepática	adjacente; lise de adesões pode proporcionar alívio de sintomas crônicos; possibilidade de cultura Neisseria gonorrhoeae ou Chlamydia trachomatis » culturas pélvicas: possibilidade de cultura N gonorrhoeae ou C trachomatis

◊ Laceração de Mallory-Weiss

História	Exame	1º exame	Outros exames
vômitos ou tosse com hematêmese subsequente; dor epigástrica, retroesternal ou dorsal; melena, pré-síncope/síncope; disfagia, odinofagia	hipotensão ortostática/postural; palidez, taquicardia	» radiografia torácica ortostática: pode apresentar ar livre » endoscopia digestiva alta: sangramento, coágulo aderente ou casca fibrosa sobre uma área de separação da mucosa na ou perto da junção gastroesofágica Permite a visualização direta e a intervenção terapêutica. [Fig-39] [Fig-40]	

◊ Hematoma da parede abdominal

História	Exame	1º exame	Outros exames
espontâneo ou secundário a trauma, exercício, tosse ou procedimento; dor abdominal aguda com febre, náuseas, vômitos; pode haver	sinais de hipovolemia com hipotensão e taquicardia; dor abdominal localizada e sensibilidade com massa não pulsátil, que é firme e dolorosa; sem massa	» ultrassonografia da parede abdominal: hematoma visualizado Sensibilidade de 85% a 96%.	» tomografia computadorizada (TC) de abdome/ pelve com contraste intravenoso: hematoma visualizado

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Hematoma da parede abdominal

História	Exame	1º exame	Outros exames
relato de massa ou nódulo	palpável, dependendo da localização e profundidade do hematoma		<p>100% de sensibilidade e especificidade, pode ser útil na exclusão de outras causas de dor abdominal/massa.</p> <ul style="list-style-type: none"> » Hemograma completo: hemoglobina baixa ou normal » exames de coagulação: normal ou alterado

◊ Febre mediterrânea hereditária

História	Exame	1º exame	Outros exames
ocorre principalmente em pessoas de ascendência mediterrânea, sobretudo de países árabes, Turquia e Armênia; idade <20 anos; sexo masculino; história familiar positiva; febre aguda episódica e dor em vários lugares, sendo que a dor é mais comum no abdome; a dor também pode ocorrer no tórax, nas articulações, nos músculos e na pele; hábito intestinal alterado (geralmente constipação)	febre, taquipneia, dor abdominal aguda com rigidez, dor à descompressão brusca	<ul style="list-style-type: none"> » hemograma completo: leucocitose ± trombocitose » velocidade de hemossedimentação: elevado » fibrinogênio sérico: elevado » TFHs: raramente: elevação de alanina aminotransferase (ALT) e aspartato transaminase (AST) » urinálise: proteinúria; hematúria sugere infecção ou vasculite » tomografia computadorizada (TC) abdominal: serosite; pode apresentar fluido e/ou inflamação 	<ul style="list-style-type: none"> » teste genético: positivo para mutação

Comum

◊ Tiflito (enterocolite neutropênica)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de neoplasia hematológica e/ ou paciente que está recebendo quimioterapia ou outros medicamentos imunossupressores; febre, dor abdominal particularmente no quadrante inferior direito; náuseas, vômitos, diarreia (às vezes sanguinolenta)	pirexia; hipovolemia da desidratação; dor e desconforto abdominal acentuados; pode apresentar choque séptico; peritonite	<p>»tomografia computadorizada (TC) de abdome/ pelve com contraste oral e intravenoso: ceco dilatado/ distendido com espessamento e inflamação; pode apresentar pneumatose, perfuração localizada, flegmão ou formação de abscesso</p> <p>Modalidade de imagem preferida por causa da baixa taxa de falso-negativo em comparação com a ultrassonografia ou série de obstrução.</p> <p>»contagem absoluta de neutrófilos: neutropenia</p> <p>»hemoculturas: possibilidade de cultura do organismo infeccioso</p> <p>»coprocultura (incluindo a toxina da Clostridium difficile): possibilidade de cultura do organismo infeccioso</p>	<p>»ultrassonografia do abdome: pode apresentar ceco distendido; líquido livre</p> <p>»série de obstrução: geralmente inespecífico; pode apresentar ceco distendido e sinal de impressão digital ou pneumatose</p> <p>»laparoscopia diagnóstica: visualização direta da patologia</p> <p>Apenas se o diagnóstico não estiver claro após seguir outras investigações.</p>

◊ Supressão de narcótico

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso/abuso de drogas; febre, calafrios, náuseas, vômitos; dor em cólica; mudanças de hábitos intestinais; sudorese, tremores, confusão,	dor e desconforto abdominais difusos; abdome geralmente não distendido; pupilas dilatadas, confusão, sudorese, salivação abundante	<p>»exame de urina para detecção de drogas: positiva</p> <p>Um exame de urina para detecção de drogas deverá ser</p>	<p>»tomografia computadorizada (TC) de abdome/ pelve: pode indicar origem intra-abdominal</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Supressão de narcótico

História	Exame	1º exame	Outros exames
agitação, ansiedade, dor muscular, aumento da salivação, pupilas dilatadas		<p>solicitado inicialmente se houver suspeita clínica do uso indevido de drogas.</p> <p>»cromatografia gasosa acoplada à espectrometria de massas: positiva</p> <p>Um rastreamento positivo de urina deverá ser seguido por um exame confirmatório de urina, pois alguns medicamentos (por exemplo, antibióticos) podem interferir no exame e produzir resultados falso-positivos.</p>	

◊ Hepatite

História	Exame	1º exame	Outros exames
atividades de alto risco (por exemplo, exposição perinatal, história familiar de infecção pelo vírus da hepatite B, múltiplos parceiros sexuais, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, uso de drogas intravenosas, transfusões de sangue), dor no quadrante superior direito; febre, calafrios, fadiga, mialgia/ artralgia, náuseas, vômitos; icterícia	sensibilidade no quadrante superior direito; hepatoesplenomegalia; icterícia; ascite; erupção cutânea maculopapular ou urticariforme	<p>»Hemograma completo: elevado; inespecífico</p> <p>»TFHs: transaminases (AST/ALT), fosfatase alcalina e bilirrubina elevadas</p> <p>»eletrólitos séricos: normal ou alterado</p>	<p>»ultrassonografia do quadrante superior direito: margens mal definidas e grossas, ecos internos irregulares na hepatite B</p> <p>»sorologia para hepatite: positiva</p> <p>»tempo de protrombina: prolongado</p>

Comum

◊ Gastroenterite

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas, vômitos, diarreia, dor em cólica; história de contato com doentes que apresentam sintomas semelhantes; ingestão de alimentos ou água questionáveis; viagem recente a lugares com condições insalubres	desidratação; taquicardia; abdome flácido, não distendido; desconforto abdominal difuso	<ul style="list-style-type: none"> »hemograma completo: contagem elevada de leucócitos »ureia e eletrólitos séricos: variável, pode apresentar desidratação »coprocultura: pode identificar o agente infeccioso »sangue oculto nas fezes: pode ser positiva 	<ul style="list-style-type: none"> »leucócitos fecais: positiva »tomografia computadorizada (TC) de abdome/pelve com contraste oral e intravenoso: pode apresentar espessamento inespecífico do intestino afetado <p>Considere solicitar este exame se o diagnóstico não estiver claro a partir da história, exames físicos e investigações iniciais.</p>

◊ Colite infecciosa

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, calafrios, náuseas, vômitos, diarreia (pode ser sanguinolenta), dor abdominal; distensão abdominal, mal-estar e anorexia; pode haver uma viagem recente, surto na comunidade ou contato próximo com pessoas com sintomas semelhantes, uso recente de antibióticos ou hospitalização; imunocomprometimento	pirexia, dor e desconforto abdominais; sinais variáveis de desidratação leve a choque hipovolêmico/choque séptico (hipotensão, taquicardia); peritonite; possível distensão abdominal	<ul style="list-style-type: none"> »Hemograma completo: contagem leucocitária elevada e/ou anemia »ureia e eletrólitos séricos: variável, pode apresentar desidratação »coprocultura: pode identificar o agente infeccioso »sangue oculto nas fezes: positiva Pode haver hemorragia franca na colite grave. 	<ul style="list-style-type: none"> »imunoensaio de fezes para toxinas A e B do Clostridium difficile: pode ser positiva <p>Considere se o paciente foi internado ou fez uso recente de antibióticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> »coprocultura para detecção de ovos/parasitas: pode ser positiva <p>Considere se houve viagens ao exterior, surto na comunidade, exposição à creche.</p> <ul style="list-style-type: none"> »antígeno do citomegalovírus/ensaio de shell: pode ser positiva

Comum

◊ Colite infecciosa

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>Considere se o paciente for imunocomprometido.</p> <p>» radiografia abdominal: pode mostrar cólon distendido</p> <p>» tomografia computadorizada (TC) de abdome/pelve com contraste intravenoso: pode mostrar segmentos do cólon espessados e inflamados ou todo o cólon afetado; pode mostrar pneumatose ou perfuração localizada ou perfuração com flegmão/abscesso em casos graves</p> <p>Imagem: [Fig-42]</p>

◊ Crise de célula falciforme

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor corporal difusa, que pode incluir dor abdominal, dor nos ossos, dor torácica; também pode apresentar fadiga, febre, icterícia, taquicardia, retardo do crescimento e da puberdade, úlceras cutâneas	dor abdominal aguda difusa e sensibilidade à palpação; paciente está desconfortável em qualquer posição; abdome geralmente não distendido	<p>» hemograma completo com contagem de reticulócitos: algum grau de anemia ocorre na maioria dos pacientes com doença falciforme</p> <p>» esfregaço de sangue periférico: presença de eritrócitos nucleados, células falciformes e corpos de Howell-Jolly [Fig-43]</p> <p>» eletroforese de acetato de celulose: anemia falciforme 75%</p>	<p>» radiografia simples de ossos longos: infartos observados por margens irregulares ou aparência de "comido por traças" com sobreposição da formação do novo osso periosteal</p> <p>Utilizado para confirmar a presença de infarto do osso.</p> <p>A maioria dos infartos ósseos são diagnosticados clinicamente por sintomas (dor óssea)</p>

Comum

◊ Crise de célula falciforme

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>a 95% HbS, HbA está notavelmente ausente; traço falciforme 40% HbS, <2% HbF, 60% HbA</p> <p>Em crianças mais velhas e adultos, a eletroforese de acetato de celulose em pH alcalino é mais comumente usada para determinar o subtipo da hemoglobina. O diagnóstico pode ser confirmado utilizando um método alternativo.</p> <p>»fracionamento da cromatografia líquida de alta eficiência (HPLC): em neonatos com doença falciforme, HbF fetal irá predominar; em crianças mais velhas, a quantidade de HbS aumenta à medida que a de HbF diminui; aos 2 anos de idade, a quantidade de HbS e HbF estabiliza; pacientes com anemia falciforme não terão HbA</p> <p>Quando a hemoglobina anormal é identificada, os ensaios baseados em ácido desoxirribonucleico (DNA) ou HPLC são usados para confirmar o diagnóstico e identificar o genótipo. Estes testes também permitem a distinção</p>	<p>e sinais (por exemplo, ausência de febre).</p> <p>»culturas bacterianas: o patógeno bacteriano cultivado pode confirmar a infecção Culturas bacterianas (usando sangue, escarro, urina, fezes e/ou pus) devem ser obtidas em pacientes com febre e/ou aqueles que parecem tóxicos.</p> <p>»radiografia torácica: a presença de infiltrado(s) pulmonar(es) pode ser um indício da síndrome torácica aguda Realizada se o paciente apresenta sintomas respiratórios, febre ou dor torácica.</p>

Comum

◊ Crise de célula falciforme

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>entre os heterozigotos e homozigotos.</p> <p>» perfil de ferro: os níveis de ferro sérico, transferrina, ferritina e a capacidade de ligação do ferro sérico são normais ou elevados</p> <p>» ultrassonografia abdominal: pode apresentar aumento do baço ou presença de cálculos biliares</p> <p>» tomografia computadorizada (TC) de abdome/pelve: pode apresentar aumento do baço ou presença de cálculos biliares</p> <p>Uma alternativa à ultrassonografia abdominal.</p>	

◊ Endometriose

História	Exame	1º exame	Outros exames
dismenorreia; dor cíclica inferior abdominal/pélvica/dorsal, muitas vezes 1-2 semanas antes da menstruação e durante a menstruação; dor durante as evacuações (disquezia); dispureunia; subfertilidade; obstrução urinária ou intestinal; depressão	desconforto e nodularidade no ligamento uterossacro durante o exame bimanual/retovaginal; sensibilidade à palpação na parte inferior do abdome; útero retrovertido fixo nos estádios tardios; massa pélvica (endometriomas ovarianos)	<p>» ultrassonografia transvaginal: pode mostrar endometrioma ovariano (homogêneo, ecos de baixo nível) ou evidência de endometriose pélvica profunda, como o envolvimento do ligamento uterossacro (espessamento linear hipoecoico)</p> <p>Confirmatório para endometriomas, mas os critérios são menos bem definidos para a fibrose peritoneal.</p>	<p>» laparoscopia diagnóstica: visualização direta de implantes endometriais e confirmação histológica de biópsias</p> <p>Imagens: [Fig-44] [Fig-45]</p> <p>» ultrassonografia endoscópica retal: nódulo ou massa hipoecoico</p> <p>Projetado para avaliar a endometriose</p>

Comum

◊ Endometriose

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>A sensibilidade e a especificidade para a detecção de endometriomas >2 cm são de 97% e 82%, respectivamente. Sensibilidade de 71% e especificidade de 96% para detecção da doença do ligamento uterossacro. Sensibilidade de 29% e especificidade de 99% para a detecção da doença do septo retovaginal.</p> <p>O exame de ultrassonografia é limitado pelo útero retrovertido. Pode detectar endometriose infiltrativa na bexiga.</p>	<p>uterossacral, retovaginal e intestinal.</p> <p>»ultrassonografia 3D: imagem tridimensional da cavidade endometrial (varia dependendo do tipo de anomalia)</p> <p>Menos invasiva que a histerossalpingografia, histeroscopia ou laparoscopia e é mais custo-efetiva que a ressonância nuclear magnética (RNM) como teste para confirmar anomalias müllerianas.</p> <p>»histerossalpingografia: o contraste delineará a cavidade endometrial para as falhas de enchimento adjacentes/internas (varia de acordo com o tipo de anomalia mülleriana)</p> <p>Útil para as paciente com suspeita de anomalia mülleriana (como útero unicornio ou útero didelfo [útero duplo]), responsável por uma pequena porcentagem de pacientes com endometriose.</p> <p>Um auxiliar útil para as pacientes com subfertilidade. Também avalia o diâmetro tubário e a patência tubária.</p>

Comum**◊ Endometriose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>»ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve: hipointenso, espessamento ou massa irregular do ligamento uterossacro; substituição do plano do tecido adiposo entre o útero e o reto/ sigmoide com massa de tecido</p> <p>Útil para o exame de imagem de todo o abdome e a pelve. A doença ovariana pode ser observada com facilidade.</p> <p>A sensibilidade e especificidade para a doença pélvica profunda é de aproximadamente 90%, porém é consistentemente mais baixa para o ligamento uterossacro e mais alta para a doença gastrointestinal.</p>

◊ Torção testicular

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de dor testicular prévia "on-off"; dor testicular de início súbito com náuseas e vômitos; edema/inchaço/eritema escrotais; dor abdominal também está frequentemente presente	dor testicular intensa e sensibilidade no lado afetado; pode estar edemaciado; o testículo afetado localiza-se mais acima que o não afetado, muitas vezes em posição horizontal; reflexo cremastérico reduzido ou ausente	» ultrassonografia em escala de cinza: presença de líquido e sinal do redemoinho (aparência de espiral do cordão espermático a partir da torção, conforme os exames de ultrassonografia avançam descendenteamente,	» ultrassonografia com power Doppler: ausência ou diminuição do fluxo sanguíneo no testículo afetado, diminuição da velocidade do fluxo nas artérias intratesticulares, aumento de índices de

Comum

◊ Torção testicular

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>perpendicular ao cordão espermático)</p> <p>»Hemograma completo: normal Se anormal com contagem leucocitária elevada, geralmente sugere um diagnóstico alternativo (por exemplo, epididimite ou orquite).</p>	<p>resistência nas artérias intratesticulares</p> <p>»ultrassonografia com Doppler colorido: ausência ou diminuição do fluxo sanguíneo no testículo afetado, diminuição da velocidade do fluxo nas artérias intratesticulares, aumento de índices de resistência nas artérias intratesticulares</p> <p>Imagem: [Fig-46]</p> <p>»Doppler espectral: perfusão vascular não homogênea e/ou assimétrica em comparação ao testículo não afetado</p> <p>»cintilografia: diminuição da captação de tecnécio-99m radioativo no testículo afetado em pacientes com torção testicular A cintilografia tem quase 100% de sensibilidade na identificação de pacientes com torção; no entanto, leva mais tempo e está menos disponível que a ultrassonografia com Doppler.</p>

◊ Nefrolitíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
história prévia de nefrolitíase; a afecção	frequentemente obeso; abdome flácido;	» urinálise: tira reagente positiva para	» pielograma intravenoso:

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Nefrolitíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode ser desde assintomática até dor intensa no flanco abdominal que irradia para a virilha; outros sintomas incluem náuseas, vômitos, diaforese, hematúria, polaciúria/urgência miccional; ocupações em condições de calor (por exemplo, chefs, trabalhadores de aço); história familiar de cálculos	quando há dor, ela pode ser intensa, com incapacidade de se encontrar uma posição confortável; sensível à palpação/percussão do ângulo costovertebral/flanco ; se a urosepsse também estiver presente, o paciente pode estar taquicárdico, hipotônico, febril	leucócitos, nitratos, sangue; análise microscópica positiva para leucócitos, eritrócitos ou bactérias; pode ser normal A micro-hematúria é observada em 85% dos pacientes com nefrolitíase. » hemograma completo e diferencial: contagem leucocitária normal ou elevada Uma contagem leucocitária elevada pode sugerir infecção (pielonefrite ou infecção do trato urinário). » eletrólitos séricos, ureia e creatinina: normal ou alterado Estes incluem cálcio, creatinina e ureia, cloreto, potássio, magnésio, fósforo. A hipercalcemias pode sugerir hiperparatiroidismo como uma etiologia subjacente.	calcificação observada dentro do trato urinário ou falha de enchimento quando se observa o contraste passando através do rim, descendo em seguida para o ureter Este teste, em sua maior parte, foi substituído pela TC (novo teste padrão ouro para o diagnóstico) para a avaliação e diagnóstico de nefrolitíase. » ultrassonografia renal: calcificação observada dentro do trato urinário » uretrocistografia retrógrada: calcificação observada dentro do trato urinário ou observa-se uma falha de enchimento

Comum

◊ Nefrolitíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>O filme abdominal simples deve ser solicitado inicialmente junto com a tomografia computadorizada (TC) para determinar se o cálculo é radiotransparente. Até 85% dos cálculos são visíveis no filme RUB, embora cálculos de ácido úrico sejam radiotransparentes.</p> <p>»TC helicoidal sem contraste de abdome/pelve (protocolo do cálculo): calcificação observada no sistema coletor renal ou ureter</p>	

◊ Pielonefrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar de nefrolitíase; história de infecção do trato urinário, incontinência urinária de esforço ou relação sexual frequente; febre com calafrios; disúria, polaciúria, urgênci;a; dor no flanco; náuseas, vômitos, diaforese, hematúria	pirexia; aparência corada; dor no flanco e/ou sensibilidade no ângulo costovertebral à palpação/percussão	<p>»urinálise: piúria (>10 leucócitos por campo de grande aumento [CGA]), eritrócitos $\geq 5/\text{CGA}$, esterase leucocitária, nitritos, cilindros leucocitários, proteinúria até 20 g/L (2 g/dL)</p> <p>»coloração de Gram: tipicamente bastonetes Gram-negativos; menos tipicamente, cocos Gram-positivos</p> <p>»urocultura: positiva</p> <p>»Hemograma completo: leucocitose</p> <p>»proteína C-reativa: elevado</p>	<p>»hemoculturas: pode ser positiva Se o paciente está séptico ou requer internação hospitalar.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) de abdome/pelve com contraste intravenoso: perfusão parenquimatosa renal alterada; excreção alterada de contraste; fluido perinéfrico; doença não renal; pode apresentar formação de abscesso</p> <p>Geralmente realizada se a condição clínica</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Pielonefrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Resultado inespecífico.</p> <p>» cintigrafia com ácido dimercaptossuccínico-99mTc: inflamação ou cicatrização do córtex renal; distribuição desigual da função renal entre os rins</p> <p>Solicitada com mais frequência em crianças, porque o exame envolve menos radiação que outros métodos de geração de imagens. A sensibilidade e a especificidade são moderadas a altas.</p> <p>» RNM: anormalidades estruturais do sistema geniturinário (pré-natal); inflamação renal ou massas renais; vasculatura renal anormal; obstrução urinária</p> <p>Alternativa adequada para pacientes que são alérgicos ao contraste com iodo. A experiência clínica em pacientes com pielonefrite aguda é limitada; o custo também é alto. A</p>	<p>do paciente não melhora após 48 horas ou se deteriora. É sensível e específica e melhor que a ultrassonografia renal e pielograma intravenoso.</p> <p>» cintigrafia com ácido dimercaptossuccínico-99mTc: inflamação ou cicatrização do córtex renal; distribuição desigual da função renal entre os rins</p> <p>Solicitada com mais frequência em crianças, porque o exame envolve menos radiação que outros métodos de geração de imagens. A sensibilidade e a especificidade são moderadas a altas.</p> <p>» RNM: anormalidades estruturais do sistema geniturinário (pré-natal); inflamação renal ou massas renais; vasculatura renal anormal; obstrução urinária</p> <p>Alternativa adequada para pacientes que são alérgicos ao contraste com iodo. A experiência clínica em pacientes com pielonefrite aguda é limitada; o custo também é alto. A</p>

Comum

◊ Pielonefrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>sensibilidade é alta, enquanto a especificidade é moderada a alta.</p> <p>»ultrassonografia renal: anomalias estruturais macroscópicas; hidronefrose; cálculos; coleções de fluido perirrenal</p> <p>É mais fácil de programar e mais barato que outras modalidades de geração de imagens, além de não envolver a exposição a contrastes ou radiação.</p>

Incomum

◊ Volvo

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal constante, que pode ter características de cólicas que variam de um vago desconforto até dores excruciantes (a dor incessante intensa sugere intestino gangrenoso); história de cirurgia abdominal, hérnia inguinal ou abdominal; náuseas, vômitos, êmese podem estar ausentes em pacientes com volvo do sigmoide (mais comum em pacientes idosos ou debilitados); dor periumbilical ou hipogástrica,	distensão e sensibilidade abdominais frequentemente difusas; ruídos hidroaéreos fracos ou ausentes, abdome rígido, defesa, dor à descompressão brusca, febre ou hematoquezia	<p>»radiografias abdominais simples: obstrução parcial ou completa; alças intestinais dilatadas; níveis hidroaéreos; ar livre abdominal com perfuração</p> <p>Imagens de posição plana (supina) e posição ereta (ortostática) são tomadas.</p> <p>»Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos</p>	<p>»enema com contraste hidrossolúvel ou contraste de bário: sinal de bico de pássaro da estenose no local do volvo</p> <p>Taxa de diagnóstico de cerca de 90% em uma série.[35]</p> <p>Não deve ser realizado se o diagnóstico for fortemente indicado a partir de radiografias simples ou se houver</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum◊ **Volvo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
diarreia ou constipação (dependendo do grau e da localização da obstrução)		A contagem leucocitária pode ser $>15.0 \times 10^9/L$ ($>15,000$ células/microlitro). A leucocitose sugere isquemia intestinal.	evidência de necrose intestinal. » tomografia computadorizada (TC) do abdome: obstrução intestinal com padrão de turbilhão do mesentério[36] Geralmente não é necessária para efetuar o diagnóstico.

◊ **Intussuscepção**

História	Exame	1º exame	Outros exames
mais comum em crianças que em adultos; apresentação clássica de dor intensa, cólica, alternando com letargia; também pode apresentar queixas abdominais vagas; dor intensa em cólica; as crianças podem ficar inconsoláveis; vômitos	sangue oculto ou fresco misturado com muco, dando aparência de geleia de groselha, desconforto abdominal e massa palpável	» ultrassonografia: massa tubular em vista longitudinal; lesão em alvo em vista transversal Pode ser usada para monitorar o sucesso do tratamento com enema. Sensibilidade de 98% a 100%. Especificidade de 88% a 100%. Valor preditivo negativo de 100%. [37] [38] Muitas instituições atualmente preferem a ultrassonografia como teste diagnóstico inicial, com base no alto nível de segurança e conforto do paciente, bem como pela precisão do teste. A massa resultante da intussuscepção	» tomografia computadorizada (TC) do abdome e pelve: lesão em alvo: massa intraluminal de tecido mole, com uma área de gordura excentricamente posicionada; massa reniforme: alta atenuação periférica e atenuação central mais baixa; massa em forma de salsicha: áreas alternadas de baixa e alta atenuação representando a parede intestinal menos espaçada, gordura mesentérica, e/ou fluido e gás intestinal Normalmente não indicada para a avaliação da intussuscepção. Pode ser usada para avaliar a presença e a identificação

Incomum**◊ Intussuscepção**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>pode ser facilmente identificada e os achados da intussuscepção na ultrassonografia espelham de forma bem fiel o processo fisiopatológico.</p> <p>[Fig-9]</p> <p>[Fig-10]</p> <p>»enema de ar ou água: falha de enchimento ou aplicação do contraste à medida que avança para a visão da intussuscepção</p> <p>Pode-se usar um enema de ar ou hidrostático para reduzir a intussuscepção em 60% a 80% dos casos na infância.[39]</p> <p>Exame inicial preferível para crianças.</p> <p>Contraindicado no caso de peritonite, choque, perfuração ou uma condição clínica instável.[40]</p> <p>[Fig-11]</p> <p>[Fig-12]</p> <p>[Fig-13]</p> <p>»Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos</p>	<p>de um ponto inicial patológico.[41]</p>

Incomum**◊ Intussuscepção**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		A contagem leucocitária pode ser $>15.0 \times 10^9/L (>15,000$ células/microlitro). A leucocitose sugere isquemia intestinal.	

◊ Úlcera duodenal

História	Exame	1º exame	Outros exames
início agudo de dor epigástrica intensa, náuseas, vômitos e perda de apetite; mais comum em homens que em mulheres; história de melena ou sangue vermelho vivo originário do reto; dor epigástrica episódica aliviada ao comer; uso de anti-inflamatório não esteroidal; pode apresentar um período de latência com a melhora dos sintomas que pode durar por várias horas, seguido por peritonite com febre, náuseas, vômitos e sinais peritoneais; dor referida para os ombros, secundária à irritação diafragmática	taquicardia, febre, sensibilidade epigástrica, abdome rígido, defesa, dor à descompressão brusca e sangue fresco ou oculto nas fezes	<p>»teste respiratório para Helicobacter pylori ou teste do antígeno fecal: resultado positivo se o H pylori estiver presente Solicitado em pacientes com 55 anos de idade ou menos sem sinais de alarme.[46] [47] [48]</p> <p>Inibidores da bomba de prótons, bismuto e antibióticos podem interferir com o exame.</p> <p>Observe que nenhum exame para identificar o H pylori é 100% sensível. O uso de um segundo teste é recomendável se uma úlcera for encontrada em um paciente sem o H pylori.</p> <p>»Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos A contagem leucocitária pode ser</p>	<p>»radiografia do trato gastrointestinal superior com contraste hidrossolúvel: extravasamento do contraste a partir do estômago ou duodeno</p> <p>»Endoscopia digestiva alta com biópsia: visualização da úlcera; confirmação histológica</p> <p>»teste de sangue oculto nas fezes: muda de cor quando há sangue oculto presente Realizado com frequência, mas geralmente negativo mesmo na presença de úlcera péptica.</p>

Incomum

◊ Úlcera duodenal

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>>15.0 x 10⁹/L (>15,000 células/microlitro).</p> <p>Exame inespecífico uma vez que a leucocitose não está presente em todos os casos.</p> <p>Solicitado somente se o paciente parece clinicamente anêmico ou apresenta evidência de hemorragia digestiva.</p> <p>Auxilia a determinar se o paciente deve ser internado, mas não auxiliará no diagnóstico da úlcera.</p>	

◊ Cisto ovariano roto

História	Exame	1º exame	Outros exames
muitas vezes, dias 20 e 26 de um ciclo menstrual normal; muitas vezes após relação sexual, exercício ou exame pélvico; dor de início súbito na parte inferior do abdome, pode ser lateralizada para a esquerda ou para a direita; leve sangramento vaginal; tontura postural se houver hemorragia acentuada (associada à ruptura do cisto de corpo lúteo, especificamente entre as pacientes que	leve sangramento vaginal; sinais vitais geralmente normais, mas pode haver febre baixa; pode apresentar taquicardia/hipotensão no caso de hemorragia grave em associação com coagulopatia ou uso de anticoagulantes; sinais de peritonite no caso de presença de hemoperitônio	<p>»ultrassonografia transvaginal: ovário ou porção de tecido ovariano aumentados; pode ser cístico, sólido ou misto; fluido pélvico livre</p> <p>O acordo interobservador por ultrassonografistas qualificados é alto.</p> <p>Os resultados devem caracterizar o tamanho, a consistência, a localização e a nodularidade de qualquer anormalidade</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Cisto ovariano roto

História	Exame	1º exame	Outros exames
tomam anticoagulantes ou com doenças hemorrágicas)		<p>ovariana, determinar a uni ou bilateralidade e a presença de líquido pélvico livre.</p> <p>»gonadotrofina coriônica humana (hCG): positivos ou negativos É importante para estabelecer o estado gestacional em mulheres na idade fértil. Um teste de gravidez positivo pode sugerir um cisto de corpo lúteo ou um diagnóstico alternativo, como gravidez ectópica.</p>	

◊ Torção ovariana

História	Exame	1º exame	Outros exames
início súbito de dor unilateral, dor intensa, crescente e minguante na pelve e história de massa anexial	sensibilidade anexial unilateral intensa; massa anexial muitas vezes palpável e, em casos avançados, a paciente pode desenvolver abdome rígido, defesa e dor à descompressão brusca	<p>»gonadotrofina coriônica humana (hCG): negativo O teste pode ser positivo com gestação concomitante.</p> <p>A gravidez ectópica pode mimetizar a apresentação.</p> <p>»ultrassonografia pélvica com estudo Doppler: sem fluxo Doppler para o ovário afetado A ausência de fluxo Doppler não descarta a torção nem exclui</p>	

Incomum**◊ Torção ovariana**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		a cirurgia no caso de suspeita clínica alta.[57]	

◊ Dissecção da aorta abdominal

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor intensa, aguda ou lacerante no tórax ou abdome, dor que se irradia para o pescoço ou costas, história de hipertensão, aumento do risco na síndrome de Marfan e na síndrome de Ehlers-Danlos ou outras doenças vasculares do colágeno, a dissecção indolor é rara	hipertensão na dissecção distal; deficit do pulso de membros inferiores, déficits sensoriais ou motores nos membros inferiores (incluindo dormência, formigamento ou paraplegia transitória); isquemia e, se as artérias mesentéricas estiverem envolvidas, isquemia intestinal com abdome rígido, defesa e dor à descompressão brusca	<p>»ureia sérica e eletrólitos séricos: ureia elevada Indicativo de artérias renais comprometidas.[2]</p> <p>»radiografias abdominais simples: calcificação da parede da aorta consistente com aneurisma da aorta abdominal; perda da sombra do psoas na presença de ruptura Em alguns centros, esses achados, em um paciente com um quadro clínico adequado de ruptura, são evidências suficientes para avançar para a cirurgia.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) helicoidal de tórax e abdome: dois lumens aórticos separados por túnica íntima ou que exibem diferentes taxas de opacificação do contraste A sensibilidade e a especificidade estão entre 96% e 100%. [58]</p>	<p>»aortografia com contraste: dois lumens aórticos separados por túnica íntima; envolvimento de vaso ramificado; regurgitação aórtica Pode fornecer detalhes mais anatômicos para o plano cirúrgico.</p> <p>Sensibilidade de 88%, especificidade de 94%. [59]</p> <p>»ressonância nuclear magnética (RNM)/angiografia por ressonância magnética: dois lumens aórticos separados por túnica íntima; envolvimento de vaso ramificado; regurgitação aórtica Evita o uso de contraste (RNM).</p> <p>Propicia excelente detalhe anatômico.</p> <p>Sensibilidade e especificidade de 98%. [60]</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Dissecção da aorta abdominal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		» radiografia torácica: silhueta da aorta alargada; mediastino alargado	

◊ Aneurisma roto da aorta

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal intensa que se irradia para as costas, flanco, virilha ou pernas; paciente não afetado pela posição; história de aneurisma, possível descoloração e dor nos membros inferiores decorrente da isquemia	taquicardia, hipotensão, massa abdominal pulsátil, náuseas, vômitos, deficit de pulso em membros inferiores, dor em membros inferiores ou dorsal, perda de consciência ou confusão, dormência ou formigamento dos membros, isquemia e livedo reticular	» ultrassonografia abdominal: aneurisma da aorta Exame que pode ser feito rapidamente à beira do leito. Se houver suspeita de ruptura, proceder à cirurgia. [61]	» tomografia computadorizada (TC) do tórax e do abdome com contraste intravenoso: aneurisma da aorta, extravasamento do contraste Recomendada apenas para pacientes clinicamente estáveis. [Fig-24]

◊ Isquemia mesentérica aguda e infarto

História	Exame	1º exame	Outros exames
idade >50 anos; dor abdominal perumbilical constante não irradiada; história recente de dor abdominal pós-prandial; história de fibrilação atrial, doença arterial coronariana, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva, melena ou sangue vivo oriundo do reto e paciente tomando medicamentos vaso-ativos; os fatores de risco incluem tabagismo, hipertensão	inicialmente, dor desproporcional aos achados do exame, com abdome flácido e insensível à palpação apesar de intensa dor abdominal, seguido por abdome rígido, defesa, dor à descompressão brusca com necrose e perfuração intestinal e, em casos avançados, haverá febre, taquicardia e hipotensão	» tomografia computadorizada (TC) do abdome: trombose de vasos; parede intestinal espessada; realce da parede intestinal anormal; pneumatose; gás venoso portal ou mesentérico Se anormal, realizar angiografia ou laparotomia. [Fig-25] [Fig-26] [Fig-27]	» angiografia mesentérica: obstrução arterial ou venosa Exame definitivo. Sensibilidade de 90% e especificidade de quase 100%. [62]

Incomum

◊ Isquemia mesentérica aguda e infarto

História	Exame	1º exame	Outros exames
arterial, hiperlipidemia e diabetes		<p>»radiografias abdominais simples: pode-se observar alças dilatadas do intestino; alças informes do intestino grosso ou delgado; pneumatose; gás vascular</p> <p>Imagens de posição plana (supina) e posição ereta (ortostática) são tomadas.</p> <p>Muitas vezes normal na isquemia mesentérica aguda precoce.</p> <p>Útil para descartar outras causas de abdome agudo.</p> <p>»Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos</p> <p>A contagem leucocitária pode ser $>15.0 \times 10^9/\text{L}$ ($>15,000$ células/microlitro).</p> <p>75% dos pacientes têm leucocitose.</p> <p>A contagem leucocitária normal não descarta o diagnóstico.</p> <p>»análise de ácido lático: elevado</p> <p>A elevação varia de acordo com a instituição (depende</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Isquemia mesentérica aguda e infarto**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		dos valores normais da instituição).[63]	

◊ Diverticulite de Meckel

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal intensa de início súbito, muitas vezes tem início periumbilical com migração para o quadrante inferior direito; náuseas, vômitos, anorexia, febre, diarreia	febre, taquicardia, paciente pode estar deitado em posição de decúbito lateral direito com quadris flexionados; ruídos hidroaéreos reduzidos ou ausentes; dor comumente origina-se perto do umbigo ou epigástrico; sensibilidade no quadrante inferior direito (ponto de McBurney) com abdome rígido; defesa e dor à descompressão brusca; sinal do psoas (dor no quadrante inferior direito com extensão da coxa direita)	» hemograma completo: hemoglobina e hematócrito baixos; leucocitose com desvio à esquerda » teste de pertecnetato de tecnécio-99m ("exame de Meckel"): foco ectópico ou "hotspot"; intensificação do divertículo	» radiografia abdominal simples: alças intestinais dilatadas com níveis hidroaéreos e escassez de gás distal sugere obstrução intestinal; ar livre no filme vertical sugere uma perfuração; densidade no lado direito do abdome sugere uma intussuscepção » tomografia computadorizada (TC) do abdome e da pelve: estrutura com terminação cega preenchida por fluido e/ou gás em continuidade com o íleo distal » ultrassonografia de abdome: massa tubular em tomadas longitudinais e aparência de "donut" ou aparência de alvo em tomadas transversais sugerem intussuscepção

◊ Abscesso do psoas

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, calafrios, náuseas, vômitos, dor no flanco ou na parte inferior do abdome/virilha, mal-estar;	pirexia leve, calafrios, sensibilidade no flanco ou desconforto abdominal; deformidade na flexão	» hemograma completo: contagem elevada de leucócitos	» ultrassonografia do abdome/pelve: visualização do abscesso

Incomum**◊ Abscesso do psoas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
claudicação com diagnóstico inicial	do quadril; dor com flexão ativa e extensão passiva do quadril	» proteína C-reativa: elevado » tomografia computadorizada (TC) de abdome/pelve com contraste intravenoso: visualização do abscesso	» RNM de abdome/pelve: visualização do abscesso » aspiração do abscesso, coloração de Gram e cultura: possibilidade de cultura do organismo causador

◊ Perfuração do esôfago (síndrome de Boerhaave)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de vômitos seguidos de dor torácica; endoscopia digestiva alta recente ou trauma do tórax/pescoço; dor no pescoço, tórax, epigastro ou dorso; disfagia; desconforto respiratório; febre, taquicardia	ruído mediastino na auscultação; enfisema subcutâneo de pescoço ou tórax; diminuição dos murmurários vesiculares (geralmente no lado esquerdo); taquipneia e desconforto respiratório	» hemograma completo: contagem elevada de leucócitos » radiografia torácica ortostática: pode apresentar pneumomediastino, enfisema subcutâneo, derrames pleurais geralmente localizados no lado esquerdo	» esofagograma com contraste: visualização de perfuração Comece com Gastrografina® (60% a 75% de sensibilidade). Se negativo e ainda houver suspeita de perfuração do esôfago, planeje um estudo de bário (90% de sensibilidade). Apesar de o bário ter melhor sensibilidade, ele pode causar mediastinite se extravasar para o mediastino, portanto, Gastrografina® é a primeira recomendação. » tomografia computadorizada (TC) do tórax com contraste oral e intravenoso: visualização de perfuração Exame usado se o esofagograma não

Incomum

◊ Perfuração do esôfago (síndrome de Boerhaave)

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>estiver disponível ou não puder ser realizado.</p> <p>»endoscopia digestiva alta: visualização de perfuração</p>

◊ Colite isquêmica

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, vômitos, diarreia, dor abdominal e fezes sanguinolentas; história de doença vascular, recesso recente de aneurisma da aorta abdominal, sepse, infarto do miocárdio ou fibrilação atrial	dor abdominal difusa ou localizada em uma área do cólon afetado com pouca ou nenhuma distensão	<p>»hemograma completo: contagem elevada de leucócitos</p> <p>»lactato sérico: elevado no caso de hipóxia tecidual</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) de abdome/ pelve com contraste oral e intravenoso: pode apresentar segmentos do cólon que estão espessados e inflamados; pneumatose ou gás nas veias mesentéricas sugestivos de isquemia</p> <p>»colonoscopia: mucosa pálida ou azulada com lesões hemorrágicas</p>	<p>»série de obstrução: pneumatose ou gás na veia mesentérica ou porta, mas não é específico para colite isquêmica</p> <p>»ressonância nuclear magnética (RNM) do abdome com contraste: pode apresentar segmentos do cólon que estão espessados e inflamados; pneumatose ou gás nas veias mesentéricas sugestivos de isquemia</p> <p>»laparoscopia diagnóstica: a isquemia de toda a sua espessura pode ser observada; a isquemia limitada à mucosa não será observada</p>

◊ Aneurisma roto de artéria esplênica

História	Exame	1º exame	Outros exames
mulheres e gestantes; dor abdominal aguda, pode começar no epigástrio ou quadrante superior esquerdo e tornar-se difusa;	choque hipovolêmico; palidez; distensão abdominal e sensibilidade	<p>»tomografia computadorizada (TC) de abdome/ pelve com contraste intravenoso: visualização do</p>	

Incomum**◊ Aneurisma roto de artéria esplênica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
ocasionalmente, apresenta-se como hemorragia gastrointestinal; tontura, fraqueza, colapso		aneurisma e da hemorragia Apenas realizada se o paciente estiver hemodinamicamente estável e o diagnóstico for incerto. Se o paciente estiver instável, é recomendável a exploração operatória. As abordagens endovasculares podem ser usadas se o centro estiver bem estabelecido e for capaz de proporcionar a reposição de fluidos e o monitoramento hemodinâmico.	

◊ Síndrome de Budd-Chiari

História	Exame	1º exame	Outros exames
mulheres, idade entre trinta e cinquenta anos; uso de contraceptivo oral, gestação e período imediato ao pós-parto; história de doença mieloproliferativa e/ou estados hipercoaguláveis; dor no quadrante superior direito, história de insuficiência hepática/cirrose, hemorragia por varizes, ascite	dor e sensibilidade no quadrante superior direito; hepatoesplenomegalia; icterícia; perda de massa muscular; ascite; edema de membros inferiores; veias acessórias tronculares; distúrbios de consciência, função intelectual, comportamento e função neuromuscular (encefalopatia hepática)	» ultrassonografia com dopplerfluxometria colorida: alterações em veias cava e/ou hepáticas sob a forma de trombose, estenose, cordão fibroso ou recanalização insuficiente dos vasos 85% a 90% de sensibilidade e especificidade.	» ressonância nuclear magnética (RNM) com sequenciamento pulsado: trombo, compressão e/ou estenose ao longo de todo o comprimento da veia cava inferior (VCI) ou veias hepáticas; necrose e hiperplasia nodular focal no parênquima hepático; detecta outras lesões 90% de sensibilidade e especificidade. » tomografia computadorizada (TC) de abdome/

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Síndrome de Budd-Chiari**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>pelve com contraste de três fases: oclusão das veias hepáticas e/ou VCI; áreas com necrose do parênquima hepático; detecta outras lesões</p> <p>»venografia hepática: padrão de teia de aranha Investigação definitiva, mas invasiva, portanto realizada apenas se os estudos não invasivos forem negativos e ainda houver suspeita clínica da síndrome de Budd-Chiari.</p> <p>[Fig-41]</p>

◊ Infarto esplênico

História	Exame	1º exame	Outros exames
varia de assintomático a dor no quadrante superior esquerdo, náuseas, vômitos, febre, calafrios; pode apresentar dor torácica pleurítica ou dor no ombro esquerdo	quadrante superior esquerdo sensível à palpação	» tomografia computadorizada (TC) de abdome/ pelve com contraste intravenoso: visualização do infarto	» ressonância nuclear magnética (RNM) do abdome/ pelve com contraste gadolínio intravenoso: visualização do infarto

◊ Uremia

História	Exame	1º exame	Outros exames
confusão, estado mental deprimido; oligúria; taquicardia; palidez; fadiga; dor abdominal difusa; sede, micção excessiva à noite	dor abdominal difusa, turgor cutâneo diminuído, hipotensão arterial	» clearance da creatinina: reduzido, geralmente $<10 \text{ mL/min}$ » taxa de filtração glomerular: reduzida » eletrólitos séricos: anormal	» tomografia computadorizada (TC) de abdome/ pelve com contraste oral e intravenoso: pode revelar uma causa alternativa para abdome agudo

Incomum**◊ Uremia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		» urinálise: anormal	

◊ Cetoacidose diabética

História	Exame	1º exame	Outros exames
insulinoterapia inadequada ou inapropriada, infecção (pneumonia e infecções do trato urinário são as mais comuns) e infarto do miocárdio; anorexia, náuseas, vômitos, poliúria, sede; dor abdominal; febre; tontura, fraqueza, alteração do estado mental	hálito cetônico; respiração profunda, difícil e arquejante (respiração de Kussmaul), sinais de hipovolemia (taquicardia, hipotensão, enchimento capilar lentificado, olhos encovados); desconforto abdominal, estado mental alterado	<p>»glicose plasmática: elevado</p> <p>»ureia e eletrólitos séricos: geralmente sódio baixo, potássio elevado, cloreto baixo, magnésio baixo, cálcio baixo, fosfato normal ou elevado, ureia elevada, creatinina elevada</p> <p>»gasometria arterial: pH varia de 7.00 a 7.30 em cetoacidose diabética (CAD); bicarbonato arterial varia de <10 mmol/L (<10 mEq/L) na CAD grave a >15 mmol/L (>15 mEq/L) na CAD leve</p> <p>»urinálise: positiva para glicose e corpos cetônicos; positiva para leucócitos e nitritos na presença de infecção</p> <p>»cetonas séricas: positiva</p> <p>»hemograma completo: contagem elevada de leucócitos A leucocitose está presente nas crises hiperglycêmicas e se correlaciona com os níveis de corpos cetônicos no sangue. No entanto, a leucocitose >25.0 x 10⁹/L (>25,000/microlitro) pode indicar</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Cetoacidose diabética

História	Exame	1º exame	Outros exames
		infecção e requer outras avaliações.	

◊ Crise addisoniana

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia, desejo de sal e fadiga	hiperpigmentação da pele e das mucosas, hipotensão e dor abdominal	<ul style="list-style-type: none"> » nível de cortisol aleatório: reduzidos » teste rápido de estímulo com o hormônio adrenocorticotrópico e cortisol: aumento limitado nos níveis de cortisol em resposta à estimulação pelo ACTH » tomografia computadorizada (TC) de abdome/pelve com contraste oral e intravenoso: pode apresentar aumento bilateral das glândulas adrenais, hemorragia adrenal, doenças infiltrantes ou glândulas atróficas; pode descartar outras causas de dor abdominal e hipotensão » eletrolitos séricos: muitas vezes anormal, geralmente com hipercalcemia, hiponatremia e hipercalemia 	

◊ Hipercalcemia

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor óssea; depressão; fadiga; confusão; náuseas, anorexia; constipação; dor	achados inespecíficos; dor abdominal, hiper-reflexia, fasciculações da língua, sensibilidade óssea à palpação;	<ul style="list-style-type: none"> » cálcio corrigido ou ionizado: elevado » electrocardiograma (ECG) de 12 derivações: 	<ul style="list-style-type: none"> » ultrassonografia do pescoço: pode indicar hiperparatiroidismo » varredura nuclear do pescoço:

Incomum**◊ Hipercalcemia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
abdominal ou no flanco; poliúria, polidipsia	hipertensão e bradicardia	geralmente intervalo QT curto e ondas T ampliadas »paratormônio sérico: elevado	pode indicar hiperparatiroidismo » ressonância nuclear magnética (RNM) do pescoço: pode indicar hiperparatiroidismo » tomografia computadorizada (TC) de abdome/ pelve com contraste oral e intravenoso: pode indicar origem alternativa do abdome agudo

◊ Porfiria aguda intermitente

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar de porfiria aguda, predomina no sexo feminino, alterações nutricionais (por exemplo, jejum, dieta), doença intercorrente e exposição a drogas ou hormônios conhecidos por provocar ataques de porfiria aguda intermitente (PAI); dor abdominal intensa aguda e intermitente por vários dias com sintomas desproporcionais ao exame físico, muitas vezes epigástrica e cólica; náuseas, vômitos, sintomas psiquiátricos (de pequenas alterações comportamentais até depressão, insônia, agitação e confusão), fraqueza nos membros inferiores; constipação,	dor abdominal epigástrica, sensibilidade, distensão; febre, taquicardia e hipertensão; urina escura ou vermelha; sinais do sistema nervoso central (SNC), como convulsões, alterações do estado mental, cegueira cortical e coma; fraqueza que inicia nos membros inferiores e ascende	» porfobilinogênio urinário (PBG): elevado; cor avermelhada A presença de PBG pode ser confirmada em um espécime de urina utilizando um kit de teste para PBG. Se o PBG não estiver elevado, pode-se descartar a proteína de interação com o receptor aril-hidrocarboneto (AIP) do diagnóstico diferencial.	» série de obstrução: pode apresentar íleo paralítico » tomografia computadorizada (TC) de abdome/ pelve com contraste oral e intravenoso: pode indicar origem alternativa do abdome agudo

Incomum

◊ Porfiria aguda intermitente

História	Exame	1º exame	Outros exames
hesitação urinária e disúria			

◊ Enterite por radiação

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de tratamento com radiação no passado recente ou distante; a enterite aguda da radiação produz náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, anorexia, diarreia/fezes aquosas; a enterite da radiação crônica produz sintomas obstrutivos (distensão, náuseas, vômitos, flatulência reduzida) no caso de estenoses, sintomas de má absorção (distensão abdominal, cólicas, flatulência, fezes volumosas, diarreia, perda de peso) se a integridade da mucosa foi danificada; sangramento gastrointestinal se ocorreu ulceração intestinal	dor e desconforto abdominais sem distensão na enterite aguda, sangue ou muco pelo reto; achados obstrutivos incluem distensão com sensibilidade e defesa, timpanismo, tilintar de ruídos hidroaéreos, desidratação, distensão abdominal, sensibilidade abdominal leve, esteatorreia, perda de peso com má absorção	» tomografia computadorizada (TC) de abdome/pelve com contraste oral e intravenoso: espessamento e inflamação dos segmentos intestinais afetados	» radiografia do trato gastrointestinal superior com trânsito do intestino delgado: apresenta a extensão da lesão por radiação; estenose do intestino; formação de fístula; espessamento da parede do intestino » enteroclise: apresenta a extensão da lesão por radiação; estenose do intestino; formação de fístula; espessamento da parede do intestino Mais sensível e detalhada que a radiografia do trato gastrointestinal superior, porém mais desconfortável devido à colocação da sonda nasoenteral para instilação de contraste. » endoscopia: exibe a integridade da mucosa Cuidados necessários para evitar a perfuração iatrogênica/lesão de tecidos inflamados.

Incomum**◊ Envenenamento por metais pesados**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história médica/ambiental/ocupacional consistente com exposição; náuseas, vômitos persistentes, diarreia, dor abdominal	anemia, desidratação, achados neurológicos, dor e desconforto abdominais; encefalopatia, cardiomiopatia, disritmias, necrose tubular aguda, acidose metabólica	<p>»hemograma completo com esfregaço de sangue: valores de hematócitos e hemoglobina reduzidos; esfregaço normocrômico e normocítico ou hipocrômico e microcítico</p> <p>»ureia e eletrólitos séricos: podem estar normais ou alterados</p> <p>»TFHs: normal ou elevado</p> <p>»urinálise: presença de metais pesados em níveis elevados</p> <p>»nível de chumbo no sangue venoso: elevado na exposição ao chumbo</p>	

◊ Picada de aranha

História	Exame	1º exame	Outros exames
possível picada de aranha (por exemplo, aranha viúva negra), febre, calafrios, náuseas, vômitos e dor abdominal intensa, aguda e difusa	dor e desconforto abdominais difusos; rigidez muscular abdominal; sudorese profusa; taquicardia	» diagnóstico clínico: o diagnóstico é baseado na história e no exame	

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain

Publicado por: Association of Surgeons of the Netherlands

Última publicação em: 2015

Ásia

Practice guidelines for primary care of acute abdomen 2015

Publicado por: Japanese Society for Abdominal Emergency Medicine

Última publicação em: 2016

Artigos principais

- Jung PJ, Merrell RC. Acute abdomen. *Gastroenterol Clin North Am.* 1988 Jun;17(2):227-44.
- Rompianesi G, Hann A, Komolafe O, et al. Serum amylase and lipase and urinary trypsinogen and amylase for diagnosis of acute pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:CD012010. [Texto completo](#)
- Agency for Healthcare Research and Quality (US). Diagnosis of right lower quadrant pain and suspected acute appendicitis. December 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Krajewski S, Brown J, Phang PT, et al. Impact of computed tomography of the abdomen on clinical outcomes in patients with acute right lower quadrant pain: a meta-analysis. *Can J Surg.* 2011 Feb;54(1):43-53. [Texto completo](#)
- Megibow AJ, Balthazar EJ, Cho KC, et al. Bowel obstruction: evaluation with CT. *Radiology.* 1991 Aug;180(2):313-8.
- Abbas S, Bissett I, Parry BR. Oral water soluble contrast for the management of adhesive small bowel obstruction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD004651. [Texto completo](#)
- Dominguez EP, Sweeney JF, Choi YU. Diagnosis and management of diverticulitis and appendicitis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2006 Jun;35(2):367-91.
- Brandt LJ, Boley SJ. AGA technical review on intestinal ischemia. *Gastroenterology.* 2000 May;118(5):954-68. [Texto completo](#)
- Stollman NH, Raskin JB; Ad Hoc Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. *Am J Gastroenterol.* 1999 Nov;94(11):3110-21. [Texto completo](#)

Referências

1. Flasar MH, Cross R, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Prim Care.* 2006 Sep;33(3):659-84.
2. Silen W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen. 18th ed. New York, NY: Oxford Press; 1991.
3. Jung PJ, Merrell RC. Acute abdomen. *Gastroenterol Clin North Am.* 1988 Jun;17(2):227-44.
4. Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1999;231:3-8.
5. Camilleri M, Dubois D, Coulie B, et al. Prevalence and socioeconomic impact of upper gastrointestinal disorders in the United States: results of the US Upper Gastrointestinal Study. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005 Jun;3(6):543-52.

6. Association of Surgeons of Great Britain and Ireland. Commissioning guide: emergency general surgery (acute abdominal pain). April 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
7. Stefanidis D, Richardson WS, Chang L, et al. The role of diagnostic laparoscopy for acute abdominal conditions: an evidence-based review. *Surg Endosc.* 2009 Jan;23(1):16-23.
8. Maggio AQ, Reece-Smith AM, Tang TY, et al. Early laparoscopy versus active observation in acute abdominal pain: systematic review and meta-analysis. *Int J Surg.* 2008 Oct;6(5):400-3. [Texto completo](#)
9. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. Guidelines for Diagnostic Laparoscopy. April 2010 [internet publication]. [Texto completo](#)
10. Scott AJ, Mason SE, Arunakirinathan M, et al. Risk stratification by the Appendicitis Inflammatory Response score to guide decision-making in patients with suspected appendicitis. *Br J Surg.* 2015 Apr;102(5):563-72.
11. Manterola C, Vial M, Moraga J, et al. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jan 19;(1):CD005660. [Texto completo](#)
12. Helfand M, Freeman M. Assessment and management of acute pain in adult medical inpatients: a systematic review. *Pain Med.* 2009 Oct;10(7):1183-99. [Texto completo](#)
13. Chen EH, Mills AM. Abdominal pain in special populations. *Emerg Med Clin North Am.* 2011 May;29(2):449-58.
14. Ragsdale L, Southerland L. Acute abdominal pain in the older adult. *Emerg Med Clin North Am.* 2011 May;29(2):429-48.
15. Kilpatrick CC, Monga M. Approach to the acute abdomen in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2007 Sep;34(3):389-402.
16. American College of Radiology. ACR-ACOG-AIUM-SRU practice parameter for the performance of obstetrical ultrasound. 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
17. Foster NM, McGory ML, Zingmond DS, et al. Small bowel obstruction: a population-based appraisal. *J Am Coll Surg.* 2006 Aug;203(2):170-6.
18. Ellis H. Intraabdominal and postoperative peritoneal adhesions. *J Am Coll Surg.* 2005 May;200(5):641-4.
19. Escobar GA, Upchurch GR. Management of ruptured abdominal aortic aneurysms. In: Cameron JL, Cameron AM, eds. Current surgical therapy, 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:709-13.
20. Gayet-Ageron A, Prieto-Merino D, Ker K, et al. Effect of treatment delay on the effectiveness and safety of antifibrinolytics in acute severe haemorrhage: a meta-analysis of individual patient-level data from 40 138 bleeding patients. *Lancet.* 2018 Jan 13;391(10116):125-32. [Texto completo](#)

21. Babu K. A study on efficacy of Alvarado scoring in early diagnosis of acute appendicitis. *J Evid Based Med.* 2016;3(20):848-56.
22. Cooper JG, West RM, Clamp SE, et al. Does computer-aided clinical decision support improve the management of acute abdominal pain? A systematic review. *Emerg Med J.* 2011 Jul;28(7):553-7.
23. Akbulut S, Caliskan A, Ekin A, et al. Left-sided acute appendicitis with situs inversus totalis: review of 63 published cases and report of two cases. *J Gastrointest Surg.* 2010 Sep;14(9):1422-8.
24. Rompianesi G, Hann A, Komolafe O, et al. Serum amylase and lipase and urinary trypsinogen and amylase for diagnosis of acute pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:CD012010. [Texto completo](#)
25. Avanesov M, Löser A, Keller S, et al. Diagnosing acute pancreatitis-Clinical and radiological characterisation of patients without threefold increase of serum lipase. *Eur J Radiol.* 2017 Oct;95:278-285.
26. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Diagnosis of right lower quadrant pain and suspected acute appendicitis. December 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
27. Krajewski S, Brown J, Phang PT, et al. Impact of computed tomography of the abdomen on clinical outcomes in patients with acute right lower quadrant pain: a meta-analysis. *Can J Surg.* 2011 Feb;54(1):43-53. [Texto completo](#)
28. Lindelius A, Törngren S, Pettersson H, et al. Role of surgeon-performed ultrasound on further management of patients with acute abdominal pain: a randomised controlled clinical trial. *Emerg Med J.* 2009 Aug;26(8):561-6.
29. Lindelius A, Törngren S, Nilsson L, et al. Randomized clinical trial of bedside ultrasound among patients with abdominal pain in the emergency department: impact on patient satisfaction and health care consumption. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2009 Nov 27;17:60. [Texto completo](#)
30. Gaitan HG, Reveiz L, Farquhar C, et al. Laparoscopy for the management of acute lower abdominal pain in women of childbearing age. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 May 22;(5):CD007683. [Texto completo](#)
31. Dominguez LCS. Early laparoscopy for the evaluation of nonspecific abdominal pain: A critical appraisal of the evidence. *Surg Endosc.* 2011 Jan;25(1):10-8.
32. Balthazar EJ, George W; Holmes Lecture. CT of small-bowel obstruction. *AJR Am J Roentgenol.* 1994 Feb;162(2):255-61.
33. Megibow AJ, Balthazar EJ, Cho KC, et al. Bowel obstruction: evaluation with CT. *Radiology.* 1991 Aug;180(2):313-8.
34. Abbas S, Bissett I, Parry BR. Oral water soluble contrast for the management of adhesive small bowel obstruction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD004651. [Texto completo](#)

35. Rabinovici R, Simansky DA, Kaplan O, et al. Cecal volvulus. *Dis Colon Rectum.* 1990 Sep;33(9):765-9.
36. Shaff MI, Himmelfarb E, Sacks GA, et al. The whirl sign: a CT finding in volvulus of the large bowel. *J Comput Assist Tomogr.* 1985 Mar-Apr;9(2):410.
37. Sorantin E, Lindbichler F. Management of intussusception. *Eur Radiol.* 2004 Mar;14(suppl 4):L146-54.
38. del-Pozo G, Albillos JC, Tejedor D, et al. Intussusception in children: current concepts in diagnosis and enema reduction. *Radiographics.* 1999 Mar-Apr;19(2):299-319.
39. Shiels WE 2nd, Maves CK, Hedlund GL, et al. Air enema for diagnosis and reduction of intussusception: clinical experience and pressure correlates. *Radiology.* 1991 Oct;181(1):169-72.
40. American College of Radiology. ACR-SPR practice parameter for the performance of pediatric fluoroscopic contrast enema examinations. 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
41. Byrne AT, Geoghegan T, Govender P, et al. The imaging of intussusception. *Clin Radiol.* 2005 Jan;60(1):39-46.
42. Ko CW, Lee SP. Gastrointestinal disorders of the critically ill: biliary sludge and cholecystitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2003 Jun;17(3):383-96.
43. Ziessman HA. Acute cholecystitis, biliary obstruction, and biliary leakage. *Semin Nucl Med.* 2003 Oct;33(4):279-96.
44. Mirvis SE, Vainright JR, Nelson AW, et al. The diagnosis of acute acalculous cholecystitis: a comparison of sonography, scintigraphy, and CT. *AJR Am J Roentgenol.* 1986 Dec;147(6):1171-5.
45. Shuman WP, Rogers JV, Rudd TG, et al. Low sensitivity of sonography and cholescintigraphy in acalculous cholecystitis. *AJR Am J Roentgenol.* 1984 Mar;142(3):531-4.
46. Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. American Gastroenterological Association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology.* 2005 Nov;129(5):1756-80. [Texto completo](#)
47. Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, et al. ACG clinical guideline: treatment of Helicobacter pylori infection. *Am J Gastroenterol.* 2017 Feb;112(2):212-39.
48. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III consensus report. *Gut.* 2007 Jun;56(6):772-81. [Texto completo](#)
49. Andersson RE. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg.* 2004 Jan;91(1):28-37.
50. Howell JM, Eddy OL, Lukens TW, et al; American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis. *Ann Emerg Med.* 2010 Jan;55(1):71-116. [Texto completo](#)

51. Anderson SW, Soto JA, Lucey BC, et al. Abdominal 64-MDCT for suspected appendicitis: the use of oral and IV contrast material versus IV contrast material only. *AJR Am J Roentgenol.* 2009 Nov;193(5):1282-8. [Texto completo](#)
52. Dominguez EP, Sweeney JF, Choi YU. Diagnosis and management of diverticulitis and appendicitis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2006 Jun;35(2):367-91.
53. Basaran A, Basaran M. Diagnosis of acute appendicitis during pregnancy: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2009 Jul;64(7):481-8.
54. Chen SC, Chen KM, Wang SM, et al. Abdominal sonography screening of clinically diagnosed or suspected appendicitis before surgery. *World J Surg.* 1998 May;22(5):449-52.
55. American Academy of Emergency Medicine. Clinical practice committee statement: utility of ultrasound in the initial evaluation of adult patients with suspected appendicitis. September 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
56. Lipscomb GH, Stovall TG, Ling FW. Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy. *N Engl J Med.* 2000 Nov 2;343(18):1325-9.
57. Servaes S, Zurakowski D, Laufer MR, et al. Sonographic findings of ovarian torsion in children. *Pediatr Radiol.* 2007 May;37(5):446-51.
58. Hartnell GG. Imaging of aortic aneurysms and dissection: CT and MRI. *J Thorac Imaging.* 2001 Jan;16(1):35-46.
59. Bansal RC, Chandrasekaran K, Ayala K, et al. Frequency and explanation of false negative diagnosis of aortic dissection by aortography and transesophageal echocardiography. *J Am Coll Cardiol.* 1995 May;25(6):1393-401. [Texto completo](#)
60. Nienaber CA, von Kodolitsch Y, Nicolas V, et al. The diagnosis of thoracic aortic dissection by noninvasive imaging procedures. *N Engl J Med.* 1993 Jan 7;328(1):1-9. [Texto completo](#)
61. Kuhn M, Bonnin RL, Davey MJ, et al. Emergency department ultrasound scanning for abdominal aortic aneurysm: accessible, accurate, and advantageous. *Ann Emerg Med.* 2000 Sep;36(3):219-23.
62. Brandt LJ, Boley SJ. AGA technical review on intestinal ischemia. *Gastroenterology.* 2000 May;118(5):954-68. [Texto completo](#)
63. Murray MJ, Gonze MD, Nowak LR, et al. Serum D(-)-lactate levels as an aid to diagnosing acute intestinal ischemia. *Am J Surg.* 1994 Jun;167(6):575-8.
64. Hager WD, Eschenbach DA, Spence MR, et al. Criteria for diagnosis and grading of salpingitis. *Obstet Gynecol.* 1983 Jan;61(1):113-4.
65. Mirhashemi R, Schoell WM, Estape R, et al. Trends in the management of pelvic abscesses. *J Am Coll Surg.* 1999 May;188(5):567-72.

66. Taylor KJ, Wasson JF, De Graaff C, et al. Accuracy of grey-scale ultrasound diagnosis of abdominal and pelvic abscesses in 220 patients. Lancet. 1978 Jan 14;1(8055):83-4.
67. Badalov N, Baradarian R, Iswara K, et al. Drug-induced acute pancreatitis: an evidence-based review. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007 Jun;5(6):648-61.
68. Leung TK, Lee CM, Lin SY, et al. Balthazar computed tomography severity index is superior to Ranson criteria and APACHE II scoring system in predicting acute pancreatitis outcome. World J Gastroenterol. 2005 Oct 14;11(38):6049-52. [Texto completo](#)
69. Stollman NH, Raskin JB; Ad Hoc Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. Am J Gastroenterol. 1999 Nov;94(11):3110-21. [Texto completo](#)
70. Roberts P, Abel M, Rosen L, et al; The Standards Task Force American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. Dis Colon Rectum. 1995 Feb;38(2):125-32.
71. Shrier D, Skucas J, Weiss S. Diverticulitis: an evaluation by computed tomography and contrast enema. Am J Gastroenterol. 1991 Oct;86(10):1466-71.
72. Verbanck J, Lambrecht S, Rutgeerts L, et al. Can sonography diagnose acute colonic diverticulitis in patients with acute intestinal inflammation? A prospective study. J Clin Ultrasound. 1989 Nov-Dec;17(9):661-6.
73. Zielke A, Hasse C, Nies C, et al. Prospective evaluation of ultrasonography in acute colonic diverticulitis. Br J Surg. 1997 Mar;84(3):385-8.
74. Ross M, Brown M, McLaughlin K, et al. Emergency physician-performed ultrasound to diagnose cholelithiasis: a systematic review. Acad Emerg Med. 2011 Mar;18(3):227-35. [Texto completo](#)

Imagens

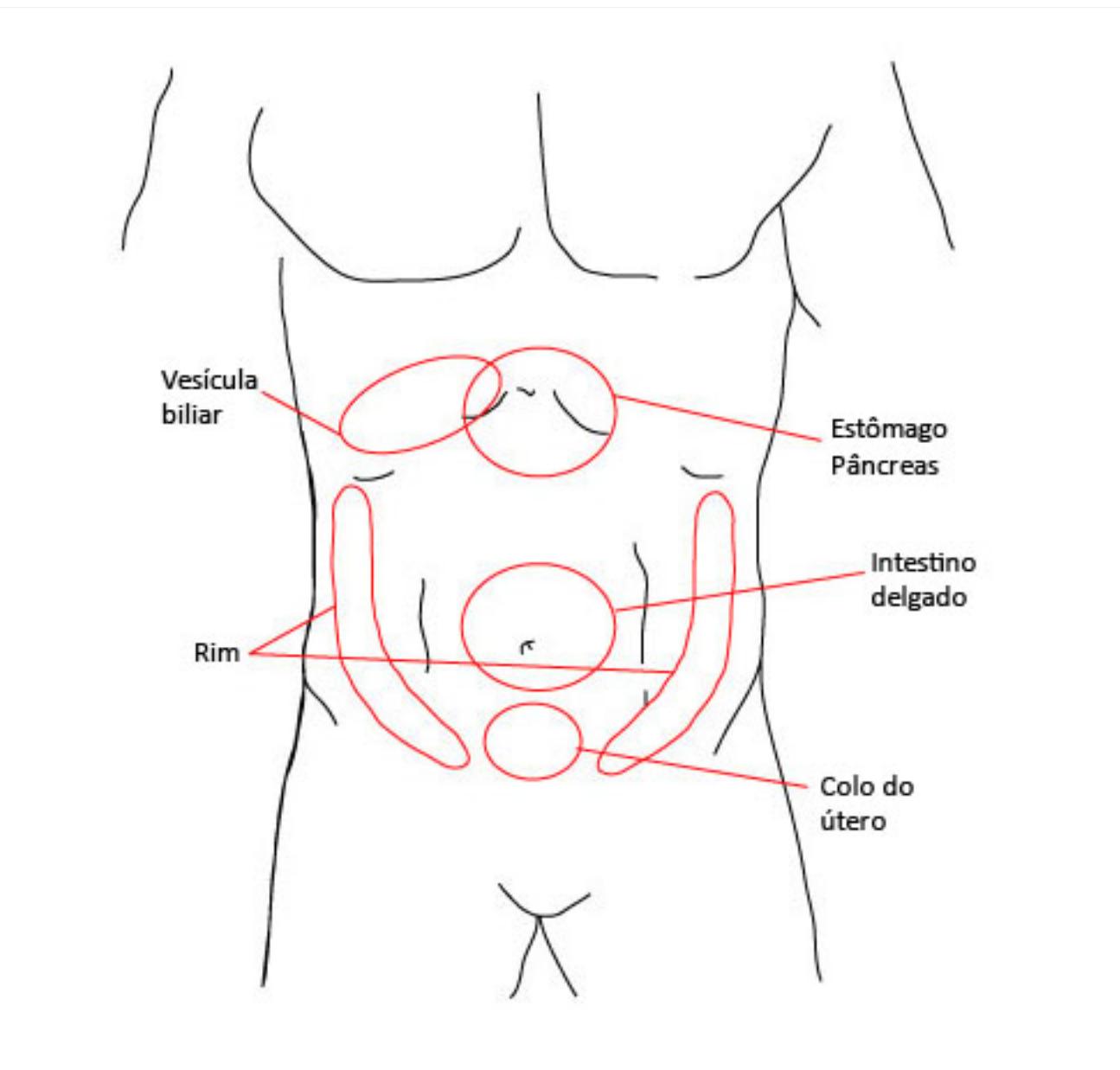


Figura 1: Locais comuns de dor visceral

Criação do BMJ Evidence Centre

IMAGES

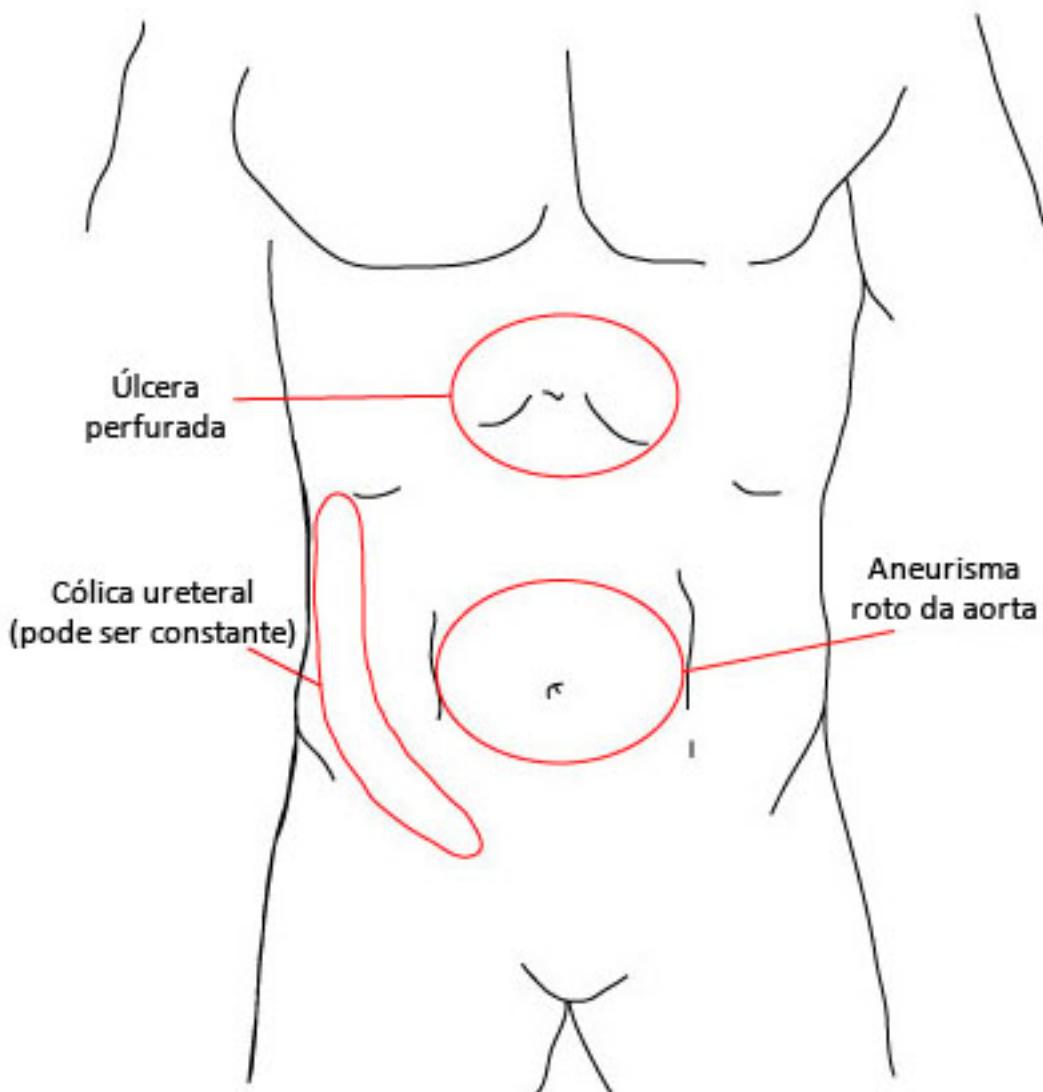


Figura 2: Áreas de dor de apresentação súbita e intensa no início

Criação do BMJ Evidence Centre

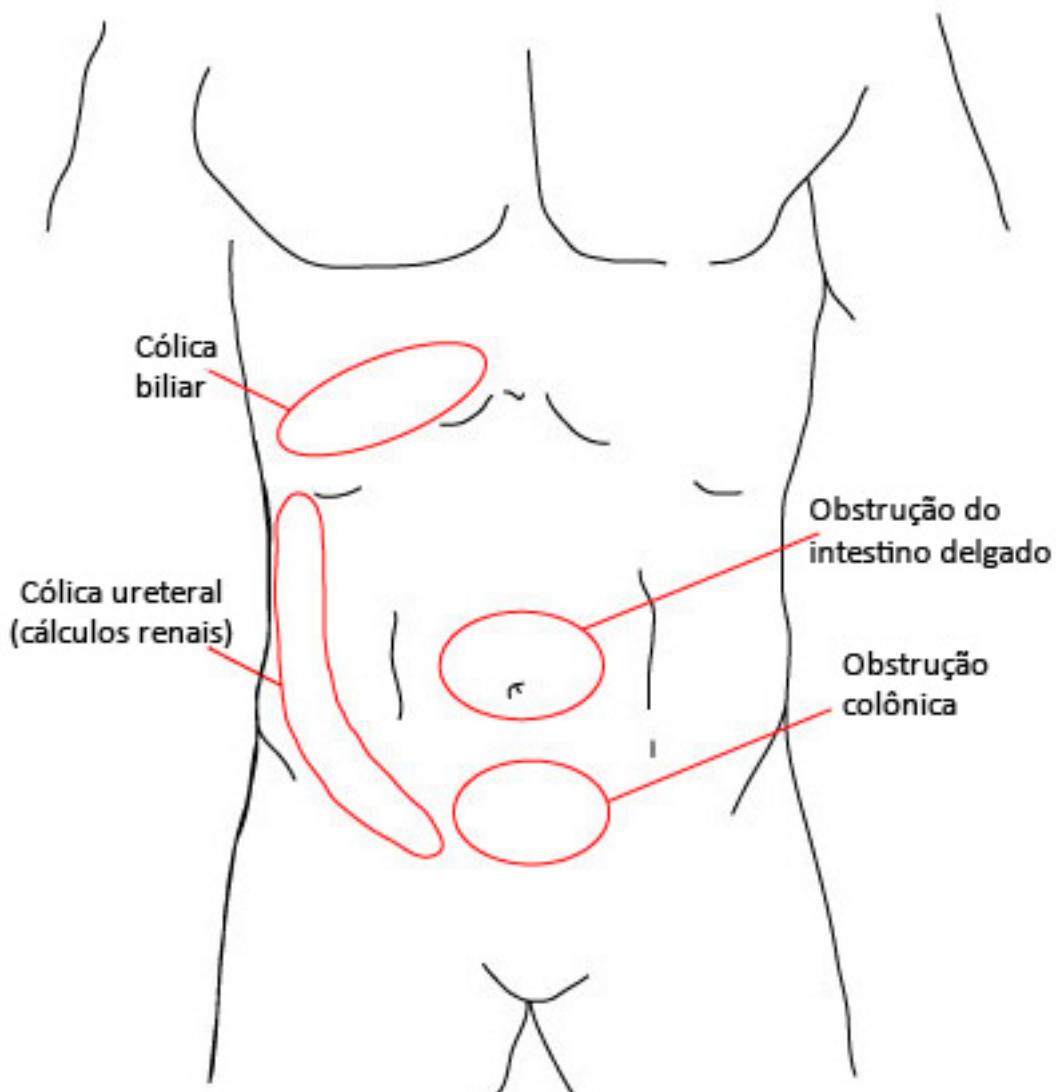


Figura 3: Áreas de dor cuja natureza é de cólica abdominal e intermitente

Criação do BMJ Evidence Centre

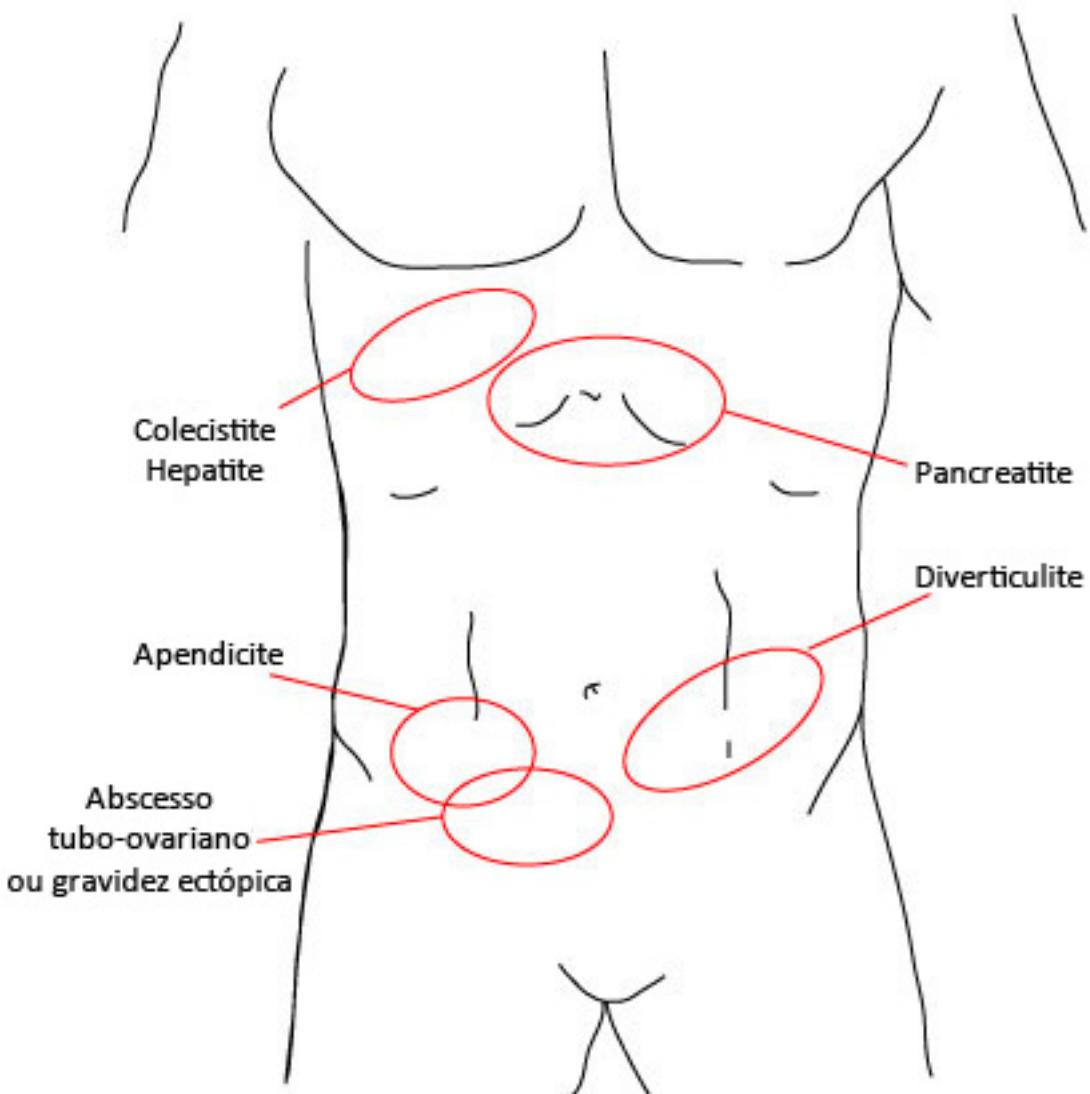


Figura 4: Áreas de dor de apresentação gradual ou mais progressiva

Criação do BMJ Evidence Centre

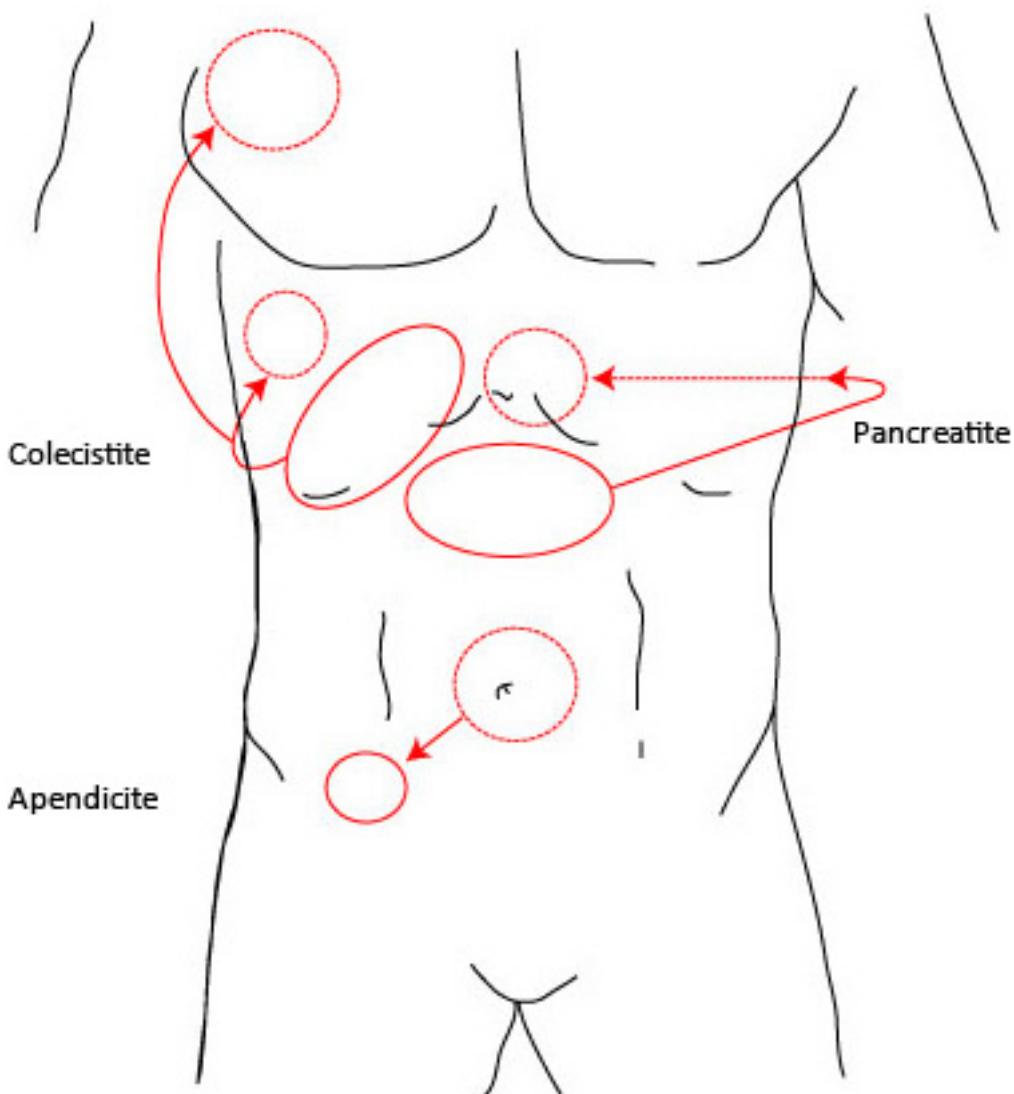


Figura 5: Círculos sólidos representam os locais primários de dor e os círculos pontilhados, as áreas de dor referida

Criação do BMJ Evidence Centre

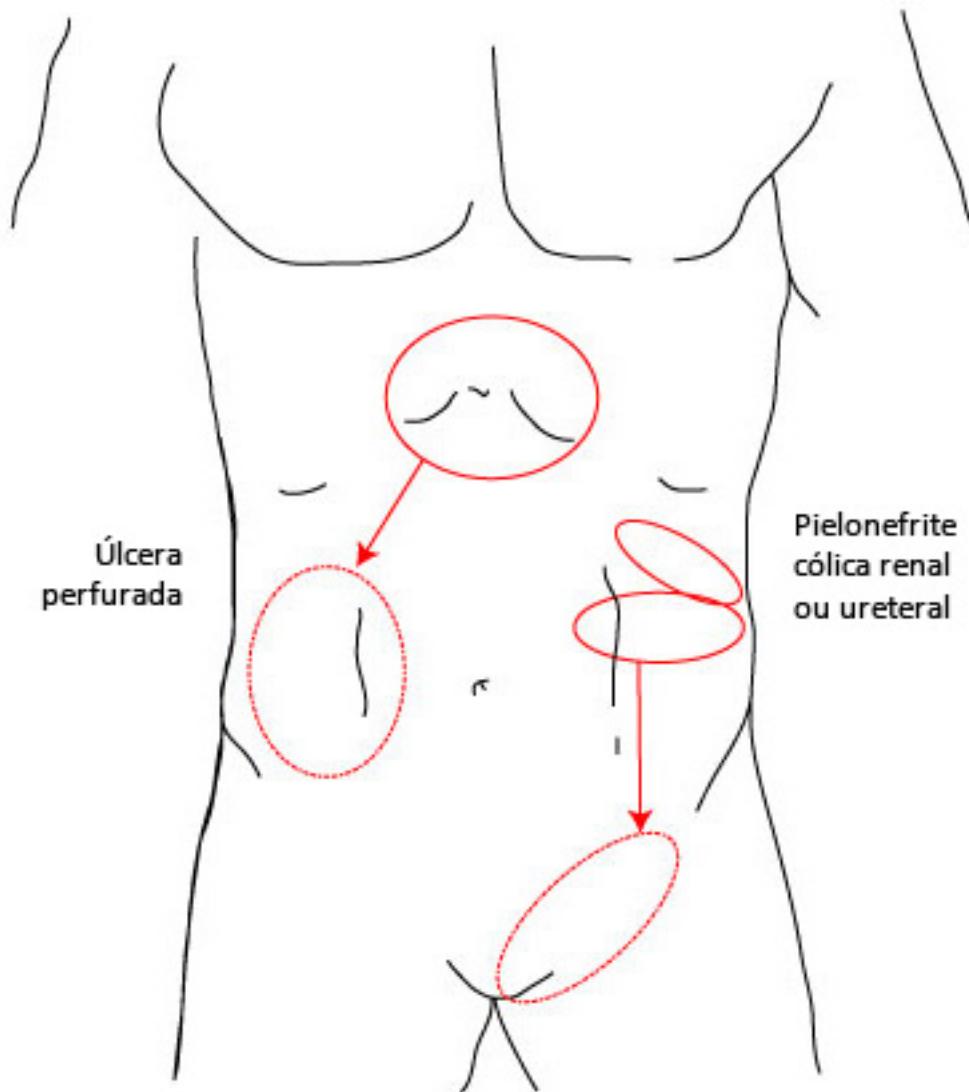


Figura 6: Círculos sólidos representam os locais primários de dor e os círculos pontilhados, as áreas de dor referida

Criação do BMJ Evidence Centre



Figura 7: Sinal de Cullen (descoloração periumbilical) em um homem de 36 anos de idade que se apresentou com uma história de 4 dias de dor epigástrica grave após consumo exagerado de álcool

Cortesia de Herbert L. Fred MD e Hendrik A van Dijk

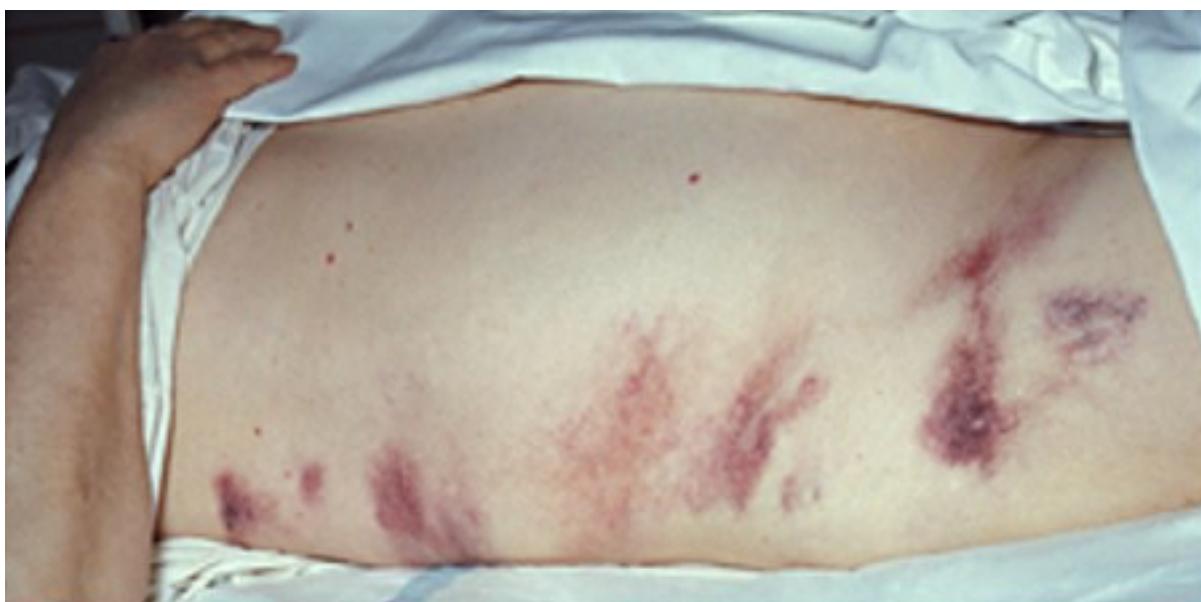


Figura 8: Sinal de Grey-Turner (contusão dos flancos) em uma mulher de 40 anos de idade com dor epigástrica de agravamento progressivo com duração de 5 dias

Cortesia de Herbert L. Fred MD e Hendrik A. van Dijk

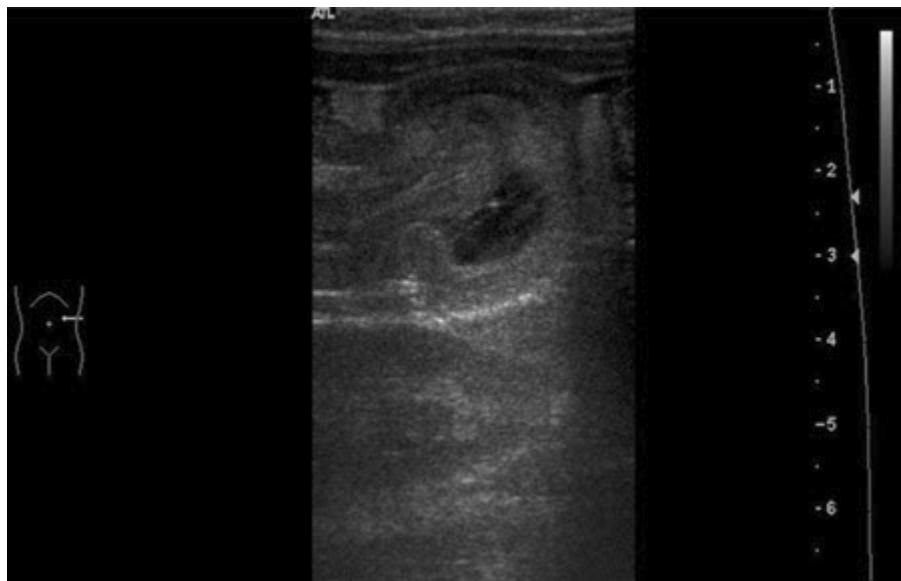


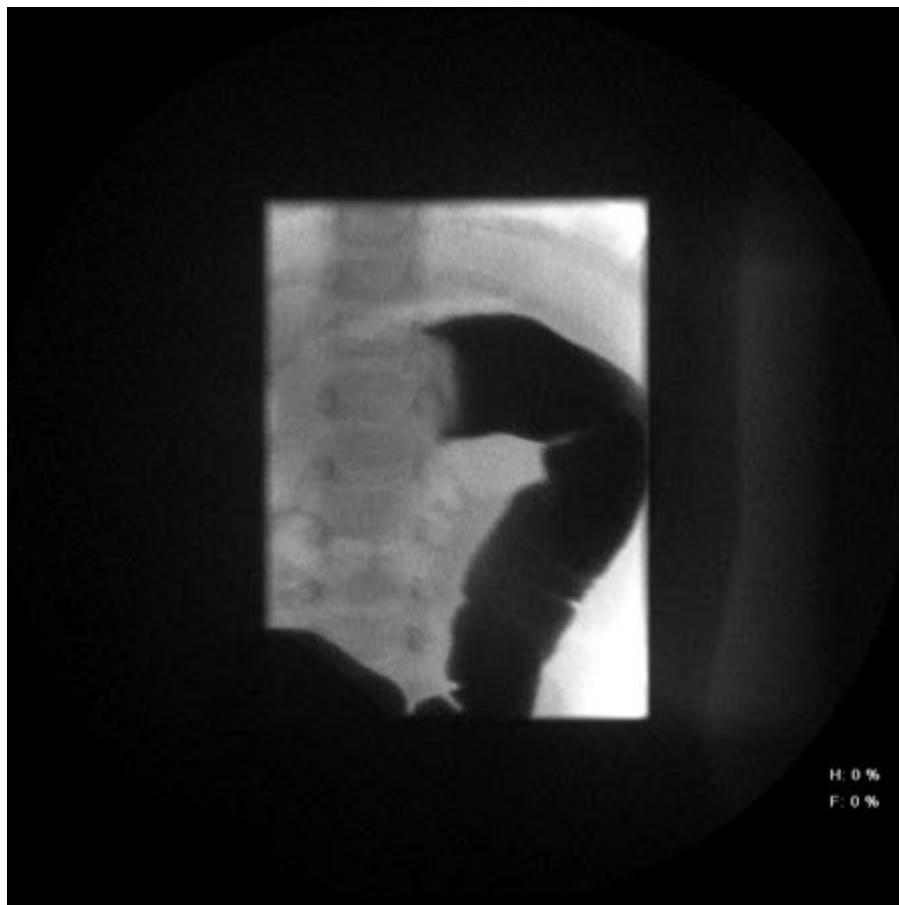
Figura 9: Intussuscepção: imagem de ultrassonografia que mostra a invaginação de um segmento do intestino no segmento adjacente

BMJ Case Reports 2009; doi:10.1136/bcr.04.2009.1730



Figura 10: Intussuscepção: sonograma transversal do abdome mostrando sinal de "donut" (anéis concêntricos dentro do lúmen de uma alça distendida do intestino)

Adaptado do Student BMJ. 2008;16:76



IMAGES

Figura 11: Intussuscepção: radiografia abdominal que mostra a passagem insuficiente de bário no local da obstrução decorrente da intussuscepção

Do acervo de Dr. David J. Hackam

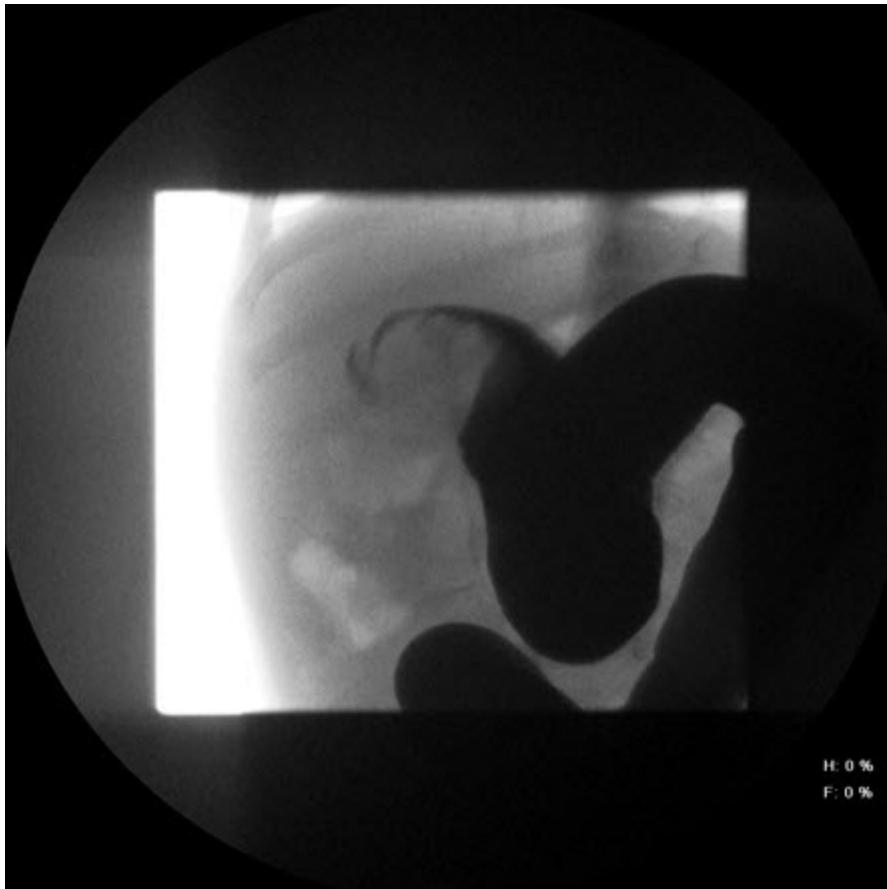


Figura 12: Intussuscepção: local de intussuscepção conforme revelado pela radiografia abdominal, que mostra o menisco

Do acervo de Dr. David J. Hackam

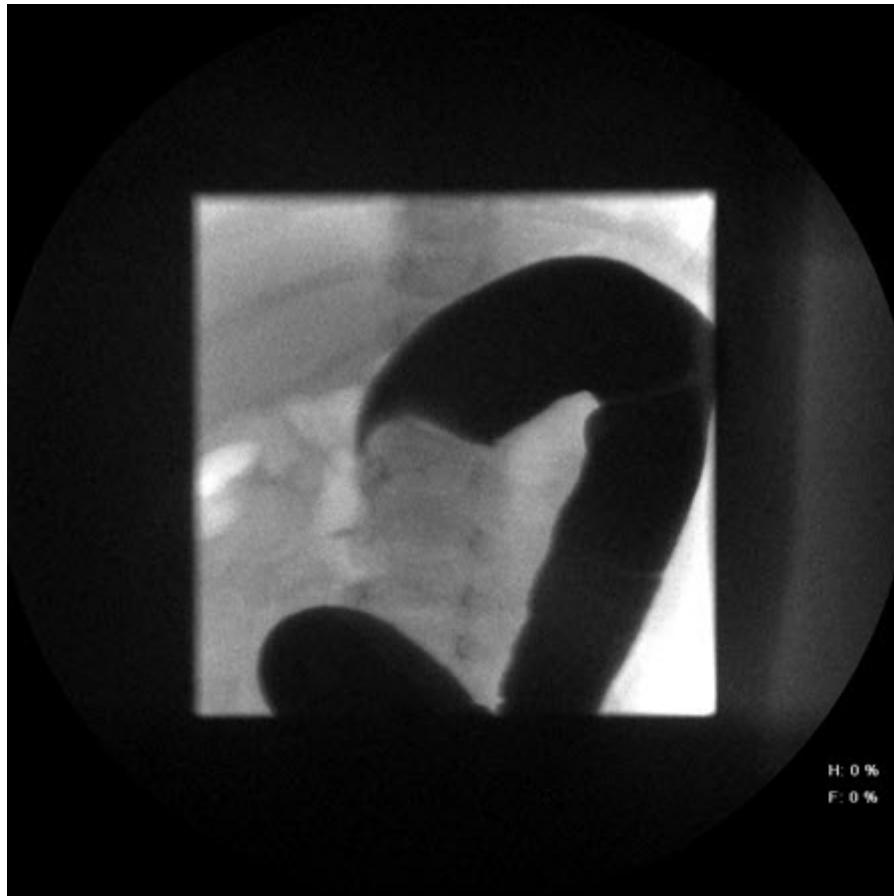


Figura 13: Intussuscepção: local de intussuscepção conforme revelado pela radiografia abdominal, que mostra o menisco

Do acervo de Dr. David J. Hackam

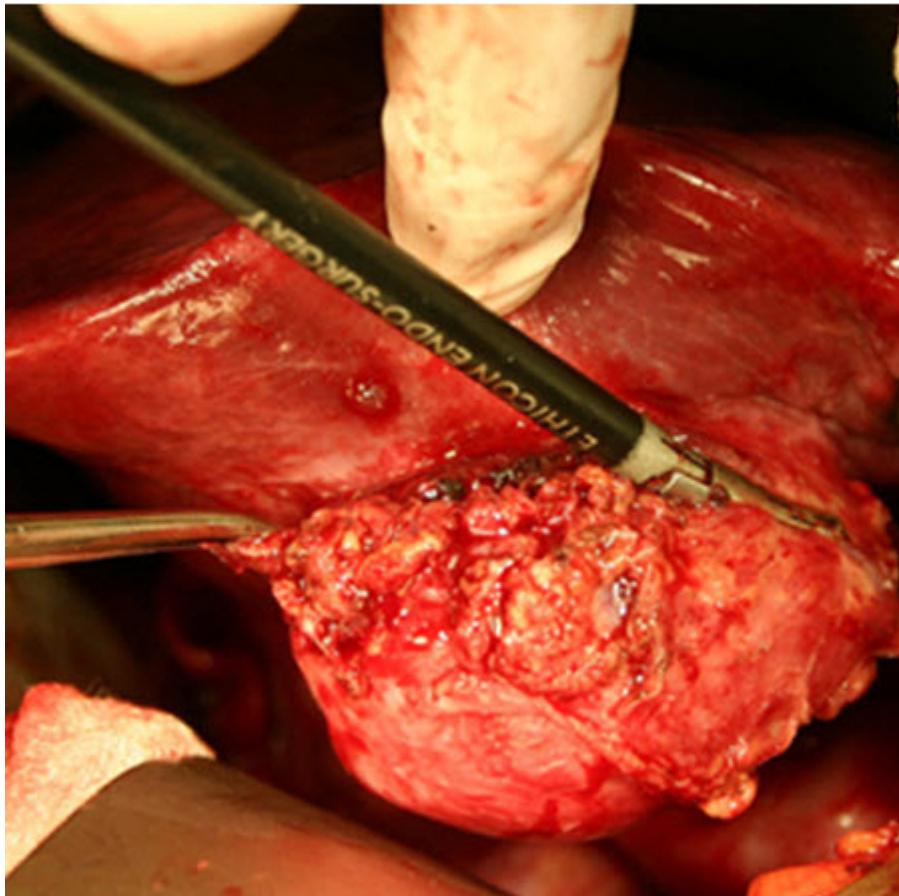


Figura 14: Colecistite: foto operatória mostrando colecistite aguda

Do acervo de Dr. Charles Bellows



Figura 15: Colecistite: ultrassonografia de colecistite aguda e presença de cálculos biliares

Do acervo de Dr. Charles Bellows

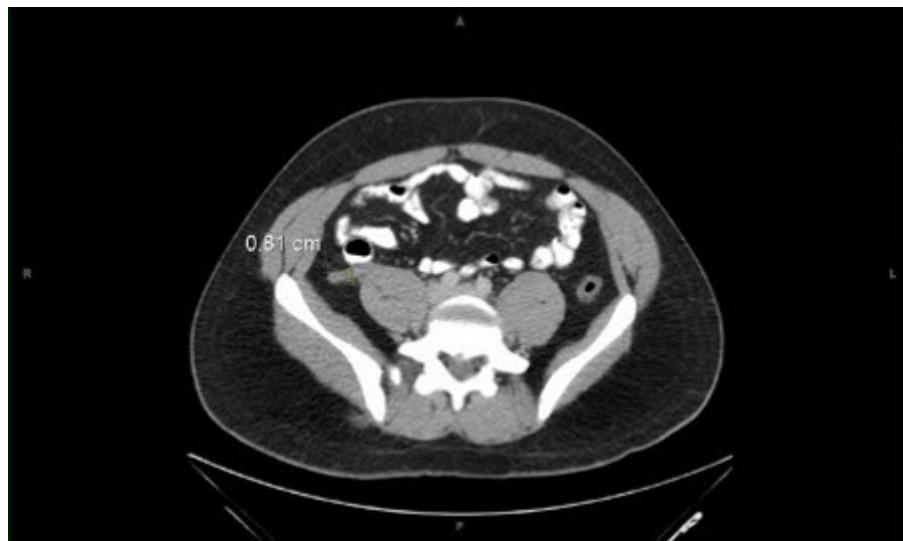


Figura 16: Apêndice: tomografia computadorizada (TC) abdominal mostrando apêndice com espessamento

Nasim Ahmed, MBBS, FACS

IMAGES



Figura 17: Gravidez ectópica: imagem de ultrassonografia de gravidez ectópica mostrando o sinal de "donut"

Do acervo pessoal de Dra. Melissa Fries, Washington Hospital Center; usado com permissão



Figura 18: Gravidez ectópica: imagem de ultrassonografia de gravidez ectópica

Do acervo pessoal de Dra. Melissa Fries, Washington Hospital Center; usado com permissão



Figura 19: Gravidez ectópica: imagem de ultrassonografia de gravidez ectópica

Do acervo pessoal de Dra. Melissa Fries, Washington Hospital Center; usado com permissão

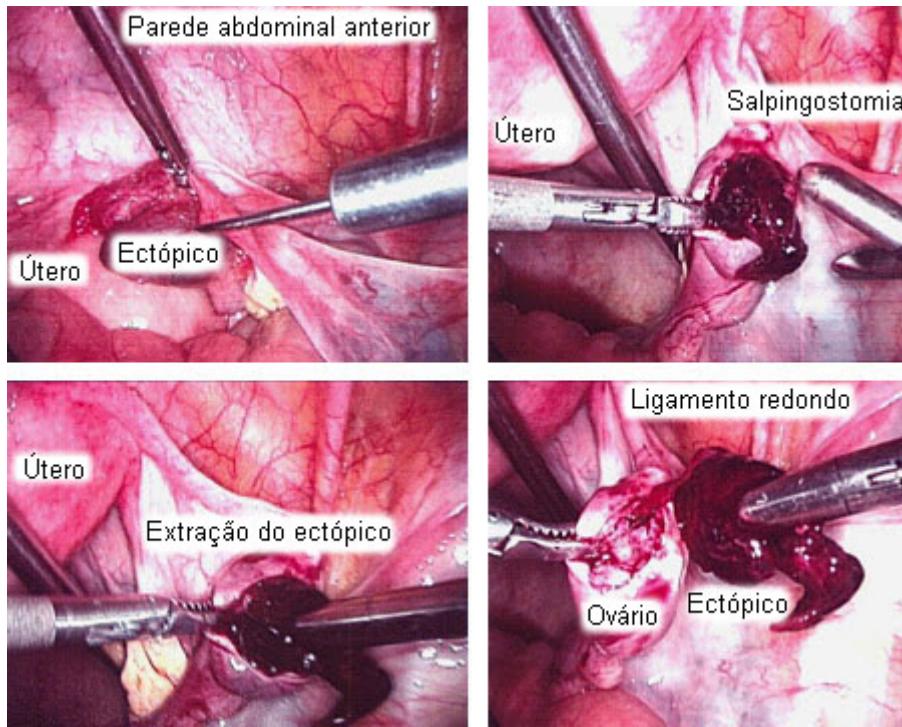


Figura 20: Gravidez ectópica: extração cirúrgica de gravidez ectópica

Do acervo pessoal de Dra. Melissa Fries, Washington Hospital Center; usado com permissão

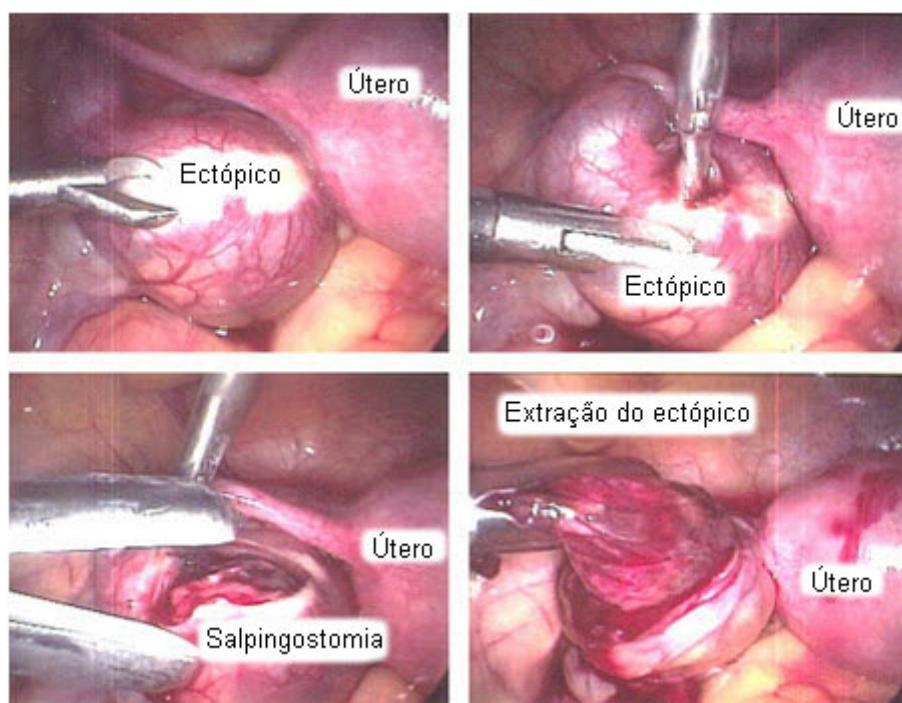


Figura 21: Gravidez ectópica: extração cirúrgica de gravidez ectópica

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Do acervo pessoal de Dra. Melissa Fries, Washington Hospital Center; usado com permissão

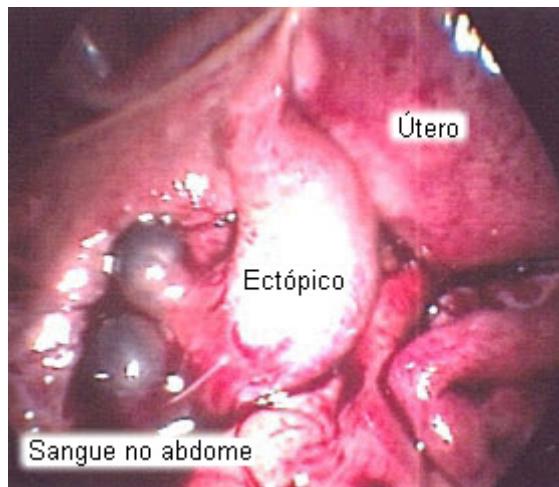


Figura 22: Gravidez ectópica: sangue no abdome

Do acervo pessoal de Dra. Melissa Fries, Washington Hospital Center; usado com permissão

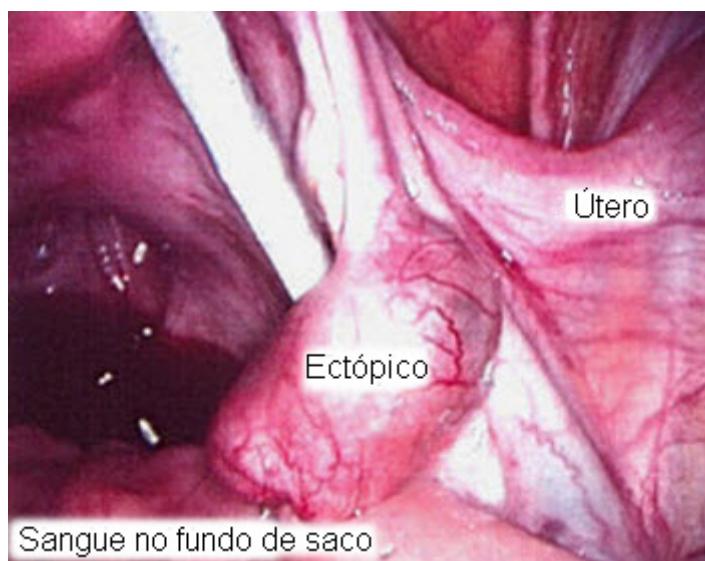


Figura 23: Gravidez ectópica: sangue no fundo de saco

Do acervo pessoal de Dra. Melissa Fries, Washington Hospital Center; usado com permissão

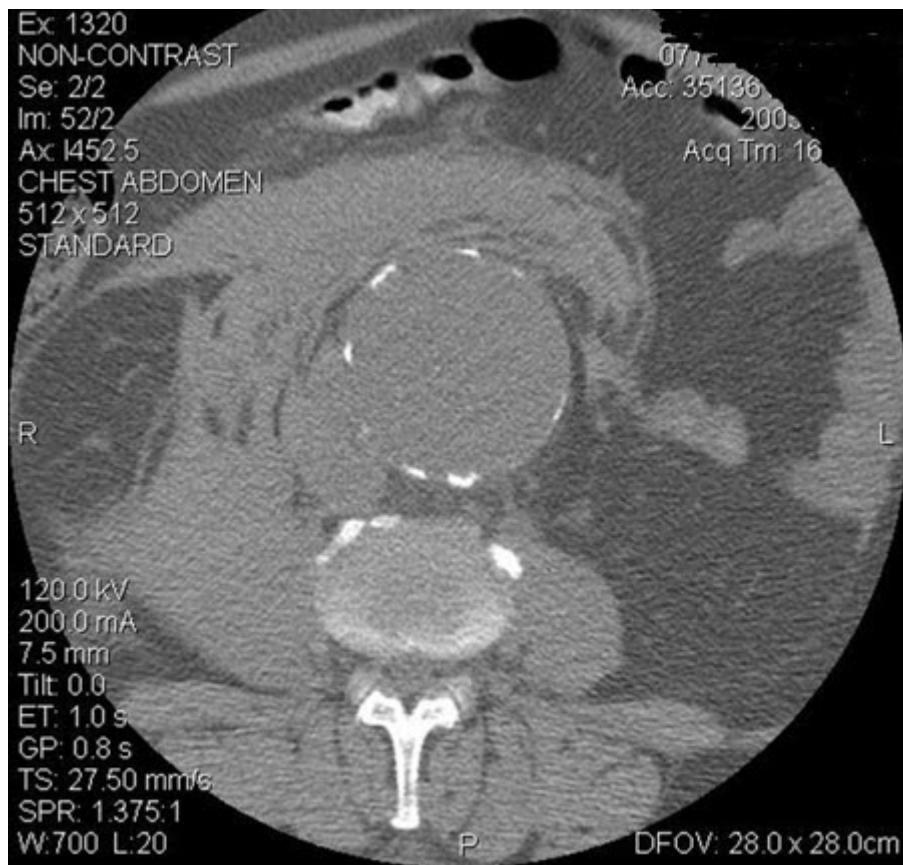


Figura 24: Aneurisma da aorta abdominal: tomografia computadorizada (TC) de um aneurisma da aorta abdominal roto

University of Michigan, mais especificamente os casos do Dr. Upchurch, representando os Departamentos de Cirurgia vascular e Radiologia

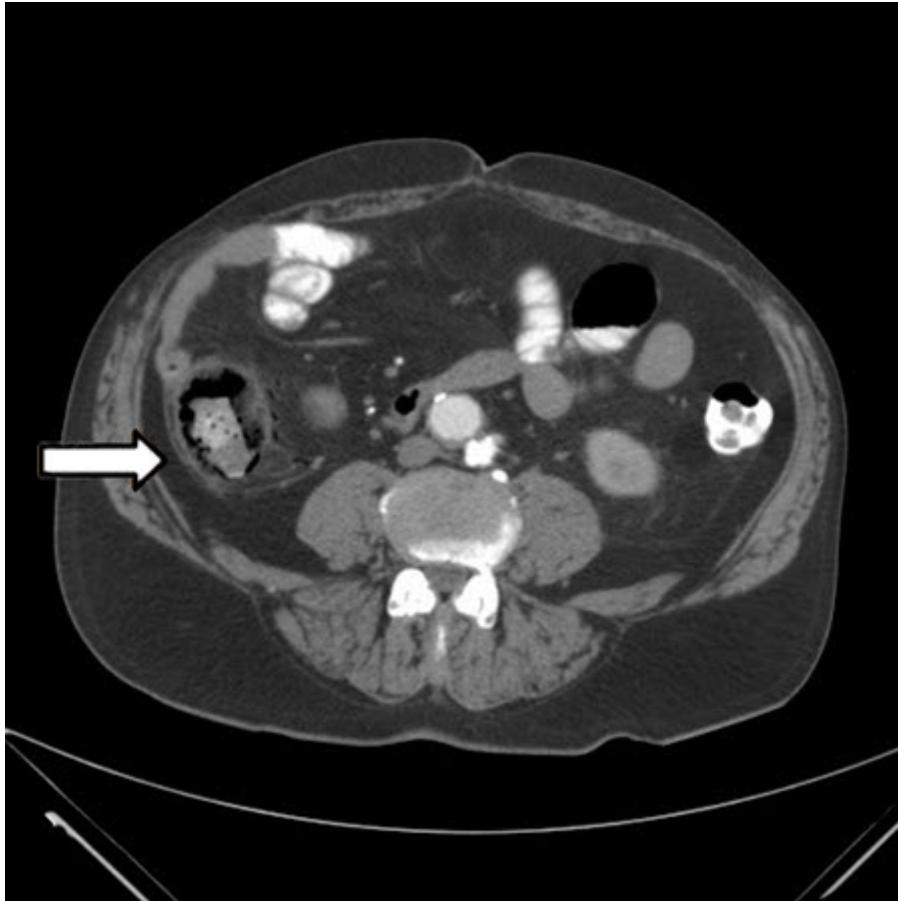


Figura 25: Doença intestinal isquêmica: tomografia computadorizada (TC) mostrando espessamento do cólon com pneumatose intestinal

Do acervo de Dra. Jennifer Holder-Murray e Dr. Alessandro Fichera



Figura 26: Doença intestinal isquêmica: Angiotomografia: trombo agudo na artéria mesentérica superior

Do acervo de Dra. Jennifer Holder-Murray e Dr. Alessandro Fichera

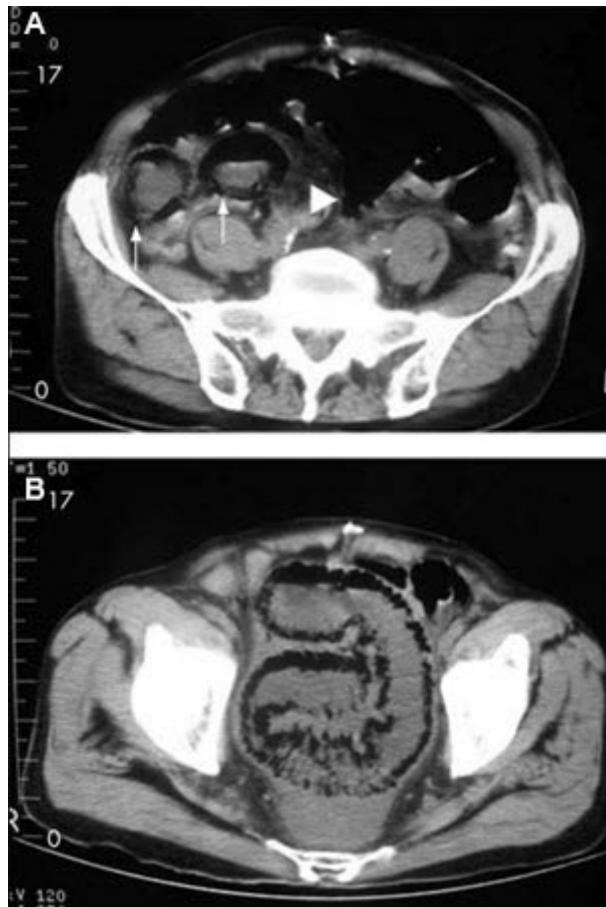


Figura 27: Doença intestinal isquêmica: homem de 84 anos que apresenta sintomas sugestivos de doença intestinal isquêmica: (A) tomografia computadorizada (TC) abdominal que revela uma formação de ar circunferencial maciça e em forma de bastonetes como pneumatose intestinal (setas) e edema pronunciado da gordura mesentérica (ponta de seta) ao redor das alças intestinais necrosadas; (B) outro corte da TC abdominal mostra pneumatose segmentar longa do intestino delgado

Lin I, Chang W, Shih S, et al. Bedside echogram in ischaemic bowel. BMJ Case Reports. 2009;bcr.2007.053462



Figura 28: Doença de Crohn: Tomografia computadorizada (TC) mostrando espessamento do íleo terminal em um paciente com exacerbação da doença de Crohn

Fornecido pelo Dr. Wissam Bleibel, Dr. Bishal Mainali, Dr. Chandrashekhar Thukral e Dr. Mark A. Peppercorn

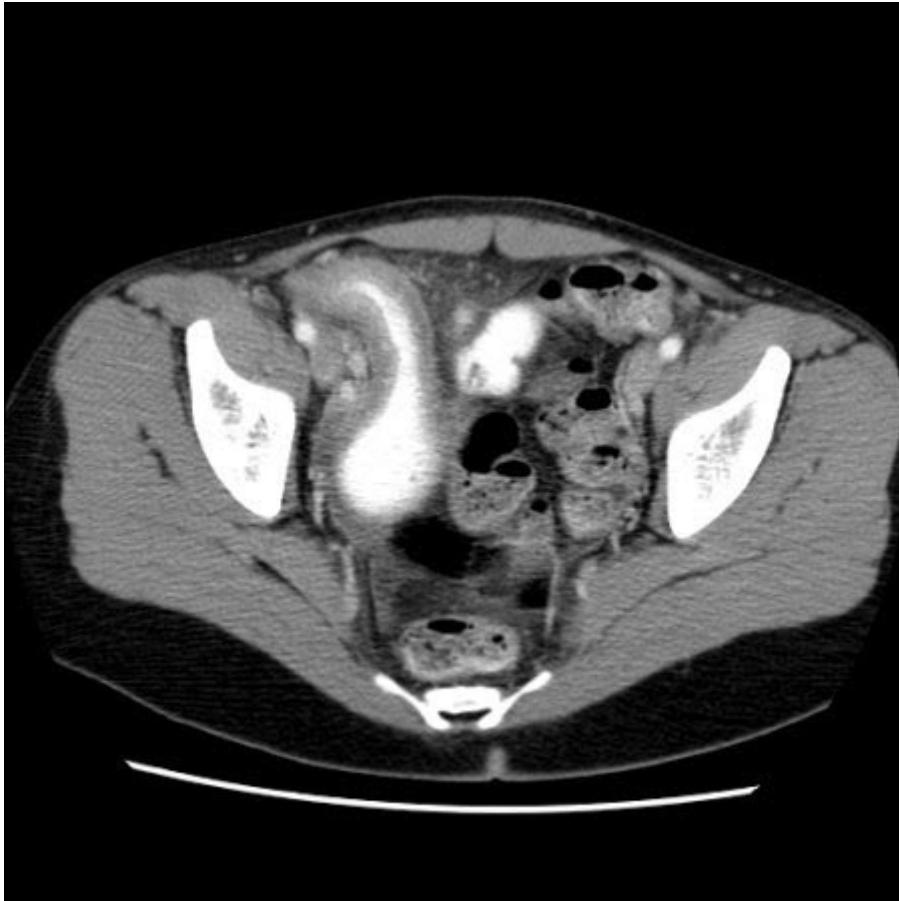


Figura 29: Doença de Crohn: Tomografia computadorizada (TC) mostrando espessamento do íleo terminal em um paciente com exacerbação da doença de Crohn

Fornecido pelo Dr. Wissam Bleibel, Dr. Bishal Mainali, Dr. Chandrashekhar Thukral e Dr. Mark A. Peppercorn



Figura 30: Doença de Crohn: vista endoscópica da ileíte de Crohn

Fornecido pelo Dr. Wissam Bleibel, Dr. Bishal Mainali, Dr. Chandrashekhar Thukral e Dr. Mark A. Peppercorn

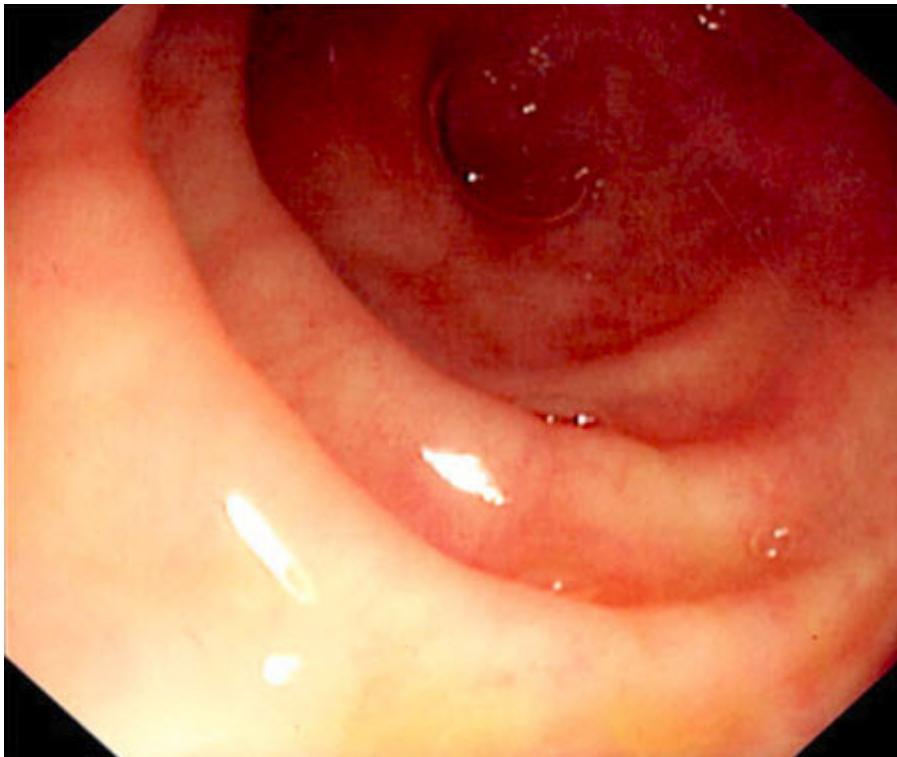


Figura 31: Doença de Crohn: visão endoscópica de íleo terminal normal

Do acervo pessoal de Dr. Charlotte Ford, North Middlesex Hospital Trust, Londres, Reino Unido



Figura 32: Ultrassonografia de colecistite aguda e presença de cálculos biliares: a seta aponta para um cálculo no fundo da vesícula biliar, com sua sombra ecogênica abaixo

Cortesia de Charles Bellows e W. Scott Helton; usado com permissão



IMAGES

Figura 33: Ultrassonografia de vesícula biliar demonstrando colelitíase com sombreamento característico

Cortesia de Kuojen Tsao; usado com permissão



Figura 34: Abscesso hepático: tomografia computadorizada (TC) mostrando um abscesso hepático (7 cm x 5 cm) em um homem de 46 anos de idade que apresentou febre, fadiga e tosse

Do acervo de imagens radiológicas do Massachusetts General Hospital

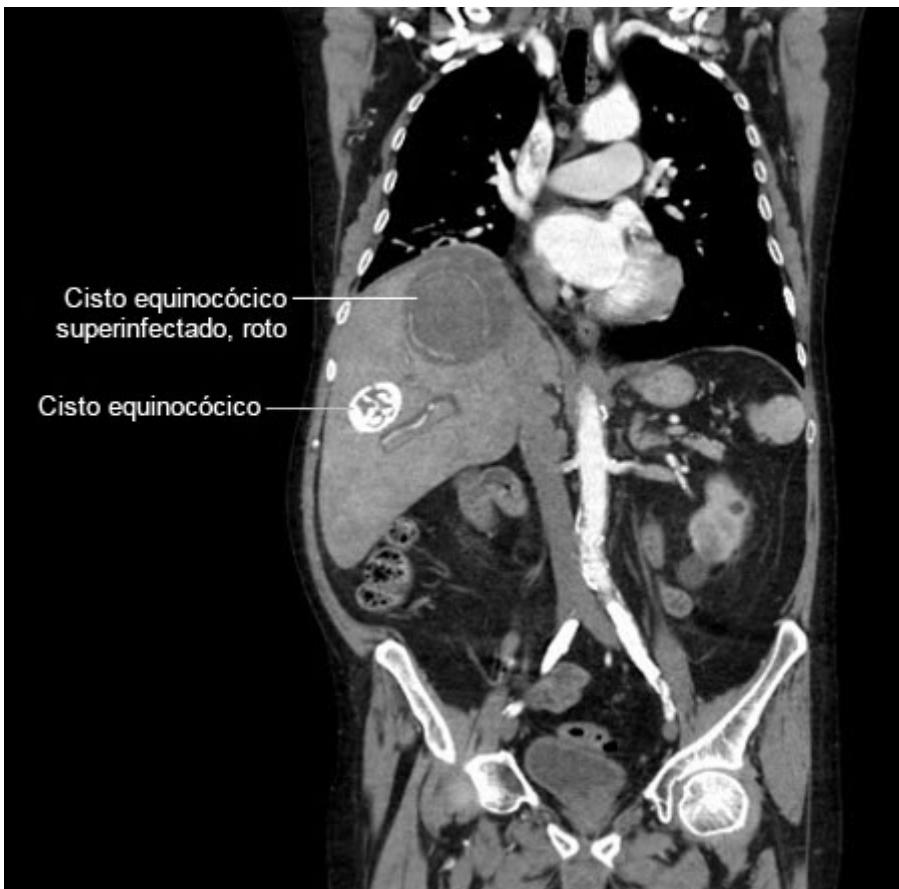


Figura 35: Abscesso hepático: tomografia computadorizada (TC) mostrando um cisto equinocócico rompido e infectado de 8 cm por 8 cm e um cisto equinocócico de 4 cm por 4 cm em um homem de 69 anos de idade, que apresentou hipotensão e dor torácica com irradiação para a região epigástrica

Do acervo de imagens radiológicas do Massachusetts General Hospital (MGH)

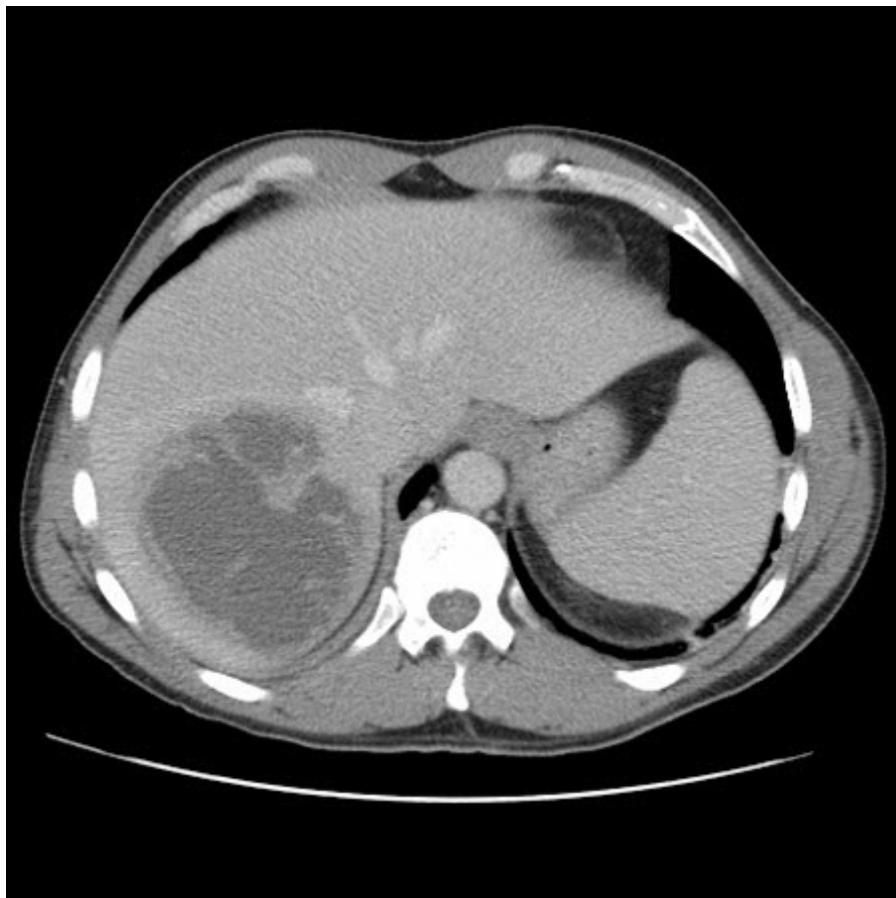


Figura 36: Abscesso hepático: tomografia computadorizada (TC) (vista coronal) mostrando abscesso hepático em um homem de 46 anos de idade que apresentava febre, fadiga e tosse

Do acervo de imagens radiológicas do Massachusetts General Hospital

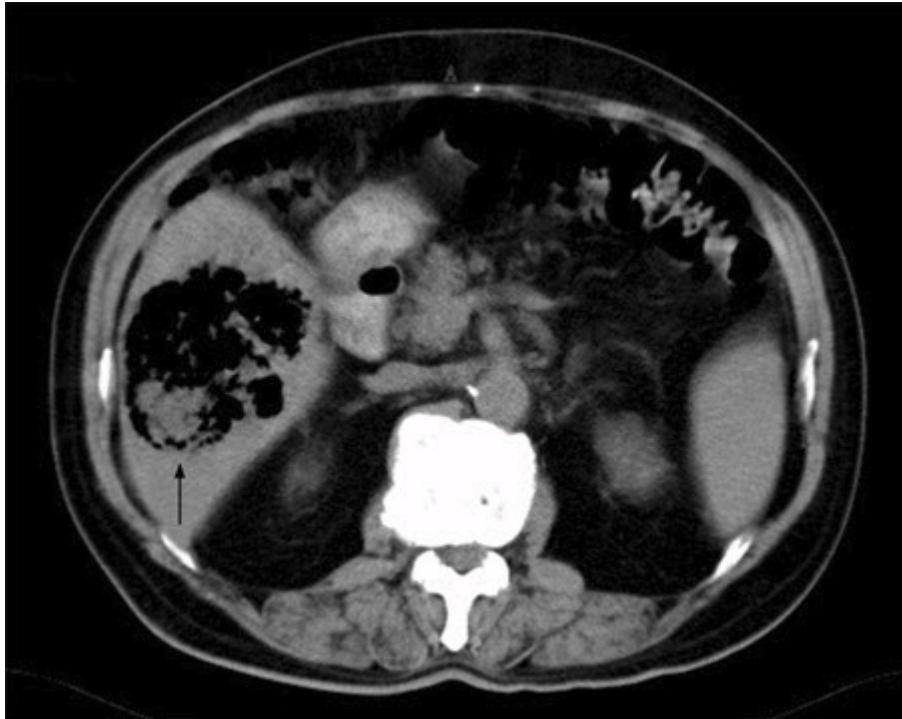


Figura 37: Abscesso hepático: tomografia computadorizada (TC) do abdome sem contraste mostrando um enorme abscesso hepático com gás (seta)

Adaptado de BMJ Case Reports 2009 (doi:10.1136/bcr.08.2008.0638)

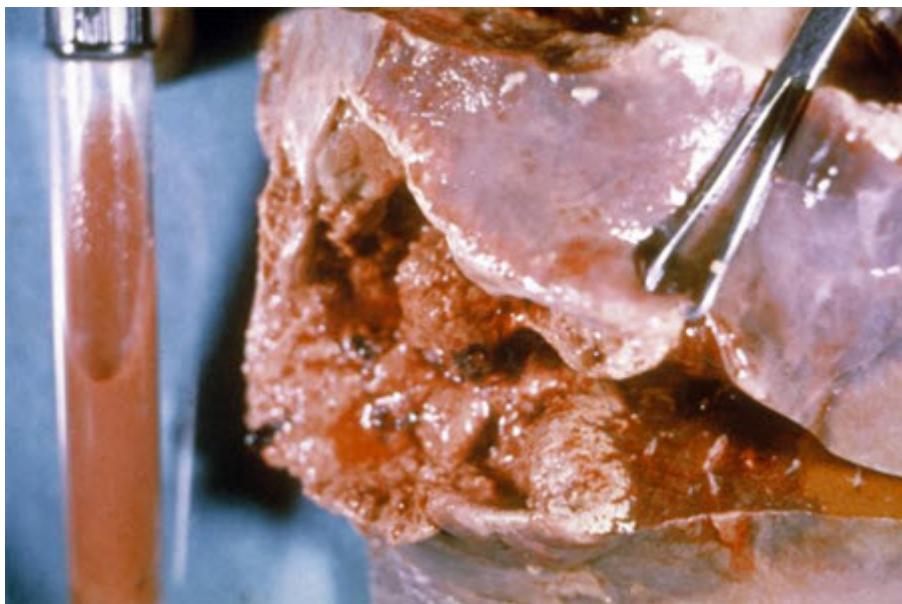
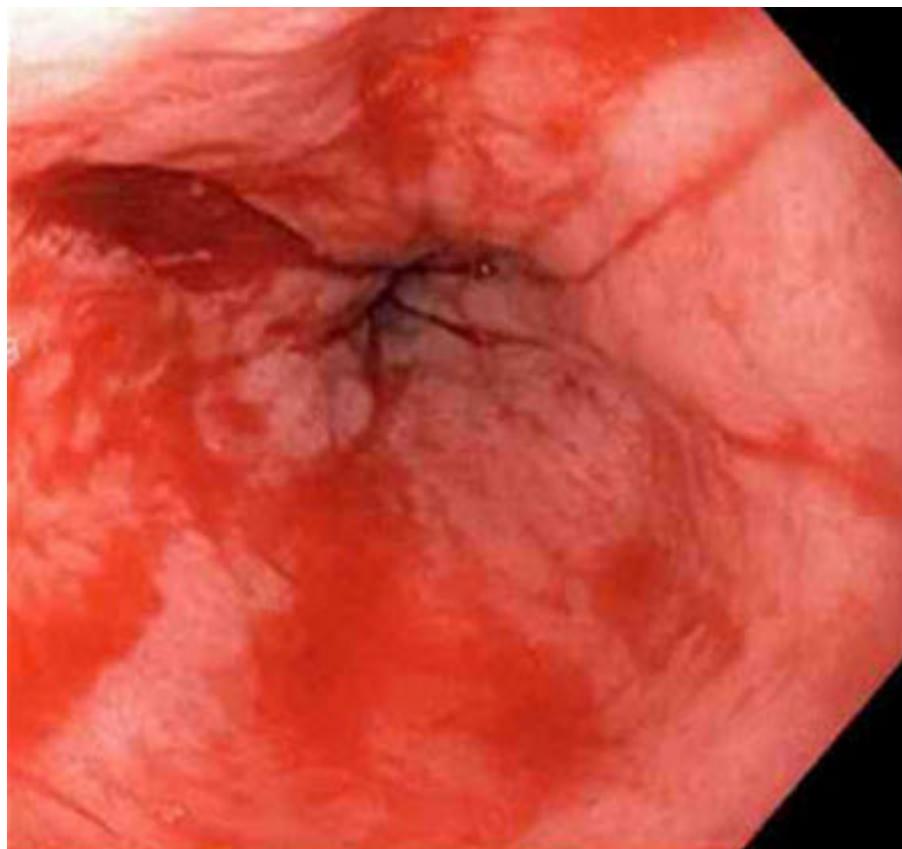


Figura 38: Abscesso hepático: patologia macroscópica de abscesso amebiano do fígado; tubo de pus "chocolate" do abscesso



IMAGES

Figura 39: Laceração de Mallory-Weiss: a laceração com sangramento ativo aparece como um defeito longitudinal vermelho com mucosa circundante normal

Do acervo de Juan Carlos Munoz, MD, University of Florida

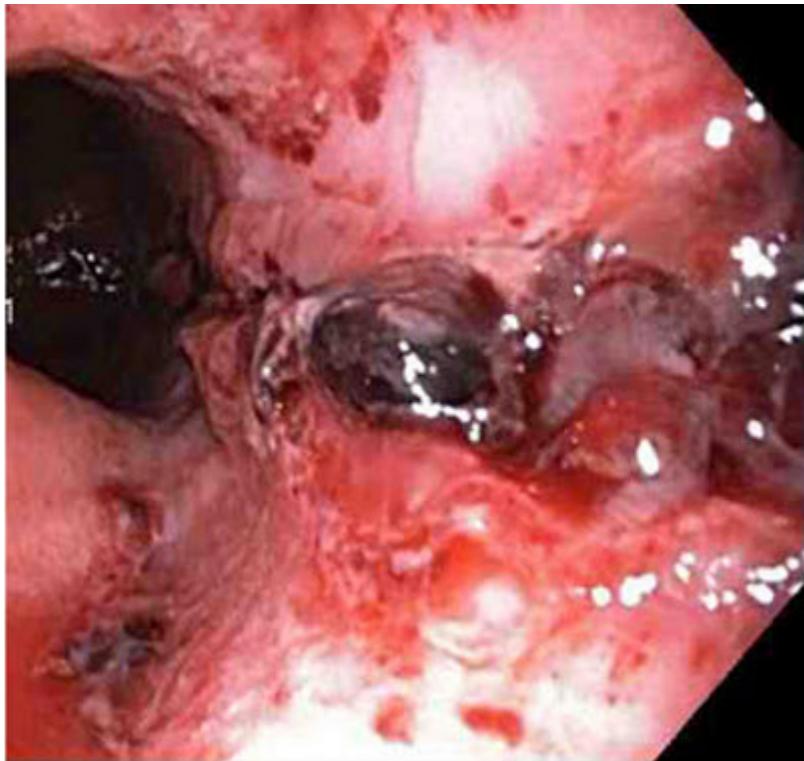


Figura 40: Laceração de Mallory-Weiss: coágulo aderente sem sangramento

Do acervo de Juan Carlos Munoz, University of Florida

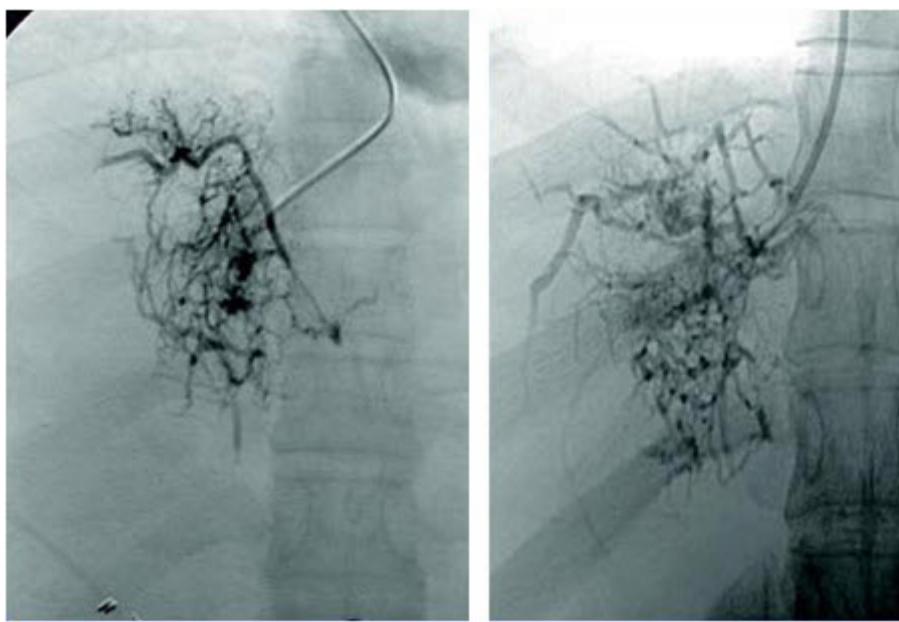


Figura 41: Síndrome de Budd-Chiari: venografia hepática mostrando "teia de aranha" e trombo na veia cava inferior



Figura 42: Doença associada ao *Clostridium difficile*: tomografia computadorizada (TC) do abdome mostrando espessamento macroscópico da parede do intestino grosso e obliteração do lumen

Yates B, Murphy CM, et al. Pseudomembranous colitis in four patients with cystic fibrosis following lung transplantation. BMJ Case Reports. 2009; doi: 10.1136/bcr.11.2008.1218

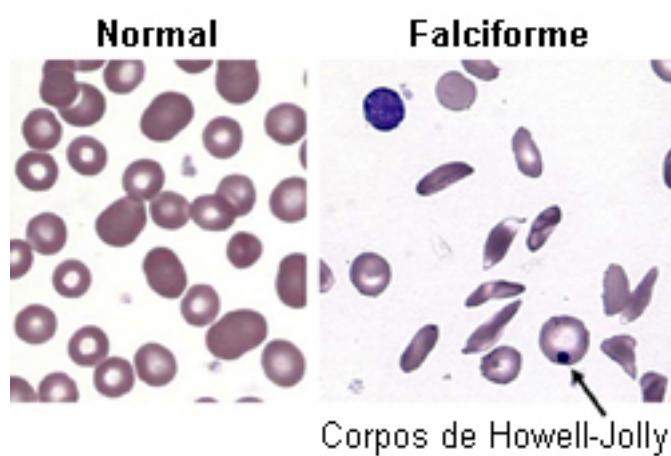


Figura 43: Eritrócitos na doença falciforme

Do acervo pessoal de Sophie Lanzkron, MD; usado com permissão

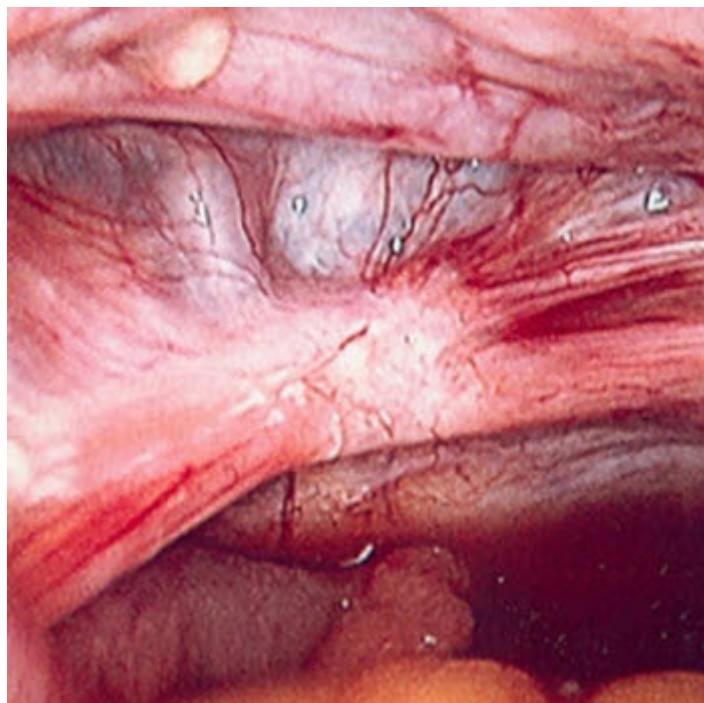


Figura 44: Endometriose: imagem laparoscópica de nódulo endometriótico

Do acervo de Dr. Jonathon Solnik; usado com permissão



Figura 45: Endometriose: imagem laparoscópica de endometrioma ovariano

Do acervo de Dr. Jonathon Solnik; usado com permissão

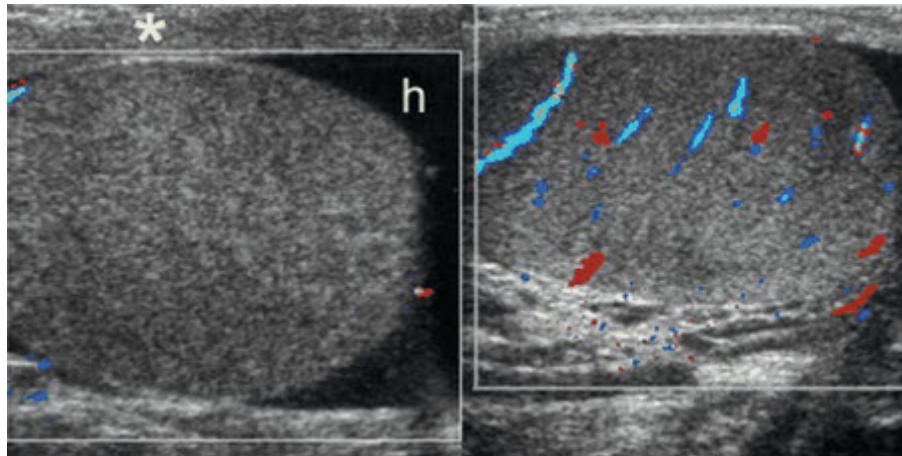


Figura 46: Torção testicular: imagens bilaterais transversais com Doppler colorido em um menino de 12 anos com dor escrotal do lado direito, de início súbito, sem sinais de fluxo colorido no testículo direito, que está aumentado e tem ecogenicidade heterogênea; hidrocele reativa (h) e espessamento da parede escrotal (*) também são observados; torção testicular e deformidade em badalo de sino foram confirmados no momento da cirurgia

Aso C, et al. RadioGraphics. 2005;25:1197-1214; usada com permissão

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,000
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

DISCLAIMER

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 28, 2018.

117

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Charles A. Leath III, MD, MSPH, FACS

Professor

Division of Gynecologic Oncology, The University of Alabama, Birmingham, AL

DIVULGAÇÕES: CAL has served on advisory boards for Celsion and Mateon Therapeutics.

William J. Lowery, MD

Gynecologic Oncologist

Walter Reed National Military Medical Center, Bethesda, MD

DIVULGAÇÕES: W JL has participated in a speakers' bureau for Astra Zeneca to discuss Lynparza for ovarian cancer.

// Reconhecimentos:

Dr Charles A. Leath III and Dr William J. Lowery would like to gratefully acknowledge Dr Aaron W. Campbell and Dr Jin H. Ra, previous contributors to this monograph. AWC and JHR declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

William Winter, MD

Staff

Gynecologic Oncologist, Northwest Cancer Specialists, Rose Quarter Cancer Center, Portland, OR

DIVULGAÇÕES: WW declares that he has no competing interests.

Michael West, MD, PhD

Professor and Vice Chair

UCSF Department of Surgery, Chief of Surgery, San Francisco General Hospital, San Francisco, CA

DIVULGAÇÕES: None declared.