



MED-REVIEW



***ABDOME AGUDO
HEMORRÁGICO***

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:

PONTOS-CHAVE E "PEGADINHAS" DE PROVA	
Tópico	Pontos-Chave e "Pegadinhas" de Prova
Fisiopatologia	O sangue tem pH neutro. Inicialmente, causa pouca irritação peritoneal (abdome "inocente"), mas gera distensão e choque hipovolêmico.
Principais Etiologias	1. Mulher Jovem: Gravidez Ectópica Rota (Triade: Atraso menstrual + Dor + Sangramento). 2. Idoso/Tabagista: Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) Roto. 3. Trauma/Infeccioso: Ruptura de Baço (Mononucleose/Malária).
Sinais Clássicos	Sinal de Kehr: Dor referida no ombro (irritação do n. frênico). Cullen (dica: 1 palavra): Equimose periumbilical (dica: 1 equimose). Grey-Turner (dica: 2 palavras): Equimose em flanco (dica: 2 equimoses)
Exame Obrigatório	Beta-hCG em toda mulher em idade fértil, independente da história sexual.
A "Casca de Banana"	O Hematócrito/Hb podem estar NORMAIS nas primeiras horas do sangramento agudo (perda de sangue total). A queda ocorre só após a reposição volêmica (hemodiluição).
Diagnóstico por Imagem	Paciente INSTÁVEL: USG (FAST) à beira leito ou Lavado Peritoneal. Paciente ESTÁVEL: TC de Abdome com contraste (Padrão-Ouro).
Conduta Imediata	1. Acesso venoso (2 periféricos grossos). 2. Reposição volêmica criteriosa (evitar soro excessivo). 3. Instável + FAST (+): Laparotomia Exploradora. 4. Estável: Tratamento específico (Videolaparoscopia ou Endovascular).

FISIOPATOLOGIA E MECANISMO DE DOR

O entendimento da fisiopatologia é o diferencial para acertar questões de quadro clínico sutil. O sangue na cavidade abdominal (hemoperitônio) comporta-se de maneira diferente de outros fluidos irritativos (como suco gástrico ou conteúdo biliar).

- **O “Intervalo Livre” (ou Silêncio Abdominal):** O sangue tem pH neutro e é pouco irritativo ao peritônio visceral nas primeiras horas. Isso cria um fenômeno perigoso: o paciente pode ter uma hemorragia interna grave, com instabilidade hemodinâmica, mas **sem defesa muscular** ou **descompressão brusca dolorosa (DB)** evidentes inicialmente. O aluno não deve esperar um “abdome em tábua” como na úlcera perforada.
- **A Irritação Diafragmática:** Quando o sangue se acumula em grande quantidade, ele irrita o diafragma. Como o diafragma tem inervação pelas raízes de **C3, C4 e C5** (nervo frênico), o cérebro interpreta essa dor na região correspondente aos dermatômos dessas raízes: a região supraclavicular e escapular. Isso explica a omalgia (dor no ombro).

ETIOLOGIA: O QUE AS BANCAS COBRAM

As causas devem ser estratificadas por perfil epidemiológico. A “história clínica” da questão já entrega 50% do diagnóstico.

1. Causas Ginecológicas (Mulheres em idade fértil):

São as campeãs de prova. Lembre-se: Toda mulher em idade fértil com dor abdominal e choque tem gravidez ectópica até que se prove o contrário.

- **Gravidez Ectópica Rota:** Geralmente ocorre na trompa (ampola).
 - Tríade Clássica: Atraso menstrual + Dor abdominal + Sangramento vaginal (spotting).
 - Fatores de Risco: Doença Inflamatória Pélvica (DIP) prévia, cirurgia tubária anterior, uso de DIU (se engravidar com DIU, a chance de ser ectópica é alta), tabagismo.
- **Cisto de Corpo Lúteo Roto:** Ocorre na **segunda fase do ciclo** (fase lútea/secretora). É um cisto funcional vascularizado que se rompe. Frequentemente associado a relação sexual vigorosa prévia. Diferente da ectópica, a paciente não tem atraso menstrual significativo (ou a menstruação está próxima).

2. Causas Vasculares e Viscerais:

- **Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) Roto:** Suspeitar em homens, idosos (>65 anos), tabagistas e hipertensos. A ruptura geralmente é para o retroperitônio (contida inicialmente), causando dor lombar intensa. Se romper para a cavidade peritoneal livre, o óbito é quase imediato.
- **Rotura Esplênica:**
 - Traumática: Causa mais comum. Pode ser em dois tempos (hematoma subcapsular que rompe dias depois).

- Espontânea (Atraumática): Pensar em patologias que causam esplenomegalia friável. Exemplos de prova: **Malária**, **Mononucleose Infecciosa**, Leucemias.
- **Rotura Hepática:**
 - Associada a tumores, principalmente o **Adenoma Hepático** em mulheres jovens em uso de **anticoncepcional oral** por longo prazo.
 - Síndrome HELLP na gestante grave (hematoma subcapsular hepático).

DIAGNÓSTICO

O quadro clínico é uma "corrida contra o tempo". A apresentação depende da velocidade do sangramento.

Quadro clínico

1. A Evolução do Choque Hipovolêmico:

Devemos reconhecer os sinais precoces, antes da hipotensão.

1. **Fase Compensada:** O paciente está ansioso. A PA está normal, mas a **Taquicardia** e a vasoconstrição periférica (pele fria/pegajosa) já estão presentes. O enchimento capilar lentifica (>2 segundos).
2. **Fase Descompensada:** Ocorre hipotensão (PAS < 90 mmHg), alteração do nível de consciência (agitação/confusão) e oligúria.

CLASSIFICAÇÃO CHOQUE HEMORRÁGICO

GRAU	LEVE	MODERADO	GRAVE
FC	Normal	>100	>120
FR	Normal	Aumentada	Aumentada
PA	Normal	Normal/diminuída	PAS<90
N. CONSCIÊNCIA	Normal	Diminuído	Diminuído
BASE EXCESS	0 a -6 0 a -2 -2 a -6	-6 a -10	<-10
RESPOSTA VOLÊMICA	Rápida	Transitória	Mínima
HEMODERIVADOS?	Possivelmente	Provavelmente	PTM

2. Semiologia Específica (Epônimos):

As bancas utilizam esses sinais como "dicas de ouro", embora na prática sejam sinais de gravidade tardia.

- **Sinal de Kehr:** Dor referida na ponta do ombro (geralmente esquerdo) devido à irritação do nervo frênico por sangue subdiafragmático. Muito associado à ruptura de baço ou ectópica rota.
- **Sinal de Lafond:** Hiperestesia (sensibilidade aumentada) na região do ombro. Mesma fisiopatologia do sinal de Kehr.
- **Sinal de Cullen:** Equimose periumbilical. O sangue dissecou pelo ligamento falciforme até o umbigo.
- **Sinal de Grey-Turner:** Equimose nos flancos/região lombar. Indica sangramento retroperitoneal (comum em pâncreas e aorta).



EQUIMOSE EM FLANCOS



EQUIMOSE PERIUMBILICAL

Exames Complementares: A Estratégia

O erro mais comum em provas é pedir o exame errado para o paciente instável.

1. Laboratório - A Armadilha do Hematócrito:

- No sangramento agudo, perde-se sangue total (plasma + hemácias). Logo, a proporção (hematócrito) permanece **NORMAL** nas primeiras horas.
- A queda do Hb/Ht só aparece após a **hemodiluição**, que ocorre pela passagem de líquido do interstício para o vaso ou pela infusão de soro na reanimação.

Dica de prova: Hematócrito normal não exclui hemorragia grave aguda!

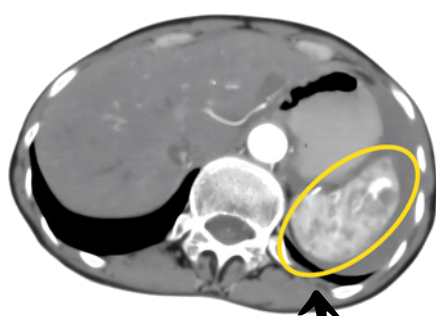
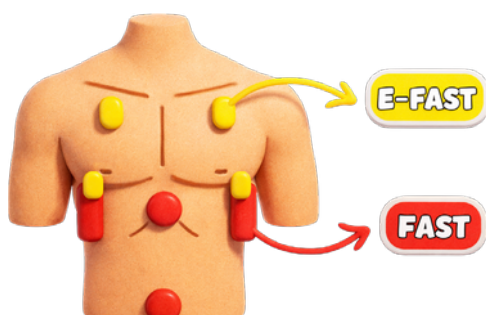
2. Imagem - O Divisor de Águas:

- **Paciente INSTÁVEL = USG (FAST):**
 - O FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) busca líquido livre. É rápido, à beira leito e não exige transporte.

- Locais: Espaço de Morrison (hepatorrenal - o local mais sensível), Esplenorrenal, Suprapúbico (pelve) e Pericárdio (subxifoide).
- **Paciente ESTÁVEL = TC de Abdome com Contraste:**
 - Permite ver a anatomia, a quantidade de sangue e a **origem**.
 - Blush Arterial: É o extravasamento ativo do contraste visto na TC. Indica sangramento contínuo e necessidade de intervenção (cirúrgica ou embolização).

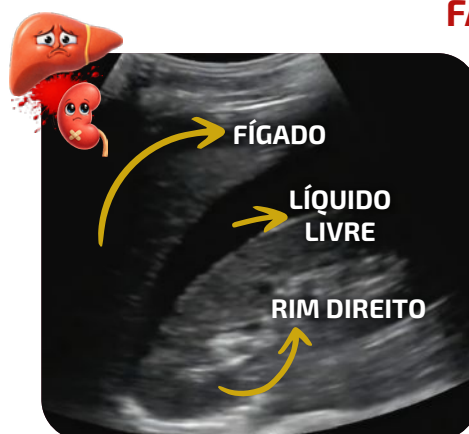
FAST

FOCUSED
ASSESSMENT WITH
SONOGRAPHY FOR
TRAUMA



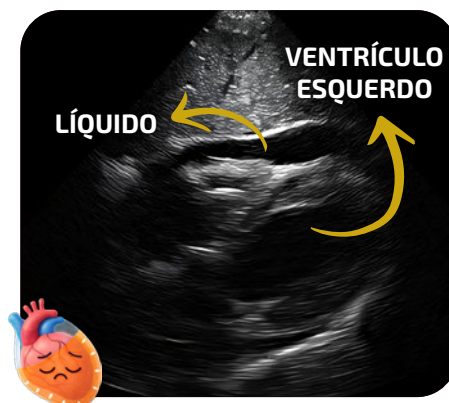
**BLUSH
ARTERIAL**

FAST



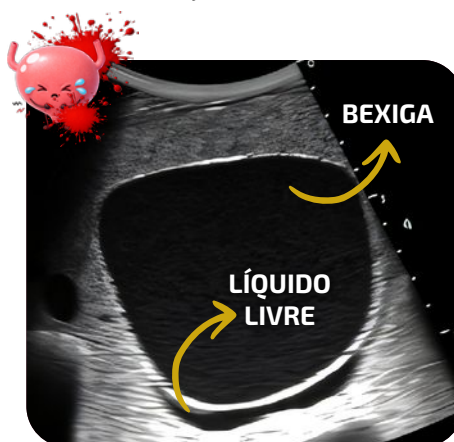
HEPATORRENAL

Entre linha hemiclavicular e linha axilar posterior, no 10º/11º espaço intercostal.



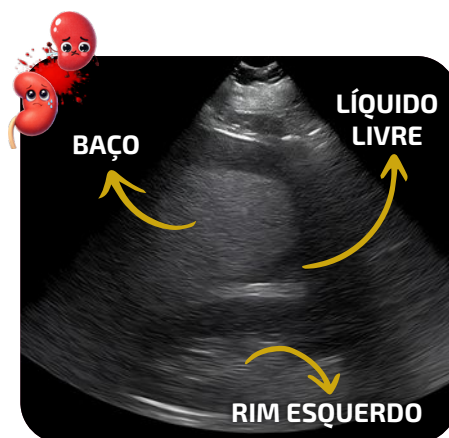
PERICÁRDICO

Abaixo do xifoide, orientando o probe para o ombro esquerdo.



SUPRAPÚBICO

Logo acima da sínfise púbica.



ESPLENORRENAL

Na linha axilar posterior, no 8º/9º espaço intercostal.

Beta-hCG:

- Qualitativo (urina) ou Quantitativo (sangue). Exame de triagem universal para mulheres em idade fértil no PS cirúrgico.

Escore Prognóstico: O Shock Index

O Índice de Choque (Shock Index - SI) é uma ferramenta rápida para avaliar a gravidade da hipovolemia, muitas vezes antes da queda da pressão arterial.



The diagram shows a red pill-shaped button with the text "SHOCK INDEX" on the left. To its right are three red vertical lines of varying heights, followed by an equals sign. To the right of the equals sign is the formula:
$$\frac{\text{FREQUÊNCIA CARDÍACA}}{\text{PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA}}$$



Valor Normal: 0,5 a 0,7.



SI > 0.9: Indica sangramento significativo e risco de necessidade de transfusão maciça.



SI > 1.2: Gravidade extrema (instabilidade iminente).

CONDUTA TERAPÊUTICA: O ALGORITMO DE DECISÃO

A conduta segue o mantra do ATLS: primeiro salva a vida (ABC), depois trata a lesão.

Passo 1: Reanimação Inicial (ABCDE)

- Acesso venoso periférico calibroso (Jelco 14G ou 16G).
- **Hipotensão Permissiva:** Em hemorragias não controladas, não devemos elevar a PA ao normal com soro, pois isso pode "estourar" o coágulo formado e piorar o sangramento. O alvo é manter pulso palpável e perfusão cerebral (PAS ~ 80-90 mmHg) até a cirurgia.
- Preparo para transfusão (Protocolo de Transfusão Maciça se SI > 1 ou resposta transitória).

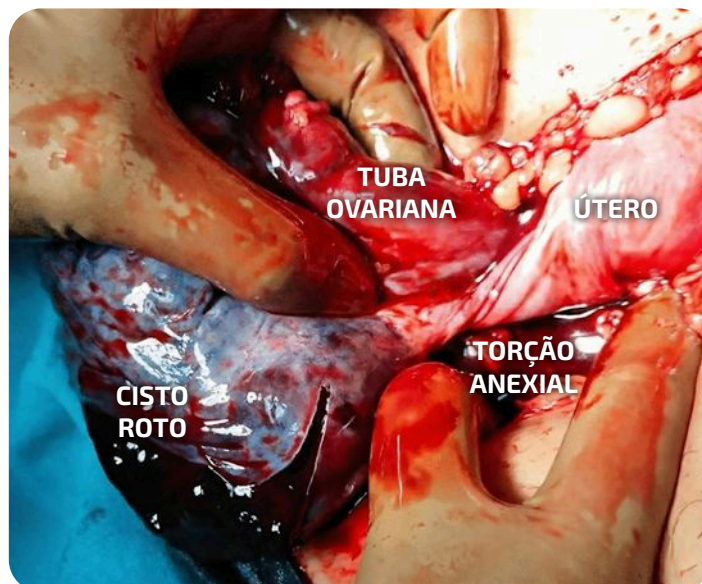
Passo 2: Definição de Conduta (Fluxograma)

1. Paciente INSTÁVEL (+ FAST positivo):

- Não perde tempo com TC.
- **Laparotomia Exploradora de Urgência:** O objetivo é o controle de danos (parar o sangramento).

2. Paciente ESTÁVEL:

- Realizar **TC de Abdome com contraste**.
- **Tratamento Específico:**
 - Gravidez Ectópica: Salpingectomia (cirúrgico) ou Metotrexato (medicamentoso - se critérios preenchidos: saco gestacional <3,5 cm, Beta-HCG < 5000, sem BCF, estável).
 - Aneurisma de Aorta Abdominal: Reparo Endovascular (EVAR) preferencialmente, ou cirurgia aberta.
 - Cisto Roto: Observação (maioria) ou cistectomia/ooforectomia se sangramento persistente.



Questão estratégica – Diagnóstico



QUESTÃO HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS - 2025

Um paciente de 60 anos, que foi submetido a uma ressecção gástrica subtotal, apresenta dor abdominal intensa, pré-síncope e mal-estar no segundo dia pós-operatório. Ao exame físico, o abdome está tenso e não há peristalse. PA: 90 x 50mmHg, P. 120 bpm. T: 36 °C. TEC: 4 segundos. A complicação mais provável, dentre as elencadas abaixo, é:

- A) Embolia pulmonar.
- B) Hemorragia intra-abdominal.
- C) Perfuração do intestino.
- D) Sepses intra-abdominal.
- E) Íleo paralítico.

Comentário:

A resposta é **B**. Vamos analisar a “cena do crime”:

1. **O Estado Geral:** O paciente está em **Choque**. Hipotensão (90x50), Taquicardia (120 bpm) e, o mais importante, má perfusão periférica (**TEC 4 segundos**). Ele está “frio e pálido”.
2. **O Abdome:** Está “tenso” (peritonite) e doloroso. O sangue é irritante para o peritônio.
3. **A Febre (O Divisor de Águas):** A temperatura é **36°C**.
 - Se fosse **Sepses (D)** ou **Perfuração/Deiscência (C)**, esperaríamos febre alta e um quadro mais tóxico infeccioso, ou pelo menos uma evolução mais arrastada.
 - Se fosse **Íleo Paralítico (E)**, haveria distensão, mas **JAMAIS** choque hipovolêmico grave e abdome tenso. Íleo não mata de choque em 2 dias.

4. **Conclusão:** Choque Hipovolêmico + Abdome Agudo + Sem Febre no pós-op imediato = **Hemorragia (Hemoperitônio)**. Alguma ligadura vascular soltou ou houve sangramento da linha de sutura.



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Esta questão serve de alerta: nem todo abdome distendido e sem ruídos no pós-operatório é "apenas" um Íleo Paralítico. Se houver instabilidade hemodinâmica, pense em sangramento ou sepse!

Gabarito: Letra B

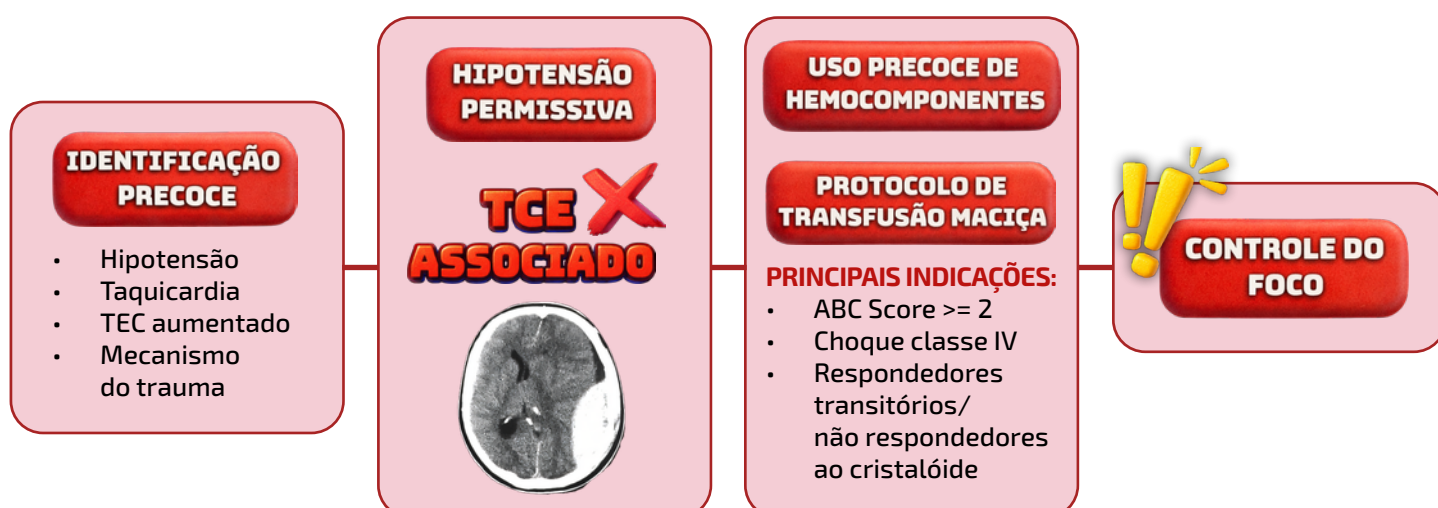
Revisão Final

O Abdome Agudo Hemorrágico desafia o médico recém-formado porque, diferente dos outros tipos de abdome agudo, a gravidade sistêmica (hemodinâmica) frequentemente precede a gravidade local (peritonite).

Para fechar o raciocínio, lembre-se que o diagnóstico é um funil:

1. **Suspeita:** Começa na triagem. Paciente pálido, taquicárdico e com dor abdominal, mesmo que leve, acende o alerta vermelho.
2. **Estratificação:** A primeira pergunta mental não é "qual é o órgão?", mas sim "o paciente está estável?". Se instável, o foco sai da etiologia e vai para a **ressuscitação e localização de fluido (FAST)**. Se estável, temos tempo para a **anatomia (TC)**.
3. **Armadilhas:** A banca tentará enganá-lo com um hemograma normal ou uma dor abdominal mal caracterizada. Não caia nisso. Confie nos sinais vitais (taquicardia/hipotensão) e no Beta-hCG.
4. **Ação:** A conduta final é quase sempre mecânica (cirurgia ou intervenção), pois não há antibiótico ou remédio que pare uma artéria rota. O tratamento clínico é apenas uma ponte para o tratamento definitivo.

TRILHA DO CHOQUE HEMORRÁGICO



Resumo em 1 minuto

- **Conceito:** Sangue na cavidade abdominal (hemoperitônio) + Hipovolemia.
- **Fisiopatologia:** Sangue tem pH neutro. Dor inicial é por distensão, não por peritonite química. Pode haver dissociação clínico-radiológica.
- **Principais Etiologias:**
 - **Mulher:** Gravidez Ectópica Rota (tríade: atraso + dor + sangramento), Cisto de Corpo Lúteo Roto.
 - **Homem/Idoso:** Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) roto.
 - **Geral:** Ruptura de baço (trauma ou doenças hematológicas) e fígado (adenoma).
- **Semiologia de Prova:**
 - **Sinal de Kehr:** Dor no ombro (irritação do n. frênico).
 - **Cullen/Grey-Turner:** Equimoses (tardias) indicando sangramento grave.
- **Exames:**
 - **Beta-hCG:** Obrigatório em mulher em idade fértil.
 - **Hemograma:** Hb/Ht NORMAIS nas primeiras horas (antes da hemodiluição).
- **Imagem (Regra de Ouro):**
 - **Instável:** USG/FAST (beira leito).
 - **Estável:** TC de Abdome com contraste.
- **Conduta:**
 - ABCDE + Acesso venoso calibroso + Reposição volêmica cautelosa.
 - **Instável:** Laparotomia Exploradora imediata.
 - **Estável:** Videolaparoscopia (ectópica/cisto) ou Endovascular (AAA).

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
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende

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



Siga-nos



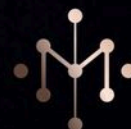
@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

