



## **ÍNDICE DO CAPÍTULO**

### **1. EXAME FÍSICO**

- a. Inspeção
- b. Ausculta
- c. Percussão
- d. Palpação

### **2. SINAIS E SINTOMAS**

- a. Dor abdominal
- b. Náuseas e vômitos
- c. Dispepsia
- d. Disfagia e odinofagia
- e. Diarreia
- f. Constipação
- g. Icterícia
- h. Ascite
- i. Manifestações hemorrágicas do trato digestório

### **3. PRINCIPAIS DOENÇAS**

- a. Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)
- b. Úlcera Péptica e Duodenal
- c. Obstrução intestinal
- d. Síndrome do Intestino Irritável
- e. Doença inflamatória intestinal - Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa
- f. Apendicite
- g. Cirrose

## 1) COMO REALIZAR O EXAME FÍSICO

A realização do exame físico abdominal é extremamente importante para se chegar aos diagnósticos com maior precisão. Porém, assim como em todos os outros sistemas do corpo, ele deve ser precedido por uma boa anamnese, que servirá para guiar o examinador em suas hipóteses diagnósticas, fornecendo substratos para um bom raciocínio clínico. No caso da anamnese para o sistema digestório, é importante ressaltar que muitos dos sinais e sintomas relatados em uma consulta com este fim podem ser provenientes de órgãos de outros sistemas, dada a extensão do tubo digestório e sua associação e proximidade com diversas estruturas. Posteriormente, neste capítulo, há uma lista dos principais sinais e sintomas relatados em doenças do trato gastrointestinal, bem como instruções para caracterizá-los da melhor forma possível durante a anamnese.

O exame físico da região abdominal deve seguir, preferencialmente, a ordem: inspeção, ausculta, percussão e palpação. É importante que a ausculta seja realizada antes da palpação, pois, caso contrário, a pressão exercida durante a palpação das vísceras ocas pode provocar alterações. O paciente deve estar o mais confortável possível, deitado em decúbito dorsal, com os membros estendidos e a cabeça sobre um travesseiro. Deve-se posicioná-lo de forma a evitar a contração muscular da parede anterior do abdômen, proporcionando ao examinador liberdade de atuação e movimentação. Por isso, qualquer posição que envolva flexão do tronco deve ser evitada.

É preciso também atentar para o local onde o exame será realizado, especialmente em relação à temperatura, que não deve ser muito fria para evitar contrações musculares. Outros fatores importantes para exames físicos, em todos os sistemas, também devem ser observados, como uma boa iluminação e silêncio.

A divisão topográfica do abdome é muito útil para a realização do exame físico, sendo necessário que o examinador a domine. Para lembrar, existem duas maneiras de dividir o abdome: uma em nove áreas e outra em quatro áreas. Para esta divisão, os limites do abdome são as bordas do gradeado costal, as extremidades das décimas costelas, as espinhas ilíacas ântero-superiores, os ramos horizontais do púbis e as arcadas inguinais. Na divisão em nove áreas, as regiões são denominadas epigástrico, mesogástrico, hipogástrico, hipocôndrios direito e esquerdo, flancos direito e esquerdo, e fossas ilíacas direita e esquerda. Na divisão em quatro quadrantes, utilizam-se duas linhas, uma vertical e outra horizontal, que se cruzam na cicatriz umbilical. Os quadrantes são: superior direito, superior esquerdo, inferior direito e inferior esquerdo.

### a) Inspeção

Apesar de haver variações no formato do abdome, influenciadas por diversos fatores, algumas alterações de formato podem ter relação com o diagnóstico. O abdome plano é aquele cujo perfil acompanha a linha mediana. O abdome escavado apresenta um aspecto côncavo e pode ser observado em indivíduos emagrecidos. O abdome globoso é uniformemente aumentado, podendo ser encontrado em pacientes obesos, ascíticos ou com distensão gasosa das alças intestinais. Esse tipo de abdome também pode ser observado em grávidas, na variação piriforme, quando há aumento de volume, mas o abdome permanece rígido. O abdome em batráquio, caracterizado por uma dilatação exagerada dos flancos, é comum em pacientes com ascite volumosa. O

abdome em\_avental é observado em indivíduos com obesidade mórbida, nos quais o acúmulo de tecido adiposo faz com que o abdome se projete sobre as coxas.

Podem-se observar também alterações assimétricas no formato do abdome, que têm significado patológico. Essas alterações podem se manifestar na forma de distensão, crescimento localizado de alças intestinais, hérnias, aumento do tamanho de órgãos, tumores, útero gravídico, entre outros.

Não é comum observar peristaltismo durante a inspeção; porém, em pacientes com pouco tecido adiposo, pode ser possível percebê-lo. Nesses casos, é importante analisar o movimento peristáltico para verificar a possibilidade de obstrução em algum órgão do tubo digestório. O peristaltismo que indica obstrução gástrica é oblíquo e desenha a forma do órgão na superfície do abdome, com frequência de três ondas por minuto. O peristaltismo que indica obstrução do intestino delgado não tem direção constante, localizando-se na região umbilical e podendo aparecer em vários pontos, sendo também acompanhado de dores e aumento dos ruídos hidroaéreos. Por fim, o peristaltismo que indica obstrução nos cólons segue a mesma direção do trânsito normal do órgão e é acompanhado de dilatação.

Alterações na pele, como equimoses, nódulos e circulação colateral, também devem ser observadas. Em relação ao fígado, apenas grandes nódulos ou massas podem ser detectados na inspeção. Já no baço, o aumento do órgão pode ser evidenciado por um abaulamento no hipocôndrio esquerdo, com possibilidade de invasão do epigástrico.

#### b) Ausculta

Os ruídos hidroaéreos são sons audíveis que indicam a movimentação do conteúdo no tubo gastrointestinal. Eles podem ser ouvidos por meio do estetoscópio, em diversas localizações e momentos. O conteúdo presente no tubo, que produz esses ruídos, pode ser líquido ou gasoso, sendo possível, inclusive, ouvir o som à distância. Os ruídos hidroaéreos são audíveis em todas as regiões do abdome, com preferência pela região central. É importante destacar que sua interpretação pode ser difícil, pois eles são imprevisíveis, podendo estar ausentes por alguns minutos e aumentados em outros momentos. Por isso, recomenda-se que a ausculta seja realizada ao longo de 2 a 3 minutos, para evitar possíveis confusões. A intensidade dos ruídos hidroaéreos pode estar aumentada, reduzida ou abolida em situações patológicas. Ela é definida pela atividade funcional do órgão, uma vez que, quanto maior a atividade propulsiva — ou seja, quanto maior o turbilhonamento do conteúdo —, maior será a frequência e a intensidade dos ruídos.

Entre os tipos de ruídos hidroaéreos mais importantes para a semiologia, destacam-se: a patinuação, em que se comprime o abdome à altura de um órgão com conteúdo líquido, até que a parede desse órgão entre em contato com o líquido, como em casos de estômago com retardo de esvaziamento; o gargarejo, que também pode ser ouvido durante a palpação profunda e no qual é possível perceber a presença do conteúdo da víscera; e, por fim, o borborigmo, que indica a presença de mais gases do que líquidos no órgão. O borborigmo geralmente ocorre quando o indivíduo está com fome e pode ser ouvido à distância.

Também é possível ouvir sopros durante a ausculta abdominal. Podem haver sopros sistólicos, decorrentes de artérias abdominais, como, por exemplo, no caso de aneurisma de aorta abdominal, bem como sopros hepáticos, esplênicos e de circulação colateral. Além disso, podem ser audíveis atritos no fígado e no baço, os quais resultam da aspereza na textura da superfície desses órgãos.

### c) Percussão

Existem quatro tipos de sons que podem ser percebidos durante a percussão do abdômen. O mais comum é o som timpânico, que indica a presença de gás no trato gastrointestinal. O timpanismo pode ser percutido em quase toda a extensão do abdômen e é mais nítido na região do estômago, devido à bolha gástrica. Essa área é conhecida como espaço de Traube.

A macicez ou submacicez ocorre quando a área percutida está ocupada por uma estrutura sólida ou líquida. O hipertimpanismo é uma variação do timpanismo, com um timbre mais sonoro, que surge em casos de excesso de conteúdo gasoso nos órgãos digestivos, como na obstrução intestinal, volvo ou megacólon. Em casos fisiológicos, com menor quantidade de gases ou com a presença de um órgão maciço próximo ao local percutido, pode-se obter um som submaciço. Percussões em áreas sólidas, como o fígado, produzem sons maciços.

É importante caracterizar a macicez hepática, pois sua ausência — conhecida como sinal de Jobert — sugere perfuração de uma víscera para dentro do peritônio. O tamanho do fígado também pode ser estimado por meio da percussão, técnica conhecida como hepatimetria. O limite superior do fígado é identificado por percussão no quinto espaço intercostal direito, na linha hemiclavicular, onde se encontra um som submaciço. A borda inferior do fígado pode ser percebida por uma percussão mais leve ao longo da linha hemiclavicular direita, em direção ao rebordo costal, o que serve como referência para a palpação. A hepatimetria corresponde à distância entre o limite superior e o inferior do fígado, com média de 10,5 cm em homens e 7 cm em mulheres. A percussão também é o método mais recomendado para o diagnóstico de ascite, utilizando o sinal do piparote, que será detalhado mais adiante.

O baço pode ser percutido na posição de decúbito lateral direito, próximo à margem costal, ou em decúbito dorsal, nos oitavo e nono espaços intercostais esquerdos. A presença de um som maciço ou de uma massa sugere esplenomegalia.

### d) Palpação

Para a realização da palpação, é preciso que o paciente saiba que deve avisar caso sinta qualquer dor ou desconforto. Como dito anteriormente, as mãos do examinador não devem estar frias, para evitar a contração da parede muscular ou incômodos para o paciente. Primeiro, deve-se realizar a palpação superficial com as mãos relaxadas, percorrendo toda a superfície do abdômen. É importante observar a palpação comparativa, ou seja, comparar o lado direito com o esquerdo do abdômen.

#### *d.1) Palpação superficial*

Durante a palpação superficial, é possível identificar alterações no tamanho dos órgãos, caso estas sejam acentuadas, ou diferenças na estrutura da parede abdominal. Além disso, a palpação superficial ajuda a ganhar a confiança do paciente antes da palpação profunda. Um dos sinais mais frequentes durante essa fase é a hipertonía da parede abdominal, caracterizada por uma forte contração muscular, que pode ser voluntária ou involuntária.

A contração voluntária ocorre devido a fatores como mãos frias, ambiente inadequado, posição desconfortável do paciente, tensão emocional ou cócegas. Já a contração involuntária indica uma possível irritação do peritônio parietal, que pode não ser dolorosa, mas pode ser causada por infecções, neoplasias, agentes químicos, entre outros. Nesses casos, a hipertonía será localizada na área correspondente ao peritônio irritado e pode evoluir para uma rigidez generalizada (também chamada de "abdômen em tábua").

#### *d.2) Palpação profunda*

A palpação profunda é mais útil para a avaliação de órgãos e massas abdominais. Na maioria dos casos, é difícil palpar órgãos do tubo gastrointestinal, como o estômago, o cólon e o intestino delgado, mas há alta sensibilidade para alterações em órgãos anexos, como o fígado. O examinador pode avaliar forma, consistência, mobilidade, diâmetro e sensibilidade dos órgãos durante essa etapa.

Para a palpação profunda, a mão do examinador deve ser posicionada em um ângulo que pode variar entre 45 e 90 graus em relação à parede abdominal, dependendo do volume do abdome. Se forem utilizadas duas mãos, deverá haver um ângulo entre elas, voltado para o examinador. A realização adequada da palpação profunda exige prática e treinamento para ser aperfeiçoada. Obstáculos como a espessura do panículo adiposo ou hipertonía abdominal podem dificultar a palpação, por isso é importante destacar que a técnica é mais importante do que a força e que os dedos são responsáveis por quase toda a percepção durante o exame.

A respiração é um aspecto essencial para a palpação. O examinador deve estar atento aos movimentos respiratórios do paciente, pois durante a inspiração ocorre uma maior contração dos músculos abdominais e aumento da pressão na cavidade, o que dificulta a percepção das estruturas. Por isso, a palpação deve ser feita durante a expiração. Deve-se orientar o paciente quanto a isso apenas quando necessário uma vez que a expiração simultânea é preferível a expiração forçada. Caso o paciente sinta dor, o examinador deve realizar o exame com mais delicadeza ou até mesmo interrompê-lo.

O aprofundamento das mãos deve acompanhar a respiração. Enquanto o paciente inspira, as mãos do examinador devem permanecer paradas na posição alcançada até o momento. Durante a expiração, o examinador pode aprofundar mais as mãos até atingir a profundidade desejada. Conforme as mãos afundam, a pele é empurrada na direção oposta ao deslizamento, que será realizado posteriormente. Essas pregas de pele servirão como ferramenta para facilitar o deslizamento.

Após atingir a profundidade adequada, o examinador deve deslizar as mãos, movendo os dedos juntamente com as pregas de pele recolhidas, para que os movimentos da derme sobre as camadas mais profundas funcionem como revestimento para os dedos.

As massas abdominais podem variar em sua natureza, indo desde tumores a órgãos fora do lugar, e devem ser avaliadas de acordo com localização, sensibilidade dolorosa (inflamação ou distensão), forma (esférica, formato do órgão), dimensão (pode ser visível na inspeção), consistência (pétrea, macia), superfície (lisa, rugosa), mobilidade (massas móveis estão na cavidade peritoneal; massas não móveis estão no retroperitônio), mobilidade e pulsação.

Entre os sinais encontrados na palpação profunda, um dos mais comuns é o peritonismo. Quando o paciente sente dor após descompressão brusca em algum ponto do abdome, a indicação é de inflamação do peritônio parietal ou mesentério, naquele sítio específico, que pode ser de natureza bacteriana intra ou extra-abdominal ou química. O sinal de Blumberg é utilizado para testar o peritonismo. Quando o paciente refere dor em alguma área abdominal, o examinador palpa e a dor se acentua conforme a mão se aprofunda. O examinador, então, retira bruscamente a mão, e se o paciente referir dor aguda, o sinal é positivo. A reação do paciente pode ser intensa, com expressão mímica e verbal da dor. A hipertonia também é indicativo de peritonismo, mas, nesse caso, pode estar presente também em resposta a uma pressão suave do examinador na parede, uma espécie de defesa da região inflamada. A peritonite pode ser localizada, quando está restrita ao peritônio na vizinhança de um órgão (o omento maior se fixa para isolar a área), e difusa quando uma localizada se expande.

#### *d.3) Palpação do fígado e órgãos anexos*

A borda do fígado é palpável durante a inspiração, uma vez que, com o aumento da caixa torácica, o órgão é empurrado para baixo. Seguindo as orientações gerais da palpação profunda, existem duas técnicas que podem ser usadas para a palpação do fígado. A primeira é a técnica bimanual de Lemos-Torres. Nessa técnica, a mão esquerda deve ser posicionada na região lombar direita, na altura das últimas costelas, “empurrando” o fígado anteriormente. Já a mão direita deve estar no quadrante inferior direito, espalmada e perpendicular ao músculo reto do abdômen. Conforme os movimentos respiratórios, o examinador deve subir a mão aos poucos até encontrar a borda hepática.

A segunda técnica é a técnica da mão em garra, ou de Mathieu. O examinador deve posicionar-se próximo ao ombro direito do paciente, com as mãos paralelas e os dedos fletidos em forma de garra. Acompanhando os movimentos respiratórios, os dedos devem elevar a borda hepática. Nos pacientes com ascite, em que há acúmulo de líquido acima do fígado, realiza-se a manobra do rechaço hepático. Esta manobra consiste em dar batidas na parede anterior do abdômen com os dedos para empurrar o fígado profundamente e perceber seu contragolpe ao retornar à posição inicial.

Um fígado saudável apresenta borda hepática fina, superfície lisa e consistência elástica; portanto, alterações dessas características podem indicar patologias. Durante a palpação, o fígado pode ser encontrado endurecido, com irregularidades, nódulos ou massas. O paciente também pode sentir dor durante a percussão ou o teste de Bloomberg na área hepática. Pode-se observar o reflexo hepatojugular, no qual o paciente vira a cabeça para o lado esquerdo, enquanto o examinador comprime a superfície do fígado, observando se ocorre turgência da veia jugular externa direita, bem como pulsação.

Um fígado palpável nem sempre é um fígado doente; entretanto, várias patologias podem apresentar esse sinal, como hepatite aguda, hepatite crônica, insuficiência cardíaca direita, carcinoma hepatocelular e carcinoma metastático, sendo que os dois últimos geralmente apresentam nódulos. O tamanho do fígado também pode estar reduzido, como na hepatite fulminante, em que há dor.

A vesícula biliar não é palpável em condições normais, mas pode estar aumentada em situações patológicas. O ducto cístico pode estar obstruído por cálculos ou inflamação, causando uma vesícula hidrópica. A obstrução do colédoco provoca icterícia obstrutiva, geralmente associada a tumores. A palpação da vesícula é essencial para o diagnóstico, pois, em casos de icterícia, uma vesícula palpável exclui causa hepática, e a ausência de dor pode indicar neoplasia (sinal de Courvoisier). A palpação da vesícula é realizada na borda hepática, no ponto em que cruza o músculo reto abdominal. A vesícula deve ser arredondada, lisa, elástica e levemente móvel. O método utilizado nessa palpação é o de Mathieu. O pâncreas não é palpável em condições normais, mas pode estar aumentado em algumas patologias. Nesses casos, ele pode ser palpado como uma massa fixa na região epigástrica, podendo ser dolorosa à compressão.

O baço também não é palpável em condições fisiológicas, exceto em crianças, adolescentes ou adultos magros. Para que o baço se torne palpável, ele precisa estar aumentado. No entanto, a palpação tem baixa sensibilidade, além da variabilidade nas técnicas utilizadas por diferentes médicos, o que pode resultar em falsos positivos e falsos negativos. Outras estruturas, como o rim esquerdo, tumores ou dilatações do cólon, podem ser confundidas com o baço durante a palpação. Por isso, essa palpação deve ser realizada com cuidado para garantir uma diferenciação precisa. É importante reconhecer as curvaturas características do formato do órgão e ter certeza de que a estrutura palpada não é a última costela.

Para a palpação do baço, o paciente pode estar em decúbito dorsal, lateral-direito ou na posição de Schuster. No decúbito dorsal, o examinador deve posicionar-se à direita do paciente, colocando a mão esquerda sobre o gradeado costal esquerdo, pressionando a pele em direção à borda costal. A mão direita, espalmada sobre o abdômen, poderá ser projetada abaixo das costelas, permitindo que as pontas dos dedos percebam o baço durante a inspiração. Na posição de Schuster, o examinador, também à direita do paciente, posiciona a palma da mão direita na região onde se encontra a borda esplênica. A mão deve ser aprofundada, e os dedos sentirão a borda esplênica. A mão esquerda pode ser utilizada para pressionar o gradeado costal esquerdo, limitando a expansão da caixa torácica e induzindo a

respiração diafragmática, o que facilita a palpação do baço. A técnica de Mathieu também pode ser utilizada. O aumento do baço pode ter causas inflamatórias, congestivas, hiperplásicas, infiltrativas ou neoplásicas, e pode haver alterações na consistência e na sensibilidade dolorosa do órgão.

#### d.4) Hérnias

As hérnias são protrusões de órgãos ou tecidos devido a defeitos nas paredes que contêm essas estruturas. No caso de hérnias abdominais, há um orifício na camada musculoaponeurótica, e o saco herniário é revestido por peritônio. As hérnias podem ser redutíveis, quando o conteúdo é facilmente reposicionado na cavidade abdominal, ou irreduzíveis, quando não é possível reposicioná-lo. Elas também podem ser encarceradas ou estranguladas, em casos de isquemia.

A hérnia inguinal indireta é a mais comum e ocorre no anel inguinal interno, lateralmente à artéria epigástrica inferior. Já a hérnia inguinal direta acontece medialmente aos vasos epigástricos inferiores, na região chamada de triângulo de Hesselbach. O exame físico para diagnóstico de hérnias é realizado com o paciente em pé. Após a inspeção, realiza-se a palpação em busca de protrusões ou assimetrias. Para diferenciar uma hérnia direta de uma indireta, o examinador introduz o dedo pelo anel inguinal externo, através da bolsa escrotal, e empurra a hérnia para dentro do canal inguinal. Se o conteúdo herniário encontrar o dedo pela lateral, a hérnia é indireta; se for pela polpa digital, é direta.

Outro tipo comum é a hérnia femoral, que ocorre por protrusão através do canal femoral, logo abaixo do ligamento inguinal. Nesses casos, é possível notar um abaulamento abaixo do ligamento. A hérnia incisional ocorre devido à falha na cicatrização dos tecidos após cirurgias, enquanto as hérnias umbilicais, comuns em crianças, decorrem do fechamento incompleto dos componentes do cordão umbilical ao longo da linha alba e geralmente se resolvem nos dois primeiros anos de vida. Em adultos, as hérnias umbilicais costumam estar associadas ao enfraquecimento do tecido cicatricial na região umbilical.

Figura 1 - QR Codes com vídeos públicos da Internet sobre exame físico abdominal.



Vídeo resumido sobre  
exame físico abdominal.



Vídeo detalhado sobre  
exame físico abdominal.

Fonte: elaborado pelo autor; programa de criação de imagens Canva.

## 2) SINAIS E SINTOMAS

### a) Dor abdominal

Quando o paciente se queixa de dor, é necessário esclarecer cada componente da dor durante a entrevista, visto que ela pode se manifestar de múltiplas formas. As principais características que devem ser abordadas na anamnese são:

- Cronologia (Quando iniciou?)
- Localização (É localizada ou difusa? Onde o paciente sente?)
- Característica (Ela é em pontada, constante, em cólica, em queimação...?)
- Irradiação (A dor “caminha”?)
- Fatores paliativos, provocadores ou associados (Há algo que melhore ou piore a dor?)
- História médica pregressa e perfil psicossocial (Episódios semelhantes de dor, cirurgias, tabagismo...)

A dor abdominal se expressa por meio de padrões, havendo 3 categorias gerais com as quais você deve se familiarizar:

Tabela 1 - Caracterização da dor

Dor visceral	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ocorre por distensão, esticamento ou contração com força anormal de órgãos abdominais ocultos.</li> <li>➤ Difícil de localizar.</li> <li>➤ Pode ser corrosiva, em queimação, em cólica ou surda.</li> <li>➤ Quando intensa, pode haver sudorese, palidez, náuseas, vômitos e/ou inquietação.</li> </ul>
Dor parietal/somática	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ocorre por inflamação do peritônio parietal.</li> <li>➤ Constante e surda.</li> <li>➤ Geralmente mais intensa.</li> <li>➤ Localizada mais precisamente em relação a estrutura relacionada.</li> </ul>
Dor referida	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ocorre em locais distantes inervados por níveis espinais quase iguais aos da estrutura que foi realmente acometida.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Tabela 2 - Dores típicas

Característica de dor	Suspeitas clínicas
Dor visceral no quadrante superior direito do abdome	Distensão do fígado, alcançando a cápsula (Hepatites, doenças biliares)
Dor visceral periumbilical	Apendicite aguda (estágios iniciais)
Dor desproporcional aos achados do exame físico	Isquemia mesentérica intestinal

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

### b) Náuseas e vômitos

Primeiramente, é preciso saber diferenciar alguns conceitos:

Tabela 3 - Diferenciação náuseas e vômitos

Náusea	Ânsia de vômito	Vômito	Regurgitação
Sensação de enjoo no estômago.	Espasmo do estômago, diafragma e esôfago.	Expulsão do conteúdo estomacal.	Refluxo de conteúdo do esôfago e do estômago, sem haver náuseas ou ânsia de vômito.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

As náuseas e os vômitos podem ter causas intraperitoniais, extraperitoniais e farmacológicas. Assim, ao investigar as causas, estabelecer o início dos sintomas já auxilia a definir possíveis etiologias, casos agudos tendem a estar associados a fármacos, infecções e toxinas, enquanto casos crônicos estão mais relacionados a doenças já estabelecidas. O próprio questionamento sobre quanto tempo após as refeições ocorre o vômito ajuda a delimitar as hipóteses diagnósticas, já que a gastroparesia e a obstrução pilórica costumam causar vômitos até 1h depois da ingestão, enquanto na obstrução intestinal, ocorre mais tardiamente.

No contexto de vômito, é importante caracterizá-lo quanto a sua composição:

- Contém alimentos reconhecíveis: suspeita de síndrome pilórica.
- Contém bile (cor amarelada ou esverdeada, que deixa gosto amargo na boca): alterações no fígado ou na vesícula biliar, suspeita de estenose duodenal ou pancreatite aguda.
- Hematêmese
  - Cor avermelhada: hemorragia recente.
  - Cor escura: retenção gástrica de sangue.

- Matéria fecal: Obstruções intestinais baixas ou fístulas gastrológicas.
- Cálculos biliares: Fístula colecistoduodenais ou colecistogástricas.
- Parasitas.
- Corpos estranhos ingeridos.

A relação entre o vômito e a dor também é importante, por exemplo, a dor abdominal pode ser aliviada com o vômito em casos de obstrução intestinal, mas o mesmo não ocorre na pancreatite ou na colecistite.

No exame físico, alguns sinais podem ser utilizados para identificar as possíveis causas:

- Defesa involuntária: Inflamação.
- Hipotensão: Perdas de líquidos.
- Anormalidades no exame pulmonar: Aspiração de vômito.
- Massas palpáveis e linfadenopatia: Neoplasia.

#### c) Dispepsia

A dispepsia é uma dor ou desconforto que pode ser crônico ou recorrente na região abdominal superior, manifestando-se como queimação epigástrica ou saciedade precoce. Pode ser acompanhada de distensão abdominal, náuseas e eructação.

A dispepsia funcional, ou não ulcerosa, ocorre quando o paciente relata desconforto na região abdominal alta ou náuseas por mais de seis meses, mas sem a presença de úlcera péptica. Outras queixas podem incluir pirose, disfagia e regurgitação. As causas da dispepsia são variadas e podem incluir retardo do esvaziamento gástrico, úlcera péptica, infecção por *Helicobacter pylori* e fatores psicossociais. A dispepsia é investigada durante a anamnese, ao se realizar toda a caracterização semiológica da dor ou desconforto (duração, intensidade, fatores agravantes e atenuantes, etc). A endoscopia digestiva alta é um exame complementar que pode ser indicado caso o paciente refira dispepsia.

#### d) Disfagia e odinofagia

A disfagia é definida como a dificuldade para deglutir, decorrente da dificuldade na passagem de sólidos ou líquidos da boca para o estômago. Os pacientes relatam que o alimento fica preso e não desce. A ocorrência de disfagia pode ser indicativa de distúrbios de motilidade ou anomalias estruturais. Para investigar a disfagia, é necessário que o examinador peça ao paciente que aponte o local exato onde ocorre o sintoma, além de questioná-lo sobre alimentos específicos que desencadeiam os sintomas. Também é importante caracterizar a disfagia quanto ao seu início, persistência e progressão ao longo do tempo, assim como verificar sinais e sintomas associados.

Já a odinofagia é definida como dor ao deglutir. Nesse caso, realiza-se toda a caracterização semiológica da dor. Entre as causas de disfagia e odinofagia estão a xerostomia (insuficiência de saliva), além de causas neurológicas, musculares ou estruturais, sendo estas últimas mais comuns em adultos jovens.

### e) Diarreia

A diarreia se refere a fezes pastosas ou líquidas. Sobre ela, é importante perguntar a duração, volume, consistência, frequência, presença de muco, pus ou sangue, se ocorre em algum período específico do dia.

Tabela 4 - Diferenciação da diarreia quanto a duração

Duração		Causas
Aguda	<14 dias	Em geral, causada por infecção.
Persistente	entre 14 e 30 dias	
Crônica	>30 dias	Doença de Crohn, colite ulcerativa...

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Em casos de diarreia líquida volumosa, temos que atentarmos às doenças de origem no intestino delgado. Já quando a diarreia tem pouco volume, mas está associada a muco, pus ou sangue, nossas hipóteses se voltam a doenças infecciosas retais. Também é importante observar se há componentes espumosos, oleosos ou gordurosos, os quais são indicativos de esteatorreia.

Questionamento sobre os medicamentos em uso pelo paciente é essencial, visto que o uso de penicilina e macrolídeos, antiácidos à base de magnésio, metformina e medicamentos fitoterápicos e alternativos pode causar diarreia. Também em casos de pacientes hospitalizados recentemente, em uso de antibióticos e imunocomprometidos, é importante investigar o *C. difficile*.

### f) Constipação

A constipação é definida como defecação com frequência reduzida e/ou dificultosa e/ou com fezes endurecidas.

Na anamnese é importante avaliar os sintomas específicos da constipação, forma das fezes (alguns especialistas recomendam utilizar desenhos, como na escala de Bristol, para obter informações mais precisas de pacientes), a frequência das evacuações e o início dos sintomas, além de investigar alimentação, estilo de vida, prática de exercícios físicos, depressão e uso de medicamentos. Atenta-se também a possíveis sintomas de alerta para neoplasias, como emagrecimento, história familiar, sangue nas fezes, anemia e idade acima de 50. Já no exame físico, são vitais a palpação, para observar distensão do abdômen, cólon com fezes endurecidas e possíveis massas neoplásicas, e o toque retal.

\*ATENÇÃO: Não confundir com a síndrome do intestino irritável, que possui também sintomas relacionados a dor e desconforto abdominal, além de flatulência e distensão abdominal.

**g) Icterícia**

A icterícia se refere a coloração amarelada (ou esverdeada em casos prolongados) da pele e dos olhos decorrente do aumento dos níveis de bilirrubina no sangue. Nos casos de icterícia, outros sintomas costumam acompanhar o quadro, podendo guiar o diagnóstico:

- Acolia: Fezes esbranquiçadas, ocorrem quando a excreção da bile é obstruída por completo (apesar de poder estar presente por um breve período na hepatite viral).
- Colúria: Urina escura (como um refrigerante de Cola), costuma aparecer antes da icterícia.
- Prurido: Quadro típico dos casos de colestase.
- Febre
- Esteatorreia
- Dor abdominal
- Artralgias e mialgias: Precedem a icterícia, sendo indicativos de hepatite (tanto viral quanto por fármacos).

Quanto aos achados de alerta se destacam: Dor abdominal intensa e abdome tenso, estado mental alterado, sangramento digestivo e equimoses, petéquias ou púrpura.

Também é importante conhecer o perfil psicossocial na semiologia para restringir o número de hipóteses diagnósticas. Na icterícia, podemos orientá-las da seguinte forma, por exemplo:

Tabela 5 - Perfil do paciente e causa da icterícia

<b>Pacientes jovens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hepatite viral aguda</li> <li>➤ Superdose de medicamentos (ex.: Paracetamol)</li> </ul>
<b>História de abuso de álcool</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Doença hepática alcoólica</li> </ul>
<b>História pessoal ou familiar de icterícia recorrente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Síndrome de Gilbert</li> </ul>
<b>Idosos (com perda de massa ponderal e massa palpável)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Obstrução biliar por câncer</li> </ul>
<b>Histórico laboral em indústria química, petroquímica, de solventes e tintas, contato com agrotóxicos...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hepatite tóxica</li> </ul>
<b>Recém-nascidos (2 a 5 dias)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fisiológica</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Outros itens a serem questionados também incluem: uso de ou a exposição a qualquer substância química ou fármaco (medicamentos prescritos e não-prescritos, fitoterápicos e esteroides anabolizantes), histórico de exposições parenterais (transfusões, drogas intravenosas/intranasais, tatuagens, relações sexuais), viagens recentes (atenção a áreas de febre amarela), exposição a alimentos possivelmente contaminados e se teve contato com outra pessoa com icterícia.

Assim, no exame físico, é importante inspecionar abdômen, esclera, língua e hálito. No abdômen, ao se realizar inspeção e palpação, deve-se atentar a existência de circulação colateral, ascite, hérnia, massas, dor e cicatrizes cirúrgicas. Ao examinar o fígado, procura-se hepatomegalia, nódulos, endurecimento e/ou massa, enquanto no baço se busca esplenomegalia. Também é importante observar o reto, para ver se há presença de sangue.

Um diagnóstico diferencial importante é o de carotenemia, em que a pele também se apresenta com uma coloração amarelada, por ingestão excessiva de vegetais e frutas que contêm caroteno (cenouras, vegetais folhosos, abóboras, pêssegos e laranjas). Contudo, o que difere as duas é o fato de a icterícia se espalha pelo corpo todo uniformemente, enquanto a carotenemia se concentra em palmas, plantas, fronte e pregas nasolabiais, além de NÃO haver pigmentação nas escleras, diferentemente da icterícia.

#### h) Ascite

Ascite é o acúmulo de líquido na cavidade peritoneal e, na maioria dos casos, decorre de cirrose, carcinomatose peritoneal, insuficiência cardíaca congestiva, tuberculose peritoneal ou doenças pancreáticas. A anamnese é essencial para iniciar a suspeita de ascite, pois o paciente costuma relatar aumento do volume abdominal e diminuição do volume urinário. A ascite pode surgir de forma abrupta ou agravar-se gradualmente com o tempo.

No exame físico, a inspeção revela um abdômen globoso ou em batráquio (em forma de sapo), podendo haver protrusão da cicatriz umbilical. Durante a percussão, observa-se a curva de macicez.

Para avaliar a ocorrência de ascite, a percussão deve ser realizada da cicatriz umbilical em direção à periferia. Se houver timpanismo na região central e macicez na periferia, isso é um indicativo de ascite. A macicez móvel pode ser pesquisada com o paciente em decúbito lateral direito. Nessa posição, o líquido ascítico se desloca por ação da gravidade, fazendo com que o flanco e a fossa ilíaca esquerda passem a apresentar timpanismo. Em seguida, o mesmo procedimento é realizado no decúbito lateral esquerdo.

Na palpação, o sinal do piparote é o mais utilizado. Com o paciente em decúbito dorsal, um assistente posiciona a parte cubital da mão na linha média do abdômen e exerce uma leve pressão para evitar a transmissão superficial do movimento. O examinador, então, posiciona a mão esquerda no flanco esquerdo do paciente e, com as pontas dos dedos da mão direita, aplica uma leve e abrupta pressão no flanco direito. Se houver transmissão de uma onda líquida até a mão esquerda do examinador, o sinal é considerado positivo para ascite. É importante destacar que o sinal do piparote é

sensível apenas em casos de grande volume de líquido na cavidade peritoneal. A verificação da macicez móvel é mais sensível para volumes menores, mas, mesmo assim, o método mais confiável para diagnóstico é a ecografia, já que exames de percussão, palpação e medição da circunferência abdominal podem ser pouco precisos.

Figura 2 - QR Codes com vídeos públicos da Internet sobre manobras para pesquisa de ascite.



Manobra de piparote



Manobra de macicez móvel

Fonte: elaborado pelo autor; programa de criação de imagens Canva.

Para identificar a causa da ascite, é essencial realizar a paracentese. Esse exame é feito à beira do leito, com o paciente em jejum e a bexiga vazia. Deve-se realizar assepsia e aplicar anestesia local antes da punção, que ocorre com o paciente em decúbito dorsal, geralmente no quadrante inferior esquerdo. O paciente pode ser orientado a realizar a manobra de Valsalva para facilitar a inserção da agulha. Além disso, a agulha pode ser movimentada até encontrar uma área com grande quantidade de fluido, que será drenado assim que a seringa for conectada.

Em pacientes com hepatopatia crônica, o líquido ascítico tem coloração amareló-cítrica e pode se tornar turvo se a celularidade for elevada. Se o paciente não apresentar icterícia e houver baixa concentração de proteínas no líquido, ele pode ser transparente. Quando há mais de 10.000 glóbulos vermelhos por milímetro cúbico, o líquido é considerado hemorrágico. Ele pode apresentar aspecto leitoso em casos de hipertrigliceridemia ou ter coloração esverdeada, com aspecto viscoso ou mucóide.

#### i) Manifestações hemorrágicas do trato digestório

As hemorragias é uma das causas mais frequentes de hospitalização de urgência e pode ser expressa nas mais diversas maneiras, dependendo da localização da lesão e suas características. Ela pode se manifestar de duas principais maneiras:

##### *i.1) Melena*

São fezes enegrecidas, fétidas e com consistência pastosa, sendo causa por sangue ( $\geq 60\text{ml}$ ) que fica por um período prolongado no trato gastrointestinal, estando relacionada, portanto, a lesões no esôfago, estômago ou duodeno (em casos de trânsito intestinal lento, pode ter correlação com perda sanguínea no jejuno,

no íleo ou no cólon). Nela, o PSOF (pesquisa de sangue oculto nas fezes) é positivo. Em caso de lactentes, pode estar relacionada com a ingestão de sangue durante o parto. Alguns sintomas que são importantes se atentar são: dor epigástrica (perguntar quando ocorre, se é depois das refeições para suspeita de úlcera péptica), ânsia de vômito e vômito. Também questionar sobre a ingestão de álcool, AAS e anti-inflamatórios pelo paciente, se houve traumatismo corporal recente, queimaduras graves, cirurgia ou elevação da pressão intracraniana e se ele possui cirrose ou alguma outra doença que gere hipertensão portal.

### *i.2) Hematoquezia*

Fezes com sangue vermelho-vivo, com origem normalmente no cólon, reto ou ânus (em menos frequência, pode ter origem no jejuno ou no íleo). Alguns sintomas associados que podem auxiliar a especificar o diagnóstico são:

*i.2.1) Diarreia:* Condições inflamatórias do cólon e do reto, colite ulcerativa, doença de Crohn, diarreia infecciosa, proctite.

*i.2.2) Dor abdominal baixa:* Colite isquêmica (pode ser associada à febre).

*i.2.3) Queixa de sangue pingando no vaso e/ou no papel higiênico:* hemorróidas (indolor), fissura anal (dor à defecação).

*i.2.4) Alteração de ritmo intestinal e/ou perda de peso:* câncer do cólon, hiperplasia ou pólipos adenomatosos.

## **3) PRINCIPAIS DOENÇAS DO SISTEMA GASTROINTESTINAL**

### a) Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)

Caracterizada pelo refluxo do conteúdo gástrico (mais ácido) para o esôfago, causando sintomas ao paciente como pirose (queimação retroesternal que se irradia para o pescoço e epigástrico), disfagia, regurgitação, dor torácica, odinofagia e tosse crônica. A dor e a pirose de um paciente com DRGE são mais frequentes quando este está deitado, após refeições ou durante a noite. Importante também perguntar sobre sinais de alarme como perda de peso, odinofagia e história familiar de câncer.

### b) Úlcera Péptica e Duodenal

As úlceras são defeitos na mucosa, seja gástrica ou intestinal. As principais causas para o desenvolvimento das úlceras são a infecção por *Helicobacter pylori* e o uso de AINEs (anti-inflamatórios não esteroidais). Pode, por vezes, ser assintomática, ou também apresentar quadro clínico com episódios recorrentes de dor, geralmente em queimação ou perfuração. A dor pode melhorar com a ingestão de alimentos, retornando um tempo depois no período pós-prandial. Pode haver sintomas de DRGE associados. Entre as principais complicações das úlceras, estão a hemorragia e a perfuração.

### c) Obstrução intestinal

As principais causas variam entre a faixa pediátrica e os adultos. Nas crianças, anomalias congênitas, corpos estranhos, bolo de *Ascaris*, íleo meconial e intussuscepção são as causas mais frequentes. Já entre os adultos, hérnias

encarceradas, neoplasias e aderências por cirurgias prévias são algumas das causas comuns. Pode ser completa ou incompleta, causando sintomas como dor abdominal em cólica, náuseas e vômitos (podendo ocorrer vômito com conteúdo fecal), ausência de flatos e/ou fezes e distensão abdominal. Pode ser diagnosticada em exames de imagem como uma radiografia simples ou tomografia computadorizada ao observar intestino dilatado.

#### d) Síndrome do Intestino Irritável

É caracterizada por dor abdominal recorrente crônica e alteração nos hábitos intestinais (diarreia, constipação, ou os dois alternados), sem presença de doença orgânica detectável. Possui prevalência mundial de cerca de 5%, sendo uma patologia comum. Os sintomas são variáveis, podendo ser desde leves até graves. A dor geralmente melhora com a defecação e piora com estresse, má qualidade de sono ou ingestão de alimentos. Diagnósticos psiquiátricos frequentemente estão associados com esta síndrome.

#### e) Doença inflamatória intestinal - Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa

A doença inflamatória intestinal (DII) abrange duas patologias idiopáticas crônicas: a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa. A doença de Crohn pode causar ulcerações em qualquer local do sistema digestório, enquanto a retocolite é limitada ao reto e cólon e é uma ulceração contínua. Na doença de Crohn, os sintomas mais comumente encontrados são dor abdominal (geralmente em quadrante inferior direito), diarreia, fadiga e hematoquezia, variando de acordo com a localização das ulcerações. Pode haver complicações como fístula e abscesso. Na retocolite ulcerativa, além de diarreia e hematoquezia é possível ocorrer tenesmo e urgência para defecar. O diagnóstico de DII requer a realização de biópsia das lesões, após anamnese e exame físico detalhados e outras causas excluídas.

#### f) Apendicite

Uma patologia de grande incidência, a apendicite frequentemente exige cirurgia de emergência. Dentre as principais manifestações clínicas estão dor abdominal, principalmente no quadrante inferior direito, que piora ao realizar manobras como tossir, flexão e rotação interna do quadril e palpar o quadrante inferior contralateral. O paciente pode apresentar sinais de defesa quando o examinador tentar palpar a região. Frequentemente, o exame laboratorial apresenta leucocitose. Para diagnóstico, geralmente uma TC é utilizada para confirmar, podendo também ser realizada uma ultrassonografia caso a TC não esteja disponível. Entretanto, um resultado negativo na ultrassonografia não descarta o diagnóstico de apendicite, somente o confirma em caso positivo.

#### g) Cirrose

A cirrose é a etapa final das doenças hepáticas crônicas, caracterizada pelo fígado com fibrose e presença de nódulos anormais. Considerada uma patologia irreversível, pode ser classificada em compensada e descompensada. Muitos pacientes cirróticos

são assintomáticos até que a doença piore e descompense, então apresentando ascite, hemorragia por varizes esofágicas, icterícia e/ou encefalopatia. Estes sintomas ocorrem devido a hipertensão portal (responsável pelas varizes e ascite) e insuficiência hepática (responsável pelo desenvolvimento da icterícia), que juntas podem levar a encefalopatia (alterações do nível de consciência e do comportamento, asterixe/flapping - tremor do punho quando estendido, em dorsiflexão - e em casos mais graves, coma). O diagnóstico pode ser confirmado por um conjunto de exames laboratoriais, quadro clínico e técnicas de imagem de maneira não-invasiva ou, em casos selecionados, de forma invasiva por biópsia hepática.

**REFERÊNCIAS:**

PORTO, Celmo C. **Semiologia Médica**, 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. E-book. p.559. ISBN 9788527734998. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527734998/>. Acesso em: 08 out. 2024.

GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew I. **Goldman-Cecil Medicina**. 26th ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2022. E-book. p.959. ISBN 9788595159297. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595159297/>. Acesso em: 08 out. 2024.

BATES, Barbara. **Propedêutica médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

MATTOS, Waldo. (et al.). **Semiologia do adulto**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017.