

13 de Agosto de 2007.  
Professor Mario Tadeu.

### Dor abdominal

Uma das queixas mais freqüentes em Gastro.

Essa dor precisa ser caracterizada na anamnese. A HDA precisa ser uma história com começo, meio e fim que pode começar há uma hora ou há 20 anos, dependendo do paciente; precisa conter sintomas dentro duma cronologia; caracterização dos sintomas.

As características de dor abdominal são:

#### **A) Localização e irradiação (dor referida).**

**A.1) Difusa:** quando acomete todo o abdome de forma mais ou menos uniforme. Não há um ponto preferencial, onde dói mais.

**A.2) Superior:** acima do umbigo, envolvendo hipocôndrios direito e esquerdo e região epigástrica.

**A.3) Inferior:** abaixo do umbigo, envolvendo fossas ilíacas e região hipogástrica.

**A.4) Hemiabdome direito:** compromete homogeneamente o hemiabdome direito.

**A.5) Hemiabdome esquerdo:** compromete homogeneamente o hemiabdome esquerdo.

**A.6) Quadrante superior direito:** se doer um pouco no QSE, trata-se de uma dor no QSD com irradiação para o QSE. Só seria dor no abdome superior se doesse homogeneamente no QSD e QSE.

**A.7) Quadrante superior esquerdo**

**A.8) Epigástrio**

**A.9) Flanco direito**

**A.10) Flanco esquerdo**

**A.11) Mesogástro**

**A.12) Fossa ilíaca direita**

**A.13) Fossa ilíaca esquerda**

**A.14) Hipogástrico:** dores nessa região são mais freqüentes quando há comprometimento ginecológico e urinário e não gastroenterológico.

O local mais freqüente de irradiação das dores abdominais é para outro ponto dentro do próprio abdome. Outros locais de irradiação são a região posterior e a região anterior do tórax.

A dor típica da pancreatite aguda é abdominal anterior, região posterior e região anterior do tórax.

Freqüentemente o paciente reclama de dor em todo o abdome e durante a anamnese percebe-se que, na realidade, a dor pode ser localizada em algum região específica.

A dor típica da úlcera péptica é tipicamente na região epigástrica e sem irradiação alguma.

**A.15) Dor referida:** dor referida é diferente de dor irradiada. A dor referida é aquela que só aparece no local da irradiação. No local da doença propriamente dita ela não aparece. Ex. colecistite aguda apresenta dor típica do flanco e hipocôndrio direitos e pode haver irradiação para o ombro direito. Se houver dor somente no ombro direito, trata-se de uma dor referida.

#### **B) Tempo de aparecimento (aguda/crônica).**

O tempo de aparecimento também pode ser chamado de evolução.

Se a dor apareceu há alguns dias ou há algumas horas (menos de 1 mês), trata-se de uma dor aguda.

Se ela apareceu há alguns meses ou anos, trata-se de dor crônica.

Uma dor que apareceu há 3 meses, situa-se num período intermediário, podendo ser chamada de subaguda.

#### **C) Tipos da dor.**

A dor mais freqüente no ambulatório é a **dor em queimação** no epigástrio (chamada de azia). Queimação na região retroesternal é chamada de pirose.

**Dor em cólica** é decorrente de contração de vísceras ocas (vias biliares e intestinal).

**Dor penetrante ou em facada** é a dor mais intensa que existe no abdome, apesar de ser menos freqüente. É a dor típica do infarto entero-mesentérico. Dor violenta, súbita, que geralmente leva o paciente ao óbito. Outra doença que pode dar dor em facada é a úlcera péptica perfurada.

**Dor surda** é a dor mais comum. Dor contínua (remoída) que ocorre, principalmente, nas neoplasias. É a chamada **dor mal-definida**.

**D) Intensidade.**

**D.1) Leve:** definido pelo próprio paciente. Ex. Dr. É uma dor fraquinha. Geralmente o paciente com úlcera péptica fica 10 anos com uma dor levinha antes de procurar o médico.

**D.2) Moderada:**

**D.3) Intensa:** é o paciente que procura o pronto-socorro devido à dor. Ex. o paciente com pancreatite procura o médico antes de 6 horas.

**E) Forma de aparecimento.**

**E.1) Lento ou gradual: ao longo de semanas e meses:** dor das neoplasias.

**E.2) Súbito ou abrupto:** dor da úlcera perfurada, do infarto entero-mesentérico, colecistite aguda. A apendicite aguda pode apresentar dor súbita ou lenta.

**F) Forma de evolução**

**F.1) Periódica:** geralmente é crônica (meses ou anos). Típica da úlcera péptica. Paciente tem dor durante algumas semanas ou meses, depois fica semanas ou meses sem dor antes de voltar a sentir. Períodos sintomáticos e assintomáticos de dor extensos.

**F.2) Intermitente:** geralmente é aguda ou subaguda. Dói 2 ou 3 dias, para 2 ou 3 dias, volta a doer 2 ou 3 dias e assim sucessivamente.

**F.3) Contínua:** dor que desde que começou, dói praticamente ininterruptamente. Geralmente é dor de aparecimento recente: normalmente o paciente não apresenta dor contínua há 10 anos. As dores das neoplasias geralmente são contínuas (dor surda e contínua) e não desaparecem, a menos que o paciente tome analgésicos.

**F.4) Episódica:** geralmente há uma dor intensa que dura um ou dois dias no máximo, ficando meses e até anos sem se manifestar, para depois aparecer de novo. Ex. colecistite calculosa (colecistopatia calculosa), pancreatite crônica recorrente (cujo principal agente etiológico é o álcool).

**Úlcera péptica**

Localização: epigástrica sem irradiação.

Tempo de aparecimento: meses ou anos.

Tipo da dor: queimação.

Intensidade: leve a moderada.

Forma de aparecimento: lento ou gradual.

Forma de evolução: periódica.

Alivia com alimentação e piora com café e bebidas alcoólicas.

**Colecistopatia calculosa.**

Hipocôndrio direito ou QSD com irradiação para o ombro direito ou região posterior (pode haver ou não).

Aguda (algumas horas ou dia).

Dor em cólica (cólica biliar).

Intensa (leva paciente ao pronto socorro).

Súbito ou agudo ou lento ou gradual (varia): o quadro pode abrir fraco ou diratamente rápido.

Episódica.

**Pancreatite aguda.**

Abdome superior com irradiação posterior e região do tórax.

Aguda (geralmente algumas horas ou dias).

Dor em cólica ou dor que se aproxima da dor penetrante.

Intensa (junto com o infarto são as dores mais intensas).

Lento ou súbito.

**Insuficiência hepática crônica**

Definição: incapacidade progressiva (ou crônica) do fígado de realizar suas funções. Existe insuficiência hepática aguda. Os agentes etiológicos da insuficiência hepática crônica são vários, os principais são: álcool, vírus B e vírus C.

A principal doença que leva à insuficiência hepática crônica é a cirrose hepática.

Na insuficiência hepática crônica, a principal função perdida é a produção de albumina. Daí o fato de a maioria dos cirróticos serem magros (carência de proteína) e ascíticos (queda da pressão oncótica).

O fígado insuficiente:

- Queda da albumina;
- Queda da fatores da coagulação (I, II, V, VII, IX, X);
- Alteração do metabolismo dos hormônios;
- Alteração do metabolismo da bilirrubina;
- Incapacidade de metabolizar amônia.

O paciente começa com quadro assintomático já possuindo insuficiência hepática crônica e, com o passar dos anos, se o agente etiológico não for removido ou não for instituído o tratamento, há evolução para a forma terminal/fatal da insuficiência hepática crônica (coma hepático e a síndrome hepato-renal).

A síndrome hepato-renal geralmente é irreversível e o coma hepático pode ser revertido.

O paciente com cirrose hepática pode ser:

**1) Assintomático.**

**2) Oligossintomático com sintomas inespecíficos:** fraqueza, cansaço fácil, edema perimaleolar, emagrecimento discreto.

**3) Oligossintomático com sintomas sugestivos (além dos anteriores):** aranhas vasculares, discreta icterícia, ginecomastia, alteração menstrual inexplicada na mulher. No homem há feminilização e na mulher há menopausa precoce.

**4) Sintomático clássico:** emagrecimento acentuado, aranhas vasculares, eritema palmar (ambos os últimos pelo excesso de estrogênio), baqueteamento digital, atrofia testicular, diminuição da libido, impotência sexual, oligomenorréia, amenorréia, infertilidade e atrofia mamária na mulher.

Os pacientes cirróticos compensados não precisam ser internados e são tratados no ambulatório.

**5) Descompensado:** o tratamento é hospitalar. Ascite, edemas de membros inferiores, hálito hepático, encefalopatia hepática (é uma síndrome que pode ir desde uma fase inicial até uma fase mais grave. Primeiro estágio: hálito hepático e agitação psicomotora. Segundo estágio: alteração do ritmo do sono (sonolência). Terceiro estágio: torpor, obnubilação e coma hepático). Icterícia também pode ser um sinal de descompensação.

Hemorragia digestiva alta por varizes de esôfago, apesar de ser decorrente da hipertensão porta, pode ser considerada um sintoma da fase de descompensação.

**6) Terminal:** coma hepático (superficial – responde a estímulo; profundo – não responde); síndrome hepato-renal (fase mais terminal da insuficiência hepática – é o rim absolutamente íntegro, mas não funciona devido à insuficiência hepática). O único tratamento para a síndrome hepato-renal é o transplante hepático.

Emagrecimento, aranhas vasculares e ginecomastia são os sintomas mais frequentes da fase sintomática clássica. E na fase descompensada os sintomas mais frequentes são ascite e ginecomastia.

A icterícia e a encefalopatia hepática acontecem também na insuficiência hepática aguda e os demais sintomas são exclusivos da insuficiência hepática crônica.

Na insuficiência hepática aguda sempre existe icterícia e na crônica isso nem sempre é verdade.

Na insuficiência hepática crônica o tamanho do fígado varia com o estágio: nos primeiros estágios o fígado cresce (hepatomegalia graças à capacidade de regeneração) e nos estágios mais terminais o fígado encolhe (porque perde sua capacidade de regeneração). O fígado tem 1,2 kg e pode variar de 400 gramas e 2 kg, dependendo da fase.

Esplenomegalia, varizes esofágicas e circulação colateral abdominal podem ocorrer no cirrótico e no esquistossomótico, mas graças à hipertensão porta e não devido à insuficiência hepática crônica.

A esquistossomose não leva à insuficiência hepática crônica.