

Emergências Pediátricas - Dor abdominal na Emergência Pediátrica

Todas Áreas

Objetivos:

- delinear o diagnóstico diferencial das dores abdominais;
- identificar situações emergenciais em crianças com dor abdominal;
- orientar o manejo inicial dos quadros de dor abdominal aguda

Data da última alteração: quinta, 28 de março de 2024

Data de validade da versão: sábado, 28 de março de 2026

Autores e Afiliação:

Autora:

Marcela Maria de Aquino da Costa

Afiliação:

Médica Assistente da Sala de Urgência Pediátrica da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Definição / Quadro Clínico:

Dor abdominal é causa frequente de procura por pronto atendimento pediátrico. Muitas vezes é causada por condições simples e autolimitadas, como constipação, gastroenterites, infecções virais e dor abdominal funcional; no entanto, há casos que envolvem situações de risco como obstrução intestinal, perfuração do trato digestivo e peritonite, necessitando avaliação conjunta do cirurgião.

A tabela 1 mostra as causas de dor abdominal não traumática de acordo com a faixa etária.

Diagnóstico:

Anamnese:

- Investigar hábito intestinal, antecedentes patológicos, cirurgias prévias do trato digestivo, uso de medicamentos como anti-inflamatórios,
- Pesquisar sinais de alerta: vômitos biliosos, abdome rígido, massa palpável, aumento inguino-escrotal, hematêmese e hematoquezia, dispneia, taquicardia e sinais de choque, dor localizada no abdome, história de trauma, queda do estado geral e hipoatividade, anorexia.
- Caracterizar a dor como contínua ou intermitente (cólica), fatores de melhora e piora
- Localização:
 1. epigástrica (p. ex., gastrite, pancreatite);
 2. dor em hipocôndrio direito (p. ex., hepatite, colecistite, colelitíase e colangite);
 3. dor em flancos: urolitíase, pode acompanhar disúria e hematúria.
 4. dor em quadrante inferior direito (p. ex., apendicite, colites, doença inflamatória intestinal).
 5. dor pélvica: em meninas sempre deve ser considerada possível patologia ovariana (cisto ovariano simples ou hemorrágico, torção e massa ovariana), doença inflamatória pélvica, gestação tópica ou ectópica. Questionar em adolescentes histórico menstrual e sexual, e realizar exame pélvico, quando adequado.

- Se vômito bilioso: obstrução intestinal (volvulo e obstrução por bridas);
- Se vômito não bilioso: obstrução duodenal ou pilórica, intussuscepção, gastrite, pancreatite, gastroenterite, infecção do trato urinário (ITU), cetoacidose diabética (CAD).
- Se febre: gastroenterite, faringoamigdalite, pneumonia, ITU, peritonite (apendicite), translocação bacteriana (obstrução intestinal) e doenças inflamatórias pélvicas.
- Diarreia: gastroenterites; colite na apendicite; evacuações com sangue nas enterites bacterianas e divertículo de Meckel; evacuações com sangue e muco na intussuscepção e nas doenças inflamatórias intestinais.
- Alterações do hábito intestinal:
 1. parada evacuatória (obstrução ou constipação intestinal);
 2. escape fecal (constipação intestinal crônica);
 3. distensão abdominal (obstrução distal);
 4. diarreia (infecção, inflamação, intussuscepção).

Exame físico:

Pesquisar:

1. Ausculta: redução ou aumento de ruídos hidroaéreos.
2. Inspeção: distensão abdominal, peristaltismo visível, escoriações e hematomas
3. Palpação: massas (p.ex., fezes, tumores), definir local mais tenso, assimetria ou defesa localizada de parede abdominal.
4. Percussão, sinal de Giordano, sinal de Blumberg, consegue “pular” da maca
5. Toque retal: casos de obstrução e constipação intestinal, ou na presença de sangramento digestivo baixo.
6. Inspeção região perianal (fissuras), lesões sacrais.
7. Avaliação perineal e genital, quando dor em baixo ventre.
8. Exame físico geral, sinais vitais, atenção para oroscopia (faringoamigdalites), semiologia pulmonar cuidadosa (pneumonia é causa frequente de dor abdominal) e sinais de instabilidade cardiovascular.

Em suspeita de apendicite pode ser utilizado o escore pediatric appendicitis score (tabela 2).

Exames Complementares:

De acordo com a suspeita clínica, solicitar os exames laboratoriais apropriados:

- Urina 1 - leucocitúria e/ou hematuria (se infecção do trato urinário, púrpura de Henoch-Schönlein, cetoacidose diabética, apendicite)
- Hemograma - leucocitose: infecções e realização de escores para apendicite
- Amilase/ lípase: se suspeita de pancreatite
- Enzimas hepáticas e bilirrubinas: se suspeita de hepatite
- Pesquisa de sangue nas fezes
- Gasometria venosa e eletrólitos: se houver perdas anormais ou desidratação, suspeita de cetoacidose diabética, estenose hipertrófica de piloro
- Hemocultura, urocultura e coprocultura, de acordo com o sítio suspeito de infecção
- Teste de gravidez

Exames radiológicos:

1. Radiografia simples em posição ortostática: presença de níveis hidroaéreos (obstrução intestinal); pneumoperitônio (perfuração do trato digestivo); impactação fecal (constipação intestinal). Radiografia de tórax em todo paciente que apresente febre ou outros sinais que possam estar associados ao diagnóstico de pneumonia (sintomas respiratórios recentes, taquipneia, exame abdominal inespecífico)

2. Ultrassonografia (US) de abdome é útil em suspeita de apendicite, intussuscepção e má rotação com volvo, torção gonadal, litíases, estenose hipertrófica de piloro. O FAST (Sonografia Abdominal Focada para Trauma) pode detectar líquidos ou excluir grandes hemorragias em traumas abdominais.

3. Tomografia (TC) de abdome fica reservada para casos em que a avaliação clínica, exames iniciais e avaliação cirúrgica não foram elucidativos. Pode ser necessária no diagnóstico de pancreatite, nefrolitíase, apendicite em crianças menores ou obesas, abscessos ou massas abdominais.

● Cálculos de cálcio podem ser vistos na radiografia simples, cálculos de ácido úrico somente ao ultrassom, podendo demonstrar sinais de obstrução ao fluxo urinário, com hidronefrose, hidroureter; pode ser necessária complementação por TC sem contraste.

● Em todo caso traumático, o abdome deve ser avaliado por métodos de imagem, buscando identificar trauma de órgãos sólidos ou perfuração de vísceras ocas. A avaliação pode ser realizada somente com radiografias simples e ultrassonografias, em casos leves, ou tomografia computadorizada com contraste em casos mais graves.

Tratamento:

- Estabilização clínica (suporte hemodinâmico, hidratação, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos)
- Iniciar antibióticos na presença de infecção suspeita ou confirmada (cobertura para germes intra-abdominais - Gram negativos e anaeróbios), com coleta prévia de culturas
- Descompressão com sonda nasogástrica calibrosa em suspeita de suboclusão e obstrução intestinal
- Analgesia efetiva, de acordo com o grau de dor
- Tratamento específico da causa e, quando necessário, interconsulta com especialista
- Avaliação cirúrgica de urgência se houver: vômitos biliosos, sangramento digestivo, sinais de peritonite.
- Tratamento cirúrgico, quando indicado

A tabela 3 mostra aspectos clínicos, laboratoriais e alterações de exames de imagem úteis ao diagnóstico de patologias abdominais frequentemente atendidas em sala de emergência pediátrica e o tratamento de cada uma delas.

A tabela 4 ilustra as indicações de tratamento cirúrgico.

A tabela 5 lista as doenças que requerem interconsulta com especialista.

Metas e Indicadores:

Não se aplica

Referências Bibliográficas Externas:

1. Bachur RG, et al. Outcomes of Nonoperative Management of Uncomplicated Appendicitis. *Pediatrics*. 2017.
2. Dadeh AA, et al. Predictive Factors to Diagnose Appendicitis in Children in the Emergency Department. *Open Access Emerg Med*. 2021.
3. Iyer R, Nallasamy K. Child with Abdominal Pain. *Indian J Pediatr*. 2018 Jan;85(1):71-76.
4. Neuman M. Causes of acute abdominal pain in children and adolescents. Editors: Gary R Fleisher, Jan E Drutz, Deputy Editor: James F Wiley. Update; Jul 2022.
5. Neuman M. Emergency evaluation of the child with acute abdominal pain. Editors: Gary R Fleisher, Jan E Drutz, Melvin B Heyman, Deputy Editor: James F Wiley. Update; Jul 2022.
6. Riedesel EL, et al. Imaging of Acute Abdominal Pain in the Pediatric Population. *Pediatr Ann*. 2020.

7. Samuel M. Pediatric appendicitis score. Journal of Pediatric Surgery; Volume 37, Issue 6, June 2002, Pages 877-881.

8. Smith J, Fox SM. Pediatric Abdominal Pain: An Emergency Medicine Perspective. Emerg Med Clin North Am. 2016 May;34(2):341-61.

Referências Bibliográficas do Complexo HCFMRP-USP:

Não se aplica

Anexos:

Tabela 1: Tabela 1.

Causas de dor abdominal não traumática por faixa etária

Tabela 1. Causas de dor abdominal não traumática por faixa etária

Causas de dor abdominal	NEONATO E LACTENTE (1 mês a 2 anos)	PRÉ ESCOLAR (2 a 5 anos)	ESCOLAR (> 5 anos) E ADOLESCENTE
CIRÚRGICAS ou potencialmente cirúrgicas	Intussuscepção	Apendicite	Apendicite
	Estenose hipertrófica do piloro	Intussuscepção	Urolitíase
	Doença de Hirschsprung	Trauma	Trauma
	Má rotação com volvo	Ingestão de corpo estranho	Torção testicular e ovariana
	Hérnia inguinal encarcerada	Divertículo de Meckel	Colecistite
	Enterocolite necrotizante	Aderências	Úlceras pépticas
	Ingestão de corpo estranho		Aderências
	Divertículo de Meckel		
	Trauma		
	Aderências/bridais		
Tumores			
NÃO CIRÚRGICAS	Cólica do lactente	Gastroenterites	Gastroenterites
	Intolerância e alergia alimentar	Constipação	Constipação
	Constipação	Infecção urinária	Infecção urinária
	Doença do refluxo gastroesofágico	Dor abdominal funcional	Dor abdominal funcional
	Enterocolite necrotizante	Adenite mesentérica	Hepatites virais
	Síndrome hemolítico urêmica	Hepatites virais	Doença inflamatória intestinal (DII)
	Gastroenterites		Pancreatite
EXTRA ABDOMINAIS		Faringoamigdalite	Doença inflamatória pélvica (DIP)
		Crise asmática	Gravidez ectópica
		Pneumonia	Vasculite por IGA (PHS)
		Vasculite por IGA (PHS)	Migrânea abdominal
		Porfíria	Cetoacidose diabética
		Crise asmática	

Tabela 2: Tabela 2.

Pediatric appendicitis score

Tabela 2. *Pediatric appendicitis score*

Alterações	Pontuação
Náusea e/ou vômitos	1
Anorexia	1
Migração da dor para quadrante inferior direito	1
Febre	1
Dor à palpação em quadrante inferior direito	2
Dor a percussão ou quando tosse em quadrante inferior direito	2
Leucocitose > 10.000/mm ³	1
Desvio à esquerda (> 75% de neutrófilos)	1
TOTAL	10

Valores do escore: 1-3, descarta apendicite; 4-6, necessidade de exames de imagem; > 7, provável apendicite.

Tabela 3: Tabela 3.

Diagnóstico e tratamento de patologias abdominais frequentes em sala de emergência pediátrica

Tabela 3. Diagnóstico e tratamento de patologias abdominais frequentes em sala de emergência pediátrica

<p>Apendicite</p>	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dor abdominal que migra para quadrante inferior direito, com dor à descompressão brusca associada a vômitos e hiporexia, podendo evoluir com febre - pode ocorrer diarreia tipo colite por reação inflamatória - uso do escore de apendicite (tabela 2) - coleta de hemograma é necessária para o escore - urina 1 pode apresentar leucocitúria por reação inflamatória locorregional - ultrassom é útil ao diagnóstico, porém pode ser inconclusivo em alguns casos, sendo indicada tomografia de abdome com contraste <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hidratação venosa, controle da dor - tratamento cirúrgico por laparotomia é o método de escolha, mas pode ter complicações, como infecção de ferida e de cavidade abdominal e aderências peritoneais, em cerca de 3% dos casos não perfurados. - em crianças maiores, houve aumento das cirurgias por videolaparoscopia, com redução do tempo de hospitalização - tratamento não cirúrgico para casos de apendicite não perfurada vem sendo considerado nas últimas décadas, mas ainda não há estudos suficientes e protocolos bem definidos para sua indicação sistemática - antibióticos quando houver sinais de infecção, toxemia e sepse
<p>Linfadenite mesentérica</p>	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inflamação dos linfonodos mesentéricos, geralmente associada a gastroenterites virais e bacterianas - dor aguda ou crônica em região de QID - US de abdome é útil para diagnóstico diferencial com apendicite aguda - raramente associada a doença inflamatória intestinal, linfoma ou tuberculose <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tratar a causa subjacente, quando houver; analgesia, hidratação e reavaliação clínica
<p>Intussuscepção intestinal</p>	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quadro de obstrução intestinal aguda em lactentes, com dor súbita e intermitente, irritabilidade - letargia, palidez e convulsão podem estar presentes - vômitos biliosos com a instalação da obstrução - podem ocorrer febre, anorexia e diarreia, inicialmente - fezes em geleia vermelha associam-se a isquemia intestinal, mas este achado não é obrigatório ao diagnóstico.

Tabela 4: Tabela 3.

Diagnóstico e tratamento de patologias abdominais frequentes em sala de emergência pediátrica

	<p>- radiografia de abdome é inespecífica na maioria das vezes, pode ocorrer pobreza de ar no QID, ou presença de alça sentinela; ortostático ou em decúbito lateral esquerdo pode mostrar distensão de alças e níveis hidroaéreos.</p> <p>- ultrassom é o exame de escolha – pode mostrar o sinal do alvo ou pseudo rim.</p> <p>Tratamento:</p> <p>- hidratação venosa e controle da dor</p> <p>- enema opaco pode ser utilizado para diagnóstico e tratamento, porém deve ser evitado em casos mais avançados, com sinais de peritonite, perfuração ou necrose; risco de recorrência nas primeiras 6 horas</p> <p>- casos avançados e recorrentes requerem tratamento cirúrgico.</p>
Estenose hipertrófica do piloro	<p>Diagnóstico:</p> <p>- dor abdominal associada a vômitos não biliosos</p> <p>- 4 a 6 semanas de vida, mais comum em meninos</p> <p>- alcalose metabólica, hipocloremia e hipocalemia</p> <p>- US tem alta sensibilidade e especificidade</p> <p>Tratamento:</p> <p>- hidratação venosa</p> <p>- correção cirúrgica de urgência</p>
Má rotação intestinal	<p>Diagnóstico:</p> <p>- rotação anormal do duodeno predispondo ao volvo de intestino delgado ou bandas de Ladd; < 1 ano</p> <p>- obstrução de fluxo arterial com infarto intestinal</p> <p>- hiporexia, irritabilidade, dor e distensão abdominal, hematoquezia e vômitos biliosos (emergência cirúrgica)</p> <p>- vômitos cíclicos, dor abdominal recorrente</p> <p>- radiografia simples: dupla bolha e pobreza de gás no intestino distal, níveis hidroaéreos, pneumatose ou não apresenta alterações. US não é útil, TC tem alta sensibilidade e especificidade</p> <p>Tratamento:</p> <p>- estabilizar clinicamente, descompressão gástrica, antibióticos se sinais de infecção</p> <p>- tratamento cirúrgico emergencial no volvo</p>
Obstrução e suboclusão intestinal por bridas	<p>Diagnóstico:</p> <p>- história de cirurgias intra-abdominais prévias</p> <p>- sintomas obstrutivos, como dor abdominal e vômitos</p> <p>- risco de translocação bacteriana, sepse e necrose com perfuração intestinal</p> <p>- atenção para sinais de alarme como vômitos biliosos e ruídos hidroaéreos reduzidos</p> <p>Tratamento:</p> <p>- hidratação e correção de distúrbios, jejum, sonda nasogástrica em drenagem, antibióticos se sinais de infecção, avaliação cirúrgica.</p>

Tabela 5: Tabela 3.

Diagnóstico e tratamento de patologias abdominais frequentes em sala de emergência pediátrica

<p>Enterocolite necrotizante</p>	<p>Diagóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - distensão abdominal, sangramento digestivo e pneumatose - mais comum em prematuros - maior risco em sepse, cardiopatia, eventos hipóxico-isquêmicos, cateterismo arterial umbilical - hiporexia, distermias, apneia, choque e enterorragia - gasometria, glicemia e eletrólitos, hemograma PCR e hemocultura - RX abdome: distribuição anormal de gás, pneumatose intestinal, pneumoperitônio (radiografia em decúbito lateral esquerdo com raios horizontais), aerobilia <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suporte hemodinâmico; antibióticos; jejum, descompressão gástrica e avaliação conjunta do cirurgião
<p>Doença Péptica:</p>	<p>Diagnostico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dor epigástrica horas após a alimentação. - crianças menores: vômitos, hemorragia digestiva alta e perfuração gastroduodenal - frequentemente associada ao uso de medicamentos, como anti-inflamatórios não esteroidais e corticoides - em situações agudas emergenciais, solicitar endoscopia digestiva alta <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inibidores de bomba de prótons (omeprazol) endovenoso e sucralfato - a endoscopia digestiva alta pode resolver hemorragias ativas
<p>Doença inflamatória intestinal</p>	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - início na infância em 25% dos casos - causa importante de dor abdominal - associada a diarreia e perda de peso - menos frequentes: sangramento, tenesmo e febre - alterações do intestino e mesentério ao US e ressonância magnética - realizar endoscopia digestiva alta e colonoscopia <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anti-inflamatórios e imunossuppressores, seguimento com especialista
<p>Vasculite por IgA ou Púrpura de Henoch-Schönlein</p>	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vasculite não trombocitopênica típica da infância - lesões cutâneas clássicas de púrpura palpável - artrite e dor abdominal - acometimento do intestino em até 75% dos casos, (sangramento gastrointestinal) - US pode ser útil, mostrando espessamento de parede intestinal assimétrico, perda da estratificação da parede por hemorragia submucosa. <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anti-inflamatórios e imunossuppressores, seguimento com especialista

Tabela 6: Tabela 3.

Diagnóstico e tratamento de patologias abdominais frequentes em sala de emergência pediátrica

<p>Dor abdominal funcional</p>	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dor recorrente e inexplicada por causas estruturais - ausência de febre, náuseas e vômitos, diarreia crônica, sangue nas fezes e história familiar de doença inflamatória intestinal - exame físico normal - não afeta o crescimento da criança - excluir doenças orgânicas, abuso, doenças psiquiátricas, ideação suicida - realizar exames complementares para exclusão de causas orgânicas e para tranquilizar paciente e familiares <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - seguimento ambulatorial multidisciplinar e avaliação psicossocial
<p>Constipação intestinal</p>	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hábito intestinal menos que diário, fezes ressecadas, calibradas ou em cíbalos - alimentação pobre em fibras, vegetais e baixa ingestão hídrica - impaction fecal com dor em cólica, distensão abdominal, ruídos hidroaéreos aumentados e metálicos ou reduzidos - parada de evacuação e escape fecal em alguns casos - podem evoluir com peritonite e sepse por translocação bacteriana (toxemia, febre, redução de ruídos e distensão grave). <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medidas para desimpactação fecal (enema de fosfato de sódio, lavagem intestinal, laxativos como polietilenoglicol; evitar óleo mineral em crianças) - não realizar enemas ou lavagem se houver sinais de peritonite - antibióticos endovenosos, em casos de complicação infecciosa - orientação alimentar e seguimento ambulatorial
<p>Hérnia inguinal encarcerada</p>	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - presença de abaulamento em região inguinal súbito, que não desaparece com criança calma e em posição supina, associado a dor e desconforto, com dificuldade para redução - sangramento nas fezes e vômitos biliosos indicam estrangulamento - diagnóstico pode ser confirmado por ultrassom. - US em meninas avalia se há conteúdo ovariano na hérnia <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve-se proceder à redução manual, com analgesia e/ou sedação. - se não houver sucesso, solicitar avaliação do cirurgião

Tabela 7: Tabela 4. Indicações de tratamento cirúrgico

Tabela 4. Indicações de tratamento cirúrgico

TRATAMENTO CIRÚRGICO OU POTENCIALMENTE CIRÚRGICO
<ul style="list-style-type: none">• Colelitíase e colecistite aguda (cirurgia aberta ou laparoscópica)• Apendicite (cirurgia aberta ou laparoscópica)• Abscessos intra-abdominais (rádio-intervenção, cirurgia aberta ou laparoscópica)• Torção testicular e ovariana• Intussuscepção intestinal• Estenose hipertrófica do piloro (EHP)• Doença de Hirschsprung• Má rotação com volvo• Hérnia inguinal encarcerada• Enterocolite necrotizante• Ingestão de corpo estranho• Urolitíase• Úlceras pépticas (geralmente endoscópico)• Divertículo de Meckel• Obstrução intestinal por bridas ou aderências• Trauma• Tumores

Tabela 8: Tabela 5. Doenças que requerem interconsulta com especialista

Tabela 5. Doenças que requerem consulta com especialista

INTERCONSULTA COM ESPECIALISTA
<ul style="list-style-type: none">• Doença inflamatória intestinal - gastroenterologista• Porfiria - gastroenterologista• Pancreatite - gastroenterologista• Intolerância e alergia alimentar - gastroenterologista• Vasculite por IgA (Púrpura de Henoch-Schönlein) - reumatologista• Síndrome hemolítico uremica - nefrologista• Doença inflamatória pélvica e lesões ovarianas - ginecologista• Cetoacidose diabética - endocrinologista• Urolitíase - urologista• Dor abdominal funcional - acompanhamento multidisciplinar