

ANAMNESE

- **IDENTIF.:** J.V.N.S, sexo masculino, 10 anos, natural de Presidente Prudente, procedente de Echaporã.
- **QD:** Dor abdominal há um dia.
- **HMA:** Há aproxim. 30 horas dor em andar superior de abdome, de moderada intensidade, acompanhada de vômitos (10 episódios), inicialmente com restos alimentares e posteriormente com conteúdo gástrico e coloração amarelada. Refere que após algumas horas passou a apresentar dor em andar inferior do abdome, constante, que piorava com a movimentação e com discreta melhora ao repouso. Refere tb. hiporexia desde o início do quadro. Negou febre nesse momento. Evacuou uma vez fezes pastosas logo após o início dos sintomas e não evacuou mais até o momento. Há aprox. 20 horas refere dor hipogástrica à micção. Nega polaciúria e hematúria.

Passou 3x por consulta médica em sua cidade, recebendo sintomáticos e, por não apresentar melhora, foi encaminhado ao HMI.

Chegou ao PS aproxim. 12 horas após o início do quadro (aproxim. às 20 horas), sendo realizados ex. complementares, hidratação e antiemético EV.

Permaneceu internado no PS, onde passou a noite, quando persistiu com dor abdominal e vômitos (5 episódios), recebendo alta após 12 horas de observação.

Retornou no PS após 7 horas da alta hospitalar com dor intensa em andar inferior do abdome, principalmente em FID e hipogástrio, com limitação da movimentação do MID. Relata febre não aferida há aproxim. 6 horas.

- Antecedentes Pessoais:

- Rinite alérgica

- Nega internações e cirurgias prévias

- Antecedentes Familiares:

- Irmã e pais hígidos

- Avó materna - Parkinson

EXAME FÍSICO

- **Geral:** BEG, consciente, orientado, corado, hidratado, deambulando em posição antálgica.
- **FC:** 80 bpm **FR:** 20 ipm **T:** 37,8° C
- **Cab. e pesc.:** sem alterações
- **Tórax:** 2 BRNF s/s MVFD s/ RA
- **Abdome:** distensão leve e difusa, RHA + diminuídos, doloroso à percussão e à palpação superficial e profunda em FID e hipogástrio, com defesa e DB +, Giordano – bilat.
- **Genitais:** sem alterações.
- **Neurológico:** sem alterações.
- **Extremidades:** sem alterações

Hipótese(s) Diagnóstica(s)

?

DIAGNÓSTICO DO ABDOME AGUDO NA INFÂNCIA

Processo abdominal de aparecimento súbito, com diferentes características e de intensidade suficiente para motivar a procura de tratamento, que pode ser clínico ou cirúrgico.

Prof. Dr. José de Freitas Guimarães Neto

Disciplina de Cirurgia Pediátrica

A HISTÓRIA “The patient must be interviewed. By means of these questions, it is possible to learn a

great deal concerning the illness, which enables a better treatment. The time that an illness began is also important.” *Rufus de Ephesos, séc 1 DC*

ANAMNESE

- Fundamental para determinar o próximo passo para o diagnóstico.
- Tranquilizar e obter a confiança dos pais e da criança.
- Crianças maiores devem ser estimuladas a expressar suas queixas.

História Clínica

Dor abdominal

Vômitos

Sangramento por via retal

Hábito intestinal

Micção

Menstruação ,

Febre,

Outros

DOR ABDOMINAL



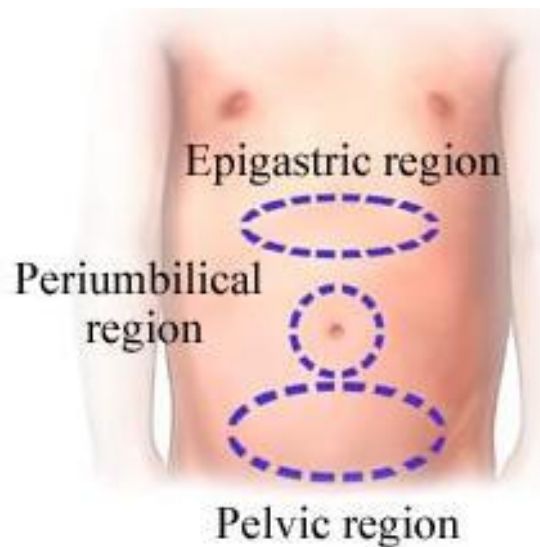
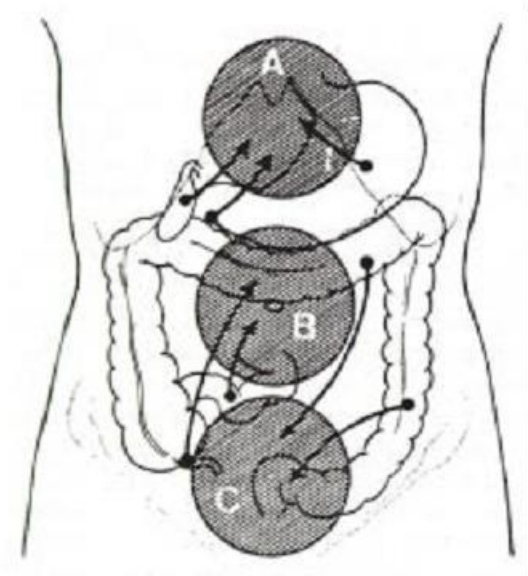
- **Dor visceral**
- **Dor parietal**

- modo de aparecimento e curso
- localização inicial, mudança de local e irradiação
- intensidade e tipo
- fatores agravantes e fatores que aliviam
- sinais e sintomas associados

- Sentida na linha mediana do abdome (inervação sensorial é bilateral).

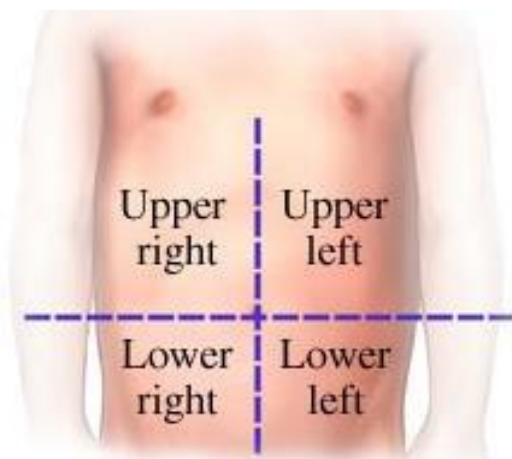
DOR VISCERAL

- Desencadeada quando se aumenta a tensão da parede da víscera, (distensão, inflamação, isquemia ou contração da musculatura).
- Sensação dolorosa profunda, surda e mal localizada, de início gradual e de longa duração.
- Mediada por fibras aferentes do SNA, cujos receptores se localizam na parede das vísceras ocas e na cápsula dos órgãos parenquimatosos.
- A sensação de dor é projetada em diferentes níveis de parede abdominal na dependência da origem embriológica da víscera afetada



DOR PARIETAL

- **Mediada por receptores ligados a nervos somáticos existentes no peritônio parietal e raiz dos mesos.**
- **É provocada por estímulos mais intensos resultantes do processo inflamatório (edema e congestão vascular).**
- **Sua distribuição cutânea é unilateral e correspondente à área inervada pelo nervo cerebro-espinal estimulado; como o peritônio é inervado pelas raízes nervosas provenientes de T6 a L1, a dor é percebida em um dos quatro quadrantes do abdome.**
- **A sensação dolorosa é aguda, em pontada, melhor localizada e mais constante; associa-se à rigidez muscular e à paralisia intestinal.**



RESUMINDO

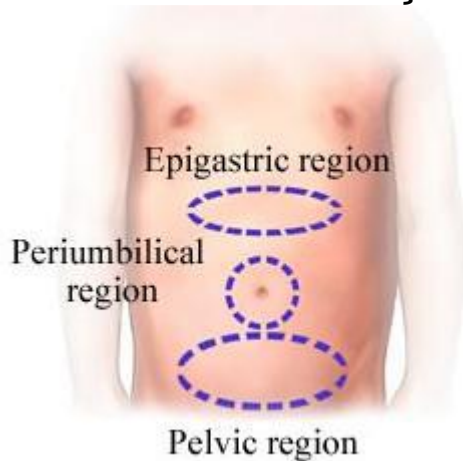
Dor visceral

Insidiosa

Vaga / Difusa / Profunda

Linha Média

Distensão / contração muscular/violenta / isquemia



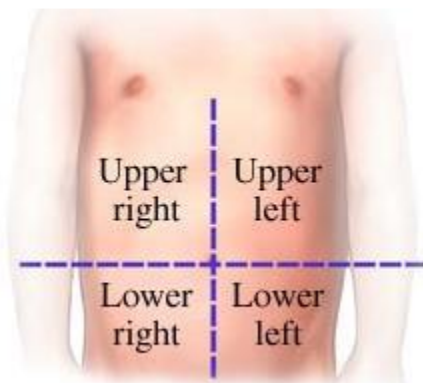
Dor parietal

Aguda

Bem localizada/ Severa

Sobre a área do proces. patológico

Irritação direta por pús / bile / urina /
secreções GI / processo inflamatório /
trauma



Vômitos

Início e sua relação com a dor abdominal

Dor muscular pelos vômitos x Dor abdominal induzindo vômitos

Quantidade e frequência

Tipo e coloração do vômito refletem o nível e duração do distúrbio intestinal.

- Intussuscepção intestinal - Apendicite aguda

Hábito intestinal

• Obstipação e diarreia são frequentes causas de dor abdominal em crianças.

• Diarreia **avaliação cuidadosa - número de evacuações, tipo, consistência**

- Intensa com fezes líquidas = Gastroenterite

- Intussuscepção

- Apendicite pélvica

- diarreia mucosa e dolorosa (irritação do reto)

- Obstipação é comum e pode coexistir com outras afecções (apendicite)
- Obstipação x cirurgia abdominal prévia (Brida?)

Sangramento retal

Raramente exige tratamento cirúrgico de urgência

Quadro clínico

Bom

Descoramento e hipotensão, bom estado

Bom/regular Lactente

Descoramento, choque Pré-escolar, escolar

Característica do sangramento

Fezes com laivos de sangue

Sangramento vivo abundante

Sangue com muco e diarreia

Hematêmese e melena

Diagnóstico provável

Fissura anal, polipo retal

Divertículo de Meckel

Gastroenterite, invaginação intestinal

Úlcera péptica, varizes esofágica, volvo do intestino médio

Micção

- Padrão miccional anormal e urina fétida estado de hidratação ou ITU.
- Dor abdominal profunda durante micção apendicite pélvica ou abscesso ou peritonite pélvica.
- Gotejamento urinário pode estar associado a retenção urinária secundária à constipação.

Menstruação

- **História menstrual completa**
- **Dor de início súbito no abdome inferior no meio do ciclo menstrual (cisto folicular hemorrágico roto)**
- **Dor abdominal cíclica em adolescente amenorreica (hidrometrocolpos ou hematometocolpos)**

Outras características associadas

- **Cefaléia e sintomas gripais ou de infecção do trato respiratório (Adenite mesentérica).**
- **Febre – importante mas geralmente não ajuda a estabelecer o diagnóstico.**
- **Outros membros da família tem doença semelhante?**
- **Tem cirurgia abdominal pregressa?**
- **Gravidez**

História Clínica

- **Há familiares com sintomas semelhantes?**
- **O paciente já teve os mesmos sintomas previamente?**
- **Teve vômito? Qual a cor?**
- **Qual foi a ordem de início dos sintomas? A dor foi o primeiro sintoma, ou teve febre, diarreia ou vômito precedendo a dor?**
- **Teve diarreia ou sangue nas fezes?**
- **Onde a dor começou primeiro? Peça ao paciente para apontar o local**
- **Qual é a característica da dor? Ela é constante ou do tipo cólica e intermitente?**

O EXAME FÍSICO “The diagnostic problem of to-day Has great changed – the change has come to stay; We all have to confess, though with a sign On complicated tests we much rely And use too little hand an ear and eye” Zeta, 1962

EXAME FÍSICO

- **Aqueça suas mãos e a sala. Otimize o ambiente.**
- **Não seja apressado. Estabeleça um vínculo com a criança.**
- **Observe, observe, observe.**
- **Sinta o pulso.**
- **Inspeção, Ausculta, Percussão e Palpação.**
- **Seja delicado. Não toque a área dolorosa primeiro.**
- **Use toda a mão para a palpação.**
- **Examine os genitais.**
- **O exame retal é importante. Aprenda a fazê-lo com delicadeza.**
- **Anote os dados no prontuário.**

AVALIAÇÃO LABORATORIAL E POR IMAGEM

A maioria dos diagnósticos podem ser feitos somente pela história e exame físico.

• Os exames de laboratório podem ajudar com o manuseio mas geralmente não com o diagnóstico.

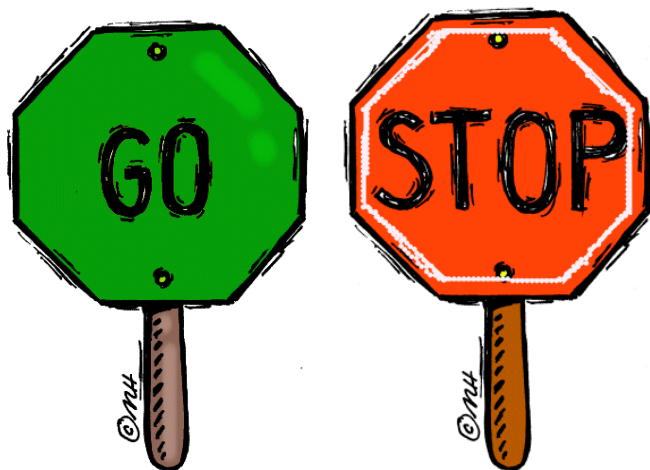
• Radiografia do abdome.

• Ultrassonografia : sem risco, desconforto e de custo baixo (examinador dependente).

• Tomografia computadorizada : massas e abscessos.

ABDOME AGUDO

QUANDO OPERAR IMEDIATAMENTE E QUANDO OBSERVAR?



- Decisão tomada após história e exame físico cuidadosos.
- A decisão de operar é clínica e raramente baseada em achados laboratoriais.
- Esteja preparado com uma boa história e um cuidadoso exame físico. Não se apresse.
- Reavaliações repetidas podem ser necessárias.

Quanto melhor a avaliação Clínica, menor as dúvidas se deve-se operar ou não