

# Caso Clínico

*Luiz Antônio Rodrigues<sup>1</sup>*

ID: Homem de 30 anos, branco, solteiro, natural do Rio de Janeiro, Fisioterapeuta, é atendido no Pronto Atendimento com a seguinte história clínica.

**QD:** dor abdominal há cinco horas

**HDA:** O paciente deu entrada no Pronto Atendimento pela manhã com dor abdominal do tipo cólica, em região periumbilical e contínua no baixo ventre. Como a dor não cedia à medicação caseira, decidiu procurar atendimento médico. Tinha a sensação de algo percorrendo na barriga. Refere evacuação de fezes com aspecto normal, em pouca quantidade, assim que deu entrada no Pronto Atendimento. Durante seu atendimento, vomitou conteúdo mal cheiroso.

**Antecedentes:** viroses comuns da infância, correção de hérnia inguinal esquerda.

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

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

**Exame Físico Geral:** fácies de sofrimento, regular estado geral, palidez cutâneo mucosa, anictérico, acianótico, afebril, hipohidratado, hipocorado +/-4.

Pulso radial regular com 96 bpm. PA: 100 X 60 mmHg.

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

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

Abdome: distendido, com peristaltismo visível e ruídos aumentados, doloroso à palpação.

Membros superiores e inferiores não foram avaliados, porque a roupa do paciente não foi tirada totalmente.

## **Evolução:**

Solicitada a avaliação da cirurgia.

Quando foi visto pela Cirurgia, foi obtida a informação que no dia anterior, ao mobilizar um paciente, sentiu dor aguda na virilha direita que persiste até o momento.

O paciente foi reavaliado, retiradas as suas vestes e feito exame clínico rigoroso.

Ao exame do abdome, não apresentava peristaltismo visível nem audível, estava distendido e doloroso à palpação.

Na região inguinal direita, havia aumento de volume com hiperemia, edema e dor à palpação.

## **Diagnóstico pré-exame clínico:**

A história clínica fala em dor abdominal do tipo cólica e contínua no baixo ventre. A sensação do paciente era que algo corria na sua barriga. A dor não cedeu à medicação caseira. Teve um episódio de evacuação em pequena quantidade na vigência desta dor.

Há um fato relevante na evolução que foi a dor ter cedido e o peristaltismo estar ausente na presença de distensão.

---

<sup>1</sup> Supervisor do Internato e Subchefe do Departamento de Cirurgia da Escola de Medicina Souza Marques. Especialista em Cirurgia. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Com estas informações, pode-se chegar ao diagnóstico síndrome de obstrução intestinal. Anteriormente, havia peristaltismo de luta que cedeu espontaneamente passando a ter distensão abdominal devido à parada da peristalse.

Qual a etiologia?

A história clínica não dá elementos para este diagnóstico. Parece ser de causa obstrutiva, pois inicialmente havia peristaltismo de luta.

Com este diagnóstico síndrome, deve-se iniciar o tratamento até que a Cirurgia seja realizada.

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

O exame clínico pouco auxilia, porém fato que chama a atenção, é o paciente estar com suas vestes, tanto que em decorrência não ter havido uma avaliação dos membros inferiores.

Qual a importância disto?

A importância é que o paciente deveria ter sido submetido ao exame clínico rigoroso.

Também não foi feito toque retal. Poderia ser um tumor de reto.

Pois bem, quando o paciente foi reexaminado e se observou um abaulamento na virilha à direita, com hiperemia e edema leve.

Ao toque retal não havia sangue nem se tocou tumor. A luva saiu suja de fezes, pois ele tinha evacuado fezes residuais.

Não foi valorizada a profissão do paciente, Fisioterapia, profissão que exige esforço.

Interrogado declarou que no dia anterior, ao mobilizar um paciente, sentiu dor na virilha e notou que o local ficou um pouco inchado.

Fica claro agora o diagnóstico etiológico: **obstrução intestinal devido à hérnia inguinal.**

Esta hérnia está estrangulada?

Somente a cirurgia poderá mostrar se há ou não sofrimento vascular.

Deve ser tentada a sua redução?

Não, pois não se sabe se há sofrimento vascular e necrose.

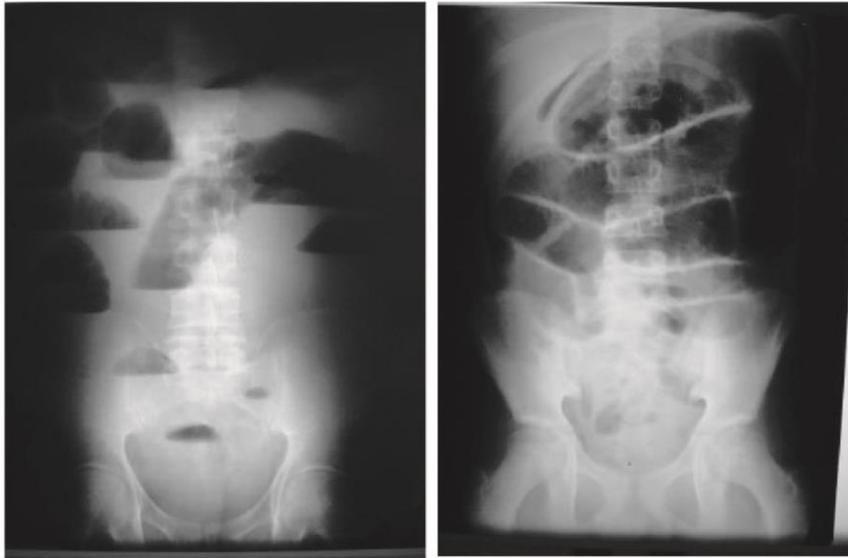
### **Exames complementares**

Na maioria das doenças, o diagnóstico é feito clinicamente em 80 a 90% dos casos. Neste, o diagnóstico é 100% tanto do ponto de vista síndrome como etiológico.

A história clínica bem observada e o exame bem realizado, não há como errar o diagnóstico.

Seriam necessários em termos de exames complementares a avaliação do hemograma, o grau de desidratação, distúrbio eletrolítico e função renal.

O exame de imagem, neste caso, seria desnecessário. Foi realizado devido à cultura hoje imposta como proteção, levando ao aumento do custo do tratamento do paciente (Figuras 1 e 2).



**Figura 1** – Rotina radiológica para abdome agudo, posição ortostática. (Arquivo do Autor).

**Figura 2** – Rotina radiológica para abdome agudo, posição deitada mostrando níveis hidroaéreos mostrando edema de mucosa das alças intestinais (Arquivo do Autor)

O paciente após preparo de poucas horas:

- 1 – Instalação de cateter nasogástrico (estava vomitando).
- 2 – Correção do provável distúrbio hidroeletrólítico.
- 3 – Instalação de cateter vesical para controle da hidratação. 4 – Realização da intervenção cirúrgica.

### Exames complementares

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

Hemograma completo:

Contagem de hemácias	4 890 000 hem/mm <sup>3</sup>
Dosagem de hemoglobina	14,9 g/dl
Avaliação do hematócrito	54 %
Volume globular média	91,3 fl
Contagem de leucócitos	15 300 ml/mm <sup>3</sup>
Basófilos	0 %
Eosinófilos	1 %
Bastões	2 %
Segmentados	75 %
Linfócitos	18 %
Monócitos	4 %

A série vermelha se apresentava normal à exceção do hematócrito justificado pela desidratação. A série branca apresenta discreto aumento na contagem global que está justificado pela obstrução intestinal, assim, como há um discreto aumento dos segmentados.

Contagem de plaquetas	199 mil/mm <sup>3</sup>	Glicose	113 mg/dl (70 a 99 mg/dl)
Ureia	52 mg/dl (13 a 43 mg/dl)	Creatinina	0,8 mg/dl

A glicose estava ligeiramente aumentada devido ao estresse e a inflamação.

O que chama a atenção é o valor da ureia, aumentada devido ao quadro de desidratação.

Sódio	139 mEq/l
Potássio	2,9 mEq/l (3,5 a 5,3 mEq/l)

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

### **Tratamento**

O paciente foi submetido à exploração da região inguinal direita. Havia uma hérnia indireta com alças de intestino delgado que apresentavam hiperemia e discreto edema. As alças intestinais foram exaustivamente examinadas. Após a abertura do saco herniário voltaram a ter seu aspecto normal, não mostrando sofrimento vascular.

As alças foram retornadas à cavidade abdominal. O saco herniário foi fechado no seu colo e ressecado o excesso. O anel inguinal profundo foi estreitado e feito o reforço da parede posterior pela técnica de Lichtenstein.

### **Conclusão:**

- 1 - Deve haver uma rotina rígida para inquirir o paciente.
  - 2 - A profissão do paciente deve ser valorizada.
  - 3 - Valorizar a história patológica pregressa.
  - 4 - No exame clínico, a vestimenta do paciente deve ser retirada.
  - 5 - Todos os aparelhos e sistemas devem ser examinados e o exame valorizado.
- Casos como este não necessitam da presença do cirurgião para iniciar o tratamento. Estando um cirurgião presente este deve iniciar o atendimento inicial e o suporte de vida. Caso não esteja presente, o médico socorrista deve iniciar o atendimento, tomando as providências necessárias. Muitas vezes anotam no prontuário “parecer do Cirurgião” e nada fazem pelo paciente.