



Caso 5: Dor Abdominal

- **Queixa Principal**
 - Mulher de 42 anos vem com dor abdominal
- **Sinais vitais**
 - FC: 98 PA: 106/64 FR: 14 Sat: 99% em AA T: **39°C** (Precisa perguntar) Peso: 90 kg
- **O que eu vejo? Aparência do paciente:**
 - O paciente parece desconfortável, deitado na maca, segurando o abdômen
- **Avaliação Primárias**
 - A - Via Aérea: Fala sem dificuldade
 - B - Respiração: Sem dificuldade respiratória, pulmão limpo
 - C - Circulação: Pele quente, pulsos 2+
- **Ação**
 - Monitorize o paciente
 - Acesso periférico (coleta de sangue, opcional)
 - Considere 1 L soro intravenoso
 - Glicemia: (90, se solicitado)
- **História**
 - Fonte: Paciente, marido
 - HDA: Mulher de 42 anos apresenta dor epigástrica e abdominal no quadrante superior direito há 12 horas. A dor é constante e de piora progressiva. A dor é aguda e irradia para o ombro direito. Ela afirma que os sintomas começaram cerca de 1 hora depois de comer um hambúrguer e batatas fritas no jantar e que ela teve 3 episódios de vômito não sanguinolento. O marido da paciente também observa que ela já teve dores semelhantes no passado, depois de comer uma refeição gordurosa, mas nunca teve vômitos ou dores que duraram mais de 2 a 3 horas. Paciente nega qualquer diarreia, sangramento ou corrimento vaginal, tosse ou dor no peito.
 - AP: hiperlipidemia
 - Antecedentes Cirúrgicos: 2 cesarianas
 - Alergias: nenhuma
 - MUC: atorvastatina
 - Social: Nega alcoolismo, tabagismo ou uso de drogas recreativas
 - HF: não-contribui
- **Exame Físico**

- Geral: acordada e alerta, com aparência de gravidade, leve desconforto devido à dor, deitada imóvel
 - Cabeça (HEENT): normal
 - Pescoço: normal
 - Torác: sem dor à palpação
 - Coração: normal
 - Pulmão: normal
 - Abdômen: flácido, levemente distendido, ruídos intestinais normoativos, dor intensa à palpação no quadrante superior direito com defesa leve, sem descompressão, sinal de Murphy positivo (precisa perguntar)
 - Retal: normal
 - Genitourinário: normal
 - Extremidades: normal
 - Dorso: normal
 - Neuro: normal
 - Pele: normal
 - Linfático: normal
- **Instrutor:** Os residentes devem discutir os diagnósticos diferenciais
- **Ação**
 - Solicitar exames laboratórios
 - Hemograma completo, ureia, creatinina, eletrólitos, TAP/INR, TTPa, testes de função hepática, lipase, tipagem sanguínea, exame de urina, BhCG de urina ou soro, lactato, hemoculturas x 2
 - Considere troponina
 - Solicitar imagens
 - Eletrocardiograma ([Figura 5.1](#)- ritmo sinusal normal)
 - Rx de torác no leito
 - US à beira leito do quadrante superior direito (Ultrassonografia formal será demorada porque o exame não está imediatamente disponível; solicitar ao residente que execute o Ultrassonografia à beira leito)
 - Se for solicitado tomografia computadorizada de abdômen/pelve, o técnico reportará uma longa demora
 - Prescrever medicamentos
 - Bólus de fluidos intravenosos de 1L (se ainda não tiver sido administrado, também pode considerar o 2º litro)
 - Analgesia IV (cetorolaco 15-30 mg IV +/- opioide IV)
 - Antiemético intravenoso
 - Antipirético PO (acetaminofeno 650-1000 mg) ou dipirona
 - Antibióticos IV (piperacilina-tazobactam 3,375-4,5 g ou cefazolina 1-2 g + metronidazol 500 mg ou similar)
 - US à beira leito: exame do quadrante superior direito

- [Vídeo 5.3](#): visão do eixo longo, cálculo biliar grande, espessamento da parede da vesícula biliar e líquido pericolecístico
 - Parecer a Cirurgia Geral: expressar preocupação com colecistite aguda e a necessidade de internação e possível colecistectomia
 - O consultor solicitará um US formal do quadrante superior direito e dos laboratórios antes de avaliar o paciente. O residente deve advogar que o US à beira leito é consistente com colecistite aguda, mas reinterar que uma US formal e laboratórios foram solicitados. O consultor concordará em ver o paciente.
- **Resposta/Resultados**
 - Reavaliação do paciente e repetição dos sinais vitais:
 - Ainda com dor significativa (administrar opioides intravenosos adicionais)
 - Sinais vitais após bólus de fluidos intravenosos e antipiréticos: FC: 88 PA: 116/74 T: 37,5°C
 - Sinais vitais se bolus de soro intravenoso e antipiréticos não forem administrados: **FC: 122 PA: 96/60 T: 39,6°C** (Instrua a realizar intervenção)
 - [Resultados de laboratório do caso 5](#) (sig para GB 16.2, AST 62, ALT 50, fosfatase alcalina 290, TB 4.1, BD 3.3)
 - Resultados de laboratório adicionais: **lactato 2,3**, bhCG negativo na urina
 - Rx de torác (Figura 5.2: normal)
 - US formal de abdome superior ([Figura 5.4](#): visão do eixo longo, cálculo biliar grande, espessamento da parede da vesícula biliar (9,48 mm) e líquido pericolecístico)
- **Instrutor**: discutir achados ultrassonográficos que sugerem colecistite aguda
- **Ação**
 - Discuta o caso com o Cirurgião Geral parecerista
 - As recomendações do consultor incluem antibióticos intravenosos, fluidos intravenosos, dieta zero e admissão de enfermaria cirúrgica. O cirurgião planeja colecistectomia cedo pela manhã.
 - Atualizar paciente e marido sobre diagnóstico e plano de tratamento
 - Internar a paciente na enfermaria de cirurgia
- **Diagnóstico**
 - Diagnóstico Primário: Colecistite Aguda
- **Ações críticas**
 - Tratamento da dor
 - Antibióticos intravenosos apropriados
 - US do quadrante superior direito (US à beira leito ou formal)
 - Parecer da cirurgia geral
- **Guia do Instrutor**

- Este é um caso de colecistite aguda em paciente que apresenta dor abdominal no quadrante superior direito, febre e leucocitose. O paciente apresenta fatores de risco (“obesa(fat), quarenta(forty), feminino, fértil”) e apresentação clássica após refeição gordurosa com história prévia de sintomas de cólica biliar. Ações iniciais importantes incluem a administração de fluidos intravenosos, antipiréticos, analgésicos e antibióticos, bem como a obtenção de US do quadrante superior direito e consulta cirúrgica. A paciente deve ser internada num serviço cirúrgico.

- **Pontos de Aprendizado do Caso**

- O diferencial para dor abdominal no quadrante superior direito deve incluir cólica biliar, colecistite aguda, coledocolitíase, colangite, hepatite, pancreatite, úlcera péptica/gastrite, pielonefrite, apendicite e nefrolitíase. Em pacientes com fatores de risco e apresentação clássica, a doença das vias biliares é mais provável no diagnóstico diferencial. Este diagnóstico pode ser apoiado por evidências de colecistite aguda na US, testes de função hepática elevados e leucocitose. Um exame pélvico e história sexual podem ser considerados em mulheres para excluir a possibilidade de Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Um diagnóstico diferencial mais amplo, incluindo síndrome coronariana aguda, aneurisma da aorta abdominal, herpes zoster, pneumonia, pleurisia e embolia pulmonar também pode ser considerado.

- **Qual é a fisiopatologia da colecistite?**

- Os cálculos biliares não obstrutivos geralmente são assintomáticos.
- À medida que os cálculos biliares se movem através da árvore biliar, eles podem obstruir o ducto biliar comum, o ducto cístico ou o colo da vesícula biliar.
 - A obstrução causa aumento da pressão intraluminal, resultando em náuseas, vômitos e dor.
 - Os sintomas são aliviados se o cálculo se mover para uma posição não obstrutiva ou passar para o duodeno.
 - Se a obstrução não passar, ocorre inflamação.
- As culturas biliares são positivas em 50% dos pacientes.
 - Organismos Gram-negativos são mais comuns (E. coli, Klebsiella)
 - Gram-positivo (Streptococcus, Enterococcus), anaeróbico (Clostridia, Bacteroides)

- **Como normalmente se apresenta a colecistite aguda?**

- Classicamente, os pacientes apresentam dor crescente no epigástrico e/ou quadrante superior direito.
- A dor pode espalhar para o ombro direito.
- Muitas vezes é acompanhada de náuseas, vômitos e febre.
- O “paciente clássico” é “obesa(fat), feminino, fértil e com quarenta anos(forty)”.
- Podem existir pistas históricas, como sintomas prévios de cólica biliar.
- A leucocitose está frequentemente presente e os testes de função hepática podem ser normais.

- O US do quadrante superior direito abdominal é o exame de imagem de escolha.
 - O sinal ultrassonográfico de Murphy agrega valor preditivo.
- A tomografia computadorizada com contraste, a colecintilografia e a ressonância magnética são modalidades alternativas que podem ser úteis.
- Considere colecistite acalculosa em pacientes idosos, imunocomprometidos ou diabéticos.
 - Este diagnóstico é um desafio devido à apresentação variável e à falta de testes patognomônicos.
 - US, TC com contraste e/ou colecintilografia podem ser úteis no diagnóstico.
- **Quais são os aspectos críticos do tratamento de emergência da colecistite aguda?**
 - Analgesia
 - Antieméticos
 - Dieta zero
 - Reposição de volume e eletrólitos
 - Antibióticos intravenosos
 - Consulta da cirurgia geral
- **Qual é o manejo subsequente da colecistite aguda?**
 - A colecistectomia precoce (variavelmente definida como 3 a 10 dias após o início dos sintomas) está geralmente associada a melhores desfechos.
 - Evidências de colecistite enfisematosa, gangrena/necrose ou perfuração são indicações para colecistectomia de emergência.
 - Candidatos cirúrgicos de alto risco podem potencialmente ser tratados apenas com antibióticos intravenosos e/ou drenagem percutânea ou endoscópica da vesícula biliar.
- **Quais são as outras complicações da doença do cálculo biliar?**
 - Cólica biliar
 - Crises recorrentes de dor abdominal superior
 - Resolve espontaneamente quando o cálculo obstruindo se move
 - Os episódios geralmente podem durar entre 30 minutos a 6 horas
 - Normalmente não apresenta febre, taquicardia ou gravidade
 - Laboratórios normais e exame sem sinais peritoneais
 - O tratamento inclui antieméticos, analgésicos (AINEs de primeira linha), encaminhamento ao cirurgião geral
 - Os casos que não se resolvem muitas vezes evoluem para colecistite aguda
 - Coledocolitíase
 - Cálculos biliares no ducto biliar comum (DBC)
 - Formam no DBC (primário) vs migram para DBC (secundário)
 - Frequentemente se apresentam com cólica biliar
 - AST/ALT elevada no início do curso, seguida de bilirrubina e fosfatase alcalina elevadas posteriormente
 - Pode ser necessário CPRM, CPRE ou US endoscópica para visualizar

- O tratamento inclui CPRE vs colecistectomia
 - Pode evoluir com complicação por colangite
 - Colangite
 - Tríade de Charcot: febre, dor no quadrante superior direito, icterícia
 - Pêntade de Reynolds: tríade de Charcot + estado mental alterado e hipotensão
 - Leucocitose e bilirrubina e fosfatase alcalina elevadas são comuns, podendo ocorrer transaminases elevadas devido à formação de microabscessos no fígado
 - US +/- CT ou ColangioRM utilizados para avaliar cálculos biliares, dilatação do DBC e outros achados associados
 - O tratamento inclui fluidos intravenosos, antibióticos precoces, descompressão biliar precoce via CPRE ou drenagem percutânea
 - Tem uma alta morbidade e mortalidade se não for detectada
 - Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis
 - Inflamação da cápsula hepática e estruturas adjacentes, geralmente no contexto de DIP aguda (mecanismo não totalmente compreendido)
 - Geralmente não há enzimas hepáticas elevadas
 - A condição deve se resolver com o tratamento da DIP
- **Pérolas US à beira leito**
- A ultrassonografia é a modalidade de imagem preferida para colecistite. Um ultrassom realizado por radiologista não é necessário para o diagnóstico de colecistite, e US à beira leito está dentro do escopo da prática dos médicos de emergência.
 - A ultrassonografia avalia quatro achados na colecistite aguda:
 - 1) presença de cálculos biliares
 - 2) sinal ultrassonográfico de Murphy (dor quando a sonda do aparelho de ultrassom empurra a vesícula biliar)
 - 3) líquido pericolecístico
 - 4) espessamento da parede anterior da vesícula biliar > 3 mm
 - A maioria dos pacientes com colecistite terá espessamento da parede da vesícula biliar, porém o espessamento da parede da vesícula biliar não é específico da colecistite. Pode ocorrer em estados de sobrecarga de volume (por exemplo, insuficiência cardíaca), pancreatite, doença hepática e até mesmo vesícula biliar contraída. Não deve ser usado isoladamente para fazer o diagnóstico.
 - Nota: a parede anterior deve ser medida, pois a parede posterior apresenta espessamento falso secundário ao reforço acústico posterior.
 - A medição do ducto biliar comum (DBC) > 4 mm (com 1 mm adicional permitido para cada década de vida acima de 40 anos) é sugestiva de obstrução do ducto biliar comum, mais comumente secundária à coledocolitíase.
- **Créditos**
- **Autor:** Dr. Erin Reese
 - **Editor(s):** Dr. Jacqueline Le

- Conteúdo ultrassonográfico: Dr. Rachel Haney, Dr. Sierra Beck
- Editor-Chefe: Dr. Dana Loke, Dr. Kristen Grabow Moore
- **Tradução:** Dr. James Mangan
- Revisão-Tradução: Jule R O G Santos
- **Referências:**
 - Besinger B, Stehman CR. Chapter 79: Pancreatitis and Cholecystitis. In: Judith E. Tintinalli, O. John Ma, et al, editors. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide (9th ed). New York: McGraw-Hill; 2020.
 - Zakko SF, Afdhal NH. Acute calculus cholecystitis: Clinical features and diagnosis. In: Post T, editor. UpToDate. [Internet]. Waltham: UpToDate. [updated 2020 Nov 10; cited 2021 Aug 9]. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=cholecystitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 - Vollmer CM, Zakko SF, Afdhal NH. Treatment of acute calculous cholecystitis. In: Post T, editor. UpToDate. [Internet]. Waltham: UpToDate. [updated 2020 Dec 22; cited 2021 Oct 20]. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=cholecystitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
 - Oyama LC. Chapter 90: Disorders of the Liver and Biliary Tract. In: John Marx, Robert Hockberger, Ron Walls, et al, editors. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice (8th ed). Philadelphia: Elsevier, Inc; 2014.
 - Buckley RG. Cholecystitis In: Jeffrey J. Schaidt, Roger M. Barkin, et al, editors. Rosen & Barkin's 5-Minute Emergency Medicine Consult (5th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
 - Steel, PAD. Acute Cholecystitis and Biliary Colic. 2017 Jan 18 [cited 2021 Oct 20]. In: Medscape [Internet]. Available from:
<https://emedicine.medscape.com/article/1950020-overview>
 - Ma OJ, Mateer J, Reardon R, Joing S. Ma & Mateer's Emergency Ultrasound. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014. Chapter 10
 - Image References
 - ECG from "NYU ECG Database":
<https://education.med.nyu.edu/ecg-database/app/search/results/22090>
 - CXR from "Radiology Pics":
<https://radiologypics.com/2013/02/05/portable-chest-radiograph/>
 - POCUS images courtesy of Northwestern Emergency Medicine POCUS Image Bank or Emory Emergency Ultrasound Archive

Caso 5 resultados laboratórios

Basic Metabolic Panel:

Na	138 mEq/L
K	4.0 mEq/L
Cl	104 mEq/L
CO ₂	24 mEq/L
Uréia	15 mg/dL
Cr	0.9 mg/dL
Gluc	86 mg/dL

Liver Function Panel:

AST	62 U/L
ALT	50 U/L
FAL	290 U/L
TB	4.1 mg/dL
DB	3.3 mg/dL
Lipase	40 U/L
Albumin	4.0 g/dL

Complete Blood Count:

GB	16.2 x 10 ³ /uL
Hb	14.1 g/dL
Hct	42.5%
Plt	285 x 10 ³ /uL

Urinalysis:

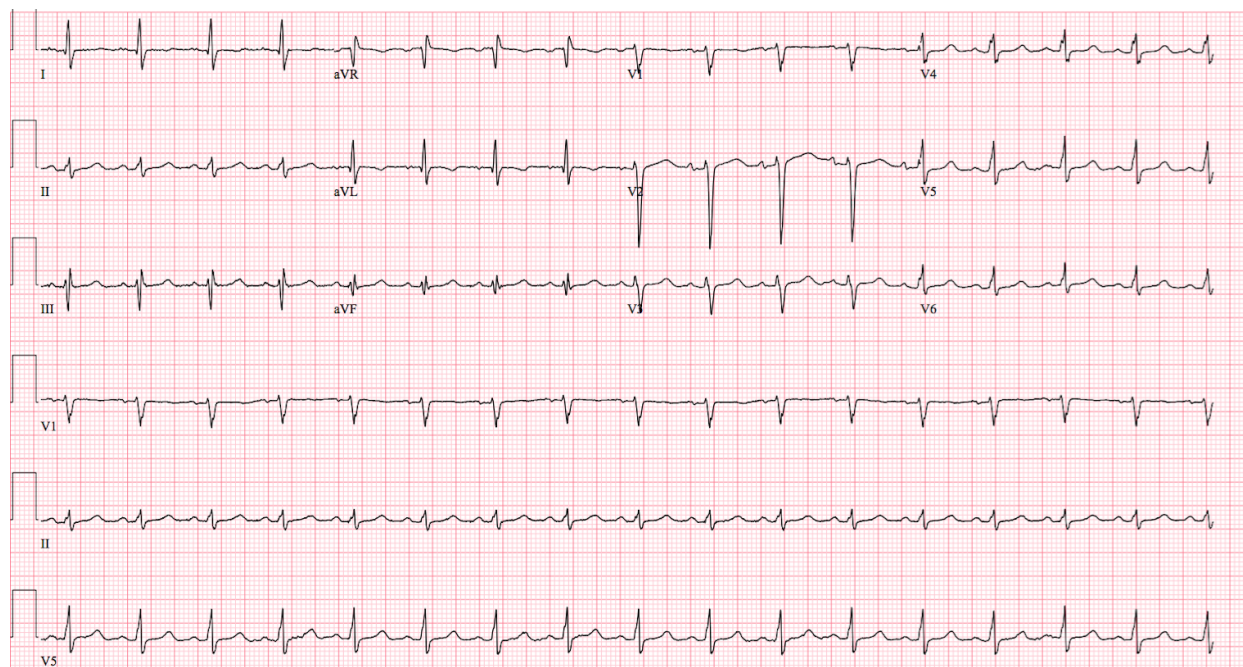
GEU	1.018
pH	6.8
Prot	Neg
Gluc	Neg
Cetonas	Neg
Bili	Neg
Sangre	Neg
EL	Neg
Nitritos	Neg
Côr	Amarelo

Coagulation Panel:

TAP	13.1 sec
INR	1.0
TTPa	28 sec

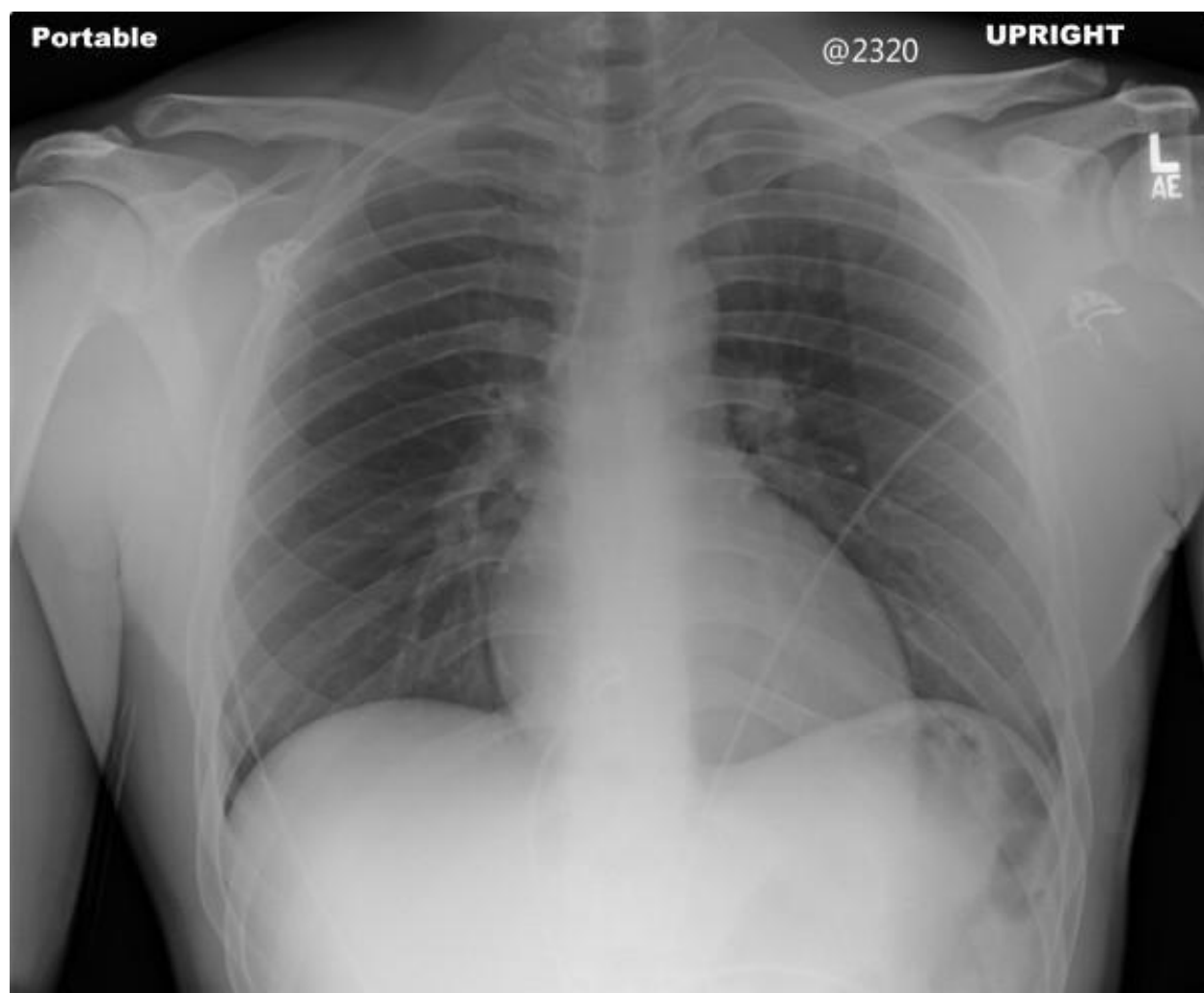
[Back to case](#)

Figure 5.1- Eletrocardiograma



[Back to case](#)

Figure 5.2- Radiografía torácica

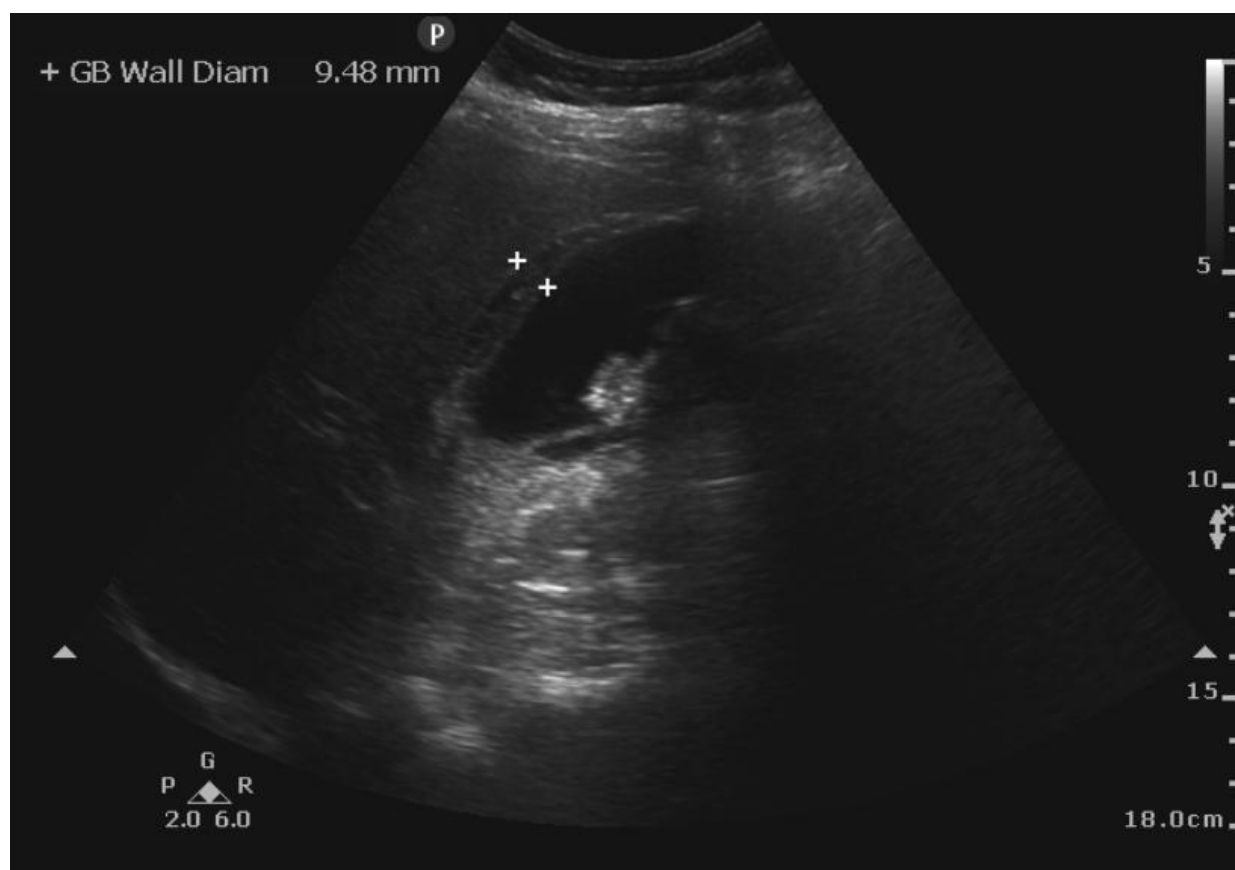


[Back to case](#)

Vídeo 5.3- [US à beira leito do quadrante superior direito \(visão do eixo longo\)](#)

[Back to case](#)

Figura 5.4- Ultra-som do quadrante superior direito (visão do eixo longo)



[Back to case](#)