

**DOR ABDOMINAL  
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

**Sandra Lucia Schuler  
Gastroenterologista pediátrico**

# **DOR ABDOMINAL**

**Aguda-** tratamento clínico

**Aguda-** tratamento cirúrgico

**Persistente** – doença origem orgânica

**Persistente** – doença origem funcional

# DOR ABDOMINAL AGUDA

Chamada popularmente de “**dor na barriga**”  
é muitas vezes um desafio para o médico



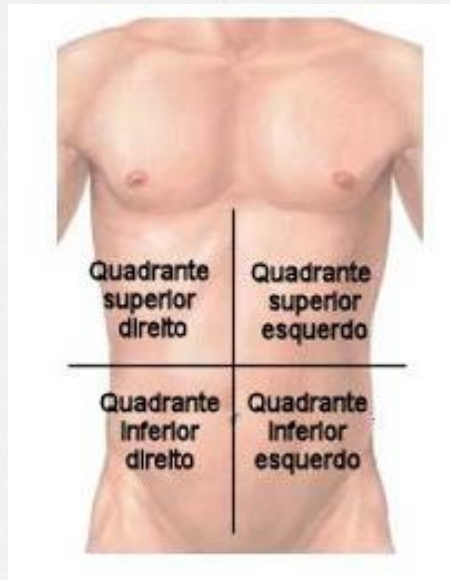
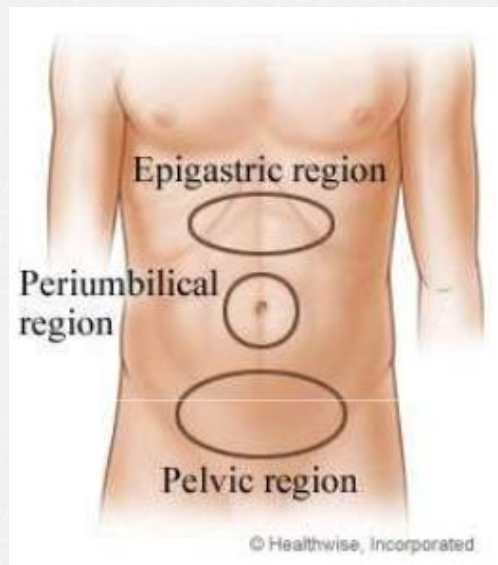
→ quantidade de diagnósticos diferenciais



## DOR ABDOMINAL AGUDA

Na maioria das vezes, é um evento benigno e autolimitado  
Aparece e Desaparece sem necessidade de tratamento

Todavia, quando a dor abdominal é de forte intensidade e/ou há outros sintomas associados, como febre, vômitos ou diarreia sanguinolenta, a avaliação de um médico se faz necessária



A frequência de intervenção cirúrgica em pacientes com dor abdominal aguda é cerca de 1%



Quando a QP é de dor abdominal aguda, é sempre uma grande preocupação para o médico pois pode ser uma doença orgânica grave

**Dor abdominal, febre e vômitos → afastar apendicite  
(exame físico evolutivo)**

*Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr 2013 December 16(4):219-224*

## **DOR ABDOMINAL AGUDA**

### **Sintomas Associados:**

Febre

Náuseas

Vômitos

Anorexia

Diarréia

Parada de eliminação de  
gases

Icterícia

Melena

Hematoquezia

Hematêmese

Hematúria



### **Diagnóstico:**

História Clínica

Exame Físico

Avaliação Laboratorial

Exame Radiológico

Endoscopia

Laparoscopia

## **DOR ABDOMINAL AGUDA**

Principais causas

### **CÓLICA INFANTIL**

Comum até o 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> mes de vida

Se persistente, forte intensidade, acompanhada de estrias de sangue

Pensar em APLV

ITU, Doença de RGE

### **GASTROENTERITE**

Febre, vômitos , dor abdominal e diarreia

(Rotavírus, vírus de Norwalk, Adenovírus)

Salmonela: doença autolimitada –dura 5-7 dias ( antibiótico: idosos, abaixo de 1ano e imunodeprimido/imunossuprimido ou séptico),  
evitar alimentos crus (animais)

Giardia: dor abdominal aguda/ persistente

Metronidazol, 5-7 dias

# Shiguella

- ▶ OMS recomenda a ciprofloxacina em qualquer faixa etária e nos casos de multirresistência (no Brasil- off label)
- ▶ A Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição (ESPGHAN) recomenda a azitromicina como 1ª escolha (no Brasil??)
- ▶ Como alternativas, as cefalosporina de 3ª geração (ceftriaxona), o ácido nalidíxico e fluoroquinolonas- acima de 17 anos
- ▶ Tanto a OMS como a ESPGHAN não recomendam o emprego de sulfametoxazol-trimetoprim



- Alimentos e associações com determinados alimentos

Carne de boi e porco - *Salmonella*, *S. aureus*, *C. perfringens*, *E.coli* enterohemorrágica, *B. cereus*, *Y. enterocolytica*, *L. monocytogenes*, *Brucella*, *T. spiralis*

Carne de ave - *Salmonella*, *S. aureus*, *Campylobacter*, *C. perfringens*, *L. monocytogenes*

Ovos - *Salmonella*, *S. aureus*

Leite e queijo - *Salmonella*, *Campylobacter*, *E. coli* (EIEC, EHEC), *Y. enterocolytica*, *Streptococcus* grupo A, *Brucella*, *L. monocytogenes*.

Verduras - *C. botulinum*, *Salmonella*, *Shigella*, *B. cereus*, vírus Norwalk

Peixe - *C. botulinum*, Ciguatera, veneno escombroide, *Diphyllobothrium latum*, Anisakiase

Mariscos - *V. parahaemolyticus*, *V. cholerae*, hepatite A, vírus Norwalk e similares, veneno paralisante, veneno neurotóxico

Comida chinesa - *B. cereus*, veneno glutamato monossódico

Mel - *C. botulinum*

# DIARRÉIA AGUDA- TRATAMENTO

Hidratação oral

## USO DE PROBIÓTICOS:

Benefícios na prevenção do *C. difficile*, nos pacientes em uso de antibiótico

Redução do processo inflamatório intestinal por *V. cholerae*, EC enteropatogênica e EC enterohemorrágica

Na diminuição da mortalidade e severidade das lesões nas infecções por *Shigella* e *Salmonella*

- Terapia ativa pode reduzir a duração e gravidade da diarreia
- Probióticos específicos, tais como  
Lactobacillus GG ou *Saccharomyces boulardii*,  
Racecadotril

J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014



## **DOR ABDOMINAL AGUDA**

Principais causas



### **ADENITE MESENTÉRICA**

Predomínio de dor abdominal-persistente (volta ao plantão 2-3 x)

Linfonodos mesentéricos são geralmente em QID, esta condição às vezes imita apendicite.

O US abdome faz o diagnóstico.

Etiologia :viral

Yersinia enterocolitica:causa rara de diarreia inflamatória

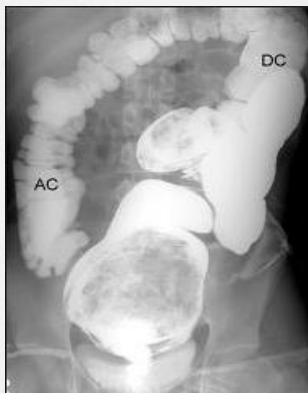
→ Atinge íleo terminal podendo mimetizar apendicite aguda e associar-se com linfadenite mesentérica

DOR ABDOMINAL AGUDA / PERSISTENTE

Principais causas

## CONSTIPAÇÃO impactação fecal

Dor abdominal em baixo ventre, fezes de grosso calibre, fissura anal



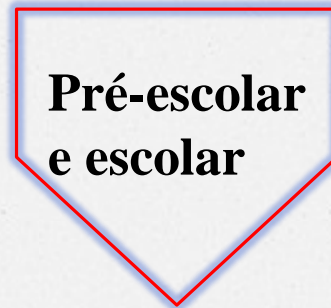
Desimpatação: clister com solução glicerinada via retal  
Polietilenoglicol  
Lactulose  
Diminuir o uso de leite e derivados  
Dieta laxativa  
Hábito horário

# **DOR ABDOMINAL AGUDA**

Causa cirúrgica  
(de acordo com a idade)



Hérnia inguinal encarcerada  
Invaginação intestinal  
Volvo em má- rotação intestinal



Apendicite



Apendicite  
Patologia anexial  
Colecistite/ colelitíase

## DOR ABDOMINAL AGUDA

Causa cirúrgica

### APENDICITE

É a principal causa cirúrgica de dor abdominal aguda

O diagnóstico é essencialmente clínico (suspeita)

(US pode não dar o diagnóstico)

Necessitando de uma intervenção cirúrgica exploratória



Figura 2 – Presença de apendicolito na luz do apêndice, sinal indireto de apendicite aguda.

– Exame ultra-sonográfico demonstrando “imagem com parede espessada observado na apendicite aguda.

## DOR ABDOMINAL AGUDA

Causa cirúrgica

## OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Dor abdominal persistente e importante, parada de eliminação de gases,

Distensão abdominal

Vômitos, estão presentes na maioria das vezes



Figura 1 Radiografía Simple de Abdomen al ingreso. Se aprecian niveles hidroaéreos múltiples dependientes de asas delgadas.

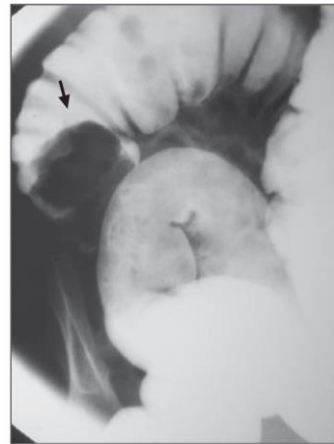
**DOR ABDOMINAL AGUDA**  
Causa cirúrgica  
**OBSTRUÇÃO INTESTINAL:**



**INTUSSUSCEPÇÃO:** Depois da apendicite, é a 2ª causa mais comum de emergência abdominal na criança, entre o 3º e 9º mês, **tríade clássica:** dor abdominal em cólica, fezes em “geléia-de-framboesa” ou hematoquezia, e massa abdominal palpável está presente em menos de 50%



**Figura 3.** Radiografia simples do abdome de outro paciente também com intussuscepção revela distensão difusa de alças predominantemente delgadas.



**Figura 6. A:** Enema baritado realizado no mesmo paciente das Figuras 4 e 5 revela o sinal do “menisco” (seta). Nota-se defeito de enchimento no cólon ascendente determinado pelo intussuscepto e gerando uma configuração em crescente da coluna de contraste baritado (seta). **B:** Mesmo sinal do “menisco” (seta) evidenciado no cólon transverso de outro paciente.





**DOR ABDOMINAL AGUDA**  
Causa cirúrgica

**HÉRNIA INGUINAL ENCARCERADA**



## DOR ABDOMINAL AGUDA

Causa cirúrgica



## TRAUMA ABDOMINAL

Pode provocar hemorragia ou laceração de órgãos sólidos, perfuração intestinal, isquemia do órgão por lesão vascular e hematoma intramural  
“Abuso infantil”



DOR ABDOMINAL AGUDA  
Causa cirúrgica

**ADERÊNCIAS PÓS-OPERATÓRIAS**



## **DOR ABDOMINAL RECORRENTE**

Não é apenas um sintoma

É uma entidade pediátrica distinta

Problema comum em escolares

Alta frequência no consultório

Corresponde à 24% das consultas pediátricas

13- 27% dos escolares têm dor abdominal ,

1 x semana

## DIAGNÓSTICO:

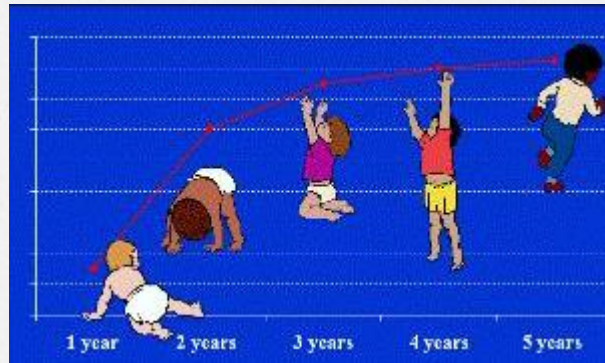
Observar o estado geral e nível de desconforto



# DIAGNÓSTICO:

Antropometria,  
Usar os gráficos/ caderneta de saúde

(velocidade de crescimento e desenvolvimento puberal)



## DIAGNÓSTICO:

Sinais indicativos de doença orgânica

Avaliação das articulações (artrite)

Avaliação de períneo (assaduras/ inflamações)



## Dados a serem abordados para caracterizar a dor

Há quanto tempo tem a dor?

Como foi a primeira vez que teve a dor?

Como é a dor?

Com que frequência ocorre?

Onde é a dor? Tem alguma irradiação?

Quando ocorrem os episódios?

Onde ocorrem os episódios?

Quais os principais fatores desencadeantes?

O que faz a dor melhorar ou piorar?

O quanto a dor atrapalha a vida da criança?

Existem outros sintomas associados como febre, mal-estar e perda de peso?

Que tratamentos costuma fazer quando tem a dor?



## Para conhecer a criança/adolescente

Qual a rotina de vida?

O que a criança/adolescente faz no seu dia-a-dia?

Quais as atividades preferidas?

Como a família descreve o “temperamento” da criança/adolescente?

Houve mudança de comportamento recente?

Como é o relacionamento com os pais e irmãos?

Como é o relacionamento com os colegas e professores?

## Para conhecer a família

Na família, alguém tem queixa de dor ou doença crônica?

Como costuma ser a reação dos pais à dor da criança?

É comum levar a criança ao pronto-socorro por causa da dor?

A família costuma dar medicação para a dor?

Como a família caracteriza o relacionamento pais-criança?

Houve algum evento crítico na família recentemente?

Como a família reage aos momentos de conflito?

*Sucupira CSL et al. Dores recorrentes. In: Pediatria em consultório (2010 )*

História familiar de doença orgânica relevante:

(anemia falciforme, úlcera péptica, doença inflamatória intestinal, doença celíaca)

Enxaqueca na família:



## DOR ABDOMINAL RECORRENTE: Sinais de Alerta na História e Exame Físico



Sinais de alerta na história	Sinais de alerta no exame físico
Dor localizada longe do umbigo	Perda de peso ou retardo de crescimento
Dor capaz de acordar a criança à noite	Hepatomegalia e esplenomegalia
Dor que altera os hábitos intestinais; disúria; alterações cutâneas e artrite	Dor abdominal localizada particularmente longe do umbigo
Sangue oculto	Edema articular, dor ou calor
Vômitos repetidos, especialmente biliosos	Palidez, alterações cutâneas, hérnias da parede abdominal
Sintomas constitucionais concorrentes, como febre, perda do apetite e letargia	

Fonte: modificado de Zuccolotto, SMC. Dor abdominal recorrente In: *Pediatria em consultório* (2010)  
*Rev Med (São Paulo)*. 2010 abr.-jun.;89(2):65-9



# Dor Abdominal Recorrente: causas

2011

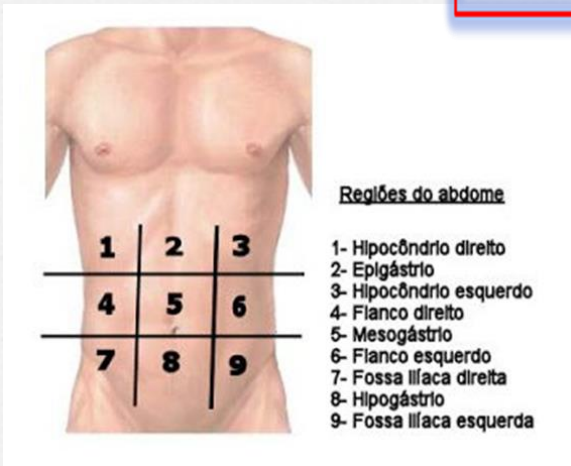
GASTROINTEST	URINÁRIAS	GINECOLÓG	MISCELÂNEAS
CIC, Dça inflamatória, Verminose, Intolerância alimentar, RGE, Doença péptica, Dça, Infecção pelo H pylori, Dça Celíaca, hepatite, Dispepsia funcional, Síndrome do Intestino irritável, Enxaqueca abdom, Dor abdom funcional	ITU  Cálculo renal	Cisto de ovário  Endometriose  Dça inflamatória pelvica	Epilepsia abdominal  Abuso físico  Emocional  Sexual



<b>DADOS DE ANAMNESE / EXAME FÍSICO</b>	<b>CAUSA</b>
Dor ao amanhecer/ou acorda a criança	ORIGEM PEPTICA
Saciedade precoce, eructação, náuseas	ORIGEM PEPTICA
Dor em cólica, distensão abdominal, relacionada à alimentação (leite e derivados)	INTOLERÂNCIA À LACTOSE, GIARDÍASE
Erro alimentar , massa abdominal (fecalomas), Hábitos bizarros (criança se esconde), fissura anal	CONSTIPAÇÃO INTESTINAL
Dor abdominal com muco e sangue nas fezes,	DOENÇA INFLAMATÓRIA
Uso de antibióticos/ antinflamatórios	ESOGFAGITE/ GASTRITE
Dor com atividade física/ após exercício	MUSCULAR/ PSOÍTE
Dor abdominal, distensão e perda de peso	DOENÇA CELÍACA

# DIAGNÓSTICO

Localização da dor



**QSD**  
Hepatite  
Colecistite  
Pancreatite  
Colangite

**QSE**  
Gastrite  
Pancreatite

**Epigástrico**  
Doença péptica  
DRGE  
Pancreatite

**Periumbilical**  
Apendicite  
Gastroenterite  
Obstrução intestinal

**QID**  
Apendicite  
Salpingite  
Nefrolitíase  
Adenite mesentérica  
Hérnia inguinal

**QIE**  
Nefrolitíase  
Dça inflamatória intestinal  
Hérnia inguinal

## DOR ABDOMINAL RECORRENTE

INVESTIGAÇÃO BÁSICA	INVESTIGAÇÃO SECUNDÁRIA
Hemograma	RX abdomen
VHS	Função hepática / sorologia hepatite A, B e C
PCR	Função renal
Urina tipo I / Urocultura	US abdomen / piloro
Parasitológico (3 amostras)	Triagem Dça Celíaca (IgA / transglutaminase IgA)
	Trânsito intestinal
	Enema opaco
	Endoscopia (biopsias: esôfago, antro e intestino delgado)
	Tomografia abdominal
	Laparoscopia



## **Dor abdominal de origem funcional:**

Definição:

Pelo menos 3 episódios de dor,  
de intensidade suficiente para interferir nas  
atividades habituais da criança,  
por um período mínimo de 3 meses

Etiologia:

Complexa

10% dos caso de DAR: doença orgânica

90-95% dos caso de DAR: sem doença orgânica

## **CLASSIFICAÇÃO:**

(Roma III 2006)

Dispepsia funcional

Síndrome do intestino irritável

Dor abdominal funcional

Enxaqueca abdominal

10-15% crianças e idade escolar

Meninas são mais acometidas (1,5 : 1)

Início a partir dos 4 anos



# **Dor abdominal de origem funcional**

Conduta:

1. Explicar que a dor: é real, é resposta ao estresse
2. Diagnosticar como quadro funcional de forma positiva (significando fim da investigação) e bom prognóstico  
Fazer analogia com a enxaqueca
3. Manter as atividades o mais normal possível  
Evitar absenteísmo escolar
4. Identificar e corrigir os pontos de estresse. Incentivar práticas esportivas, atividades prazerosas que aumentem a autoestima (liberam endorfina)  
Se necessário solicitar ajuda de profissional da psicologia

## **Dor abdominal de origem funcional:**

5. Correção de erros comuns: orientar dieta saudável

Quando há diarreia: evitar excesso de açúcares (lactose e sorbitol) pode haver intolerância à lactose

Quando há distensão abdominal e gases deve-se diminuir a ingestão de feijão, repolho, couve-flor, brócolis, vegetais crus

Quando há dispepsia nauseosa: evitar gorduras saturadas e “irritantes gástricos” (excesso de café, cítricos, conservantes, corantes, condimentos)

Quando a constipação é o principal sintoma, aumentar o aporte de fibras na dieta / água / azeite de oliva

6. Fazer acompanhamento:

Seguimento por 6 meses permite correção diagnóstica.

Evento raro.

7. Medicamentos: Geralmente não são necessários

Pode-se fazer a prova terapêutica:

Metronidazol/ probióticos (muda flora intestinal)

Inibidor da acidez gástrica / protetores gastricos  
(sucralfato)

Procinético (domperidona, bromoprida)

Ranitidina, omeprazol (não abrir a capsula) -14 dias

Retirar / diminuir lactose

Tratamento para enxaqueca / cinetose (ondansetrona)

## Corrigir maus hábitos:

→ Comer rápido

=mastigação insuficiente, aerofagia, dispepsia, má-digestão, RGE

(pequenas porções, sentar à mesa)

→ Adiamento crônico do ato evacuatório

= constipação funcional

(Hábito horário, redutor de tampa de vaso sanitário)

Apoio para os pés



# CONCLUSÕES

## **Dor Abdominal Aguda**

é uma das queixas mais comuns na infância, e que frequentemente requer diagnóstico rápido e tratamento imediato no PA / emergência

Embora, autolimitada e benigna, existem condições de risco de vida que requerem conduta imediata: apendicite, invaginação intestinal, ou obstrução intestinal

Anamnese e meticoloso exame físico são essenciais para determinar a causa da DAA

## **Dor abdominal de origem orgânica:**

Acompanhamento de: Febre (alta), desnutrição (perda ou pouco ganho de peso), “dor Periférica” (fora da região central do abdome), irradiação, despertar noturno, sangramentos entéricos, vômitos (biliosos ou incoercíveis), doença perianal, artrite (Doença intestinal inflamatória), puberdade atrasada

Exames complementares → alterados



## **Dor abdominal de origem funcional:**

Dor de apresentação pouco consistente:

caráter difuso ou na região central do abdome, sem irradiação, sem relação com alimentação, horário das refeições, ou evacuações

Não desnutre ou desperta a criança e as crises tem intervalos longos e irregulares de reaparecimento

Personalidade predisposta:

(tímidos, ansiosos, perfeccionistas)

Atividade autonômica exagerada:

(náuseas, tontura, cefaleia, palidez, sudorese de extremidades ...)

**Ambiente familiar propício:** tenso, conturbado...



obrigada

Luiz Henrique Hercowitz compartilhou a foto de FlashBCN.

