

# BMJ Best Practice

## Avaliação de náuseas e vômitos, adultos

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>4</b>
Etiologia	4
<b>Emergencies</b>	<b>7</b>
Considerações de urgência	7
Sinais de alarme	8
<b>Diagnóstico</b>	<b>10</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	10
Visão geral do diagnóstico diferencial	18
Diagnóstico diferencial	21
Diretrizes de diagnóstico	44
<b>Referências</b>	<b>45</b>
<b>Imagens</b>	<b>47</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>49</b>

## Resumo

- ◊ Náuseas e vômitos são sintomas extremamente comuns e podem ser causados por uma grande variedade de afecções médicas.[\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) A manifestação pode ser aguda ou crônica e varia de um sintoma leve e incômodo a uma condição que prejudica a qualidade de vida ou é um marcador de uma doença que oferece risco de vida.

Existem 2 mecanismos gerais de náuseas e vômitos:

Neurológica

- Estimulação da área postrema, que "sente" os agentes químicos nocivos (por exemplo, venenos, agentes de quimioterapia, digoxina) e subsequentemente estimula os núcleos vagais, os quais evocam as náuseas e coordenam o reflexo de êmese.
- Doenças do sistema nervoso central (SNC) como infecções ou tumores cerebrais estimulam as estruturas do SNC e induzem náuseas e vômitos, basicamente por meio de vias vagais.

Periférico

- Doenças e distúrbios que se originam nos sistemas de órgãos periféricos, como o trato gastrointestinal, estimulam o nervo vago ou nervos espinhais aferentes que se conectam com o núcleo sensorial vagal (do trato solitário) e o núcleo motor eferente vagal. Por fim, os centros corticais nos quais as náuseas são percebidas e as vias eferentes que medeiam os vômitos são estimulados.
- Tumores, infecções e medicamentos na periferia podem causar disfunção local em diversos sistemas de órgãos, sendo que esta é percebida como náusea, e náuseas intensas provocam vômitos.

## Etiologia

As causas de náuseas e vômitos são extensas e podem ser resumidas nas categorias abrangentes a seguir:

### Inflamação da mucosa gastrointestinal

- Irritação da mucosa do esôfago, estômago ou duodeno; varia de gastrite a ulceração franca.
- As causas incluem úlcera péptica (UP), esofagite, radiação[4] e gastrite.

### Infecções gastrointestinais

- Gastroenterite bacteriana ou viral, aguda e crônica.
- Intoxicação alimentar.

### Cardíaca

- As causas incluem síndrome coronariana aguda e síndrome da taquicardia ortostática postural.

### Distúrbios do sistema nervoso central (SNC)

- Incluem enxaqueca, infecções do SNC como meningite e abscesso cerebral, tumores, como o astrocítico, crises parciais complexas, lesões no nervo vestibular variando de cinetose a neuroma acústico, eventos cerebrovasculares (por exemplo, acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico, isquêmico ou embólico) e doença de Parkinson.

### Distúrbios metabólicos e endocrinopatias

- Diabetes do tipo 1 e 2, hipercalcemia, hipotireoidismo e hipertireoidismo estão associados a náuseas, vômitos e gastroparesia.[5] [6]
- A insuficiência adrenal é uma emergência médica com náuseas, vômitos, depleção de volume e sódio baixo.

### Obstrução gastrointestinal mecânica ou manipulação

- Inclui obstruções lúminalis do piloro para o cólon e obstrução do ducto cístico, do ducto biliar comum ou do ducto pancreático.
- Pode ser decorrente de aderências, estenoses ou tumores.
- Pós-vagotomia ou pós-ressecção de qualquer região importante do estômago (por exemplo, fundo, antro). Podem ocorrer náuseas crônicas e gastroparesia após a fundoplicação.

### Pseudo-obstruções gastrointestinais

- Os pacientes apresentam gastroparesia e intestino delgado ou cólon dilatados; alguns pacientes também apresentam doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) decorrente de um atraso no esvaziamento gástrico e de sucos gástricos retidos por mais tempo disponíveis como refluxado. Além disso, na obstrução do intestino delgado decorrente de causas mecânicas ou na pseudo-obstrução, os líquidos do intestino delgado se movem no sentido contrário para o estômago e, então, para o esôfago, induzindo a DRGE.
- Pode haver disfunção neuromuscular de todo o trato gastrointestinal.
- Embora os sintomas sugiram obstrução mecânica do trato gastrointestinal, eles são de fato decorrentes da dilatação do estômago, do duodeno, do intestino delgado ou do cólon.

- Associados a anormalidades graves no músculo liso, no sistema nervoso intrínseco ou extrínseco ou nas células intersticiais do trato gastrointestinal.
- As doenças degenerativas de nervos entéricos, músculos lisos ou células intersticiais de Cajal podem ser os mecanismos primários.

#### Doenças neuromusculares gástricas

- Variam de disritmias gástricas, como taquigastria, até gastroparesia franca.[\[7\]](#) [\[8\]](#)
- As disritmias gástricas são comuns em pacientes com doenças neuromusculares gástricas; muitos deles terão gastroparesia documentada.
- Alguns pacientes também apresentam anormalidades de relaxamento gástrico ou hipersensibilidade visceral.

#### Irritação do peritônio

- Causa incomum, mas pode resultar de um abscesso intra-abdominal, de infecção peritoneal bacteriana ou fúngica crônica ou de carcinoma.

#### Neoplasia maligna

- O câncer infiltrante do estômago pode apresentar náuseas, vômitos e gastroparesia.
- Outros cânceres incluem cânceres de ovário, carcinoma de células renais e cânceres pulmonares de células pequenas com síndromes paraneoplásicas que estão associadas à gastroparesia.

#### Transtornos alimentares

- Sintoma comum associado ao distúrbio psicológico de bulimia nervosa, mas também pode ser parte do subtipo compulsão/purgativo da anorexia nervosa.
- A gastroparesia em pacientes com transtornos alimentares como anorexia nervosa, bulimia nervosa ou vômitos psicogênicos provavelmente é decorrente da subnutrição.

#### Gastroparesia isquêmica

- A gastroparesia pode ser causada por isquemia mesentérica crônica, que ocorre quando 2 de 3 artérias mesentéricas são ocluídas, geralmente por placas ateroscleróticas.[\[9\]](#)
- Manifesta-se com muito pouca dor.

#### Gestação

- No primeiro trimestre da gestação, 80% das gestantes têm náuseas e vômitos.[\[10\]](#)
- Na hiperêmese gravídica, náuseas e vômitos são incessantes. Podem ocorrer depleção de volume e tontura ou síncope.

#### Tóxica

- Quase todos os medicamentos induzem náuseas e vômitos dose-dependentes.
- Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são os mais comuns. Outros incluem: antidepressivos, opioides, antiarrítmicos, hormônios como estrogênio e progesterona, quimioterapia, teofilina e digoxina. Medicamentos específicos que estão associados a uma alta incidência de náuseas incluem a lubiprostone, a metformina e a exenatida.
- Sintomas crônicos podem se desenvolver em alguns pacientes após a exposição a antibióticos ou agentes anestésicos.

- A hiperêmese por cannabinoides foi descrita principalmente em jovens adultos que são usuários crônicos. Em uma série de casos, todos os pacientes tinham idade inferior a 50 anos. A maioria usava cannabis por mais de 2 anos e com uma frequência de mais de uma vez por semana. A maioria apresentou dor abdominal e náuseas/vômitos e obtiveram alívio após tomar banhos quentes.[\[11\]](#)

## Renal

- As causas incluem nefrolitíase e uremia.

## Náuseas e vômitos idiopáticos

- Diagnósticos de exclusão.
- Os pacientes apresentam outros sintomas como desconforto epigástrico vago, saciedade precoce e sensação de plenitude prolongada.
- Denominados dispepsia "funcional" ou síndrome do sofrimento pós-prandial, pois muitos pacientes não apresentam achados objetivos nos exames.[\[12\]](#)

# Considerações de urgência

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

Dor abdominal intensa

- Cólicas epigástricas ou dor no quadrante superior direito, seguidas de náuseas e vômitos, podem refletir obstrução da saída gástrica ou colecistite aguda ou crônica.
- Um abdome rígido associado a dor intensa sugere um abdome agudo decorrente de perfuração intestinal ou peritonite aguda devido à inflamação ou neoplasia maligna peritoneais. Dor à descompressão brusca e rigidez podem estar presentes na perfuração intestinal.
- Os pacientes devem ser encaminhados ao pronto-socorro para avaliação dos sinais vitais, exames laboratoriais de rotina e tomografia computadorizada (TC) urgente do abdome.

Eventos neurológicos agudos

- Sintomas de cefaleia intensa que pode ou não estar associada a uma erupção cutânea ou à rigidez de nuca são sugestivos de cefaleias enxaquecosas ou de infecções do sistema nervoso central (SNC) como um abscesso cerebral ou meningite. A cefaleia frequentemente é acompanhada de fotofobia e precede náuseas e vômitos. Os pacientes com cefaleia intensa de início agudo, com ou sem febre, devem ser encaminhados ao pronto-socorro para uma TC de crânio e possível punção lombar se houver suspeita de meningite.

## **[VIDEO: Punção lombar diagnóstica em adultos: demonstração animada ]**

- Pacientes idosos que apresentam início agudo de déficit neurológico focal devem ser avaliados com urgência para um possível evento cerebrovascular. Os objetivos da avaliação inicial são: identificar a síndrome cerebrovascular, garantir a estabilidade clínica, realizar um exame neurológico abreviado e transportar rapidamente o paciente para a TC ou ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio. A necessidade de realizar trombólise deve ser determinada após o exame de imagem.

Pacientes idosos com doença aterosclerótica: considerações vasculares gastrointestinais

- A gastroparesia isquêmica pode manifestar náuseas, vômitos e desconforto abdominal leve (mas não necessariamente dor abdominal excruciente) e deve ser considerada em pacientes idosos com doença arterial coronariana (DAC) ou outra doença aterosclerótica conhecida. Os pacientes podem ou não apresentar sopro abdominal.
- Esses pacientes precisam de uma angiografia por ressonância magnética com urgência para determinar a presença de estenose da artéria celíaca ou da artéria mesentérica superior, que pode explicar a isquemia mesentérica.

Considerações cardíacas

- Náuseas e vômitos podem acompanhar ou podem ser sintomas manifestos da síndrome coronariana aguda (SCA). Qualquer suspeita de doença cardíaca (por exemplo, início agudo de dor torácica irradiando para o braço esquerdo, pescoço ou mandíbula) exige avaliação imediata. A SCA inclui infarto do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST), infarto do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST (IAMSSST) e angina instável (AI). Esses termos são usados como referência para orientar o manejo.
- Os pacientes com IAMCSST devem ser considerados para terapia de reperfusão imediata com agentes trombolíticos ou com intervenção coronária percutânea (ICP). Os pacientes com IAMSSST têm enzimas cardíacas elevadas sem supradesnívelamento do segmento ST no eletrocardiograma

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](http://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.

(ECG). Pacientes com enzimas cardíacas normais, mas com achados anormais no ECG, têm AI.

Nem os pacientes com IAMSSST nem os com AI se beneficiam da reperfusão imediata.

Choque, depleção de volume ou afecção com risco de vida

- Um alto índice de suspeita deve existir para pacientes com insuficiência adrenal aguda ou crônica. Os pacientes podem já estar recebendo corticoterapia crônica. Os pacientes podem apresentar choque com hiponatremia, hipercalemia e hipoglicemia.
- Em situações de diagnóstico duvidoso, os pacientes devem receber corticoterapia até um diagnóstico definitivo.

Anorexia ou perda de peso

- A anorexia pode ser um sintoma de metástases hepáticas extensas associadas a náuseas. Outras neoplasias malignas incluem cânceres de ovário,[19] que devem ser considerados em mulheres de meia-idade que relatam desconforto abdominal vago, perda de apetite e saciedade precoce. Carcinomas renais também provocam náuseas, e cânceres pulmonares de células pequenas estão associados às síndromes paraneoplásicas. Adenocarcinomas infiltrantes do estômago podem resultar em linitis plástica (variante morfológica do câncer de estômago difuso ou infiltrante) e em sintomas de saciedade precoce, plenitude, náuseas e vômitos.
- A bulimia nervosa e a anorexia nervosa (do subtipo compulsão/purgativo) se apresentam com náuseas, anorexia e perda de peso, associadas a distúrbio psicológico acentuado, e requerem uma avaliação psiquiátrica completa.
- Os pacientes com anorexia e perda de peso precisam de uma TC abdominal com atenção específica aos órgãos abdominais, dependendo da localização dos sintomas.

Presença sangue oculto ou franco nas fezes

- Pode indicar úlcera péptica (UP) ou neoplasias gastrointestinais.
- Esses pacientes precisam de endoscopia digestiva alta, colonoscopia e uma possível endoscopia por cápsula ou enteroscopia de duplo balão para determinar a causa.

Consideração de gravidez

A possibilidade de gravidez deve ser considerada em todas as mulheres em idade fértil que apresentam náuseas e vômitos.

## Sinais de alarme

- Úlcera péptica
- Síndrome coronariana aguda
- Neuroma acústico
- Lesão cerebral traumática
- Meningite
- Abscesso cerebral

- Eventos cerebrovasculares (embólicos/isquêmicos/hemorrágicos)
- Tumores do sistema nervoso central (SNC)
- Insuficiência adrenal primária (aguda ou crônica)
- Hipercalcemia
- Hipopituitarismo
- Hipertermia
- Obstrução da saída gástrica
- Obstrução do intestino delgado
- Obstrução cólica
- Colecistite
- Pancreatite aguda
- Pseudo-obstrução primária
- Pseudo-obstrução secundária
- Gastroparesia
- Abscesso abdominal
- Peritonite bacteriana
- Peritonite carcinomatosa
- Câncer de estômago
- Câncer de ovário
- Câncer renal
- Câncer pulmonar de células pequenas
- Câncer de pâncreas
- Isquemia mesentérica crônica
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Uremia

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O tratamento deve ser baseado na causa fisiopatológica específica de náuseas e vômitos. As causas são numerosas e diversas e, portanto, uma anamnese e um exame físico detalhados irão auxiliar o diagnóstico na maioria dos pacientes. Em alguns pacientes, a causa de náuseas e vômitos não pode ser definida, sendo necessário o tratamento empírico.

Em geral, o médico precisa determinar se as náuseas e os vômitos têm apresentação aguda ou crônica, e se a causa está relacionada a fatores gastrointestinais ou não.

As causas não gastrointestinais incluem doenças do sistema nervoso central (SNC), como cefaleia enxaquecosa, acidentes vasculares cerebrais e meningite, que podem ser excluídas por meio da história e do exame físico. Outra categoria não gastrointestinal a ser considerada são os distúrbios metabólicos e endocrinopatias, especialmente a doença de Addison.

Náuseas e vômitos agudos apresentam início súbito e têm duração de 1 a 3 dias. A depleção de volume e as anormalidades eletrolíticas são as consequências adversas iniciais que devem ser abordadas. As causas rapidamente reversíveis incluem obstruções mecânicas do trato gastrointestinal, infecções do SNC e acidentes vasculares cerebrais (AVCs). Embora as causas de sintomas agudos sejam as mesmas para náuseas e vômitos crônicos, as causas mais comuns de sintomas crônicos incluem disfunções neuromusculares gástricas como disritmias gástricas ou gastroparesia. Medicamento específico e abordagens alimentares são usados para tratar doenças crônicas.

### História

Uma história detalhada dos sintomas manifestos e qualquer história médica ou cirúrgica prévia podem estreitar o diagnóstico diferencial e auxiliar na interpretação de achados chaves do exame físico. A proposta primária da consulta inicial é avaliar se o paciente requer avaliação cirúrgica imediata ou se os sintomas sugerem uma condição subjacente mais grave. Os principais componentes da história incluem:

Qualidade, momento e irradiação de qualquer dor associada

- Dor em cólicas que precede o início das náuseas e vômitos pode ser decorrente de obstrução do trato gastrointestinal.
- A obstrução pode ser do lumen ou do ducto cístico do trato gastrointestinal, do ducto biliar comum ou do ducto pancreático devido a aderências, estenoses, cálculos ou tumores.
- Úlcera duodenal e gástrica estão classicamente associadas à dor em cólicas ou contínua no quadrante superior direito ou epigástrica.
- O tratamento de obstruções do trato gastrointestinal geralmente é definitivo, seja por cirurgia, endoprótese, dilatação por balão ou esfincterotomia, e o resultado é o rápido alívio dos sintomas.
- Dor no flanco e disúria sugerem nefrolitíase.

Características dos vômitos

- Vômitos de sucos gástricos sugerem obstrução da saída gástrica.
- Vômitos de material biliar sugerem obstrução do intestino delgado.
- Vômitos de material feculento sugerem fistulas colointestinais ou cologástricas.
- A síndrome do vômito cíclico é caracterizada por semanas com ausência de sintomas, seguida por náuseas e vômitos extremamente intensos.[\[20\]](#)

## Sintomas relacionados a refeições

- Os sintomas que pioram após a ingestão de alimentos podem estar relacionados a disritmias como taquigastria, bradigastria ou gastroparesia.
- Os pacientes com náuseas e vômitos idiopáticos ou com dispepsia "funcional" geralmente apresentam uma história de náuseas que piora após a alimentação, com ou sem vômitos do alimento não digerido ou mastigado. Outros sintomas são saciedade precoce e plenitude epigástrica.
- Os pacientes com transtornos alimentares como bulimia raramente comparecem ao gastroenterologista ou ao médico em busca de diagnóstico e tratamento para esses sintomas.

## Presença de anorexia ou perda de peso

- A anorexia pode ser um sintoma de metástases hepáticas extensas associadas com náuseas.
- Outras neoplasias malignas incluem cânceres de ovário,[19] que devem ser considerados em mulheres de meia-idade que relatam desconforto abdominal vago, perda de apetite e saciedade precoce.
- O carcinoma de células renais também causa náuseas, e os cânceres pulmonares de células pequenas estão associados às síndromes paraneoplásicas que incluem gastroparesia, náuseas e vômitos. Adenocarcinomas infiltrantes do estômago podem resultar em limite plástica (variante morfológica do câncer de estômago difuso ou infiltrante) e em sintomas de saciedade precoce, plenitude, náuseas e vômitos.
- A anorexia nervosa se manifesta com náuseas, anorexia e perda de peso.

## Presença de diarreia

- A gastroenterite viral ou bacteriana, aguda ou crônica, manifesta-se com vômitos e diarreia, com ou sem náuseas.
- A intoxicação alimentar manifesta-se com vômitos violentos e diarreia dentro de 24 horas após a ingestão do alimento contaminado.

## Sintomas neurológicos

- Os pacientes com enxaqueca apresentam náuseas recorrentes, com ou sem vômitos, associadas com cefaleia e visão turva.
- Cefaleias recentes inexplicadas, alteração da função motora e visual e distúrbios de equilíbrio podem apontar na direção de um diagnóstico mais grave de um tumor ou de um evento cerebrovascular.
- Os pacientes com crises parciais complexas têm sintomas mais sutis, caracterizados pela sensação de cheiros bizarros e comportamento "alterado" ou "automático" temporário.
- Um paciente com meningite pode apresentar febre alta, erupção cutânea e fotofobia. Aqueles com um abscesso cerebral podem apresentar déficits focais.
- Vertigem e distúrbios do equilíbrio podem sugerir lesões no nervo vestibular como neuroma acústico ou pode haver uma história característica de cinetose.

## História de uso atual de medicamentos/drogas

- As classes de medicamentos que causam uma alta incidência de náuseas incluem os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), antidepressivos, opioides, antiarrítmicos, quimioterapia e agentes de estrogênio e progesterona. Medicamentos específicos que estão associados a uma alta incidência de náuseas incluem a digoxina, a teofilina, a lubiprostona, a metformina e a exenatida. Uma

revisão cuidadosa da lista de medicamentos pode revelar medicamentos como a principal fonte de náuseas e vômitos.

- A hiperêmese por cannabinoides foi descrita principalmente em jovens adultos que são usuários crônicos. Em uma série de casos, todos os pacientes tinham idade inferior a 50 anos. A maioria usava cannabis por mais de 2 anos e com uma frequência de mais de uma vez por semana. A maioria apresentou dor abdominal e náuseas/vômitos e obtiveram alívio após tomar banhos quentes.[\[11\]](#)

#### História pregressa de cirurgias

- A história pregressa de cirurgias abdominais é um fator de risco predisponente para a obstrução aguda do intestino delgado.
- A fundoplicação (possivelmente com dano involuntário do nervo vago), as ressecções esofágicas fúndicas e distais para câncer esofágico, a antrectomia e a vagotomia para úlcera péptica ou câncer (Bilroth I e Bilroth II, Y de Roux) estão associadas a disritmias gástricas e a anormalidades no esvaziamento gástrico.
- Na operação bariátrica padrão (gastrojejunostomia com colocação do membro de Roux), uma pequena bolsa fúndica é criada por meio do grampeamento que exclui 95% do estômago e cria uma anastomose com o jejunum, a fim de limitar o volume do alimento ingerido.

#### História médica pregressa

- A gastroparesia é comum em pacientes com diabetes do tipo 1 ou 2.
- Pode haver sintomas de hipotireoidismo como fadiga, intolerância ao frio ou sintomas de dispepsia.
- O hipertireoidismo pode ser suspeitado se houver intolerância ao calor, náuseas e perda de peso.
- A insuficiência adrenal se manifesta com náuseas e vômitos crônicos, ausência de dor abdominal e diarreia. É uma doença que oferece risco de vida e que requer decisão urgente.
- Os pacientes com gastroparesias isquêmicas podem ter história de outras doenças ateroscleróticas como a doença arterial coronariana (DAC), atherosclerose da carótida ou claudicação intermitente. Esses pacientes não apresentam dor abdominal intensa, a menos que as oclusões arteriais evoluam para obstrução total, momento em que ocorre angina abdominal grave típica, com iminência de infarto do intestino delgado. Alguns pacientes irão apresentar perda de peso progressiva e sensibilidade abdominal difusa e inespecífica.
- A pseudo-obstrução pode ocorrer em pacientes com esclerodermia ou amiloidose.
- A síndrome do intestino irritável com constipação e a constipação simples e intensa estão ambas relacionadas às náuseas como resultado da pseudo-obstrução.
- Náuseas que ficam mais pronunciadas com a mudança na posição (por exemplo, de posição supina para ortostática) podem indicar síndrome da taquicardia ortostática postural. Os pacientes com síndrome da taquicardia ortostática postural geralmente também relatam tontura com a mudança de posição.

#### Pacientes do sexo feminino

- A data do último período menstrual, o método de contracepção usado e o estado de gravidez atual devem ser verificados.
- As náuseas e vômitos variam de leves a intensos nas náuseas da gestação, um distúrbio que ocorre em 80% das mulheres durante o primeiro trimestre de gestação.[\[10\]](#) É fundamental descartar a gravidez como causa em mulheres em idade fértil.

## Exame físico

Os aspectos importantes do exame físico devem incluir a medição dos sinais vitais e um exame físico geral detalhado:

- Avaliação para depleção de volume e perfusão periférica adequada.
- Pacientes com anorexia nervosa ou neoplasias malignas avançadas podem estar profundamente desnutridos e abaixo do peso.
- A perda do esmalte dentário decorrente de vômitos ou regurgitação frequentes pode estar presente nos transtornos alimentares.

### Exame abdominal abrangente

- A presença de incisões abdominais cicatrizadas irá sugerir procedimentos cirúrgicos prévios. É indicada uma avaliação para a síndrome da parede abdominal por meio da provocação das áreas sensíveis em busca de um sinal de Carnett positivo.<sup>[21]</sup> Um sinal de Carnett positivo ocorre quando uma combinação de pressão na cicatriz com flexão da cabeça claramente exacerbá a dor típica do paciente,<sup>[12]</sup> indicando que a dor tem origem na parede abdominal, geralmente nas bainhas do músculo reto.
- Os pacientes podem permanecer deitados se tiverem peritonite. Um abdome rígido é um sinal característico de abdome agudo. Dor à descompressão brusca e rigidez podem estar presentes na perfuração intestinal.
- O abdome pode estar distendido e timpânico com ruído hidroaéreo de alto tom e dor localizada no epigástrio, na área perumbilical ou nos quadrantes abdominais inferiores na obstrução gastrointestinal.
- A sensibilidade epigástrica geralmente é provocada por palpação na inflamação do intestino delgado decorrente de doença celíaca ou de enterite eosinofílica, por doenças neuromusculares gástricas ou por esforço para vomitar.
- A palpação pode revelar uma massa abdominal sugestiva de carcinoma que pode exigir investigações adicionais.
- Se a percussão induz a dor, pode haver inflamação do peritônio. A percussão também é usada para detectar a presença de maciez móvel na presença de ascite.
- Ruídos hidroaéreos hiperativos que diminuem com o tempo são ouvidos na obstrução do intestino delgado. Ausência de ruídos hidroaéreos indica pseudo-obstrução, especialmente quando há um abdome distendido que está timpânico e sensível à palpação.
- Um sopro abdominal pode indicar gastroparesia isquêmica, sendo encontrado em aproximadamente metade desses pacientes. Alguns pacientes com gastroparesia isquêmica irão apresentar perda de peso progressiva e sensibilidade abdominal difusa e inespecífica.
- Se o exame físico for duvidoso, pode ser útil distrair o paciente.
- O exame pélvico é indicado para a maioria das mulheres se houver dor no abdome inferior.
- Uma massa ovariana pode indicar um tumor ovariano.
- A confirmação ou exclusão de gravidez é necessária.

### Avaliação endócrina

- O paciente é avaliado quanto a sinais de hipotireoidismo, como queda de cabelo, pele seca, reflexos lentos e presença de bório.
- Sinais oculares e bório com tremores podem estar presentes em pacientes com hipertireoidismo, os quais também parecem ansiosos e agitados.

- O exame endócrino pode ser inteiramente normal em pacientes com insuficiência adrenal ou diabetes. Os pacientes com diabetes podem apresentar neuropatia periférica ou hipotensão ortostática. Os pacientes com insuficiência adrenal podem apresentar hipotensão ortostática, hiperpigmentação ou pavilhões auriculares calcificados.

#### Avaliação neurológica

- O exame neurológico raramente será normal se as náuseas e vômitos forem decorrentes de uma causa neurológica.
- O exame físico pode revelar características de doença de Parkinson (por exemplo, marcha arrastada, tremor em "contar dinheiro", rigidez em roda dentada), nistagmo, instabilidade postural ou deficits neurológicos relacionados a acidentes vasculares cerebrais (AVCs) ou convulsões.
- Os pacientes com meningite podem apresentar rigidez de nuca, e aqueles com abscesso cerebral podem demonstrar deficits neurológicos focais.
- Sinais neurológicos subclínicos sutis podem ser observados em pacientes com irritação meníngea decorrente de infecções fúngicas, com linfoma meníngeo e crises parciais complexas.

#### Exame de toque retal

- Realizado na presença de sangue oculto ou franco nas fezes. Pode indicar inflamação da mucosa ou neoplasias malignas gastrointestinais.

## Investigações laboratoriais

Não existem algoritmos específicos para a investigação diagnóstica de náuseas e vômitos. As investigações apropriadas devem ser personalizadas de acordo com a história e com os achados do exame físico e solicitadas caso a caso.

- Os leucócitos variam de normais a elevados quando há doenças inflamatórias.
- Podem ocorrer anormalidades eletrolíticas como hiponatremia e hipocalêmia na depleção de volume. A hipercalemia é sugestiva de insuficiência adrenal. Anormalidades eletrolíticas variáveis também são observadas em pacientes com transtornos alimentares.
- A velocidade de hemossedimentação (VHS) é elevada na peritonite, no abscesso abdominal e na maioria das doenças inflamatórias.
- Na investigação de úlcera péptica ou gastrite, um teste de anticorpo contra Helicobacter pylori pode ser indicado.
- A coprocultura pode ajudar a identificar o organismo desencadeante em casos de gastroenterite aguda ou intoxicação alimentar.
- Se houver suspeita de infecção do sistema nervoso central (SNC) (por exemplo, cefaleia, febre, fotofobia, erupção cutânea, rigidez de nuca), deve ser realizada uma punção lombar.

### [VIDEO: Punção lombar diagnóstica em adultos: demonstração animada ]

- Investigações endócrinas: 1) glicemia de jejum e hemoglobina glicada (HbA1c) são elevadas em pacientes com diabetes mellitus; 2) níveis de hormônio estimulante da tireoide (TSH) e de hormônio tireoidiano são indicados em pacientes com suspeita de hipo ou hipertireoidismo; 3) o cortisol em jejum geralmente é baixo na insuficiência adrenal; a insuficiência adrenal aguda ou crônica é investigada com o teste de estímulo com cosintropina (ACTH); 4) em casos com hipercalcemia, o nível do paratormônio ajuda no diagnóstico (alto no hiperparatiroidismo e suprimido em outros diagnósticos, como neoplasia maligna).

- O teste de gravidez com exame de sangue ou urina é indicado para descartar a gestação.
- O clearance de creatinina em urina de 24 horas é necessário para calcular a taxa de filtração glomerular (TFG) em pacientes com uremia.

### [VIDEO: Taxa de filtração glomerular estimada pela equação de estudo em MDRD rastreável por IDMS ]

Além disso, o perfil renal pode revelar hipercalemia, acidose, hipocalcemia e hiperfosfatemia.

- Um nível de fator antinuclear (FAN) positivo é sugestivo de pseudo-obstrução secundária decorrente de uma síndrome vasculítica.

## Investigações radiológicas/endoscópicas comuns

### Série radiográfica abdominal

- Confirma os níveis hidroaéreos e o ponto de obstrução em pacientes com obstruções mecânicas.
- Mostra alças do intestino delgado distendidas, distensão colônica ou gástrica na pseudo-obstrução, síndrome do intestino irritável e constipação grave.

[Fig-1]

[Fig-2]

### radiografia torácica

- A radiografia torácica lateral e póstero-anterior é uma etapa inicial simples para avaliar qualquer tosse, dor torácica e/ou hemoptise (sugestiva de câncer de pulmão).

### Estudos de bário do trato gastrointestinal superior

- Mostra irregularidades na mucosa consistentes com ulceração da mucosa. Geralmente, os estudos de bário são feitos por não gastroenterologistas se, por exemplo, houver acesso limitado à endoscopia.

### Ultrassonografia de abdome, rins ou pelve

- Pode auxiliar no diagnóstico de obstrução do ducto biliar ou do ducto cístico (ultrassonografia da vesícula biliar, pâncreas, fígado), de uremia (ultrassonografia dos rins para avaliar o tamanho), de câncer de ovário (ultrassonografia pélvica), de câncer renal (ultrassonografia do abdome/pelve) e de gravidez (ultrassonografia pélvica).

### tomografia computadorizada (TC) abdominal

- Pode revelar a fonte e o local da anatomia obstrutiva em obstruções mecânicas e a ausência de obstrução localizada na pseudo-obstrução.
- Revela doenças do peritônio ou coleção de fluidos em pacientes com peritonite e neoplasias malignas.
- Revela parede gástrica espessada, massas nos rins ou ovários e metástases hepáticas, conduzindo ao diagnóstico específico de carcinomas.

### Endoscopia digestiva alta

- Revela obstruções pilóricas ou duodenais e suas causas (por exemplo, úlceras ou cânceres).
- Teste diagnóstico mais específico para inflamação da mucosa do esôfago, estômago e duodeno.

- Pode descartar inflamação da mucosa e estenose subtotal de uma anastomose de operações prévias.

## Investigações adicionais

### Eletrogastrograma e estudo de esvaziamento gástrico

- Registra os ritmos elétricos gástricos e confirma a presença de disfunção neuromuscular objetiva em pacientes com operações gástrica prévias, se houver dúvida no diagnóstico.
- As disritmias gástricas são comuns em pacientes com doenças neuromusculares gástricas; muitos deles terão gastroparesia documentada.
- Alguns pacientes com doenças neuromusculares gástricas apresentam anormalidades de relaxamento gástrico ou hipersensibilidade visceral gástrica.

### Colonoscopia

- Pode auxiliar no diagnóstico de obstrução cólica.

### Estudos de motilidade

- Revela gastroparesia, disfunção neuromuscular do intestino delgado e/ou inércia cólica na pseudo-obstrução gastrointestinal, síndrome do intestino irritável e constipação.

### tomografia computadorizada (TC) do crânio

- Auxilia no diagnóstico de lesões intracranianas ou de eventos cerebrovasculares.

### eletroencefalograma (EEG)

- Indicado em pacientes que apresentam crises parciais complexas.

### Audiometria e eletronistagmografia

- Devem ser realizadas quando houver suspeita de lesões no nervo vestibular (por exemplo, tontura, vertigem, audição reduzida, dificuldades de equilíbrio).

### tomografia computadorizada (TC) do tórax

- Pode revelar uma massa no pulmão em casos de suspeita de câncer de pulmão (por exemplo, história de tabagismo, perda de peso, dispneia, tosse).

### Paracentese abdominal com biópsia

- A histologia do fluido abdominal aspirado e a biópsia da massa ou do peritônio confirmam o diagnóstico de peritonite carcinomatosa.

### Estudo com Doppler mesentérico e angiotomografia

- O estudo com Doppler confirma distúrbios no fluxo sanguíneo na artéria mesentérica superior ou na artéria celíaca, em pacientes com suspeita de isquemia mesentérica crônica (por exemplo, sensibilidade abdominal difusa, sopro abdominal), enquanto a angiotomografia identifica o local da estenose do vaso sanguíneo nesses pacientes.

### Teste da mesa inclinável

- Em pacientes com um componente ortostático para o início das náuseas, deve ser solicitado um teste da mesa inclinável. A pressão arterial e/ou a frequência de pulso não aumentam em resposta a uma inclinação para cima e náuseas são provocadas durante o teste.

#### Exame com cápsula não digerível

- Um exame alternativo para o diagnóstico de gastroparesia, se disponível. O diagnóstico é confirmado se a cápsula (nome de marca: SmartPill) não for evacuada dentro de 5 horas após sua ingestão. A cápsula transmite os dados do trato gastrointestinal para um dispositivo de gravação por meio de tecnologia sem fio.

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Gastrite

Doença do refluxo gastroesofágico

Úlcera péptica

Gastroenterite aguda

Intoxicação alimentar

Náuseas e vômitos crônicos pós-virais

Enxaqueca

Cinetose

Vertigem posicional paroxística benigna

Eventos cerebrovasculares (embólicos/isquêmicos/hemorrágicos)

Hipercalcemia

Hipotireoidismo

Obstrução da saída gástrica

Obstrução do intestino delgado

Obstrução cólica

Coledocolitíase

Colecistite

Pós-cirurgia gastrointestinal

Constipação grave

Síndrome do intestino irritável

Síndrome do vômito cíclico

## Comum

Disritmias gástricas

Gastroparesia

Peritonite bacteriana

Anorexia nervosa

Bulimia nervosa

Gestação

Induzida por medicamentos

Nefrolitíase

Uremia

Dispepsia idiopática funcional ou síndrome do sofrimento pós-prandial

## Incomum

Síndrome coronariana aguda

Síndrome da taquicardia ortostática postural

Doença de Ménière

Neuroma acústico

Lesão cerebral traumática

Meningite

Abscesso cerebral

Crises parciais complexas

Tumores do sistema nervoso central (SNC)

Insuficiência adrenal primária (aguda ou crônica)

Hipertireoidismo

## Incomum

Hipopituitarismo

Hipertermia

Pancreatite aguda

Sequelas da cirurgia bariátrica

Pseudo-obstrução primária

Pseudo-obstrução secundária

Abscesso abdominal

Peritonite carcinomatosa

Câncer de estômago

Câncer de ovário

Câncer renal

Câncer pulmonar de células pequenas

Câncer de pâncreas

Isquemia mesentérica crônica

Hiperêmese canabinoide

Náuseas e vômitos crônicos após antibióticos ou anestésicos

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### ◊ Gastrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs); dor em queimação epigástrica geralmente aliviada por alimentos; pode ser agravada por estresse ou ansiedade recente	sensibilidade à palpação no exame do epigástrio ou exame físico normal	» <b>endoscopia digestiva alta:</b> gastrite; biópsias da mucosa antral podem revelar infecção por H pylori, que requer antibioticoterapia; pode confirmar etiologias como gastrite eosinofílica	» <b>teste de anticorpo contra Helicobacter pylori:</b> positiva

### ◊ Doença do refluxo gastroesofágico

História	Exame	1º exame	Outros exames
típica: pirose ou regurgitação; atípica: queimação epigástrica mínima ou regurgitação; as náuseas predominam; náuseas matinais são comuns	sensibilidade no epigástrio à palpação ou exame físico normal	» <b>endoscopia digestiva alta:</b> pode ser normal ou revelar inflamação esofágica que varia de eritema a ulceração franca Não é necessária para o diagnóstico, o qual pode ser feito com base na história clínica, na endoscopia ou no estudo do pH de 24 horas.	» <b>estudo do pH esofágico de 24 horas:</b> confirma refluxo gastroesofágico se a endoscopia for normal

### ◊ Úlcera péptica

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso de AINEs; dor em queimação epigástrica geralmente aliviada por alimentos	sensibilidade à palpação no exame do epigástrio ou exame físico normal	» <b>teste de anticorpo contra Helicobacter pylori:</b> positiva » <b>endoscopia digestiva alta:</b> revela gastrite, úlcera gástrica, úlcera duodenal ou duodenite; as biópsias da mucosa antral revelam infecção por	

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](http://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****◊ Úlcera péptica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		H pylori, que requer antibioticoterapia	

**◊ Gastroenterite aguda**

História	Exame	1º exame	Outros exames
diarreia; dor abdominal; febre baixa na doença viral; febre alta com toxicidade na etiologia bacteriana	sensibilidade abdominal difusa à palpação; sinais de depleção de volume (estado mental alterado, turgor cutâneo diminuído, membranas mucosas ressecadas, olhos encovados, irritabilidade e hipotensão)	» <b>eletrolítos séricos:</b> sódio e potássio baixos	» <b>coprocultura:</b> pode identificar o agente microbiano; geralmente não reveladora A maioria dos casos é de origem viral.

**◊ Intoxicação alimentar**

História	Exame	1º exame	Outros exames
diarreia, dor abdominal; os sintomas se desenvolvem dentro de 24 horas após uma refeição; os sintomas podem melhorar ou persistir por semanas, causando doença crônica	sensibilidade epigástrica; sensibilidade abdominal à palpação; sinais de depleção de volume (estado mental alterado, turgor cutâneo diminuído, membranas mucosas ressecadas, olhos encovados, irritabilidade e hipotensão)	» <b>eletrolítos séricos:</b> sódio e potássio baixos	» <b>coprocultura:</b> pode revelar Campylobacter, Salmonella, Shigella

**◊ Náuseas e vômitos crônicos pós-virais**

História	Exame	1º exame	Outros exames
os sintomas se tornam crônicos após uma gastroenterite bacteriana ou viral aguda	sensibilidade epigástrica; sinais de depleção de volume (estado mental alterado, turgor cutâneo diminuído, membranas mucosas ressecadas, olhos encovados,	» <b>endoscopia digestiva alta:</b> normal	» <b>esvaziamento gástrico de fase sólida:</b> gastroparesia » <b>eletrogastrograma:</b> taquigastria, bradigastria, disritmia gástrica mista

**Comum****◊ Náuseas e vômitos crônicos pós-virais**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	irritabilidade e hipotensão)		

**◊ Enxaqueca**

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas recorrentes e/ou vômitos na presença de cefaleia e visão prejudicada	ausência de achados neurológicos, mas o abdome pode estar sensível devido aos vômitos/esforço para vomitar	» <b>nenhum exame inicial:</b> diagnóstico clínico	» <b>tomografia computadorizada (TC) do crânio:</b> pode excluir diagnóstico alternativo » <b>ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio:</b> pode excluir diagnóstico alternativo

**◊ Cinetose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
evento precipitante (por exemplo, andar de carro, avião ou navio)[22]	normal	» <b>nenhum exame inicial:</b> diagnóstico clínico	

**◊ Vertigem posicional paroxística benigna**

História	Exame	1º exame	Outros exames
vertigem episódica, súbita e breve	exame neurológico normal	» <b>Manobra de Dix-Hallpike:</b> positiva	

**◊ Eventos cerebrovasculares (embólicos/isquêmicos/hemorrágicos)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas transitórias, perda da visão, instabilidade, tontura	deficits neurológicos focais	» <b>tomografia computadorizada (TC) do crânio:</b> edema ou infarto encefálico	

## Comum

## ◊ Hipercalcemia

História	Exame	1º exame	Outros exames
alterações do estado mental, dor abdominal, constipação, dores musculares, poliúria, cefaleia	normal	» <b>cálcio</b> : elevado; >2.63 mmol/L (>10.5 mg/dL) » <b>paratormônio</b> : suprimido (diagnósticos que não são hiperparatiroidismo, como neoplasia maligna) ou elevado (hiperparatiroidismo)	

## ◊ Hipotireoidismo

História	Exame	1º exame	Outros exames
fadiga; intolerância ao frio; dispepsia	queda de cabelo; pele ressecada; reflexos lentos; bôcio	» <b>hormônio estimulante da tireoide (TSH)</b> : elevado no hipotireoidismo primário Na doença subclínica, os níveis são apenas discretamente elevados.	» <b>T4 (tiroxina livre sérica)</b> : baixo ou normal T4 livre baixo com um hormônio estimulante da tireoide (TSH) elevado é diagnóstico de hipotireoidismo primário. Entretanto, T4 livre pode ser normal no hipotireoidismo subclínico, apesar de um TSH discretamente elevado.

## ◊ Obstrução da saída gástrica

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de úlcera péptica (UP); o vômito é de suco gástrico amarelo ou pode conter sangue; dor na parte superior do abdome é proeminente	sensibilidade e/ou distensão epigástrica; um abdome rígido com dor à descompressão brusca sugere perfuração do intestino e concomitante peritonite aguda	» <b>radiografia do trato gastrointestinal superior</b> : distensão gástrica » <b>endoscopia digestiva alta</b> : revela o local e a causa da obstrução Estenoses e cânceres podem ser biopsiados.	» <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal</b> : revela o local da obstrução ou pneumoperitônio indicando perfuração

## Comum

## ◊ Obstrução da saída gástrica

História	Exame	1º exame	Outros exames
		As estenoses podem estar dilatadas durante a endoscopia.	

## ◊ Obstrução do intestino delgado

História	Exame	1º exame	Outros exames
vômitos biliosos; localização perumbilical da dor	sensibilidade perumbilical; distensão abdominal; ruídos hidroáreos com tom alto ou ausentes; abdome rígido com dor à descompressão brusca sugere perfuração do intestino e concomitante peritonite aguda	» <b>série radiográfica do abdome agudo:</b> níveis hidroáreos no intestino delgado A radiografia do abdome na posição ortostática e supina ajuda a determinar se o paciente tem uma obstrução do intestino delgado parcial ou completa, e se a obstrução é simples ou complicada. [Fig-1]	» <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b> revela o local da obstrução ou pneumoperitônio indicando perfuração

## ◊ Obstrução cólica

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor na parte inferior do abdome com ou sem distensão; vômito fécülento	sensibilidade e/ou distensão na parte inferior do abdome; os ruídos hidroáreos podem estar ausentes; um abdome rígido com dor à descompressão brusca sugere perfuração do intestino e concomitante peritonite aguda	» <b>série radiográfica do abdome agudo:</b> cólon distendido, proximal ao local da obstrução; níveis hidroáreos no intestino delgado Diagnóstico confirmado por dilatação cólica. [Fig-2]	» <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b> revela o local da obstrução cólica; pneumoperitônio indicando perfuração » <b>colonoscopia:</b> pode revelar lesão da mucosa que pode estreitar o lúmen intestinal

## Comum

## ◊ Coledocolitíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor epigástrica ou no quadrante superior direito, sintomas pós-prandiais	sensibilidade no quadrante superior direito; pode haver icterícia	» <b>ultrassonografia abdominal:</b> cálculos na vesícula ou no ducto biliar	

## ◊ Colecistite

História	Exame	1º exame	Outros exames
história prévia de cólica biliar; dor no quadrante superior direito; pode haver febre ou dor referida no ombro direito	pode haver sinal de Murphy positivo (sensibilidade subcostal direita, piora após inspiração profunda); pode haver massa no quadrante superior direito sensível; possível icterícia	» <b>hemograma completo:</b> contagem elevada de leucócitos » <b>TFHs:</b> padrão colestático » <b>ultrassonografia do quadrante superior direito:</b> pode mostrar parede espessada da vesícula biliar com cálculos ou coleção de fluidos pericolécísticos	

## ◊ Pós-cirurgia gastrointestinal

História	Exame	1º exame	Outros exames
cirurgia prévia (funduplicação, esofagectomia, gastrojejunostomia [Bilroth I ou II] ou operação bariátrica); desconforto epigástrico; distensão abdominal; regurgitação após a esofagectomia com saciedade precoce	sensibilidade epigástrica; cicatrizes sensíveis, sinal de Carnett positivo (ocorre quando uma combinação de pressão na cicatriz e de flexão da cabeça claramente exacerba a dor típica do paciente)[12]	» <b>endoscopia digestiva alta:</b> obstrução mecânica no local da cirurgia, anormalidades da mucosa ou mucosa normal	» <b>estudo de esvaziamento gástrico:</b> gastroparesia ou normal » <b>eletrogastrograma:</b> disritmia gástrica ou normal

## ◊ Constipação grave

História	Exame	1º exame	Outros exames
constipação; hábitos intestinais alterados;	abdomen sensível; massa abdominal palpável	» <b>série radiográfica do abdome agudo:</b> alças do intestino	

**Comum****◊ Constipação grave**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal; dor ao defecar		dilatadas; carga fecal no cólon direito	

**◊ Síndrome do intestino irritável**

História	Exame	1º exame	Outros exames
habitos intestinais alterados (alternando entre constipação e diarreia), distensão abdominal, dor abdominal e distensão, sintomas relacionados ao estresse	normal na maioria dos pacientes; sensibilidade abdominal em alguns casos	» <b>nenhum exame inicial:</b> diagnóstico de exclusão	» <b>série radiográfica do abdome agudo:</b> alças intestinais dilatadas » <b>colonoscopia:</b> pode demonstrar diagnóstico alternativo como doença inflamatória intestinal ou neoplasia Realizada no caso de idade >50 anos ou de sinais de alerta como sangue nas fezes, perda de peso ou anemia.

**◊ Síndrome do vômito cíclico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
início na infância; enxaqueca comum; semanas com ausência de sintomas	normal	» <b>estudo de esvaziamento gástrico de fase sólida:</b> retenção gástrica >50% após 2 horas; retenção gástrica >10% após 4 horas	» <b>eletrogastrograma:</b> taquigastria, bradigastria ou disritmia mista » <b>endoscopia:</b> normal

**◊ Disritmias gástricas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas, saciedade precoce, a plenitude piora após as refeições	normal	» <b>eletrogastrograma:</b> taquigastria, bradigastria ou disritmias mistas	» <b>endoscopia:</b> normal Exclui doença na mucosa.

## Comum

## ◊ Disritmias gástricas

História	Exame	1º exame	Outros exames
			» <b>estudo de esvaziamento gástrico:</b> normal Exclui gastroparesia.

## ◊ Gastroparesia

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas, saciedade precoce, plenitude e vômitos de alimentos não digeridos; todos os sintomas pioram após a ingestão de refeições; história de diabetes ou doença de Parkinson	som de sucussão raramente detectado; perda de peso, hipotensão ortostática	» <b>estudo de esvaziamento gástrico de fase sólida:</b> retenção gástrica >50% após 2 horas; retenção gástrica >10% após 4 horas  » <b>exame com cápsula não digerível:</b> o diagnóstico é confirmado se a cápsula não for evacuada dentro de 5 horas após sua ingestão um exame alternativo para o diagnóstico de gastroparesia, se disponível; a cápsula (nome da marca: SmartPill) transmite os dados do trato gastrointestinal para um dispositivo de gravação por meio de tecnologia sem fio	» <b>eletrogastrograma:</b> taquigastria, bradigastria ou disritmia mista  » <b>endoscopia:</b> ausência de evidências de inflamação da mucosa

## ◊ Peritonite bacteriana

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal; as náuseas ou os vômitos variam de leves a intensos; febre baixa a	abdomen rígido com dor à descompressão brusca	» <b>série radiográfica do abdome agudo:</b> ar sob o diafragma indica perfuração	» <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b> ar sob o diafragma,

**Comum****◊ Peritonite bacteriana**

História	Exame	1º exame	Outros exames
alta; cirurgia abdominal recente			ascite; espessamento da parede do intestino, líquido intra-abdominal ou massas

**◊ Anorexia nervosa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
anormalidades na imagem corporal, depressão, amenorreia ou disfunção psicossocial	caquexia; sinais de depleção de volume (estado mental alterado, turgor cutâneo diminuído, membranas mucosas ressecadas, olhos encovados, irritabilidade e hipotensão), sinais de desnutrição (perda de gordura subcutânea, apatia e letargia, palidez, despigmentação, abdome aumentado, escápula alada, pele flácida, edema nos dois pés)	»estudo de esvaziamento de fase sólida: gastroparesia	»eletrogastrograma: taquigastria, bradigastria, disritmia mista

**◊ Bulimia nervosa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
anormalidades na imagem corporal, depressão, outra disfunção psicossocial	exame físico normal; possíveis sinais de depleção de volume (estado mental alterado, turgor cutâneo diminuído, membranas mucosas ressecadas, olhos encovados, irritabilidade e hipotensão) e desnutrição (perda de gordura subcutânea, apatia e letargia, palidez, despigmentação, abdome aumentado, escápula alada, pele	»estudo de esvaziamento de fase sólida: normal	»eletrogastrograma: normal

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](http://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****◊ Bulimia nervosa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	flácida, edema nos dois pés); pode haver erosão do esmalte dos dentes devido aos vômitos repetidos		

**◊ Gestação**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sexualmente ativa; menstruação atrasada; náuseas pela manhã	o exame pélvico pode revelar útero gravídico ou massas pélvicas que sugerem um diagnóstico alternativo; pode haver sinais de depleção de volume na hiperêmese gravídica	» <b>exame de sangue ou urina para gravidez:</b> positiva » <b>ultrassonografia pélvica:</b> confirma a gravidez, descarta gravidez ectópica, gravidez molar ou qualquer outra anormalidade estrutural que sugira doença inflamatória pélvica (DIP) (por exemplo, abscesso tubo-ovariano)	» <b>testes da função tireoidiana:</b> pode mostrar hormônio estimulante da tireoide (TSH) suprimido na hiperêmese gravídica

**◊ Induzida por medicamentos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sintomas não relacionados aos movimentos de deglutição ou peristálticos; início em dias ou semanas após o começo da administração do medicamento; os sintomas recorrem 3 a 4 dias após o reinício do medicamento (por exemplo, agentes de quimioterapia); os medicamentos AINEs, antidepressivos, antiarrítmicos, opioides, quimioterapia, estrogênio/	sensibilidade epigástrica pode estar presente com AINEs	» <b>tentativa terapêutica:</b> as náuseas remitem com a interrupção do medicamento Os sintomas podem recorrer 3 a 4 dias após a reintrodução do medicamento (por exemplo, agentes de quimioterapia).	

**Comum****◊ Induzida por medicamentos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
progesterona, teofilina, digoxina, lubiprostone, metformina, exenatida			

**◊ Nefrolitíase**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor no flanco, pode irradiar para a virilha; disúria	sensibilidade no ângulo costovertebral	» <b>urinálise:</b> hematúria macroscópica ou microscópica » <b>TC sem contraste abdominal:</b> tamanho e localização de cálculos	

**◊ Uremia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
doença renal existente ou diabetes; fadiga, anorexia, perda de peso; casos graves podem apresentar cãibras musculares, prurido, distúrbios mentais e visuais; aumento da sede	edema; pele amarelada; palidez; sangue oculto gastrointestinal; hipertensão	» <b>clearance da creatinina na urina de 24 horas:</b> <10 a 20 mL/minuto A taxa de filtração glomerular (TFG) deve ser calculada a partir do clearance de creatinina na urina de 24 horas.  [VIDEO: Taxa de filtração glomerular estimada pela equação de estudo em MDRD rastreável por IDMS ]  » <b>perfil renal:</b> hipercalemia; acidose; hipocalcemia; hiperfosfatemia	» <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b> tamanho e morfologia dos rins, linfonodos

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](http://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****◊ Uremia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		»ultrassonografia dos rins: rins aumentados na hidronefrose, obstruções; rins pequenos no dano irreversível crônico	

**◊ Dispepsia idiopática funcional ou síndrome do sofrimento pós-prandial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
desconforto epigástrico vago, saciedade precoce e sensação de plenitude prolongada	normal	»nenhum exame inicial: diagnóstico de exclusão	»endoscopia digestiva alta: exclui lesões estruturais ou inflamação

**Incomum****◊ Síndrome coronariana aguda**

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode haver fatores de risco cardíaco como hipertensão ou diabetes; pode haver infarto do miocárdio (IAM) prévio ou angina estável; dor torácica; diaforese; dispneia	pode haver hipotensão ou hipertensão; pode haver estertores, edema ou sons cardíacos anormais	»eletrocardiograma (ECG): alterações da onda ST-T, alterações isquêmicas ou disritmia »níveis de troponina: elevado	

**◊ Síndrome da taquicardia ortostática postural**

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas com mudança de posição (por exemplo, de posição supina para ortostática), tontura	geralmente normal; ausência de desidratação	»teste da mesa inclinável: a pressão arterial e/ ou a frequência de pulso não aumentam em resposta a uma inclinação para cima, náuseas são	

**Incomum****◊ Síndrome da taquicardia ortostática postural**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		provocadas durante o teste	

**◊ Doença de Ménière**

História	Exame	1º exame	Outros exames
vertigem, perda auditiva, zumbido e plenitude aural, síncope	nistagmo, teste de Romberg positivo, incapacidade de andar em linha reta	» <b>audiometria</b> : perda auditiva sensorionuclear unilateral em baixa frequência	

**◊ Neuroma acústico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda auditiva assimétrica, zumbido	nistagmo, desequilíbrio	» <b>audiometria</b> : perda auditiva sensorionuclear assimétrica/retrocolear	» <b>tomografia computadorizada (TC) do crânio</b> : aumento do meato acústico na janela óssea » <b>ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio</b> : massa densa, com realce uniforme, que se estende para o meato acústico interno; ausência de cauda dural

**◊ Lesão cerebral traumática**

História	Exame	1º exame	Outros exames
trauma cranioencefálico; cefaleia, confusão	pode haver deficit neurológico focal	» <b>tomografia computadorizada (TC) do crânio</b> : pode exibir fratura ou sangramento intracraniano	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio</b> : pode exibir fratura ou sangramento intracraniano

**Incomum****◊ Meningite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia, rigidez de nuca, febre, estado mental alterado, fotofobia, convulsões	erupção cutânea, papiledema, sinal de Kernig ou Brudzinski	» <b>punção lombar com exame do líquido cefalorraquidiano (LCR):</b> glicose baixa, proteína alta; pode revelar etiologia infecciosa Exames de imagem com TC devem ser considerados antes da punção lombar na presença de deficit neurológico focal, episódio inicial de convulsão, papiledema, estado mental alterado ou imunocomprometimento para excluir uma lesão com efeito de massa ou um edema cerebral generalizado.	» <b>hemoculturas:</b> podem revelar o organismo infeccioso

**◊ Abscesso cerebral**

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia, rigidez de pescoço, estado mental alterado	pode haver deficit neurológico focal; sinal de Kernig ou Brudzinski	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio:</b> uma ou mais lesões com realce em anel	» <b>hemoculturas:</b> podem revelar o organismo infeccioso

**◊ Crises parciais complexas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas, cheiros bizarros, sensações ou experiências incomuns (aumento da sensação epigástrica, medo, déjà vu ou uma sensação	exame neurológico normal entre os episódios	» <b>eletroencefalograma (EEG):</b> anormalidades no ritmo elétrico do lobo temporal	

**Incomum****◊ Crises parciais complexas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
de estar "fora do corpo")			

**◊ Tumores do sistema nervoso central (SNC)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia inexplicada, alteração da visão ou de função motora, baixa coordenação, ataxia	anormalidades neurológicas focais; o exame abdominal é normal	» <b>tomografia computadorizada (TC) do crânio:</b> área de hipodensidade; realce pelo contraste dependendo do tipo ou grau do tumor; hiperdensidade se houver calcificação ou hemorragia	

**◊ Insuficiência adrenal primária (aguda ou crônica)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sintomas crônicos; ausência de dor abdominal; pode haver diarreia; pode estar fazendo uso de medicamentos corticosteroides crônicos	exame abdominal normal; hipotensão ortostática	» <b>cortisol em jejum:</b> 82.8 nanomoles/L (<3 microgramas/dL) Em situações de urgência, o tratamento é administrado imediatamente, sem aguardar pelo resultado dos testes.	» <b>teste de estimulação com cosintropina:</b> baixa resposta de cortisol ao hormônio adrenocorticotrófico (ACTH; pico <497 nanomoles/L; <18 microgramas/dL) Diagnóstico de insuficiência adrenal. Em situações de urgência, o tratamento é administrado imediatamente, sem aguardar pelo resultado dos testes.

**Incomum****◊ Hipertireoidismo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
intolerância ao calor; tremores; perda de peso	taquicardia; reflexos rápidos; tireoide aumentada	<ul style="list-style-type: none"> <li>»T4 livre e/ou T3 livre: elevado</li> <li>»hormônio estimulante da tireoide (TSH): suprimido</li> </ul>	

**◊ Hipopituitarismo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
possível galactorreia; cefaleia ou defeitos de campo visual; fraqueza; tontura; infertilidade; sintomas de hipotireoidismo	ausência de pelos axilares e pubianos; ortostase; massa muscular reduzida; retorno tardio dos reflexos	<ul style="list-style-type: none"> <li>»testes da função tireoidiana: baixo T4 livre com TSH normal ou baixo</li> <li>»teste de estímulo com o hormônio adrenocorticotrópico (ACTH): resposta do cortisol inadequada</li> <li>»hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) séricos: baixa</li> <li>»prolactina sérica: pode estar elevada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio: pode mostrar tumor hipofisário ou anormalidade selar</li> </ul>

**◊ Hipertermia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
idade avançada; comorbidades cognitivas; uso de diuréticos, anti-hipertensivos, anticolinérgicos, fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos; estado mental alterado	temperaturas centrais >40 °C (>104 °F)	<ul style="list-style-type: none"> <li>»bioquímica sérica: anormalidades variáveis</li> <li>»creatinofosfoquinase (CPK) sérica: pode estar elevada se houver rabdomiólise</li> </ul>	

## Incomum

## ◊ Pancreatite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso de álcool ou colelitíase; dor abdominal	taquicardia ou ortostase se houver depleção de volume; sensibilidade abdominal ou distensão	<p>»<b>lipase sérica:</b> elevado (3 vezes o limite superior do normal)</p> <p>Em níveis de medidas de desfecho padrão, amilase sérica e lipase sérica têm sensibilidades e especificidades semelhantes.[23]</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.[23]</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.[23]</p>	<p>»<b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b> pode mostrar aumento difuso ou segmentar do pâncreas com contorno irregular e obliteração da gordura peripancreática, necrose ou pseudocistos</p>

## Incomum

## ◊ Pancreatite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>O desempenho diagnóstico desses testes diminui com o tempo, e investigações adicionais devem ser realizadas se houver suspeita de pancreatite aguda.[23]</p> <p>»<b>amilase sérica:</b> 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.[23]</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.[23]</p> <p>Como cerca de 1 em 10 pacientes sem pancreatite aguda podem ser erroneamente diagnosticados como</p>	

**Incomum****◊ Pancreatite aguda**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>tendo pancreatite aguda com esses testes, é importante considerar outras condições que exijam cirurgia urgente, mesmo se esses testes forem anormais.<a href="#">[23]</a></p> <p>O desempenho diagnóstico desses testes diminui com o tempo, e investigações adicionais devem ser realizadas se houver suspeita de pancreatite aguda.<a href="#">[23]</a></p> <p>»<b>ultrassonografia abdominal:</b> pode mostrar inflamação pancreática, estrias peripancreáticas, calcificações ou coleções de fluido</p>	

**◊ Sequelas da cirurgia bariátrica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
intolerância de ingestão oral 3 a 6 semanas após a cirurgia (sugere estenose); possível disfagia	o abdome obeso pode ser difícil de examinar; pode haver taquicardia, febre e sinais de dificuldade respiratória	» <b>endoscopia digestiva alta:</b> demonstra estenose O balão endoscópico simultâneo também é terapêutico.	

**◊ Pseudo-obstrução primária**

História	Exame	1º exame	Outros exames
os sintomas mimetizam a obstrução gastrointestinal	abdome distendido e timpânico; ruídos	» <b>série radiográfica do abdome agudo:</b> níveis hidroaéreos;	» <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b>

**Incomum****◊ Pseudo-obstrução primária**

História	Exame	1º exame	Outros exames
mecânica; pode haver história de laparotomia sem evidências de obstrução mecânica	hidroaéreos geralmente ausentes	estômago, duodeno e cólon dilatados	estômago, duodeno, intestino delgado e cólon dilatados; nenhum local de obstrução identificado

**◊ Pseudo-obstrução secundária**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de lúpus, esclerodermia, distrofia miotônica ou outras doenças de músculo estriado; os sintomas mimetizam a obstrução gastrointestinal mecânica; pode haver história de laparotomia sem evidências de obstrução mecânica	abdome distendido e timpântico; ruídos hidroaéreos geralmente ausentes; esclerodactilia, erupção cutânea malar	» <b>fator antinuclear (FAN)</b> : pode ser positiva » <b>série radiográfica do abdome agudo</b> : níveis hidroaéreos; estômago, duodeno e cólon dilatados	» <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal</b> : estômago, duodeno, intestino delgado e cólon dilatados; ausência de local de obstrução

**◊ Abscesso abdominal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal; os sintomas variam de leves a intensos; febre baixa; cirurgia abdominal recente; sudorese noturna; fadiga; história de cirrose, hipertensão portal e ascite	sensibilidade abdominal e/ou massa; ascite e hepatomegalia e esplenomegalia	» <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal</b> : abscesso intra-abdominal; ascite	

**◊ Peritonite carcinomatosa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
câncer gastrointestinal conhecido; dor abdominal; os sintomas variam de leves a intensos; febre baixa a alta; cirurgia abdominal recente	caquexia; abdome firme; massa abdominal palpável	» <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal</b> : ascite, espessamento da parede do intestino, líquido intra-abdominal ou massas	» <b>paracentese abdominal com biópsia</b> : histologia do fluido abdominal aspirado e biópsia da massa ou do

**Incomum****◊ Peritonite carcinomatosa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			peritônio confirmam o diagnóstico de câncer

**◊ Câncer de estômago**

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas, vômitos e saciedade precoce evoluem lentamente ao longo de semanas ou meses; perda de peso; os sintomas sugerem inflamação da mucosa, dispepsia ou gastroparesia	aparência doente; caquexia; sensibilidade epigástrica	» <b>série radiográfica com bário do trato gastrointestinal superior</b> : massa gástrica polipoide ou semelhante a úlcera	» <b>endoscopia digestiva alta</b> : a biópsia revela câncer » <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal</b> : massa gástrica; linfonodos aumentados

**◊ Câncer de ovário**

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas, vômitos e saciedade precoce evoluem lentamente ao longo de semanas ou meses; sintomas de dispepsia ou gastroparesia; perda de peso; mulheres de meia idade	aparência doentia; caquexia; massa pélvica	» <b>ultrassonografia pélvica</b> : presença de massa sólida, complexa, septada, multiloculada; fluxo sanguíneo intenso » <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal</b> : massa no ovário; linfonodos aumentados	

**◊ Câncer renal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas, vômitos e saciedade precoce evoluem lentamente ao longo de semanas ou meses; sintomas de dispepsia ou gastroparesia; perda de peso inexplicada, hematúria; lombalgia	aparência doentia; caquexia; massa abdominal	» <b>urinálise</b> : hematúria microscópica ou macroscópica » <b>ultrassonografia abdominal/pélvica</b> : cisto/massa renal anormal, linfadenopatia e/ou outras lesões metastáticas viscerais	

**Incomum****◊ Câncer renal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		» <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b> massa renal; linfonodos aumentados	

**◊ Câncer pulmonar de células pequenas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de tabagismo; perda de peso; dispneia; tosse; hemoptise; náuseas, vômitos e saciedade precoce evoluem lentamente ao longo de semanas ou meses; sintomas de dispepsia ou gastroparesia	aparência de doente com caquexia; sibilo respiratório ou murmurários vesiculares reduzidos	» <b>radiografia torácica:</b> massa central, linfadenopatia hilar, derrame pleural A radiografia torácica lateral e póstero-anterior é uma etapa inicial simples e econômica para avaliar qualquer tosse, dor torácica e/ou hemoptise.  » <b>tomografia computadorizada (TC) do tórax:</b> massa no pulmão	

**◊ Câncer de pâncreas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, anorexia, desconforto abdominal, dorsalgia	pode haver icterícia ou massa abdominal	» <b>ultrassonografia abdominal:</b> massa pancreática, ductos biliares dilatados, metástases hepáticas  » <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b> confirma a massa pancreática e a extensão da disseminação	

**Incomum****◊ Isquemia mesentérica crônica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas pós-prandiais, saciedade precoce e plenitude; os sintomas pioram 30 a 60 minutos após a ingestão de alimentos; perda de peso	sensibilidade abdominal difusa; sopro abdominal	» <b>estudo com Doppler mesentérico:</b> confirma distúrbio do fluxo sanguíneo na artéria mesentérica superior ou na artériacelíaca » <b>angiotomografia:</b> confirma o local da estenose do vaso sanguíneo	» <b>estudo de esvaziamento gástrico de fase sólida:</b> confirma gastroparesia, se presente » <b>eletrogastrograma:</b> taquigastria, bradigastria, disritmia gástrica mista

**◊ Hiperêmese canabinoide**

História	Exame	1º exame	Outros exames
idade <50 anos; uso de cannabis geralmente por >2 anos e >uma vez por semana; pode haver dor abdominal; pode haver alívio dos sintomas com banhos quentes[11]	inespecífico	» <b>nenhum exame inicial:</b> o diagnóstico é clínico: testes podem ser necessários para descartar outras causas de náuseas e vômitos	

**◊ Náuseas e vômitos crônicos após antibióticos ou anestésicos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
os sintomas crônicos se manifestam após a exposição a antibióticos ou a agentes anestésicos	desconforto epigástrico	» <b>nenhum exame inicial:</b> diagnóstico clínico	» <b>eletrogastrograma:</b> taquigastria, bradigastria ou normal » <b>exame de esvaziamento gástrico:</b> normal ou gastroparesia

# Diretrizes de diagnóstico

## América do Norte

**American Gastroenterological Association medical position statement:  
nausea and vomiting**

**Publicado por:** American Gastroenterological Association

**Última publicação em:** 2001

## Artigos principais

- Koch KL. Diagnosis and treatment of neuromuscular disorders of the stomach. *Curr Gastroenterol Rep.* 2003;5:323-330. [Resumo](#)
- Stern RM, Koch KL, Andrews P. Nausea: mechanisms and management. New York, NY: Oxford University Press; 2011.
- Intagliata N, Koch KL. Gastroparesis in type 2 diabetes mellitus: prevalence, etiology, diagnosis, and treatment. *Curr Gastroenterol Rep.* 2007;9:270-279. [Resumo](#)
- Hejazi RA, McCallum RW. Review article: cyclic vomiting syndrome in adults--rediscovering and redefining an old entity. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;34:263-273. [Resumo](#)

## Referências

1. Koch KL. Nausea and vomiting. In: Wolfe MM, Davis GL, Farraye FA, et al, eds. *Therapy of digestive disorders*, 2nd ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2006:1003-1117.
2. Koch KL. Diagnosis and treatment of neuromuscular disorders of the stomach. *Curr Gastroenterol Rep.* 2003;5:323-330. [Resumo](#)
3. Stern RM, Koch KL, Andrews P. Nausea: mechanisms and management. New York, NY: Oxford University Press; 2011.
4. Feyer PC, Maranzano E, Molassiotis A, et al. Radiotherapy-induced nausea and vomiting (RINV): MASCC/ESMO guideline for antiemetics in radiotherapy: update 2009. *Support Care Cancer.* 2011;19(suppl 1):5-14. [Resumo](#)
5. Intagliata N, Koch KL. Gastroparesis in type 2 diabetes mellitus: prevalence, etiology, diagnosis, and treatment. *Curr Gastroenterol Rep.* 2007;9:270-279. [Resumo](#)
6. Hasler WL. Type 1 diabetes and gastroparesis: diagnosis and treatment. *Curr Gastroenterol Rep.* 2007;9:261-269. [Resumo](#)
7. Koch KL, Hong SP, Xu L. Reproducibility of gastric myoelectrical activity and the water load test in patients with dysmotility-like dyspepsia symptoms and in control subjects. *J Clin Gastroenterol.* 2000;31:125-129. [Resumo](#)
8. Parkman HP, Miller MA, Trate D, et al. Electrogastrography and gastric emptying scintigraphy are complementary for assessment of dyspepsia. *J Clin Gastroenterol.* 1997;24:214-219. [Resumo](#)
9. Liberski SM, Koch KL, Attnip RG, et al. Ischemic gastroparesis: resolution after revascularization. *Gastroenterology.* 1990;99:252-257. [Resumo](#)

10. Koch KL, Frissora CL. Nausea and vomiting during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003;32:201-234. [Resumo](#)
11. Simonetto DA, Oxentenko AS, Herman ML, et al. Cannabinoid hyperemesis: a case series of 98 patients. *Mayo Clin Proc.* 2012;87:114-119. [Resumo](#)
12. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastroduodenal disorders. In: Drossman DA, ed. Rome III: the functional gastrointestinal disorders. 3rd ed. McLean, VA: Degnon Associates; 2006:419-486.
13. Lavi R, Yarnitsky D, Rowe JM, et al. Standard vs atraumatic Whitacre needle for diagnostic lumbar puncture: a randomized trial. *Neurology.* 2006 Oct 24;67(8):1492-4. [Resumo](#)
14. Arendt K, Demaerschalk BM, Wingerchuk DM, Camann W. Atraumatic lumbar puncture needles: after all these years, are we still missing the point? *Neurologist.* 2009 Jan;15(1):17-20. [Resumo](#)
15. Nath S, Koziarz A, Badhiwala JH, et al. Atraumatic versus conventional lumbar puncture needles: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2018 Mar 24;391(10126):1197-1204. [Resumo](#)
16. Rochwerg B, Almenawer SA, Siemieniuk RAC, et al. Atraumatic (pencil-point) versus conventional needles for lumbar puncture: a clinical practice guideline. *BMJ.* 2018 May 22;361:k1920. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Ahmed SV, Jayawarna C, Jude E. Post lumbar puncture headache: diagnosis and management. *Postgrad Med J.* 2006 Nov;82(973):713-6. [Resumo](#)
18. Arevalo-Rodriguez I, Ciapponi A, Roqué i Figuls M, et al. Posture and fluids for preventing post-dural puncture headache. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(3):CD009199. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines: ovarian cancer. <http://www.nccn.org> (last accessed 30 June 2017). [Texto completo](#)
20. Hejazi RA, McCallum RW. Review article: cyclic vomiting syndrome in adults--rediscovering and redefining an old entity. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;34:263-273. [Resumo](#)
21. Carnett JB. Intercostal neuralgia as a cause of abdominal pain and tenderness. *Surg Gynecol Obstet.* 1926;42:625-632.
22. Stern RM, Koch KL, Andrews P. Nausea of motion sickness. In: Stern RM, Koch KL, Andrews P, eds. *Nausea: mechanisms and management.* New York, NY: Oxford Press; 2011:331-353.
23. 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](#) [Resumo](#)

## Imagens



Figura 1: Radiografia abdominal simples mostrando alças intestinais dilatadas centralmente com válvulas coniventes (setas brancas). Nenhum segmento do intestino grosso dilatado pode ser observado, representando uma obstrução do intestino delgado. A seta negra mostra um anel pessário incidental

Grant L, Hampson FA, Shaw AS. Student BMJ. 2009;17:114-116; usado com permissão



Figura 2: Obstrução do intestino grosso observada no raio-X

Bickle I, Kelly B. Student BMJ. 2002;5:140; usado 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	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

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

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.

49

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](http://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.

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](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Kenneth L. Koch, MD**

Professor

Section Head Gastroenterology, Wake Forest University, Health Sciences Center, Winston-Salem, NC

DIVULGAÇÕES: KLK is a consultant for GlaxoSmithKline and a shareholder in 3 CPM Company. He is an author of a number of references cited in this monograph.

### // Colegas revisores:

#### **James Neuberger, BM, BCh**

Consultant Physician

Liver Unit, Queen Elizabeth Hospital, Birmingham, UK

DIVULGAÇÕES: JN declares that he has no competing interests.

#### **Daniel Leffler, MD, MS**

Instructor in Medicine

Harvard Medical School, Director of Clinical Research, The Celiac Center, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: DL 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.