

Reflexões sobre cinco casos cirúrgicos internados num serviço hospitalar de Medicina

Reflections concerning five surgical cases admitted to a general Medical ward

Maria João Gomes, A. de Oliveira Soares***

Resumo

Os autores descrevem cinco casos clínicos de doentes internados num serviço hospitalar de Medicina com patologia abdominal que veio a revelar-se cirúrgica.

Os casos demonstram as dificuldades diagnósticas no Serviço de Urgência em doentes idosos ou que, por outros motivos, têm deficiências graves de expressão. Salienta-se a importância duma anamnese cuidada e da sua rápida interpretação, mormente em situações críticas.

Palavras chave: *abdomen cirúrgico, enfermaria de Medicina*

Abstract

The authors briefly report five cases of patients admitted to a general Medical ward for problems which were later proven to be Surgical. This short series shows the difficulties in correctly diagnosing abdominal surgical disease in the casualty department. This problem is particularly difficult in elderly patients, who are often unable to express their complaints clearly.

The importance of a careful and accurate history, as well as its prompt interpretation in critical disease, is emphasized.

Key words: *surgical abdomen, medical wards*

Introdução

A primeira reflexão faz-se já aqui, antes de iniciar uma breve descrição da série fortuita de doentes internados numa secção do Serviço de Medicina I, no período de 10 meses, com patologia que veio a mostrar-se ser predominantemente cirúrgica.

Reflectindo sobre a arte diagnóstica, julgamos que o diagnóstico depende, além de tudo mais, de três factores primários, a capacidade do doente para se queixar, a capacidade do médico para compreender as queixas como relevantes e, só então, a nobre capacidade de interpretar os dados da história clínica, exame objectivo e exames complementares. Tudo isto, assim escrito, parece simplista e quase truismo, mas a realidade que vivemos é prática e muito distante dos exemplos dados nos livros de Medicina, em regra altamente seleccionados.

Á maneira de justificação destes conceitos subjectivos e introduzindo a casuística sumária, compõe-se uma curta história, com elementos comuns a numerosos casos vividos:

Imagine-se um idoso residente num suposto "lar", demenciado e gemebundo, trazido ao Serviço de Urgência numa tarde de sexta-feira, a hora de grande afluência. O idoso queixa-se, geme. Geme quando se lhe toca nos pés, no abdómen, geme ao colocar-se a braçadeira de medir a pressão arterial, que é baixa. Está escarificado, desnutrido e muito desidratado, não parece quente, nem parece frio, o termómetro do "balcão de homens" está partido. O familiar que o acompanha protesta, foi buscá-lo ao "lar" porque lhe pareceu "diferente". O médico esgotado por ter tentado sentar o doente para o auscultar, pergunta "Diferente como?". O familiar responde "Não me pareceu estar nada bem", e acrescenta "Sabe Sr. Doutor, não visito há mais de duas semanas". O exame objectivo é pouco contributivo, a anquilose e rigidez parkinsonica muito limitativas. As análises mostram leucitose marginal, hemoglobina normal, elevação moderada da ureia, restante bioquímica sem alterações. O radiograma do tórax mostra lesões antigas. Ao médico, o doente também não lhe parece nada bem, interna-o. Pensa um pouco e escreve no boletim de admissão o diagnóstico. Estava obviamente desidratado, optou por "desidratação".

Casuística

Caso 1

J.B.L., sexo masculino, de 76 anos, admitido pelo Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria a 16 de Abril de 1996, por vômitos alimentares incoercíveis, paragem de emissão de gases e fezes, desde 6 dias antes. Antecedentes de tuberculose pulmonar e apendicectomia.

Transferido para o serviço de Medicina I-C com o diagnóstico de admissão de "desidratação". Chamado o médico de urgência interna por o doente apresentar vômitos fecalóides e distensão abdominal, foi feito o diagnóstico de "oclusão intestinal". Fez-se tratamento de suporte e correcção hidroelectrolítica enquanto se aguardava

*Interna do Internato Complementar de Medicina Interna
**Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna
Serviço I do Hospital de Santa Maria, Lisboa
Recebido para publicação a 06.09.97

decisão de sucessivos cirurgiões consultados, acabando por ser o chefe de equipa da noite de admissão que resolveu o impasse, a 19 de Abril (4º dia de internamento), mandando transferir o doente cuja distensão abdominal se ia agravando e começava a ser difícil manter metabolicamente equilibrado. A cirurgia patenteou "bridas" peritoneais determinando oclusão do colon descendente.

Veio a falecer no pós-operatório tardio.

Diagnósticos: oclusão intestinal por "bridas"; vômitos incoercíveis; desequilíbrio metabólico; antiga tuberculose pulmonar

Caso 2

E.M.C., sexo feminino, de 81 anos, admitida a 8 de Maio de 1996 pelo Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria por dores abdominais, vômitos alimentares tardios e paragem de emissão de gases e fezes, desde 5 dias antes. Antecedente de colecistectomia.

Transferida para o Serviço de Medicina I-C na manhã do mesmo dia com o diagnóstico de admissão de "desidratação".

Na enfermaria, ao observar a doente, fez-se o diagnóstico de "hérnia crural esquerda, em estrangulamento". Contactado o chefe de equipa de cirurgia, a doente foi transferida para o bloco operatório e submetida a intervenção cirúrgica, 2 horas após a admissão no nosso serviço. Foi possível "poupar" a ansa estrangulada.

Veio a ter alta, bem.

Diagnóstico: hérnia crural, em estrangulamento

Caso 3

G.M., sexo feminino, de 80 anos, hipertensa, admitida a 13 de Agosto de 1996 pelo Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria, após ter ido ao "CATUS" da área de residência por dor abdominal intensa iniciada subitamente, com carta dirigida à equipa de cirurgia com hipótese diagnóstica de "apendicite aguda".

Apresentou-se com dor abdominal viva, desorientação, polipneia, taquicardia de 130/min. e T.A. de 191/113 mmHg. Palpação do abdómen difusamente dolorosa. A radiografia do tórax mostrava lesões de antiga tuberculose pulmonar. Laboratorialmente, leucocitose e neutrofilia. E.C.G.: taquicardia sinusal.

Internada no S.O.-A, foi observada por cirurgião que opinou não haver quadro de abdómen agudo. Transferida a 13 de Agosto de 1996 para o Serviço de Medicina I-C com os diagnósticos "pneumonia e dor abdominal".

Na enfermaria, a doente apresentava contactura abdominal difusa, mantendo ventre muito doloroso. Queda da T.A. Segundo E.C.G. mostrou padrão de isquémia aguda e extensa (V2-V6). Puseram-se as hipóteses de dissecação aórtica, aneurisma da aorta em rotura e trombose mesentérica. Fez-se ecografia e T.C. abdominais que não mostraram sinais de dissecação, sendo a aorta estreita e calcificada.

Reavaliado o caso com o mesmo cirurgião, este veio a concordar que se tratava de abdómen agudo, sendo a doente transferida para o bloco operatório, onde foi intraoperatoriamente confirmado o diagnóstico de trombose mesentérica, com extensa necrose intestinal, sendo feita ressecção subtotal do delgado e hemicolectomia direita, com jejuno-transversostomia termino-lateral, sem complicações imediatas.

Diagnósticos: trombose da mesentérica; necrose intestinal extensa; insuficiência coronária agudizada; antiga tuberculose

Caso 4

A.M.F., sexo feminino, de 81 anos, indiana islamizada, transferida do Hospital Militar Principal onde esteve internada de 6/1 a 7/1/1997 por epigastralgias e hematemese complicadas de deterioração da função renal, invocando-se falta de vaga no Serviço de Medicina-Familiar. Ainda no H.M.P. foi-lhe feita endoscopia digestiva alta que revelou: úlcera duodenal activa, hemorragia recente, candidose esofágica.

Tratava-se de uma doente diabética medicada com antidiabéticos orais, que não fornecia dados anamnésicos por se exprimir apenas em dialecto indiano. Chegada ao Serviço de Urgência, em 7/1/97, apresentava-se vígil, hipotensa (T.A. = 95/45 mmHg), pulso 68/min., e com observação abdominal descrita como normal. Análises documentando descida de hemoglobina de 13,6 para 11 g/dl e subida de ureia e creatinina, de 85 e 1,47 mg/dl para 128 e 2,51 mg/dl, respectivamente.

Transferida para a enfermaria, a observação revelou importante desidratação e contractura dos rectos a nível do epigastro. Pôs-se a hipótese de perfuração de úlcera péptica e pediu-se radiografia simples do abdómen, de pé, que patenteou exuberante pneumoperitонеu. Em face deste achado, expôs-se o caso ao cirurgião de serviço sendo a doente operada com êxito (foi feita epiploplastia) ainda no mesmo dia da admissão.

Entretanto, um filho da doente informou-nos que a mãe tomava vários medicamentos para dores osteoarticulares e que sofria de epigastralgias desde há um ano.

Veio a ter alta, bem.

Diagnósticos: perfuração de úlcera péptica; abdómen agudo, com pneumoperitонеu; desidratação; úremia pré-renal; diabetes mellitus não insulino-dependente

Caso 5

M.L.M.C., sexo feminino, de 39 anos, internada em 12/1/97, por prostração. Com queixas de dores abdominais difusas desde 4 dias antes, vômitos repetitivos e diarreia sem sangue. Tinha antecedentes de psicose maniaco-depressiva tratada com lítio.

À entrada, no "Banco", apresentava-se muito desidratada, sem T.A. mensurável, sem febre. Hemograma e ionograma sem alterações significativas.

Foi transferida para a enfermaria na noite de 12 para 13/1/97, tendo hematemese cerca das 3 horas da madrugada. Não houve descida do valor de Hg. Observada às 7 horas estava em choque, com taquicardia sinusal de 150/min. e mantendo T.A. não mensurável, com lívido generalizado e dificuldade respiratória. A reavaliação patenteou empastamento dos quadrantes inferiores do abdómen e uma paracentese permitiu colher pús homogéneo em dois pontos distintos. Sangue arterial revelador de acidemia extrema (pH = 6,94). Apesar de tentativas de recuperação hemodinâmica e correcção da acidose, faleceu por paragem cardíaca diastólica, às 8,45h.

Pediu-se autópsia sob hipótese de peritonite por perfuração intestinal. O exame necrópsico revelou peritonite purulenta, perfuração duma lesão ulcerativa e abedada do recto e ascaridíase.

Diagnósticos: peritonite purulenta; perfuração de lesão ulcerativa do recto; estado de choque; psicose maníaco-depressiva; ascaridíase

Comentário

Não deixa de impressionar a ocorrência de cinco casos de abdómen agudo na casuística duma enfermaria de cinco camas, num período de 10 meses (Abril de 1996 a Janeiro de 1997). Sendo de 100 o total de doentes internados nesse lapso de tempo para as causas em causa, é-se levado a concluir que situações cirúrgicas abdominais vão, com frequência apreciável (1 caso por 5 camas, cada 2 meses), para internamento em Medicina Interna.

É claro que não é bem assim, há que contar com os caprichos do acaso, ou com a "lei das pequenas séries" a preferir-se uma concepção teorizante.

De facto, a série presente seria maior se tivéssemos incluído casos de outras secções, que entretanto fomos diagnosticando nos períodos de vigilância às enfermarias do Serviço ("urgência interna"). Optámos por registar apenas os dados sumários dos nossos doentes. Por serem os que melhor conhecemos.

Nenhuma intenção estatística nos orienta, este texto situa-se num restrito âmbito clínico. E nada nos proíbe de escrever sobre impressões colhidas na clínica, há precedentes importantes¹.

Vejamos a leitura desta pequena série:

Em primeiro lugar, quatro dos cinco doentes eram idosos e a única excepção exprimia-se muito deficientemente, por ter uma psicose evoluída. Será abusivo pensar que problemas de comunicação contribuíram para dificultar o diagnóstico? Pensamos que não, que não é

nada abusivo dar-lhes um papel causal.

Depois, quatro doentes apresentavam como diagnóstico de admissão, directamente formulado ou sugerido, "desidratação". Embora sejam muitos os casos em que o primeiro diagnóstico não pode exceder o carácter sintomático (ou sindromático), síndrome febril, anemia a esclarecer, ascite sob tensão, a verdade é que um dos nossos casos (nº1) já tinha o diagnóstico definitivo feito pelo médico que o referenciou ao hospital, que em dois casos havia dados muito importantes visíveis em simples exame objectivo - hérnia crural (nº2), sinais de sofrimento peritoneal (nº5) e que um outro (nº4) foi possível de esclarecimento por um exame complementar muito simples (radiografia do abdómen, sem preparação nem contraste). Só o caso nº3, de trombose da mesentérica, teve uma marcha diagnóstica algo laboriosa.

Mais um aspecto a considerar é a dificuldade (não infrequente da nossa experiência) de reavaliação cirúrgica quando o doente já está internado em Medicina. Na curta série apresentada foi patente nos casos 1 e 3, sendo de presumir que a conseqüente demora de intervenção terá sido indesejável no primeiro.

Na verdade, dois destes cinco doentes faleceram, o nº1 em pós-operatório tardio, o nº5 sem ter chegado a haver intervenção cirúrgica. Lamentamos.

Do que ocorreu menos bem nestes cinco doentes, nomeadamente as deficiências diagnósticas, manda a justiça que se considerem as condições actuais de funcionamento do Serviço de Urgência, servido por equipas pequeníssimas, por vezes conco médicos (?), divididos por dois postos de triagem e uma ou duas enfermarias de tratamento imediato, nem todos muito experientes e pressionados pela necessidade de uma triagem rápida. Há a acrescentar que o grande número de doentes que ficam em tratamento e observação prolongada, nas enfermarias ditas SO-A e SO-B, obriga a repetidas "descargas" para os Serviços de internamento, mormente para os de Medicina, onde chega a haver períodos de cerca de 70 horas (fins-de-semana) com um só médico em permanência, tendo a seu cargo sessenta, setenta e, às vezes, oitenta doentes (comum no Serviço de maior dimensão, o nosso) dos quais só estudou, por lhe estarem atribuídos, uma meia dúzia.

Se alguma conclusão fosse pertinente tirar das cinco histórias narradas, optaríamos por algo que se vai tornando uma marcada convicção: os hospitais terão (como dizem certas autoridades) muitos funcionários médicos, porém enfermam, hoje, de franca falta de clínicos².

Bibliografia

1. Zollinger RM, Ellison EH. Primary peptic ulceration of the jejunum associated with islet cell tumours of the pancreas. *Annals Surgery* 1995; 142: 709-773.
2. Oliveira-Soares A. Ensino e sua avaliação após licenciatura em Medicina. *Med Interna* 1994; 1(2): 123-132.