

# Caso Clínico

*Prof. Dr. Luiz Antônio Rodrigues<sup>1</sup>*

**ID:** Homem de 54 anos, pardo, solteiro, natural do Rio de Janeiro, comerciário, é atendido no Pronto Atendimento com a seguinte história clínica.

**QD:** dor no quadrante inferior direito há seis horas

**HDA:** Paciente relata dor que se iniciou há três dias com pouca intensidade no quadrante inferior direito (QID). Há seis horas tornou-se intensa dor, teve febre e não está eliminando gases nem fezes.

Há vários anos, sentia dor nesta localização que melhorava com a evacuação e eliminação de gases. As fezes eram endurecidas e evacuava uma vez por semana.

Foi aconselhado a diminuir a ingestão de massas, introduzir nas refeições alimentos com fibras e ingerir água em maior quantidade. **Antecedentes:** viroses comuns da infância, hipertensão arterial.

**Antecedentes sociais:** etilista social e satisfatórias condições sócio econômicas.

**Antecedentes familiares:** pai com hipertensão arterial, mãe com diabetes mellitus tipo II.

**Exame Físico Geral:** fácies de dor, regular estado geral, mucosas coradas, anictérico, acianótico, hipo hidratado, hipocorado +/-4.

Tax. 39°C.

Pulso radial regular 96 bpm. PA 120X80 mmHg.

Aparelho cardiovascular: ritmo regular de dois tempos, ausência de sopros.

Aparelho respiratório: expansão de ápices e bases pulmonares, sem ruídos adventícios, frequência respiratória 16 ipm.

Abdome: distendido, doloroso à palpação e com defesa no QID, peristaltismo débil.

Membros inferiores: ausência de edemas, pulsos pediosos, tibiais posteriores presentes.

Toque retal: próstata de tamanho normal, consistência elástica, dor à direita.

## **Diagnóstico pré-exame clínico:**

A dor tornou-se intensa há cerca de seis horas no QID, houve parada de eliminação de fezes e o peristaltismo ficou débil.

Qualquer dor há mais de seis horas deve ser investigada, pela sua persistência, clinicamente trata-se de abdome aguda. A febre relatada e não verificada corrobora com o diagnóstico.

Dor no QID, febre e parada de eliminação de fezes, o peristaltismo débil induz-nos a suspeitar de apendicite aguda.

Várias informações clínicas são contrárias ao diagnóstico de apendicite aguda.

Vejamos:

- a primeira é a idade, estatisticamente, é mais comum em pacientes adulto jovens; este paciente tem cinquenta e quatro anos, porém não exclui o diagnóstico, mas é incomum;
- o ritmo da dor no caso não é o que observamos normalmente; na apendicite aguda, a dor inicialmente é visceral, devido à obstrução da luz apendicular e referida na linha abdominal média, normalmente, epigástrica ou periumbilical, posteriormente, instala-se

---

<sup>1</sup> Supervisor do Internato de Cirurgia. Vice-Chefe do Departamento de Cirurgia

no QID após o processo inflamatório infeccioso atingir o peritônio parietal; a apendicite retrocecal muitas vezes não apresenta esta evolução;

- se este quadro clínico estivesse manifestado à esquerda, certamente suspeitaríamos de diverticulite de sigmoide complicada; o paciente tem uma longa história de constipação intestinal e idade compatível.

### **Qual é o diagnóstico?**

O diagnóstico sindrômico é abdome agudo e provavelmente inflamatório. Com este diagnóstico sindrômico podemos iniciar a reposição volêmica, a antibioticoterapia e a analgesia.

### **Diagnóstico pós-exame clínico:**

Os achados do exame clínico colaboram e reforçam a análise das informações da anamnese.

O diagnóstico sindrômico foi de abdome agudo inflamatório. O exame clínico reforça o diagnóstico:

- Fácies de dor.
- Tax 39°C.
- Abdome distendido, doloroso à palpação e defesa no QID e diminuição do peristaltismo - o que reforça o diagnóstico de abdome agudo infeccioso.

### **Exames complementares:**

O diagnóstico é feito clinicamente em 80 a 90% dos casos. Neste caso, chegamos ao diagnóstico sindrômico. Na discussão clínica, suspeitamos de duas hipóteses da etiologia, ambas nos deixando dúvidas.

A solicitação de exame complementar de imagem provavelmente nos levará ao diagnóstico etiológico.

Deveríamos avaliar o hemograma, o grau de desidratação, distúrbio eletrolítico, função renal e coagulação.

Os exames de imagem poderiam auxiliar no diagnóstico.

Com este diagnóstico sindrômico, iniciamos o preparo pré-operatório.

1- Correção do possível distúrbio hidroeletrólítico.

2- Iniciar antibiótico, pois a suspeita é de infecção.

- a microbiota neste caso é composta de bactérias Gram negativas e anaeróbicas.
  - opções para Gram negativos: aminoglicosídeos, quinolona, cefalosporina de terceira geração, amoxicilina com clavulonato, ampicilina com sulbactam.
  - opções para anaeróbicos: metronidazol, clindamicina.
- 3 - Cateter vesical para controle da hidratação.

### **Exames complementares:**

Foram solicitados alguns exames com a finalidade de corrigir possíveis alterações:

Hemograma completo:

Contagem de hemácias 4 920 000 hem/mm<sup>3</sup>

Dosagem de hemoglobina ..... 14,8 g/dl

Avaliação do hematócrito ..... 54%

Volume globular média ..... 91,3

Contagem de leucócitos ..... 20 200 ml/mm<sup>3</sup>

Basófilos..... 0%

Eosinófilos ..... 0%

Bastões ..... 5%

Segmentados ..... 80%  
 Linfócitos ..... 12%  
 Monócitos ..... 4%

Na série vermelha somente o hematócrito alterado o que confirma a desidratação relatada no exame clínico. A série branca apresenta leucocitose com aumento dos segmentados. A ausência de eosinófilo na periferia corrobora com o diagnóstico de infecção juntamente com a leucocitose e o aumento de segmentados.

Contagem de plaquetas ..... 199 mil/mm<sup>3</sup>  
 Glicose ..... 115 mg/dl  
 Ureia 52 mg/dl  
 Creatinina ..... 0,8 mg/dl

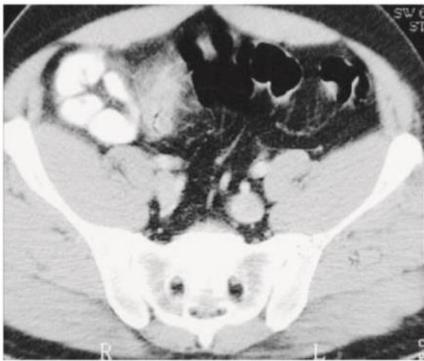
A glicose está aumentada devido ao estresse e à infecção. A ureia alta confirma o quadro de desidratação.

Sódio ..... 139mEq/l  
 Potássio ..... 2,8mEq/l

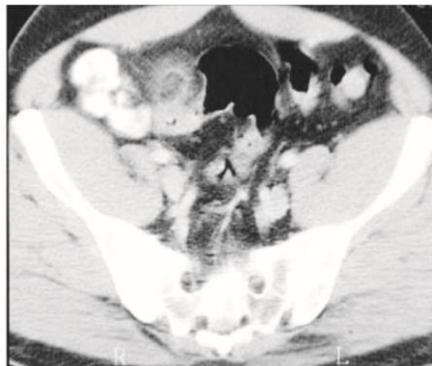
A hipocalemia foi corrigida e as provas de coagulação se mostravam normais.

**Exames de imagem:**

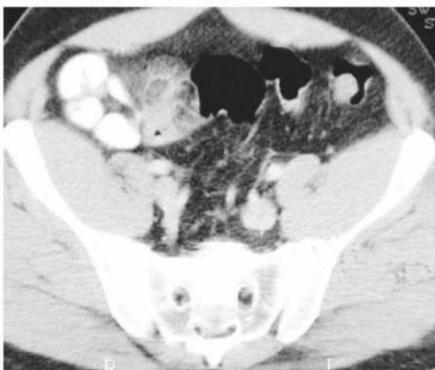
Foi realizada tomografia computadorizada com contraste oral e venoso.



*Figura 1*



*Figura 2*



*Figura 3*



*Figura 4*

**Figuras de 1 a 4** - Cortes tomográficos de pelve com contraste oral e intravenoso mostrando cólon sigmoide redundante e massa pericólica com atenuação central de gordura e acentuado

borramento dos planos adiposos adjacentes, correspondendo a abscesso em formação. (Arquivo do autor)

#### **Diagnóstico etiológico:**

Entre os diagnósticos diferenciais aventamos as hipóteses de apendicite aguda e diverticulite de sigmoide complicada.

A conclusão do diagnóstico etiológico pela anamnese e exame físico nos deixou em dúvida, pois a evolução clínica não era compatível com a história natural de apendicite aguda. A história e a idade do paciente nos levavam a pensar em diverticulite, porém a localização à direita nos confundiu.

O diagnóstico só pode ser concluído com a realização da tomografia computadorizada.

**Diagnóstico etiológico:** doença diverticular complicada de sigmoide redundante, classificada como Hinchey I.

#### **Tratamento:**

- 1 - Dieta oral zero
- 2 - Reposição volêmica
- 3 - Ciprofloxacina 200mg IV 12/12h
- 4 - Metronidazol 500mg IV 8/8h
- 5 - Dipirona 1g 6/6h 6 - Cuidados gerais

#### **Evolução:**

O paciente foi submetido a tratamento clínico por ter sido a diverticulite classificada como Hinchey I.

Com 24h de tratamento, a febre normalizou porém a dor persistia. Setenta e duas horas após a dor melhorou e o peristaltismo normalizou. Foi iniciada alimentação oral.

Sete dias pós foi realizada tomografia computadorizada que apresentava ausência do processo inflamatório. O leucograma normalizou. A dieta foi evoluída, tendo tido alta hospitalar.

Foi orientada a fazer uso de alimentação rica em fibras e ingerir água cerca 2l/dia.

Foi prescrito mesalazina 400mg duas vezes ao dia durante sete dias a cada mês em uso contínuo para a profilaxia de novas crises.