



MED-REVIEW



ABDOME AGUDO

**DO RACIOCÍNIO CLÍNICO À CONDUTA
DE PROVA**

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



**Didática
Absurda**



**Estudo Ativo &
Repetição Espaçada**



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



**Aulas com linguagem
acessível e visual
envolvente.**



**Simulados
mensais.**



**Qbank com milhares de
questões comentadas e
filtros inteligentes.**



**Suporte próximo
para dúvidas.**



**Flashcards com memória
visual e repetição espaçada.**

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O QUE MAIS CAI EM PROVA NESSE TEMA

Se você tem apenas 2 minutos, memorize esta tabela. Ela diferencia as síndromes pelos achados chaves das questões.

SÍNDROME	CLÍNICA TÍPICA	ACHADO DE PROVA (O Gatilho)	PRINCIPAL CAUSA
Inflamatório	Dor progressiva, náuseas, febre baixa.	Irritação peritoneal (Blumberg +).	Apendicite Aguda.
Obstrutivo	Dor em cólica, distensão, parada de flatos/fezes.	RHA metálicos ou Silêncio.	Bridas (Aderências).
Perfurativo	Dor súbita, lancinante ("facada").	Abdome em Tábua / Sinal de Jobert.	Úlcera Péptica.
Vascular	Dor desproporcional ao exame físico.	Acidose metabólica + Lactato alto.	Isquemia Mesentérica.
Hemorrágico	Dor súbita + Palidez/Choque.	Hipotensão + Taquicardia.	Gravidez Ectópica Rota.



ATENÇÃO NA PROVA

- **Sinal de Jobert:** É o desaparecimento da maciez hepática à percussão (hipertimpanismo). Indica **Pneumoperitônio** (ar livre).
- **Mulher em idade fértil:** Dor abdominal = Pedir **Beta-HCG** sempre.



MED-REVIEW



INTRODUÇÃO E FISIOPATOLOGIA DA DOR

Definição de Abdome Agudo

O abdome agudo é uma dor abdominal de início súbito ou progressivo, não traumática, severa, que leva o paciente à urgência. Embora a definição aceite até 7 dias, na prática, dores > 6 horas aumentam drasticamente a chance de ser cirúrgico. O desafio é separar o "benigno" (dispepsia) do "catastrófico" (isquemia/perfuração).

A base neurológica – Por que a localização engana?

A localização da dor muda conforme a doença evolui. Entenda os 3 tipos:

1. **Dor Visceral:** Causada por distensão de vísceras ocas. É difusa, mal localizada, geralmente na linha média (epigástrico/mesogástrico). É a dor do **início** da apendicite.
2. **Dor Parietal (Somática):** Ocorre quando inflama o peritônio parietal. É aguda, intensa e bem localizada. O paciente aponta com um dedo (ex: dor na fossa ilíaca direita).
3. **Dor Referida:** Sentida longe da origem. Ocorre pois nervos de locais diferentes entram no mesmo nível da medula.
 - Exemplo: Dor no ombro direito (Escápula) → Pense em Vesícula.
 - Exemplo: Dor no ombro esquerdo (Kehr) → Pense em Baço/Diafragma.

As 5 grandes síndromes do abdome agudo

1. Abdome Agudo Inflamatório (O mais comum)

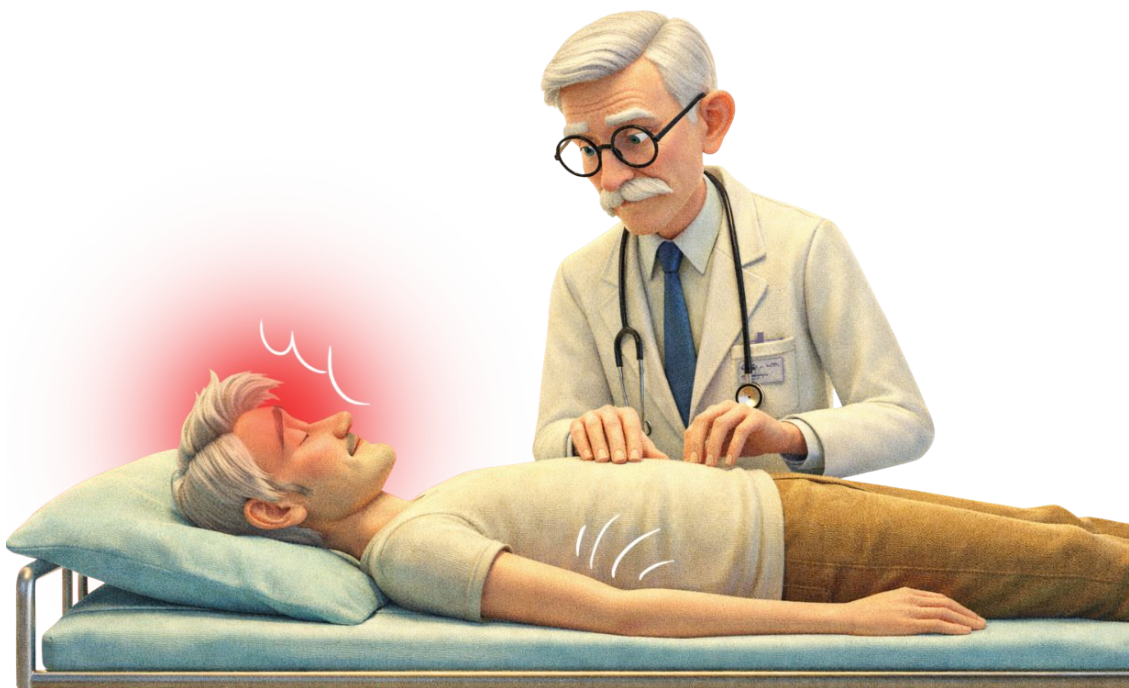
É o "arroz com feijão" do pronto-socorro. O processo patológico é a inflamação/infecção de uma víscera, irritando o peritônio adjacente.

- **A Dor:** Começa insidiosa (gradual), mal localizada (visceral) e, com o tempo, torna-se intensa e localizada (parietal). Piora com a tosse ou movimento (sinal da peritonite).
- **Sintomas Associados:** Febre baixa (geralmente < 38°C no início), náuseas, vômitos e anorexia.
- **O Exame Físico:**
 1. **Descompressão Brusca Dolorosa:** É o sinal de irritação peritoneal (Blumberg na FID = Apendicite; Murphy no HCD = Colecistite).
 2. **Defesa Muscular:** Pode ser voluntária ou involuntária.
- **Principais Causas:**
 1. **Apendicite Aguda:** (Dor periumbilical → Fossa Ilíaca Direita).
 2. **Colecistite Aguda:** (Dor HCD pós-alimentação).

3. Diverticulite Aguda: (Dor em Fossa Ilíaca Esquerda - Sigmoides).

4. Pancreatite Aguda: (Dor em barra epigástrica com irradiação para as costas).

SINAL DE BLUMBERG



DOR À DESCOMPRESSÃO BRUSCA NO PONTO DE MCBURNEY

2. Abdome Agudo Perfurativo (O mais dramático)

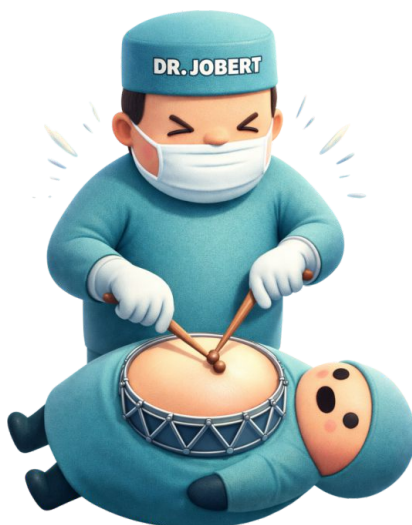
Ocorre quando uma víscera oca se rompe, vazando conteúdo (ácido gástrico, bile, fezes) na cavidade estéril. A queimadura química do peritônio é imediata e brutal.

- **A Dor: Súbita**, em "facada" ou "trovão". O paciente lembra a hora exata que começou. A dor é difusa desde o início.
- **O Paciente:** Fica **imóvel** na maca (posição antálgica), respira curto para não mexer o diafragma.
- **O Exame Físico:**
 - **Abdome em Tábua (Defesa Lenhosa):** Contração involuntária e rígida de toda a parede abdominal.
 - **Sinal de Jobert:** Perda da macicez hepática (timpanismo no lugar do fígado) = Pneumoperitônio.
- **Principal Causa: Úlcera Péptica Perfurada** (Duodenal ou Gástrica). Outras: Divertículo perfurado, corpo estranho, perfuração tífica (Salmonella).

SINAL DE JOBERT

AUSÊNCIA DE MACICEZ HEPÁTICA À PERCUSSÃO DE HIPOCÔNDRIO DIREITO

(Pensar em pneumoperitônio!)



DICA DE PROVA

Se o enunciado disser "paciente com história de artrite reumatoide em uso crônico de diclofenaco com dor súbita", marque **Úlcera perforada** (AINEs são vilões).

3. Abdome Agudo Obstrutivo (O mecânico)

Existe uma barreira física ou funcional impedindo o trânsito intestinal. O intestino luta para vencer a barreira.

- **A Dor:** Em **Cólica** (vai e volta, espasmódica). Localizada difusamente ou no mesogástrico.
- **A Tríade Clássica:** Dor em Cólica + Distensão Abdominal + Parada de eliminação de flatos e fezes.
- **Sintomas Associados:** Vômitos.
 - Vômito Precoces/Bilioso: Obstrução Alta (Delgado proximal).
 - Vômito Tardio/Fecaloide: Obstrução Baixa (Íleo distal ou Cólon).
- **O Exame Físico:**
 - **Ausculata:** RHA de luta (metálicos/aumentados) no início; Silêncio no final (fadiga).
 - **Toque Retal:** Obrigatório! Pode revelar fecaloma ou tumor retal.
- **Principais Causas:**
 - Delgado: **Bridas/Aderências** (Cirurgia prévia) e Hérnias.
 - Cólon: **Câncer** (Colorretal) e Volvo (Sigmoide).

4. Abdome Agudo Vascular (A armadilha)

É a isquemia intestinal (infarto do intestino). É traiçoeiro porque o exame físico é "inocente" no início, mas o paciente está morrendo.

- **A Dor: Desproporcional** ao exame físico. O paciente grita de dor, mas você apalpa a barriga e ela é flácida (no início).
- **O Perfil:** Idoso, Cardiopata (Fibrilação Atrial, Valvopatia, IAM recente).
- **O Exame Físico:**
 1. Fase Inicial: Abdome flácido, RHA presentes.
 2. Fase Tardia (Necrose): Distensão, peritonite, choque, fezes em "geleia de framboesa" (descamação da mucosa).
- **O Laboratório: Acidose Metabólica** inexplicada + **Lactato** muito elevado.
- **Principais Causas:**
 1. **Embolia da Artéria Mesentérica Superior** (50% dos casos - vem do coração).
 2. Trombose Arterial (Aterosclerose).
 3. Isquemia Não-Oclusiva (Choque/Vasoconstrição).

5. Abdome Agudo Hemorrágico (A instabilidade)

Sangue livre na cavidade irrita o peritônio (menos que pus ou suco gástrico) e causa hipovolemia.

- **A Dor:** Súbita, difusa ou pélvica.
- **Sintomas Associados:** Tontura (lipotimia), síncope, palidez cutânea, sudorese fria.
- **O Exame Físico:**
 1. **Sinais de Choque:** Taquicardia e hipotensão.
 2. **Sinal de Lafond:** Dor no ombro (irritação do diafragma pelo sangue).
 3. **Ginecologia:** Abaulamento do fundo de saco de Douglas (grito de Douglas).
- **Principais Causas:**
 1. **Gravidez Ectópica Rota** (Mulher jovem + Atraso menstrual).
 2. Ruptura de cisto ovariano hemorrágico.
 3. Ruptura de Aneurisma de Aorta Abdominal (Homem idoso + Massa pulsátil + Dor lombar).
 4. Trauma abdominal (Baço/Fígado).

A ROTINA DE ABDOME AGUDO (RADIOLOGIA SIMPLES)

Quais incidências pedir?

Quando falamos em "Rotina de Abdome Agudo", não estamos pedindo uma chapa aleatória. Existe um protocolo padronizado composto por três incidências obrigatórias. Cada uma tem uma função específica:

1. **Tórax em Pé (PA):** Pode parecer estranho pedir tórax para dor abdominal, mas essa é a incidência **mais importante** para ver **Pneumoperitônio** (ar livre). Como o ar sobe, ele se acumula logo abaixo do diafragma (cúpulas), e o Raio-X de tórax mostra essa região com mais nitidez que o de abdome. Além disso, serve para excluir pneumonias de base (que podem simular dor abdominal).
2. **Abdome em Pé (Ortostática):** Fundamental para avaliar **níveis hidroaéreos** (o líquido desce, o ar sobe, formando uma "linha reta").
3. **Abdome Deitado (Decúbito Dorsal):** Serve para ver a distribuição dos gases e medir a distensão das alças.



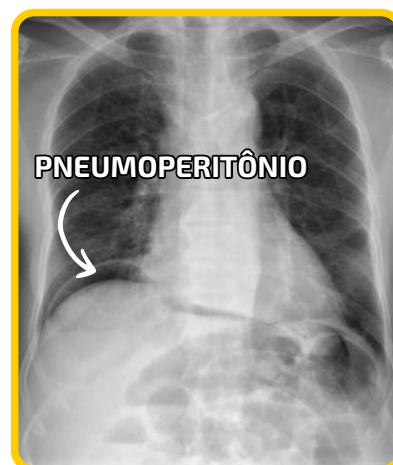
DICA PRÁTICA

Se o paciente não consegue ficar em pé (idoso/acamado), peça o **Decúbito Lateral Esquerdo com raios horizontais (Laurell)**. O ar vai subir e ficar entre o fígado e a parede lateral do abdome, facilitando a visualização.

SINAL DE ABDOME AGUDO



RADIOGRAFIA DE ABDOME → TORAX + ABDOME + ABDOME
DECÚBITO DORSAL ORTOSTASE



O que procurar? (Os 3 Grandes Achados)

Ao pegar o filme, seus olhos devem buscar três coisas: Ar onde não deveria ter (fora da alça), Ar preso onde não deveria estar (obstrução) e Sinais de Volvulo.

1. Pneumoperitônio (Sinal de Perfuração) Indica perfuração de víscera oca (úlcera, divertículo). É uma emergência cirúrgica imediata.

- **Sinal da Cúpula (Sinal do Menisco):** É o achado clássico. Uma faixa radiolúcida (preta) em forma de meia-lua localizada abaixo do hemidiafragma direito (entre o fígado e o diafragma).
- **Sinal de Rigler (Dupla Parede):** Quando há muito ar fora e dentro da alça, você consegue ver a parede do intestino desenhada "em branco" com ar "preto" dos dois lados.

2. Obstrução Intestinal (Sinal de Parada) Aqui buscamos dilatação e parada de progressão.

- **Níveis Hidroaéreos:** Na incidência em pé, formam-se níveis líquidos horizontais (parecem degraus de uma escada).
- **Sinal do Empilhamento de Moedas:** Típico de obstrução de **Delgado**. As pregas coniventes (plicas circulares) do jejuno cruzam toda a luz da alça, dando o aspecto de moedas empilhadas.
- **Moldura do Cólon:** Na obstrução de intestino grosso, a dilatação é periférica e vemos as **Haustrações** (que não cruzam toda a luz, são saculações).

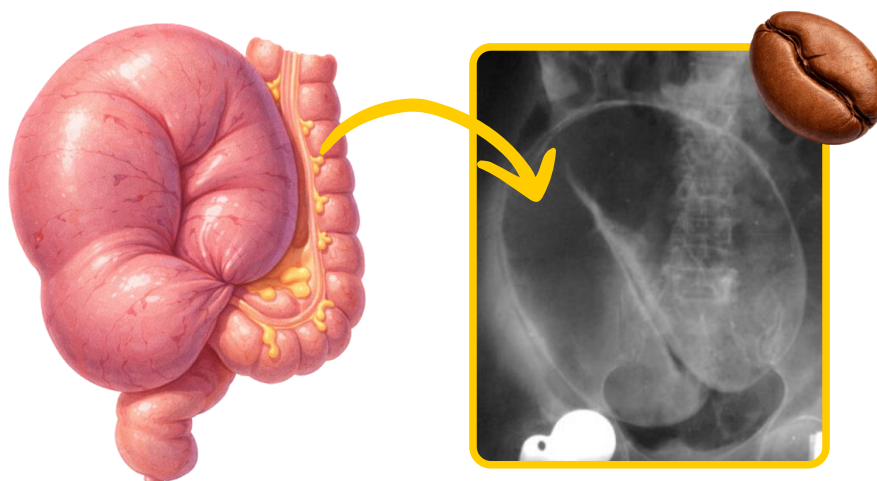
A Regra 3-6-9 (Para saber se está dilatado):

- Intestino Delgado: Até **3 cm**.
- Cólon: Até **6 cm**.
- Ceco: Até **9 cm**.
- Acima disso = Dilatação patológica.

3. Volvo (A Torção) Ocorre quando a alça torce sobre seu próprio eixo.

- **Sinal do Grão de Café (ou U Invertido):** Clássico do **Volvo de Sigmoide**. Uma alça gigante dilatada que nasce na pelve e sobe até o diafragma, parecendo um grão de café gigante.

VOLVO DE SIGMOIDE



Limitações (O que o RX NÃO vê)

Cuidado para não superestimar o exame. O Raio-X é **normal** ou inespecífico na maioria dos casos de:

- **Apendicite Aguda:** (Pode ter coprólito em < 5% dos casos, mas geralmente não ajuda).
- **Colecistite Aguda:** (Cálculos biliares só aparecem se forem calcificados, o que é minoria - 15%).
- **Pancreatite:** (Pode ter "alça sentinela", mas é inespecífico).
- **Vascular/Isquemia:** O RX costuma ser normal até que seja tarde demais (necrose/gás na veia porta).

Resumo em 1 minuto

- Se dor que migra para o quadrante inferior direito + Blumberg: Pense em Apendicite (Inflamatório).
- Se dor súbita + abdome em tábua + sinal de Jobert: Pense em Úlcera Perfurada (Perfurativo).
- Se dor em cólica + distensão + cicatriz cirúrgica prévia: Pense em Bridas (Obstrutivo).
- Se dor intensa + exame físico normal + idoso/arritmia: Pense em Isquemia Mesentérica (Vascular).
- Se dor súbita + hipotensão + mulher jovem: Pense em Gravidez Ectópica Rota (Hemorrágico).

Agora que você viveu a metodologia *MED-Review*...

... imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

O Extensive *MED-REVIEW* está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a *MED-REVIEW* aprende mais, lembra mais e aprova mais.

Clique Aqui!

Siga-nos

 @GrupoMEDReview

 @GrupoMED-Review

 @GrupoMEDReview



MED-REVIEW

