

BMJ Best Practice

Avaliação da dor abdominal crônica

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jun 22, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	8
Considerações de urgência	8
Diagnóstico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Visão geral do diagnóstico diferencial	14
Diagnóstico diferencial	16
Referências	35
Aviso legal	40

Resumo

- ◊ A dor abdominal crônica é definida como um desconforto abdominal contínuo ou intermitente durante pelo menos 6 meses. A dor pode surgir de qualquer sistema, incluindo os tratos geniturinário, gastrointestinal e ginecológico. A etiologia da dor abdominal crônica é tão ampla que apenas as causas mais comuns serão tratadas aqui. Nem sempre existe uma relação evidente com uma estrutura anatômica ou um processo subjacente.

◊ **Classificação :**

A dor abdominal crônica é dividida em etiologias orgânicas e funcionais. As etiologias orgânicas possuem uma evidente causa anatômica, fisiológica ou metabólica. Apesar de uma avaliação diagnóstica completa, a dor abdominal crônica sem uma causa evidente é geralmente denominada como um transtorno funcional.

É menos provável que a dor abdominal crônica, comparada à dor abdominal aguda, revele uma patologia orgânica subjacente. A dor abdominal aguda geralmente indica uma alteração fisiológica súbita, como um órgão com cavidade perfurada ou obstruída, infecção, inflamação ou um evento isquêmico súbito.

◊ **Epidemiologia :**

A dor abdominal crônica é uma queixa comum na unidade básica de saúde e em clínicas subespecializadas. A prevalência da condição é desconhecida, mas os dados epidemiológicos sugerem que a incidência de dor abdominal não especificada é de 22.9 por 1000 pessoa-anos. A dor abdominal foi relatada em 25% da população adulta durante pesquisas transversais.[\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) A prevalência é a mesma entre diferentes faixas etárias, etnias e regiões geográficas.[\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) [\[7\]](#) [\[8\]](#) [\[9\]](#)

O diagnóstico e o manejo de pacientes com dor abdominal crônica geralmente são desafiadores, e pode ser uma experiência frustrante para o médico e o paciente. Fatores que contribuem para isso incluem baixa sensibilidade da história e do exame físico, diagnóstico diferencial amplo que abrange diversas especialidades e investigação diagnóstica geralmente negativa.

Estudos epidemiológicos sugerem que a grande maioria dos pacientes com dor abdominal crônica possui transtornos gastrointestinais, como síndrome do intestino irritável ou dispepsia funcional.[\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) [\[7\]](#) [\[8\]](#) [\[9\]](#) [\[10\]](#) No entanto, a dor associada a esses transtornos é inespecífica e pode assemelhar-se ou coexistir com transtornos orgânicos.

Etiologia

Classificação pela localização

A seguinte classificação etiológica pode ser prática e útil para a avaliação de pacientes com dor abdominal crônica, embora a dor possa decorrer de um grande número de causas em qualquer sistema (apenas as causas mais comuns serão tratadas com mais detalhes):

I. Dor originada da víscera abdominal (dor abdominal visceral)

- Trato gastrointestinal: órgãos ocos
 - Esôfago: esofagite (por exemplo, doença do refluxo gastroesofágico [DRGE]); induzida por medicamento (por exemplo, bifosfonato, eritromicina); transtornos de motilidade (por exemplo, acalasia atípica); câncer esofágico
 - Estômago: gastrite crônica (por exemplo, Helicobacter pylori); induzida por medicamento/bebidas alcoólicas; úlcera péptica; câncer gástrico
 - Intestino delgado: inflamação (por exemplo, doença de Crohn); induzida por medicamento (por exemplo, aspirina, anti-inflamatório não esteroidal [AINE]); obstrução subaguda (por exemplo, volvulo, intussuscepção)
 - Intestino grosso: inflamação (por exemplo, colite ulcerativa, colite de Crohn, gastroenterite infecciosa); obstrução subaguda (por exemplo, volvulo, tumor); câncer colorretal
- Trato gastrointestinal: órgãos sólidos
 - Fígado: carcinoma hepatocelular, metástase, abscesso
 - Pâncreas: pancreatite crônica, pseudocistos/cistos pancreáticos
 - Vesícula biliar: colecistite, colelitíase
- Trato urogenital
 - Rins/ureter/bexiga: nefrolitíase, pielonefrite, abscesso perinefrético
 - Doenças ginecológicas intra-abdominais: endometriose
- Vasculatura abdominal
 - Isquemia mesentérica crônica/isquemia intestinal/angina abdominal
 - Síndrome mesentérica superior

II. Dor irradiada de uma causa extra-abdominal (dor abdominal irradiada)

- Pelve
 - Dor pélvica crônica (DPC) (por exemplo, cistite intersticial, endometriose, aderências, síndrome uretral, alterações ou disfunção dos músculos pélvicos)[\[11\]](#) [\[12\]](#)
 - Genitália feminina e órgãos reprodutivos (por exemplo, doença inflamatória pélvica [DIP], endometriose, doenças do cisto ovariano, neoplasias ginecológicas)
 - Genitália masculina e órgãos reprodutivos (por exemplo, prostatite, câncer de próstata, epididimite, torção intermitente/recorrente do testículo)[\[13\]](#) [\[14\]](#)
- Peito/tórax

- Pulmões (por exemplo, neoplasias)
- Pleura e parede torácica
- Musculoesquelético
 - Parede abdominal (por exemplo, síndrome do encarceramento dos nervos cutâneos abdominais, hérnia da parede abdominal)[15]
 - Coluna (por exemplo, radiculite)
- Causas neurogênicas
 - Herpes-zóster

III. Causas sistêmicas/metabólicas

- Doença celíaca
- Intolerância à lactose/deficiência de lactase
- Medicamentos: narcóticos, bloqueadores de canal de cálcio não di-hidropiridínicos, vitaminas, complementos minerais (por exemplo, ferro, cálcio, magnésio e alumínio)
- Porfiria: intermitente aguda
- Envenenamento por metais pesados: chumbo/arsênico
- Febre familiar do Mediterrâneo
- Hemoglobinúria paroxística noturna

IV. Neurogastroenterologia

- Síndrome do intestino irritável
- Dispepsia funcional
- Síndrome da dor abdominal mediada centralmente (anteriormente denominada síndrome da dor abdominal funcional)
- Síndrome do intestino narcótico
- Enxaqueca abdominal.

Classificação pela fisiopatologia

Além da categorização pelo órgão ou sistema envolvido, também deve ser considerada a fisiopatologia subjacente.

1. Obstrução mecânica

- A obstrução do trato intestinal, urinário ou biliar geralmente se apresenta agudamente. A obstrução parcial ou intermitente pode demorar mais para ser reconhecida e ocasionar sintomas abdominais crônicos ou recorrentes.

2. Ruptura da víscera oca

- Geralmente associada a uma apresentação aguda. No entanto, pequenas perfurações com vedação espontânea e resultando na formação de abscessos locais pode levar a uma dor abdominal crônica.

3. Inflamação crônica

- Pode levar aos sintomas da dor abdominal crônica.

- A inflamação intestinal pode envolver diferentes segmentos do trato gastrointestinal e ser secundária a diversas etiologias. Exemplos comuns são inflamação esofágica decorrente de refluxo gastroesofágico, inflamação gástrica por Helicobacter pylori e inflamação do intestino grosso e/ou delgado decorrente de colite ulcerativa ou doença de Crohn.
- Os processos inflamatórios envolvendo outros órgãos gastrointestinais (por exemplo, pâncreas, fígado, vesícula biliar) e órgãos não gastrointestinais (por exemplo, bexiga urinária e rins) devem ser considerados.

4. Isquemia

- A redução no fluxo sanguíneo intestinal (isquemia intestinal/mesentérica) pode ser aguda no início, com consequências sérias (e algumas vezes catastróficas), ou pode ser crônica, causando sintomas gastrointestinais crônicos ou recorrentes. A maior parte dos pacientes com isquemia mesentérica crônica é assintomática em virtude da boa circulação colateral entre as 3 artérias mesentéricas. Os sintomas surgem quando há oclusão significativa de 2 das 3 artérias mesentéricas principais.[\[16\]](#)
- Deve-se suspeitar de isquemia mesentérica crônica (algumas vezes denominada angina intestinal) principalmente em pacientes idosos com doença vascular aterosclerótica subjacente e/ou história de tabagismo intenso que apresentam dor surda e em cólicas no abdome superior/epigástrico, geralmente aparecendo dentro de 1 hora após as refeições e diminuindo espontaneamente ao longo de 2 a 3 horas. Outros sintomas incluem náuseas e vômitos, perda de peso e aversão alimentar.
- Doença microvascular oclusiva em pacientes com doença falciforme, vasculite de pequenos vasos, estado de pouco fluxo ou doença veno-occlusiva.
- A calcificação dos vasos mesentéricos na radiografia é sugestiva, mas outros exames, incluindo tomografia computadorizada (TC) ou angiografia por ressonância nuclear magnética (RNM) e ultrassonografia duplex mesentérica, são geralmente necessários para confirmar o diagnóstico.[\[17\]](#) [\[18\]](#)

5. Medicamentos

- Diversos medicamentos causam inflamação, lesão ou mesmo ulceração da mucosa intestinal.
- Os exemplos incluem inflamação esofágica decorrente de eritromicina ou bifosfonatos e inflamação gástrica ou do intestino delgado decorrente do uso crônico de aspirina ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).
- Determinados medicamentos podem causar sintomas abdominais, incluindo dor, sem possuir manifestações inflamatórias explícitas. Os bloqueadores de canal de cálcio não di-hidropiridínicos, como diltiazem e verapamil, reduzem a motilidade estomacal e ocasionam constipação crônica e dor. Os complementos de vitaminas e minerais comuns, como ferro e cálcio, podem exacerbar a constipação e a dor abdominal, ao passo que o magnésio e o alumínio, em altas doses, podem causar evacuação diarreica, geralmente com dor em cólica.
- O uso crônico de narcóticos, além de colaborar para a constipação crônica, pode contribuir com a hiperálgesia visceral ou com um intestino excessivamente sensível. O uso prolongado de narcóticos, principalmente de agentes de curta ação, causa um efeito de "ascensão e queda", cujo alívio temporário torna o trato intestinal mais sensível e, assim, gera mais dor e leva ao uso crescente de narcóticos. Dor abdominal crônica que ocorre na situação de uso crônico de narcóticos, com ou sem doses crescentes, sem promoção de alívio da dor, é conhecida como síndrome do intestino narcótico (hiperalgesia gastrointestinal induzida por opioide).[\[19\]](#) Os sintomas de síndrome do intestino narcótico podem melhorar após a supressão do opioide.[\[19\]](#) [\[10\]](#) [\[20\]](#)

6. Distúrbios centralmente mediados de dor gastrointestinal

- A síndrome da dor abdominal mediada centralmente (SDAMC) é um distúrbio gastrointestinal funcional. Refere-se a condições que resultam da sensibilização do sistema nervoso central (SNC) com desinibição dos sinais de dor, em vez do aumento da excitabilidade aferente periférica. Diferentemente da síndrome do intestino irritável e da dispepsia funcional, relata-se que a dor associada à SDAMC é constante e não está relacionada a eventos periféricos, como ingestão alimentar ou defecação.[10]
- Os sintomas de síndrome do intestino narcótico (hiperalgesia gastrointestinal induzida por opioide) podem melhorar após a supressão do opioide.[19] [10] [20]

Considerações de urgência

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

Qualquer alteração na descrição da dor ou surgimento de novos sintomas deve alertar o médico para uma agudização de doença crônica (por exemplo, perfuração, obstrução ou formação de abscesso na doença de Crohn conhecida) ou uma nova condição que justifique uma investigação.

Sinais de alerta da história incluem febre, vômitos, intestino preso com dificuldade para funcionar (obstipação), síncope, dorsalgia ou dor torácica concomitante, desconforto respiratório e sangramento vaginal ou gastrointestinal agudo (incluindo emese tipo borra de café ou melena nas fezes).[\[21\]](#) Febre, taquicardia, taquipneia e hipotensão requerem avaliação urgente.

Peritonite ou obstrução são os desfechos mais sérios e requerem avaliação e intervenção imediata. Sinais de envolvimento do peritônio incluem dor à descompressão brusca e ruídos hidroaéreos reduzidos. O local da dor/sensibilidade pode direcionar o diagnóstico (por exemplo, dor no quadrante inferior direito na apendicite, dor no quadrante superior direito na colecistite aguda), mas a especificidade é baixa. Se características como distensão abdominal, ruídos hidroaéreos ausentes/claros, percussão hipertimpânica e massas abdominais palpáveis forem eliciadas, a obstrução intestinal é provável e deve ser tratada imediatamente.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A avaliação inclui 4 componentes principais:[\[22\]](#)

1. História
2. Exame físico
3. Avaliação psicossocial
4. Investigações.

A sensibilidade da história e o exame físico são baixos. Dor epigástrica e patologia gastroduodenal, dor no quadrante superior direito e patologia hepatobiliar e dor suprapúbica e patologia ginecológica são os únicos achados com especificidade >50%.[\[23\]](#) O exame físico deve ser integrado com os achados da história e outras informações colaterais para focar a investigação diagnóstica nos possíveis diagnósticos.

A dor pode surgir de qualquer sistema, incluindo os tratos geniturinário, gastrointestinal e ginecológico. A etiologia da dor abdominal crônica é tão ampla que apenas as causas mais comuns serão tratadas aqui.

Avaliação dos sintomas

A localização da dor a partir da víscera abdominal, principalmente o intestino delgado, é imprecisa. A maior parte do trato digestivo fica compreendida na linha média por causa da sua inervação simétrica. As exceções incluem patologias do cólon ascendente/descendente e da vesícula biliar, que podem se apresentar com dor de um lado em decorrência de inervação unilateral. A localização da dor e a percepção do paciente da distribuição anatômica pode ajudar algumas vezes a restringir o diagnóstico diferencial e direcionar a avaliação diagnóstica:

- Dor epigástrica e na parte superior do abdome pode indicar origem esofágica (por exemplo, refluxo gastroesofágico), estomacal (por exemplo, gastrite, gastroparesia), duodenal (por exemplo, úlcera), da vesícula biliar (por exemplo, colecistite) ou pancreática (por exemplo, pancreatite).
- A dor na parte inferior do abdome pode indicar envolvimento do intestino grosso, e a lateralização pode auxiliar a distinguir entre o cólon descendente/sísmoide (por exemplo, diverticulite do lado esquerdo) e ascendente/ceco (por exemplo, ileocolite de Crohn) ou apêndice (por exemplo, apendicite).
- A dor na pelve pode sugerir origem ginecológica (por exemplo, cistos ovarianos, doença inflamatória pélvica [DIP]) ou síndrome da dor pélvica crônica (por exemplo, cistite intersticial, endometriose, síndrome uretral ou alterações e disfunção dos músculos pélvicos).[\[11\]](#) [\[12\]](#)
- O ponto de dor máxima localizado no abdome anterior pode indicar dor na parede abdominal crônica ou síndrome do encarceramento dos nervos cutâneos abdominais.[\[15\]](#)

A dor localizada também pode aumentar em locais específicos como os rins, ureteres e ovários, e de uma fonte focal de irritação peritoneal.

A informação sobre os fatores exacerbantes e de alívio pode fornecer outras pistas:

- Dor agravada pela alimentação (dor pós-prandial) pode indicar úlcera gástrica, pancreatite crônica, cálculos biliares, isquemia abdominal (também denominada angina abdominal) ou transtornos funcionais como síndrome do intestino irritável, gastroparesia, dispepsia funcional ou síndrome do desconforto pós-prandial (saciadade pós-prandial).
- Dor aliviada pela alimentação sugere úlcera péptica duodenal.
- Dor aliviada pela evacuação pode indicar síndrome do intestino irritável.

- Dor associada a ciclos menstruais sugere origem ginecológica. Outros sintomas de dispareunia, dismenorreia, dor ao evacuar e infertilidade sugerem endometriose.[\[12\]](#)
- Dor associada à urgência urinária e micção frequente sugere cistite intersticial.[\[24\]](#)
- Dor no abdome anterior que é acentuada por atividade física pode indicar dor na parede abdominal crônica ou síndrome do encarceramento dos nervos cutâneos abdominais.[\[15\]](#)

Os médicos devem rastrear os sintomas associados da dor, incluindo:

- Febre
- Calafrios
- Sudorese noturna
- Náuseas e vômitos
- Diarreia
- Constipação
- Sangue nas fezes[\[25\]](#)
- Anemia[\[25\]](#)
- Alteração no apetite ou hábito intestinal
- Perda/ganho de peso.

Exame físico

O exame físico deve focar primeiro nos sinais vitais. Febre, taquicardia, taquipneia e hipotensão sugerem doença aguda que requer avaliação urgente.

Um exame de cabeça e pescoço é útil para sinais inespecíficos de patologia intra-abdominal, incluindo:

- Emaciamento das têmporas, olhos encovados e clavículas proeminentes, sugerindo perda de peso significativa
- Membranas mucosas secas, indicando depleção de volume
- Esclera icterica, indicando doença hepatobiliar
- Conjuntiva pálida, sugerindo anemia.

A doença vascular periférica é sugerida pela redução dos pulsos e pode coexistir com angina intestinal ou isquemia mesentérica. Dor na inspiração profunda sugere dor referida dos pulmões ou dor no quadrante superior direito/esquerdo.

Em muitos casos, o exame físico não apresenta nada digno de nota, mas dor à descompressão brusca, defesa ou sensibilidade na palpação requer consideração urgente. A localização precisa da dor no abdome anterior com sinal de Carnett positivo (ou seja, aumento da dor/sensibilidade na repalpação durante a contração dos músculos abdominais, sugerindo origem na parede abdominal) pode ajudar na diferenciação entre dor na parede abdominal e patologia intra-abdominal.[\[15\]](#)

O exame cuidadoso do reto e o exame pélvico são parte de uma avaliação completa. Sangramento, diarreia, secreção/muco, sensibilidade, massas retais ou obstrução podem fornecer outras pistas importantes para o processo da doença subjacente. Em mulheres com dor pélvica/na parte inferior do abdome, deve-se considerar o exame ginecológico.[\[26\]](#)

O exame físico deve incluir a pele e a boca para achados inespecíficos como úlceras, vesículas, angioma aracniforme, sangramento ou hematoma, ou lesões específicas (por exemplo, eritema nodoso).

A cintura pélvica, a coluna lombar e o tórax (costelas e coluna) devem ser examinados, pois podem fornecer pistas sobre sintomas erroneamente atribuídos aos órgãos abdominais.

Avaliação psicossocial

A associação entre a dor abdominal crônica e uma história de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), abuso, somatização, ansiedade e depressão é bem conhecida.[\[27\]](#) [\[28\]](#) [\[29\]](#) Além disso, a relação e o funcionamento familiar podem ser fatores importantes na avaliação da incapacidade relacionada à dor, principalmente em crianças e adolescentes.[\[30\]](#) A avaliação de fatores psicossociais pode ajudar a reduzir investigações desnecessárias, determinar um plano de tratamento apropriado e influenciar no desfecho do manejo.

O transtorno afetivo pode tanto resultar da experiência da dor crônica quanto contribuir para ela. O quadro clínico, a gravidade dos sintomas e a resposta ao tratamento podem variar de acordo com anormalidades no estado mental.[\[31\]](#) [\[32\]](#)

A flutuação dos sintomas e o estado mental devem ser monitorados rigorosamente.

Investigações

Algoritmos específicos para a investigação diagnóstica da dor abdominal crônica não existem. Investigações apropriadas devem ser adaptadas à história e aos achados do exame físico e ser realizadas caso a caso. Na ausência de características alarmantes, testes laboratoriais e de imagem devem ser solicitados de forma conservativa e custo-efetiva.

1. Laboratório

Deve-se fazer perguntas ao paciente sobre investigações prévias já que, em decorrência da cronicidade de seus sintomas, muitos pacientes já foram investigados e as informações existentes podem estar disponíveis para análise.

Os exames laboratoriais padrões incluem:

- Hemograma completo com diferencial para exame de infecção ou anemia.[\[25\]](#) A contagem de plaquetas e a velocidade de hemossedimentação (VHS) podem significar um processo inflamatório.
- Eletrólitos, glicose, creatinina e ureia séricos para causas metabólicas.
- Testes da função hepática, lipase e amilase, principalmente em pacientes com dor na parte superior do abdome.
- Urinálise e urocultura para ajudar a descartar infecção do trato urinário (ITU) e cistite intersticial.[\[24\]](#)

Outros exames laboratoriais com base em cada caso incluem:

- Exames de fezes para cultura, ovos e parasitas e antígeno da Giardia devem ser realizados se houver suspeita de causa bacteriana, parasitária ou protozoária da dor abdominal.
- O teste de calprotectina fecal pode ser útil para o diagnóstico diferencial da doença inflamatória intestinal (DII) e das doenças articulares não inflamatórias (incluindo síndrome do intestino irritável) em adultos e crianças com sintomas gastrointestinais inferiores de início recente.[\[33\]](#)
- Teste de gravidez urinário ou sérico: esse exame deve ser realizado antes das investigações por radiografia ou endoscopia.
- Sorologia para Helicobacter pylori em pacientes com sintomas no trato gastrointestinal superior, incluindo saciedade precoce e desconforto epigástrico (isto é, sintomas dispépticos).

- Sorologia incluindo imunoglobulina A-transglutaminase tecidual (IgA-tTG), imunoglobulina G-transglutaminase tecidual (IgG-tTG), IgG para peptídeos de gliadina desamidados (DGP) e anticorpo antiendomísio (EMA) para pacientes com suspeita de doença celíaca.
- Swabs vaginais, esfregaços de Papanicolau, gonadotrofina coriônica humana beta, antígeno prostático específico e citologia da urina podem ser úteis em determinados casos com dor na parte inferior do abdome e pélvica.

2. Endoscopia

Todos os pacientes com >50 anos de idade com dor abdominal devem realizar uma endoscopia do trato gastrointestinal.

- É indicada realização de colonoscopia se a dor é no abdome inferior e/ou está associada a alterações nos hábitos intestinais.
- É indicada realização de endoscopia digestiva alta se a dor estiver localizada no abdome superior, principalmente se houver sintomas do trato gastrointestinal superior (saciedade precoce, náuseas, vômitos) ou se houver elevada suspeita de doença celíaca.[34]

Não há diretrizes sugerindo quando esses testes devem ser solicitados em pacientes mais jovens (<50 anos de idade).

3. Exames por imagem

Investigações adicionais dependem dos achados clínicos.

- A ultrassonografia abdominal superior pode ser indicada para avaliar o quadrante superior direito ou dor epigástrica, principalmente se enzimas pancreáticas ou hepáticas elevadas forem encontradas.
- Indica-se ultrassonografia abdominal pélvica e transvaginal e/ou ultrassonografia transretal para a avaliação da dor na parte inferior do abdome.[26]
- A tomografia computadorizada (TC) pode ajudar a avaliar alças intestinais dilatadas; descartar obstrução intestinal parcial; detectar anormalidades em outros órgãos abdominais (por exemplo, pâncreas, fígado, rins); identificar processos inflamatórios (por exemplo, doença inflamatória intestinal, diverticulite, abscessos); investigar massas retroperitoneais ou pélvicas; e identificar anormalidades anatômicas genitais (por exemplo, duplicação do cisto duodenal).[35]).
- Deve-se considerar a possibilidade de estudo de esvaziamento gástrico em pacientes com sintomas que sugiram gastroparesia.[36]

Distúrbios gastrointestinais funcionais

Se todas as investigações forem negativas, o diagnóstico provável é um transtorno gastrointestinal funcional. O diagnóstico de transtornos funcionais específicos depende da presença e das características de outros sintomas associados. A síndrome do intestino irritável e a dispepsia funcional são as causas mais comuns da dor abdominal crônica em adultos.

Se a dor estiver localizada no abdome em vez da região pélvica e não estiver relacionada com a ingestão de alimento ou evacuação, um diagnóstico de síndrome da dor abdominal mediada centralmente (SDAMC),[10] anteriormente denominada síndrome da dor abdominal funcional (SDAF), pode ser adequado. A SDAMC descreve dor abdominal recorrente, contínua ou quase contínua não relacionada à função estomacal, associada à perda das atividades diárias, e se manifesta por >6 meses. Assim como outros transtornos

gastrointestinais funcionais, a SDAMC não pode ser explicada por transtornos estruturais ou metabólicos, e acredita-se que esteja relacionada com a percepção alterada da dor e os circuitos de modulação da dor. [10]

[VIDEO: Venopunção e flebotomia – Vídeo de demonstração]

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)

Úlcera péptica

Gastroenterite infecciosa

Deficiência de lactase

Colecistite crônica, Colelitíase crônica

Nefrolitíase

Doença inflamatória pélvica (DIP)

Síndrome do intestino irritável

Gastroparesia

Dispepsia funcional

Síndrome da dor abdominal mediada centralmente (SDAMC)

Dor na parede abdominal crônica

Dor referida

Incomum

Doença de Crohn

Colite ulcerativa

Obstrução intestinal subaguda

Doença celíaca

Pancreatite crônica

Câncer esofágico

Câncer gástrico

Incomum

Câncer colorretal

Câncer de pâncreas

Câncer hepatocelular

Colangiocarcinoma

Isquemia mesentérica crônica

Síndrome da artéria mesentérica superior

Porfiria aguda intermitente

Envenenamento por metais pesados (chumbo, arsênico)

Febre familiar do Mediterrâneo

Hemoglobinúria paroxística noturna

Pielonefrite crônica

Endometriose

Doença do ovário cístico

Síndrome do intestino narcótico

Enxaqueca abdominal

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)

História	Exame	1º exame	Outros exames
queimação epigástrica/dor torácica, pior com alguns alimentos e em posição de decúbito; melhora com antiácidos	erosão do esmalte	» tentativa terapêutica de antiácidos, antagonistas do receptor H2 ou inibidores da bomba de prótons: alívio dos sintomas Abordagem mais comum para sintomas dispépticos leves e em pacientes jovens.	» endoscopia digestiva alta (EDA): esofagite ou outra anormalidade explicando a dor Deve ser considerada em pacientes que não respondem à supressão do ácido e pacientes mais velhos (>50 anos de idade). [37] » esofagografia baritada: refluxo do bário; anormalidades na mucosa devido a estenoses, anéis Amplamente substituído por EDA. Útil para a avaliação da disfagia e para descartar estenose. » pHmetria de 24 horas: maior exposição ao ácido no esôfago correlacionada à ocorrência dos sintomas

🚩Úlcera péptica

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor epigástrica, pode ser agravada ou aliviada por alimentos; a dor geralmente se agrava à noite; êmese com sangue ou borra de café ou melena nas fezes	sensibilidade epigástrica, palidez, exame positivo para sangue oculto nas fezes ou fezes enegrecidas	» endoscopia digestiva alta (EDA): visualização da úlcera duodenal ou gástrica Deve ser realizada com urgência se	

Comum

Úlcera péptica

História	Exame	1º exame	Outros exames
indica sangramento ativo e requerendo avaliação endoscópica urgente; uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) e consumo de bebidas alcoólicas predispõem à doença ulcerosa; Helicobacter pylori mais comum em determinadas etnias, principalmente na Ásia e nas Américas do Sul e Central		houver suspeita de sangramento ativo. [38]	

Gastroenterite infecciosa

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de viagem para áreas endêmicas; fezes gordurosas com odor desagradável; diarreia (pode ser com sangue, dependendo do organismo; as formas mais crônicas, porém, são sem sangue); tenesmo, febre, calafrios; pacientes imunossuprimidos de alto risco	o exame físico é inespecífico	<p>»coprocultura: cultura positiva para Escherichia coli, Shigella, Salmonella ou Campylobacter</p> <p>»ovos e parasitas nas fezes: positiva</p>	<p>»exame de fezes para a toxina do Clostridium difficile: positiva Indicado se houver história de uso recente de antibióticos.</p> <p>»colonoscopia com biópsia: confirmação microbiológica e/ou histológica de infecção Indicada para pacientes com >50 anos de idade com dor abdominal e/ou alteração nos hábitos intestinais.</p> <p>Deve ser considerada em pacientes com diarreia sem explicação.</p> <p>Deve ser considerada em pacientes imunossuprimidos ou</p>

Comum

Gastroenterite infecciosa

História	Exame	1º exame	Outros exames
			casos refratários cuja suspeita clínica de etiologia infecciosa seja alta. Útil para os casos com etiologias virais, como o citomegalovírus (CMV). [42]

◊ Deficiência de lactase

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal, distensão abdominal, gás e/ou evacuação diarreica após ingestão de laticínios (ou qualquer produto que contenha o açúcar lactose) [46]	o exame físico é inespecífico	» teste respiratório de lactose: aumenta no hidrogênio da respiração acima do normal	» testes sanguíneos da lactose: sem aumento da glicose plasmática após ingestão de lactose

◊ Colecistite crônica, Colelitíase crônica

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor no quadrante superior direito com cólica, febre, icterícia, com sintomas iniciando 30 minutos a 1 hora após a refeição e agravando-se com refeições ricas em gordura (geralmente uma fonte de dor abdominal aguda; no entanto, pacientes podem apresentar colecistite crônica ou colecistite aguda recorrente com passagem de microcálculos, lodo ou pequenos cálculos)	febre, esclerótica ictérica, icterícia, sensibilidade no quadrante superior direito, sinal de Murphy positivo	» testes da função hepática: elevação em um padrão de obstrução (fosfatase alcalina [FAL] e gama-glutamiltransferase 2-10 vezes o normal); bilirrubina total elevada aspartato transaminase (AST) e alanina aminotransferase (ALT) são normais ou 2 vezes o normal.	» ultrassonografia do quadrante superior direito: fluido pericolecístico, espessamento da parede da vesícula biliar, dilatação do ducto colédoco, colelitíase

Comum

◊ Nefrolitíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor no flanco com cólica que irradia para a virilha, náuseas, urina âmbar ou com sangue, história de nefrolitíase ou infecções do trato urinário (ITU) recorrentes, pode se apresentar como episódios de dor aguda recorrente versus dor crônica	sensibilidade na palpação abdominal profunda ou com esvaziamento posterior, geralmente unilateral; hematúria	» urinálise: sangue (macro ou microscópico)	» tomografia computadorizada (TC) sem contraste do abdome: hidronefrose, cálculo obstrutor » filtro da urina: cálculos/restos enviados para análise para determinar a etiologia da nefrolitíase

◊ Doença inflamatória pélvica (DIP)

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, dor na pelve, corrimento vaginal, coito doloroso, história de infecção sexualmente transmissível (IST) ou uso de dispositivo intrauterino (DIU)[54]	sensibilidade anexial, corrimento vaginal, dor à mobilização do colo, corrimento cervical, colo uterino friável, colo uterino eritematoso	» Hemograma completo: leucocitose » proteína C-reativa: >10 » Velocidade de hemossedimentação (VHS): >20 » swab para gonococo e clamídia: presença de organismo	» ultrassonografia pélvica: abscesso

◊ Síndrome do intestino irritável

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal aliviada com defecação; dor associada a alteração do hábito intestinal (mudança na frequência e/ou forma das fezes); exacerbada por estressores psicossociais[57]	geralmente normais	» diagnóstico clínico: pode excluir outras causas de dor abdominal Múltiplos exames, incluindo endoscopia digestiva alta (EDA), colonoscopia, tomografia computadorizada (TC) e encaminhamento para subespecialidade,	» calprotectina fecal: níveis <50 microgramas/g tornam a doença inflamatória intestinal improvável e a síndrome do intestino irritável mais provável[33]

Comum

◊ Síndrome do intestino irritável

História	Exame	1° exame	Outros exames
		geralmente realizados para descartar outras causas. [57]	

◊ Gastroparesia

História	Exame	1° exame	Outros exames
saciedade precoce, plenitude, náuseas e vômitos; todos os sintomas pioram após a ingestão de refeições; história de diabetes mellitus ou doença de Parkinson; cirurgia abdominal prévia que pode resultar em lesão no nervo vago	som de sucussão raramente detectado; perda de peso; sem outros achados físicos específicos	» cintilografia do esvaziamento gástrico: retenção gástrica de >10% da refeição do exame no final de 4 horas, ou >60% de retenção depois de 2 horas apoia o diagnóstico de gastroparesia. [58] [59] A cintilografia de esvaziamento gástrico de 4 horas de uma refeição sólida é considerada o exame padrão para o diagnóstico de gastroparesia. [36] Estudos em meio líquido ou estudos de menor duração resultam em sensibilidade diagnóstica reduzida.	» cápsula para registro de pH esofágico sem fio: tempo de esvaziamento gástrico >5 horas é condizente com gastroparesia. [36] As cápsulas sem fio não digeríveis determinam o esvaziamento gástrico registrando o rápido aumento do pH à medida que se deslocam do estômago para o duodeno alcalino. [36]

◊ Dispepsia funcional

História	Exame	1° exame	Outros exames
saciedade pós-prandial incômoda, saciedade precoce; dor epigástrica e queimação inexplicadas após uma avaliação clínica	geralmente normais	» diagnóstico clínico: pode excluir outras causas de dor abdominal Múltiplos exames, incluindo endoscopia digestiva alta (EDA),	

Comum**◊ Dispepsia funcional**

História	Exame	1º exame	Outros exames
de rotina; podem estar associadas a náuseas e vômitos e ser exacerbadas por estressores psicossociais[60]		colonoscopia, tomografia computadorizada (TC) e encaminhamento para subespecialidade, geralmente realizados para descartar outras causas.[60]	

◊ Síndrome da dor abdominal mediada centralmente (SDAMC)

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal crônica sem etiologia orgânica óbvia, não afetada pela alimentação ou evacuação, exacerbada por estressores psicossociais	geralmente normais	» diagnóstico clínico: pode excluir outras causas de dor abdominal Múltiplos exames, incluindo endoscopia digestiva alta (EDA), colonoscopia, tomografia computadorizada (TC) e encaminhamento para subespecialidade, geralmente realizados para descartar outras causas.[10]	

◊ Dor na parede abdominal crônica

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal anterior localizada, acentuada pela atividade física	teste de Carnett positivo mostra a localização precisa da dor	» exame físico e clínico: imagem abdominal por ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) pode ser necessária para descartar patologia de órgão interno ou	

Comum**◊ Dor na parede abdominal crônica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		hérnia abdominal (por exemplo, hérnia de Spigelian)	

◊ Dor referida

História	Exame	1º exame	Outros exames
a dor abdominal pode ser irradiada de diversas fontes extra-abdominais, incluindo o tórax (por exemplo, angina, pneumonia, pleurisia, neoplasia), estruturas musculoesqueléticas (por exemplo, fratura da costela, encarceramento dos nervos cutâneos abdominais), nervos (por exemplo, herpes-zóster, radiculopatia), ou pelve (por exemplo, cistite intersticial, endometriose, gravidez ectópica, neoplasias ginecológicas como câncer de ovário,[26] aderências, síndrome uretral, alterações ou disfunção dos músculos pélvicos, prostatite, câncer de próstata) e torção testicular intermitente/recorrente	o exame varia dependendo da etiologia subjacente	» direcionada pela fonte suspeita da dor referida: pode incluir imagem da coluna, tórax ou pelve	

Incomum**◊ Doença de Crohn**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor em cólica, diarreia intermitente, diarreia hemorrágica se a colite for uma característica,	úlcera aftosa, evidência de perda de peso, palidez, desconforto abdominal, massa	» colonoscopia: úlceras aftosas, hiperemia, edema, nodularidade mucosa,	» radiografia do trato gastrointestinal superior, trânsito do intestino delgado

Incomum

◊ Doença de Crohn

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, fadiga, história familiar de doença inflamatória intestinal	abdominal, fístula perianal, abscesso perirretal, fissura anal, acrocórdon perianal; manifestações extraintestinais incluindo irite, artrite, sacroileíte, eritema nodoso, pioderma gangrenoso	lesões descontínuas e segmentares (skip lesion) A colonoscopia com intubação do íleo é o teste definitivo para diagnóstico da doença de Crohn.[39]	e enteroclise: evidência de enterite, espessamento da parede do intestino delgado, acúmulo de gordura A enteroclise na tomografia computadorizada (TC), na qual o contraste é inserido no intestino delgado e analisado pelas imagens da TC, parece superior ao trânsito do intestino delgado e à enteroclise padrões.[39] [40] A exposição à radiação deve ser considerada, especialmente em crianças e adultos jovens, e quando os exames forem repetidos. » endoscopia por cápsula do intestino delgado: úlceras aftosas, hiperemia, edema, nodularidade mucosa, lesões descontínuas e segmentares (skip lesion) Útil em pacientes com suspeita do envolvimento do intestino delgado, mas teste padrão negativo.[41] » Hemograma completo: anemia microcítica, trombocitose

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Doença de Crohn

História	Exame	1º exame	Outros exames
			A trombocitose é um sinal de inflamação. » VHS/proteína C-reativa: elevado

◊ Colite ulcerativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
diarreia hemorrágica, diarreia aguada, perda de peso, dor abdominal	evidência de perda de peso, palidez, desconforto abdominal, massa abdominal, irite, artrite, sacroileíte, eritema nodoso, pioderma gangrenoso	» sigmoidoscopia flexível: envolvimento do reto, envolvimento cólico contínuo, eritema difuso, granularidade da mucosa Pode ser realizada em salas hospitalares, após preparação com enema do intestino. Não requer sedação.	» colonoscopia: envolvimento retal, envolvimento cólico contínuo, eritema difuso, granularidade da mucosa; ileíte de refluxo pode estar presente na pancolite Requerida para estabelecer a extensão da doença. Espécimes histológicos podem auxiliar no diagnóstico. » Hemograma completo: anemia microcítica, trombocitose A trombocitose é um sinal de inflamação. » VHS/proteína C-reativa: elevado

☒ Obstrução intestinal subaguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal com características de obstrução incluindo, mas não se limitando à constipação, obstrução e náuseas com emese com bile	ruídos hidroaéreos elevados, ausência de ruídos hidroaéreos, cicatrizes abdominais, hérnia	» radiografia abdominal: alças do intestino dilatadas, níveis hidroaéreos, ausência de ar no reto	» tomografia computadorizada (TC) abdominal: obstrução, hérnia, ponto de transição no local da obstrução, volvo

Incomum**☒ Obstrução intestinal subaguda**

História	Exame	1º exame	Outros exames
ou fezes; história de cirurgia abdominal, radiação ou hérnia[43] [44]			

☒ Doença celíaca

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal inespecífica, distensão abdominal; diarreia; fezes gordurosas com odor desagradável; perda de peso; anemia; ataxia, osteoporose[45]	conjuntiva pálida, estomatite aftosa, dermatite herpetiforme, ataxia	<p>»imunoglobulina A-transglutaminase tecidual (IgA-tTG): elevado O teste de anti-IgA-tTG é o teste isolado preferencial para detecção de doença celíaca em indivíduos com mais de 2 anos de idade. O teste deve ser solicitado em qualquer caso de suspeita de doença celíaca. Títulos altos incrementam o valor preditivo positivo.</p> <p>Para crianças com menos de 2 anos, o teste de IgA-tTG deve ser combinado com imunoglobulina G (IgG) para peptídeos de gliadina desamidados (DGP) (IgA e IgG).[34] Todos os testes sorológicos diagnósticos devem ser feitos com pacientes em uma dieta contendo glúten.[34]</p> <p>»anticorpo antiendomísio (EMA): elevado</p>	<p>»Hemograma completo: anemia microcítica</p> <p>»perfil de ferro: deficiência de ferro</p>

Incomum

Doença celíaca

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>O EMA é uma alternativa mais cara ao IgA-tTG, com maior especificidade, porém menor sensibilidade. Realize inicialmente se a IgA-tTG não estiver disponível. Todos os testes sorológicos diagnósticos devem ser feitos com pacientes em uma dieta contendo glúten.[34]</p> <p>» IgG-tTG: elevado Utilize o teste de imunoglobulina G-transglutaminase tecidual (IgG-tTG) inicialmente para pacientes com deficiência de IgA. Todos os testes sorológicos diagnósticos devem ser feitos com pacientes em uma dieta contendo glúten.[34]</p> <p>» endoscopia digestiva alta (EDA): atrofia e pregas serrilhadas da mucosa; nodularidade e padrão de mosaico da mucosa</p> <p>» biópsia do intestino delgado: presença de linfócitos intraepiteliais, atrofia das vilosidades e hiperplasia da cripta A histologia do intestino delgado é o exame mais específico e sensível. Se a suspeita</p>	

Incomum**🚩 Doença celíaca**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		de doença celíaca for alta, uma biópsia do intestino delgado deve ser realizada, ainda que os testes sorológicos sejam negativos. [34]	

◊ Pancreatite crônica

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor crônica pós-prandial; história de recorrência da pancreatite aguda ou abuso de álcool; diabetes instável; fezes gordurosas e com odor desagradável e perda de peso sugerem insuficiência exócrina [47]	perda de peso, sensibilidade epigástrica consistente com o diagnóstico, mas não diagnóstica, e eritema palmar sugerem abuso de álcool	» amilase e lipase séricas: pode ser normal ou elevado Podem estar normais se o pâncreas foi destruído por inflamação recorrente ou crônica.	» radiografia abdominal: calcificação no leito pancreático » ressonância nuclear magnética/tomografia computadorizada (RNM/TC) abdominal: pâncreas calcificado e atrófico; anormalidades no ducto pancreático, estenoses, pseudocistos » tentativa terapêutica de reposição da enzima pancreática: melhora dos sintomas Melhora dos sintomas da deficiência exócrina e controle da dor.

🚩 Câncer esofágico

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, disfagia, história de esofagite de Barrett	sinais de perda de peso, palidez, fezes com sangue oculto positivo	» endoscopia digestiva alta (EDA): visualização do câncer esofágico	» tomografia computadorizada (TC) abdominal:

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum

🕒 Câncer esofágico

História	Exame	1º exame	Outros exames
		Biópsias são realizadas para confirmar o diagnóstico.	extensão da doença, lesões metastáticas

🕒 Câncer gástrico

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, saciedade precoce, náuseas e vômitos, disfagia se lesão proximal	sinais de perda de peso, palidez, massa abdominal palpável, linfonodos periumbilical ou supraclavicular palpáveis, fezes com sangue oculto positivo	» endoscopia digestiva alta (EDA): visualização do câncer gástrico Biópsias são realizadas para confirmar o diagnóstico.	» tomografia computadorizada (TC) abdominal: extensão da doença, lesões metastáticas

🕒 Câncer colorretal

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, sangue nas fezes, alteração do hábito intestinal, anemia[25]	sinais de perda de peso, palidez, massa abdominal palpável, hepatomegalia se ocorreu disseminação metastática, fezes com sangue oculto positivo, ceratoses seborreicas múltiplas (sinal de Lesser-Trelat, um sinal raro associado com adenocarcinoma)	» colonoscopia: visualização da massa colorretal Biópsias são realizadas para confirmar o diagnóstico.	» tomografia computadorizada (TC) abdominal: extensão da doença, lesões metastáticas

🕒 Câncer de pâncreas

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, dor epigástrica, depressão, icterícia, história de pancreatite crônica	sinais de perda de peso, massa abdominal palpável, icterícia	» tomografia computadorizada (TC) abdominal: massa pancreática, ducto pancreático dilatado	» colangiopancreatografia retrógrada endoscópica/ colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRE/ CPRM): ducto pancreático dilatado

Incomum

🚩Câncer de pâncreas

História	Exame	1º exame	Outros exames
			CPRE possui vantagem, permitindo que uma biópsia tecidual seja realizada se as lesões estiverem na cabeça do pâncreas.

🚩Câncer hepatocelular

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, icterícia, história de cirrose	sinais de perda de peso, icterícia, hepatomegalia com sensibilidade à palpação	» tomografia computadorizada (TC) abdominal: massa hepática A biópsia guiada por TC confirma o diagnóstico tecidual.	» alfa-fetoproteína: elevado Elevada em aproximadamente 50% dos pacientes que apresentam câncer hepatocelular.

🚩Colangiocarcinoma

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, icterícia	sinais de perda de peso, icterícia	» ultrassonografia abdominal: dilatação do ducto intra-hepático	» colangiopancreatografia retrógrada endoscópica/ colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRE/ CPRM): dilatação do ducto intra-hepático, falha de enchimento visualizada CPRE possui vantagem de ser possível retirar uma biópsia tecidual a qualquer momento durante o procedimento.

Incomum

 Isquemia mesentérica crônica

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal recorrente crônica, geralmente agravada após a refeição (irradiada como angina abdominal); pode ocasionar fobia alimentar e perda de peso; dor abdominal com apresentação aguda e diarreia hemorrágica podem ser secundárias à colite isquêmica aguda; presença de fatores de risco para doença vascular incluindo diabetes, hipertensão, doença renal, doença cardiovascular e/ou abuso de tabaco[17] [48]	queixa subjetiva de dor abdominal desproporcional aos achados do exame; pode haver sinais de doença vascular periférica, como pulsos periféricos reduzidos ou membros gelados; em caso de doença aterosclerótica grave, um sopro abdominal pode ser ouvido	» angiografia por TC ou ressonância nuclear magnética (RNM), ou ultrassonografia duplex do abdome: estenose, trombo ou fluxo sanguíneo reduzido na artéria celíaca, artéria mesentérica superior ou artéria mesentérica inferior O teste específico é realizado por um radiologista experiente.	» arteriografia abdominal: fluxo de sangue reduzido ao intestino

◊ Síndrome da artéria mesentérica superior

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal pós-prandial crônica que geralmente inicia após um período de perda de peso (a perda de peso pode ser intencional e anteceder a dor), saciedade precoce, distensão abdominal, náusea com vômito bilioso	evidência de perda de peso	» tomografia computadorizada (TC) abdominal: perda de planos adiposos ao redor das artérias mesentérica superior e celíaca; compressão do duodeno distal pela artéria mesentérica superior com dilatação proximal do intestino delgado » angiografia por TC ou ressonância nuclear magnética (RNM), ou ultrassonografia duplex do abdome: estenose, trombo ou fluxo sanguíneo reduzido na artéria	» arteriografia abdominal: fluxo de sangue reduzido nas artérias mesentérica superior e celíaca

Incomum**◊ Síndrome da artéria mesentérica superior**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		celíaca, artéria mesentérica superior ou artéria mesentérica inferior; sinais de aterosclerose O teste específico é realizado por um radiologista experiente.[49]	

◊ Porfiria aguda intermitente

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal com características neuropsiquiátricas[50]	urina pode estar pigmentada	» urina de 24 horas: alfa-aminolevulinato elevado e porfobilinogênio >5-10 vezes o limite superior do normal	

◊ Envenenamento por metais pesados (chumbo, arsênico)

História	Exame	1º exame	Outros exames
pica, exposição à pintura com chumbo, exposição ocupacional; dor abdominal pode ser intensa[51]	exame pode mimetizar um abdome agudo	» testes de toxicologia por metais pesados: níveis elevados de chumbo ou arsênico	» Hemograma completo: pontilhado basofílico de eritrócitos, anemia

◊ Febre familiar do Mediterrâneo

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar positiva, episódios recorrentes/crônicos de febre e serosite com dor no abdome, tórax, articulações e músculos; erupção cutânea pode estar presente[52]	exame pode mimetizar um abdome agudo	» Hemograma completo: leucocitose » proteína C-reativa/ velocidade de hemossedimentação (VHS): elevado	» tomografia computadorizada (TC) abdominal: patologia mesentérica inespecífica que pode incluir vasos mesentéricos ingurgitados, pregas mesentéricas espessas e linfadenopatia

Incomum**◊ Febre familiar do Mediterrâneo**

História	Exame	1° exame	Outros exames
			mesentérica e/ou retroperitoneal

◊ Hemoglobinúria paroxística noturna

História	Exame	1° exame	Outros exames
dor abdominal intensa, letargia, disfagia, disfunção erétil[53]	possível evidência de trombose venosa, edema periférico, palidez	» Hemograma completo: hemólise » lactato desidrogenase (LDH): >20 vezes o limite superior do normal	» tomografia computadorizada (TC) abdominal: trombose venosa » biópsia da medula óssea: anemia aplásica

Pielonefrite crônica

História	Exame	1° exame	Outros exames
disúria, febre, dor no flanco; aumento do risco se houver anormalidades no trato renal subjacentes (por exemplo, crianças com refluxo vesicoureteral), episódios de pielonefrite aguda recorrentes, pielonefrite aguda tratada inadequadamente ou história de diabetes	febre, sensibilidade no flanco	» urinálise: positiva para leucócitos e nitratos » Hemograma completo: leucocitose	» ultrassonografia renal/tomografia computadorizada (TC) abdominal: abscesso

◊ Endometriose

História	Exame	1° exame	Outros exames
dor abdominal/pélvica crônica perimenstrual, dismenorreia, dispareunia, disúria, hematúria, polaciúria[55]	nódulos pélvicos sensíveis, retroflexão do útero, útero sensível	» diagnóstico clínico: história e achados no exame físico em uma paciente em idade fértil geralmente são suficientes para diagnóstico	» ultrassonografia pélvica: endometrioma ovariano, se presente » laparoscopia com biópsia: confirmação histológica de tecido endometrial extrauterino » RNM: sintomas atípicos (por exemplo,

Incomum**◊ Endometriose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			endometriose pélvica profunda)[56]

◊ Doença do ovário cístico

História	Exame	1º exame	Outros exames
desconforto abdominal/ na pelve inferior, dispureunia, pode ser cíclica, dor intensa se ocorrer torsão ou hemorragia no cisto	massa palpável no exame bimanual pélvico	» ultrassonografia pélvica: lesão anexial cística, ausência de líquido no peritônio	

◊ Síndrome do intestino narcótico

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso crônico de narcóticos	geralmente normais	» diagnóstico clínico: pode excluir outras causas de dor abdominal	

◊ Enxaqueca abdominal

História	Exame	1º exame	Outros exames
ataques recorrentes de dor abdominal difusa ou periumbilical, durando de 1-72 horas, diversas vezes por ano, acompanhados por anorexia, náuseas, vômitos e palidez; pouca ou nenhuma queixa de sintomas gastrointestinais entre os ataques; cefaleias enxaquecas na família e/ou paciente; exacerbção por estressores como estresse mental, cansaço, pular uma refeição, viagem e determinados alimentos; geralmente	geralmente normais	» diagnóstico clínico: pode excluir outras causas de dor abdominal	» diversos exames incluindo: Endoscopia digestiva alta (EDA), colonoscopia, tomografia computadorizada (TC) e encaminhamento para subespecialidade podem ser necessários para descartar outras causas

Incomum

◊ Enxaqueca abdominal

História	Exame	1º exame	Outros exames
ocorre na infância, e apenas alguns pacientes continuam a exibir os sintomas na idade adulta[61] [62]			

Artigos principais

- Wallander MA, Johansson S, Ruigomez A, et al. Unspecified abdominal pain in primary care: the role of gastrointestinal morbidity. *Int J Clin Pract.* 2007;61:1663-1670.
- Pasricha PJ. Approach to the patient with abdominal pain. In: Yamada T, Alpers DH, Kaplowitz N, et al., eds. *Textbook of Gastroenterology*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2003:781-801.
- Astin M, Griffin T, Neal RD, et al. The diagnostic value of symptoms for colorectal cancer in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2011;61:e231-e243. [Texto completo](#)
- Lomer ME, Parkes GC, Sanderson JD. Lactose intolerance in clinical practice - myths and realities. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008;27:93-103.

Referências

1. Wallander MA, Johansson S, Ruigomez A, et al. Unspecified abdominal pain in primary care: the role of gastrointestinal morbidity. *Int J Clin Pract.* 2007;61:1663-1670.
2. Penston JG, Pounder RE. A survey of dyspepsia in Great Britain. *Aliment Pharmacol Ther.* 1996;10:83-89.
3. Sandler RS, Stewart WF, Liberman JN, et al. Abdominal pain, bloating, and diarrhea in the United States: prevalence and impact. *Dig Dis Sci.* 2000;45:1166-1171.
4. Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1999;231:3-8.
5. Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. *BMJ.* 1992;304:87-90. [Texto completo](#)
6. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci.* 1993;38:1569-1580.
7. Talley NJ. Irritable bowel syndrome: definition, diagnosis and epidemiology. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 1999;13:371-384.
8. Halder SL, McBeth J, Silman AJ, et al. Psychosocial risk factors for the onset of abdominal pain. Results from a large prospective population-based study. *Int J Epidemiol.* 2002;31:1219-1225. [Texto completo](#)
9. Hotopf M, Carr S, Mayou R, et al. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ.* 1998;316:1196-1200. [Texto completo](#)

10. Keefer L, Drossman DA, Guthrie E, et al. Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain. *Gastroenterology*. 2016 Feb 19 [Epub ahead of print].
11. Montenegro ML, Vasconcelos EC, Candido Dos Reis FJ, et al. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract*. 2008;62:263-269.
12. Bordman R, Jackson B. Below the belt: approach to chronic pelvic pain. *Can Fam Physician*. 2006;52:1556-1562. [Texto completo](#)
13. Le BV, Schaeffer AJ. Genitourinary pain syndromes, prostatitis, and lower urinary tract symptoms. *Urol Clin North Am*. 2009;36:527-536, vii.
14. Trojan TH, Lishnak TS, Heiman D. Epididymitis and orchitis: an overview. *Am Fam Physician*. 2009;79:583-587.
15. Lindsetmo RO, Stulberg J. Chronic abdominal wall pain - a diagnostic challenge for the surgeon. *Am J Surg*. 2009;198:129-134.
16. Jaster A, Choudhery S, Ahn R, et al. Anatomic and radiologic review of chronic mesenteric ischemia and its treatment. *Clin Imaging*. 2016;40:961-969.
17. Moawad J, Gewertz BL. Chronic mesenteric ischemia. Clinical presentation and diagnosis. *Surg Clin North Am*. 1997;77:357-369.
18. Gardner CS, Boll DT, Bhosale P, et al. CT abdominal imaging findings in patients with sickle cell disease: acute vaso-occlusive crisis, complications, and chronic sequelae. *Abdom Radiol (NY)*. 2016;41:2524-2532.
19. Grunkemeier DM, Cassara JE, Dalton CB, et al. The narcotic bowel syndrome: clinical features, pathophysiology, and management. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:1126-1139.
20. Drossman D, Szigethy E. The narcotic bowel syndrome: a recent update. *Am J Gastroenterol Suppl*. 2014;2:22-30.
21. Flasar MH, Cross R, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Prim Care*. 2006;33:659-684.
22. Pasricha PJ. Approach to the patient with abdominal pain. In: Yamada T, Alpers DH, Kaplowitz N, et al., eds. *Textbook of Gastroenterology*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2003:781-801.
23. Yamamoto W, Kono H, Maekawa M, et al. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: an epidemiologic approach to clinical practice. *J Epidemiol*. 1997;7:27-32.
24. Marinkovic SP, Moldwin R, Gillen LM, et al. The management of interstitial cystitis or painful bladder syndrome in women. *BMJ*. 2009;339:b2707.
25. Astin M, Griffin T, Neal RD, et al. The diagnostic value of symptoms for colorectal cancer in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2011;61:e231-e243. [Texto completo](#)

26. Burges A, Schmalfeldt B. Ovarian cancer: diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108:635-641. [Texto completo](#)
27. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, et al. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain.* 1988;32:173-183.
28. Drossman DA, Li Z, Leserman J, et al. Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history. *Gastroenterology.* 1996;110:999-1007.
29. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, et al. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med.* 1995 Nov 15;123(10):782-94.
30. Lewandowski AS, Palermo TM, Stinson J, et al. Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *J Pain.* 2010;11:1027-1038. [Texto completo](#)
31. Palsson OS, Drossman DA. Psychiatric and psychological dysfunction in irritable bowel syndrome and the role of psychological treatments. *Gastroenterol Clin North Am.* 2005;34:281-303.
32. Creed F, Levy LR, Bradley LA, et al. Psychological aspects of functional bowel disorders. In: Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, et al., eds. *Rome III: the functional gastrointestinal disorders.* 3rd ed. McLean, VA: Degnon Associates, Inc.; 2006.
33. National Institute for Health and Care Excellence. Faecal calprotectin diagnostic tests for inflammatory diseases of the bowel. October 2013. <http://guidance.nice.org.uk/> (last accessed 10 January 2017). [Texto completo](#)
34. Rubio-Tapia A, Hill ID, Kelly CP, et al. ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease. *Am J Gastroenterol.* 2013;108:656-676. [Texto completo](#)
35. Chen JJ, Lee HC, Yeung CY, et al. Meta-analysis: the clinical features of the duodenal duplication cyst. *J Pediatr Surg.* 2010;45:1598-1606.
36. Camilleri M, Parkman HP, Shafi MA, et al. Clinical guideline: management of gastroparesis. *Am J Gastroenterol.* 2013;108:18-37. [Texto completo](#)
37. Shaheen N, Rich M. Gastroesophageal reflux disease. In: Runge M, Gregante A, eds. *Netter's internal medicine.* Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2003:303-308.
38. Shaheen N, Rich M. Peptic ulcer disease. In: Runge M, Gregante A, eds. *Netter's internal medicine.* Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2003:340-346.
39. Panes J, Bouchnik Y, Reinisch W, et al. Imaging techniques for assessment of inflammatory bowel disease: joint ECCO and ESGAR evidence-based consensus guidelines. *J Crohns Colitis.* 2013;7:556-585. [Texto completo](#)
40. Sailer J, Peloschek P, Schober E, et al. Diagnostic value of CT enteroclysis compared with conventional enteroclysis in patients with Crohn's disease. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;185:1575-1581. [Texto completo](#)

41. Dionisio PM, Gurudu SR, Leighton JA, et al. Capsule endoscopy has a significantly higherdiagnostic yield in patients with suspected and established small-bowel Crohn's disease: a meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2010;105:1240-1248. [Texto completo](#)
42. Giannella RA. Infectious enteritis and proctocolitis and bacterial food poisoning. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 8th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2006.
43. Turnage R, Heldmann M, Cole R. Intestinal obstruction and ileus. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 8th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2006.
44. Camilleri M. Acute and chronic pseudo-obstruction. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 8th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2006.
45. Sanders DS, Azmy IA, Hurlstone DP. A new insight into non-specific abdominal pain. Ann R Coll Surg Engl. 2006;88:92-94.
46. Lomer ME, Parkes GC, Sanderson JD. Lactose intolerance in clinical practice - myths and realities. Aliment Pharmacol Ther. 2008;27:93-103.
47. Witt H, Apte MV, Keim V, et al. Chronic pancreatitis: challenges and advances in pathogenesis, genetics, diagnosis, and therapy. Gastroenterology. 2007;132:1557-1573.
48. Sreenarasimhaiah J. Chronic mesenteric ischemia. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2005;19:283-295.
49. Welsch T, Buchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. Dig Surg. 2007;24:149-156. [Texto completo](#)
50. Herrick KL, McColl KE. Acute intermittent porphyria. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2005;19:235-249.
51. Mueller PD, Benowitz NL. Toxicologic causes of acute abdominal disorders. Emerg Med Clin North Am. 1989;7:667-682.
52. Simon A, van der Meer JW, Drenth JP. Familial Mediterranean fever - a not so unusual cause of abdominal pain. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2005;19:199-213.
53. Hill A, Richards SJ, Hillmen P. Recent developments in the understanding and management of paroxysmal nocturnal haemoglobinuria. Br J Haematol. 2007;137:181-192.
54. Blenning CE, Muench J, Judkins DZ, et al. Clinical inquiries. Which tests are most useful for diagnosing PID? J Fam Practice. 2007;56:216-220.
55. Butrick CW. Patients with chronic pelvic pain: endometriosis or interstitial cystitis/painful bladder syndrome? JSLS. 2007;11:182-189.

56. Darvishzadeh A, McEachern W, Lee TK, et al. Deep pelvic endometriosis: a radiologist's guide to key imaging features with clinical and histopathologic review. *Abdom Radiol (NY)*. 2016;41:2380-2400.
57. Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016 Feb 18 [Epub ahead of print].
58. Abell TL, Camilleri M, Donohoe K, et al. Consensus recommendations for gastric emptying scintigraphy: a joint report of the American Neurogastroenterology and Motility Society and the Society of Nuclear Medicine. *J Nucl Med Technol*. 2008;36:44-54. [Texto completo](#)
59. Tougas G, Eaker EY, Abell TL, et al. Assessment of gastric emptying using a low fat meal: establishment of international control values. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:1456-1462.
60. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150:1380-1392.
61. Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, et al., eds. Rome III: the functional gastrointestinal disorders. 3rd ed. McLean, VA: Degnon Associates, Inc.; 2006.
62. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. 1.3.2 Abdominal migraine. In: The international classification of headache disorders: 2nd edition (ICHD-II).

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: Jun 22, 2018.

41

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 2019. Todos os direitos reservados.

Colaboradores:

// Autores:

Tamar Ringel-Kulka, MD, MPH

Assistant Professor

Maternal and Child Health, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina, Chapel Hill, NC

DIVULGAÇÕES: TRK declares that he has no competing interests.

Yehuda Ringel, MD

Professor of Medicine

Department of Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, University of North Carolina, Chapel Hill, NC

DIVULGAÇÕES: YR declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Drs Yehuda Ringel and Tamar Ringel-Kulka would like to gratefully acknowledge Dr A. Sidney Barritt IV, a previous co-contributor to this monograph. ASB declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Fernando Aycinena, MD

Surgery Resident

Department of Surgery, University of Tennessee Graduate School of Medicine, Knoxville, TN

DIVULGAÇÕES: FA declares that he has no competing interests.

Ned Snyder, MD, FACP

Professor of Medicine

Chief of Clinical Gastroenterology and Hepatology, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX

DIVULGAÇÕES: NS declares that he has no competing interests.

Srikrishna Nagri, MD

Gastroenterologist

Dartmouth-Hitchcock Nashua, Nashua, NH

DIVULGAÇÕES: SN declares that he has no competing interests.