

A TC de abdome é o melhor exame de imagem para o diagnóstico.

A ocorrência de hiperglicemia, hipotensão arterial, hipoxemia e hipocalcemia devem alertar o médico para a presença de um quadro grave.

c. CONDUTA

Avaliar gravidade do quadro.

Pesquisar ingestão de álcool ou medicamentos potencialmente hepatotóxicos.

Realizar o acompanhamento ambulatorial de pacientes estáveis.

Instruir os pacientes a observar repouso e a suspender álcool e outras hepatotoxinas (alguns medicamentos).

Alertar os pacientes a retornarem a emergência caso ocorra piora dos sintomas (especialmente vômitos, febre e dor abdominal).

Colher sangue para hemograma, creatinina, uréia, glicose, sódio, potássio, cloro, cálcio, transaminases, amilase, lipase, bilirrubina sérica, fosfatase alcalina e gama GT.

Internar pacientes apresentando: alterações de comportamento, queda no nível de consciência, alargamento do INR, hemorragia, hipoglicemia, suspeita de hepatite tóxica e bilirrubina > 20 mg%.

19. COLECISTITE AGUDA E CÓLICA BILIAR

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Causadas por obstrução do cístico por cálculos biliares.

O diagnóstico é mais comum em mulheres obesas dos 20 aos 40 anos de idade (idade fértil).

Pode afetar todas as faixas etárias especialmente diabéticos e pacientes com doenças hemolíticas.

b. QUADRO CLÍNICO – CÓLICA BILIAR

Dor no quadrante superior direito (QSD) ou epigástrica variando de intensidade leve a grave, pode ser referida no ombro direito ou dorso.

Pode ser descrita como intermitente ou em cólica.

Náuseas e vômitos estão geralmente associados.

Em 70% dos casos ocorre após alimentação.

Episódios agudos de cólica biliar costumam durar de 2 a 6 horas.

c. QUADRO CLÍNICO – COLECISTITE

A dor da colecistite é semelhante a cólica biliar, porém dura mais de 6 horas.

Febre, calafrios e náusea são comuns.

Distensão abdominal pode acompanhar o quadro.

A dor no início é difusa e se localiza no QSD.

Histórico de episódios prévios de cólica biliar.

Positivização do Sinal de Murphy: aumento da dor a palpação do QSD com a inspiração profunda.

Sinais de peritonite indicam perfuração da vesícula.

Icterícia é rara.

Colecistite acalculosa ocorre em até 10% dos casos e seu curso clínico é mais agressivo.

Leucocitose pode estar presente, assim com elevação da fosfatase alcalina.

Amilasemia elevada sugere pancreatite.

A rotina de abdome agudo serve para afastar outras causas, mas o cálculo é radiopaco em apenas 10%.

O ultra-som de abdome é excelente para o diagnóstico, visualiza cálculos de até 2 mm, espessamento da parede da vesícula, distensão da vesícula e líquido perivesicular.

d. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gastrite

Úlcera péptica

Hepatite

Pielonefrite

Doença inflamatória pélvica

Pneumonia

Infarto Agudo do Miocárdio

e. CONDUTA

Avaliar se o paciente apresenta cólica biliar ou colecistite aguda.

Oferecer tratamento de suporte para cólica biliar e após a melhora clínica

dar alta e encaminhar o paciente para acompanhamento ambulatorial com analgésicos por 24 horas.

Indicar a internação hospitalar de pacientes com quadro de colecistite aguda, suspeita de pancreatite ou colangite.

Efetuar tratamento sintomático com anti-eméticos e analgésicos (em casos graves a meperidina pode ser empregada).

Solicitar ECG para diagnóstico diferencial com IAM.

Efetuar radiografia de tórax para afastar pneumonia de lobo inferior.

Estabelecer acesso venoso periférico.

Colher sangue para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, sódio, potássio, cloro.

Iniciar antibioticoterapia IV em casos suspeitos de colecistite aguda (quinolona e metronidazol ou amoxicilina/clavulanato).

20. CÓLICA RENAL

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Situação comum nos serviços de urgência.

Os cálculos geralmente formam-se na pelve renal e os sintomas ocorrem com a migração do cálculo através do ureter ou na presença de infecção.

b. QUADRO CLÍNICO

A queixa principal para a maior parte dos pacientes é dor aguda de forte intensidade no flanco (cálculos próximos ao rim), com irradiação para o quadrante ipsilateral inferior da região inguinal, testículo ou grande lábio (cálculos junto a bexiga).

A dor que migra do flanco para região anterior e inferior é sugestiva de cálculo migrando pelo ureter.

Náuseas, vômitos e diaforese são frequentes.

Os pacientes estão inquietos e se movimentam constantemente.

A presença de febre indica infecção concomitante.

Na presença de infecção podem ocorrer sinais e sintomas de pielonefrite associados.

Pesquisar história de ataques similares no passado e de condições predisponentes (gota e hipercalcemia).