

Dor abdominal aguda

Como reconhecer o abdome cirúrgico no consultório (apendicite, invaginação, torções, hérnia encarcerada, volvo), as causas extra-abdominais e quando encaminhar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A dor abdominal aguda é queixa frequente e, na maioria das vezes, benigna (gastroenterite, constipação, adenite mesentérica, infecções virais). O desafio é identificar os casos cirúrgicos: **apendicite** (a urgência cirúrgica mais comum), **invaginação intestinal** (lactente de 3 meses a 3 anos com cólica intermitente e letargia), **torção de testículo ou de ovário**, **hérnia inguinal encarcerada** e **má rotação com volvo** — todo **vômito bilioso** no lactente é emergência cirúrgica até prova em contrário. Causas extra-abdominais precisam ser lembradas: pneumonia de base, cetoacidose diabética, infecção urinária, faringoamigdalite estreptocócica e vasculite por IgA. O Pediatric Appendicitis Score (PAS) e o escore de Alvarado estratificam o risco de apendicite; a **ultrassonografia é o primeiro exame de imagem** e a tomografia fica para casos inconclusivos (AAP, Seção de Cirurgia). **Analgesia não mascara o diagnóstico** e deve ser oferecida (AEP). Dor leve, abdome sem sinais peritoneais, boa hidratação e bom estado geral permitem tratamento em casa com reavaliação garantida (🟢). Dor persistente sem diagnóstico exige reexame em poucas horas (🟡). Sinais peritoneais, vômitos biliosos, distensão, sangue nas fezes, massa, dor escrotal ou pélvica súbita, toxemia ou desidratação exigem pronto-socorro com cirurgião (🔴).

Veja também, nesta Biblioteca: Faringoamigdalite; Pneumonia adquirida na comunidade; Classificação de risco em pediatria.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** dor abdominal de início recente (horas a poucos dias). "Abdome agudo" é a dor que pode exigir intervenção cirúrgica ou tratamento urgente.
- **Causas mais frequentes (não cirúrgicas):** gastroenterite aguda, constipação, adenite mesentérica, infecções virais, cólica do lactente, dor funcional.
- **Causas cirúrgicas por faixa etária:**
 - Recém-nascido e lactente: má rotação com volvo (vômitos biliosos), hérnia inguinal encarcerada, invaginação intestinal (pico entre 6 e 36 meses), enterocolite necrosante no prematuro.
 - Pré-escolar: invaginação, apendicite (com alta taxa de perfuração por diagnóstico tardio), divertículo de Meckel.
 - Escolar e adolescente: apendicite (pico entre 10 e 12 anos), torção de testículo, torção de ovário, gravidez ectópica, colecistite e pancreatite.

- **Apendicite — quadro clássico:** dor periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita, anorexia, náuseas ou vômitos após o início da dor, febre baixa, dor ao tossir, pular ou à percussão. Em menores de 5 anos o quadro é atípico e a perfuração é mais frequente.
- **Invaginação intestinal:** crises de dor em cólica com choro, flexão das pernas e palidez, intercaladas com períodos de calma ou letargia; vômitos; massa em salsicha no abdome; fezes em "geleia de framboesa" são sinal tardio, presente em apenas 15–20% dos casos (AEP). A letargia pode ser o sinal predominante.
- **Torção de testículo:** dor escrotal súbita e intensa, às vezes referida ao abdome inferior, náuseas e vômitos, testículo elevado e horizontalizado, reflexo cremastérico ausente. **Todo menino com dor abdominal deve ter o escroto examinado.**
- **Torção de ovário:** dor pélvica ou em fossa ilíaca súbita, intensa, com náuseas e vômitos, em meninas (frequentemente com cisto ou teratoma).
- **Hérnia encarcerada:** massa inguinal ou escrotal dolorosa e irreduzível, irritabilidade, vômitos.
- **Má rotação com volvo:** vômitos biliosos (verdes), distensão ou abdome escavado, evolução rápida para choque e sangue nas fezes (isquemia).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Bom estado geral, dor leve ou intermitente, abdome flácido sem dor localizada fixa e sem sinais peritoneais, tolera líquidos, hidratado, diagnóstico provável benigno (gastroenterite, constipação, virose); PAS $\leq$ 3 ou Alvarado $\leq$ 4	Analgesia, tratamento da causa, orientação de sinais de alerta e reavaliação em 24 h ou antes se piorar
● Moderada	Dor persistente sem causa definida, dor localizada leve, vômitos sem desidratação, PAS 4–7 ou Alvarado 5–6, lactente irritável sem sinais focais, dúvida diagnóstica	Ultrassonografia e hemograma/PCR no mesmo dia; reexame seriado em 4–6 h (consultório ou PS); se exames e reexame não esclarecem, encaminhar
● Grave	Sinais peritoneais (defesa, descompressão dolorosa, dor à percussão ou ao pular), PAS $\geq$ 8 ou Alvarado $\geq$ 7, vômitos biliosos ou fecaloides, distensão com parada de eliminação de gases e fezes, sangue nas fezes, massa abdominal, dor escrotal ou pélvica súbita, hérnia irreduzível, letargia, toxemia, desidratação, sinais de choque, hálito cetônico com taquipneia (cetoacidose)	Encaminhar ao pronto-socorro com cirurgião pediátrico: jejum, acesso venoso, expansão se necessário, analgesia e contato prévio

Escores de apendicite (ferramentas de estratificação; não substituem o exame seriado):

ITEM	PAS (SAMUEL)	ALVARADO (MANTRELS)
Migração da dor para fossa ilíaca direita	1	1
Anorexia	1	1
Náuseas ou vômitos	1	1
Dor à palpação da fossa ilíaca direita	2	2
Dor à tosse, percussão ou salto (PAS) / descompressão dolorosa (Alvarado)	2	1
Febre (PAS > 38 °C; Alvarado ≥ 37,3 °C)	1	1
Leucócitos > 10.000/mm ³	1	2
Neutrófilos > 75%	1	1
Total	10	10

Interpretação do PAS no protocolo da SEUP/AEP: 1–3 baixa probabilidade; 4–7 intermediária (ultrassonografia); 8–10 alta (avaliação do cirurgião). O Alvarado foi desenvolvido em adultos e tende a ter menor desempenho em crianças pequenas.

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 5 anos (apendicite atípica, perfuração em até metade dos casos) e < 1 ano (volvulo, invaginação, hérnia).
- Evolução > 48 h com dor e febre (maior risco de perfuração).
- Cirurgia abdominal prévia (bridas), doença de Hirschsprung, fibrose cística.
- Diabetes tipo 1, anemia falciforme (crise vaso-oclusiva, sequestro esplênico), síndrome nefrótica (peritonite primária), imunossupressão.
- Adolescente sexualmente ativa (gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica).

3. Diagnóstico no consultório

- **Anamnese:** início, localização, migração, caráter (cólica ou contínua), relação com vômitos (dor antes do vômito sugere causa cirúrgica), cor do vômito, hábito intestinal, sintomas urinários e respiratórios, menarca e última menstruação, doenças prévias.
- **Exame completo, com a criança despida:** estado geral e hidratação, frequência respiratória (pneumonia, cetoacidose), orofaringe, ausculta pulmonar, palpação abdominal começando longe do ponto doloroso, pesquisa de dor ao tossir ou pular, **regiões inguinais e escroto**, pele (púrpura palpável em membros inferiores e nádegas na vasculite por IgA). Toque retal não é rotina.
- **Exames que podem ser solicitados:**

- Hemograma e PCR: úteis na estratificação da apendicite (compõem PAS e Alvarado); normais não excluem.
- Urina tipo I e urocultura: infecção urinária; leucocitúria leve pode ocorrer na apendicite pélvica.
- Glicemia capilar e cetonemia ou cetonúria: sempre que houver poliúria, polidipsia, perda de peso, taquipneia ou vômitos com desidratação desproporcional.
- Beta-hCG em adolescentes com menarca.
- Teste rápido para estreptococo se houver faringite com dor abdominal.
- **Imagem:**
 - **Ultrassonografia é o primeiro exame** para apendicite, invaginação (sinal do alvo), torção de ovário e hérnia; Doppler escrotal para torção de testículo (AEP, AAP).
 - A AAP (Seção de Cirurgia, Choosing Wisely) recomenda **não fazer tomografia na suspeita de apendicite antes de considerar a ultrassonografia**; tomografia ou ressonância apenas nos casos duvidosos.
 - Radiografia simples de abdome: suspeita de obstrução ou perfuração; radiografia de tórax se houver suspeita de pneumonia.
 - **Na suspeita clínica forte de torção de testículo, não atrasar a exploração cirúrgica por falta de ultrassonografia.**
- **Analgesia não mascara o diagnóstico.** O protocolo da SEUP/AEP é explícito: a analgesia adequada, inclusive com opioide, não prejudica a avaliação e deve ser oferecida.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Causas cirúrgicas: apendicite, invaginação, torção de testículo ou ovário, hérnia encarcerada, má rotação com volvo, obstrução por bridas, divertículo de Meckel, suboclusão por *Ascaris*.
- Causas extra-abdominais e clínicas:
 - **Pneumonia de base** (dor abdominal com febre e taquipneia).
 - **Cetoacidose diabética** (dor, vômitos, taquipneia, hálito cetônico; pode simular abdome agudo).
 - **Infecção urinária e pielonefrite.**
 - **Faringoamigdalite estreptocócica** (dor abdominal frequente no escolar).
 - **Vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein):** dor em 50–62% dos casos; em cerca de 20% os sintomas digestivos precedem a púrpura; a invaginação, frequentemente ileoileal, ocorre em 1–3,5% (SBP).
 - Síndrome hemolítico-urêmica (diarreia sanguinolenta, palidez, oligúria), hepatite, pancreatite, colecistite.

- Gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica, cisto ovariano roto.
- Crise falciforme, peritonite primária na síndrome nefrótica.

4. Tratamento em casa

Somente para a criança 🟢, com diagnóstico provável benigno e família capaz de reconhecer sinais de alerta e retornar.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor	Máx. 75 mg/kg/dia (SBP), nunca > 4 g/dia
Dipirona	10–12 mg/kg/dose (SBP 2021)	6/6 h	Enquanto houver dor	Máx. 4 doses/dia; "1 gota/kg" leva a superdosagem (SBP); bula: não usar < 3 meses ou < 5 kg
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Enquanto houver dor	Máx. 40 mg/kg/dia; a partir de 6 meses; evitar se desidratado, com vômitos persistentes ou com suspeita de dengue

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

- **Não usar:** antiespasmódicos ou opioides "para ver se passa" sem diagnóstico e reavaliação garantida; antibiótico empírico para "dor de barriga"; laxativos estimulantes ou enemas quando há suspeita de obstrução ou apendicite.
- **Tratar a causa identificada** (constipação, infecção urinária, faringoamigdalite, pneumonia).
- **Não prescrever alta sem reavaliação:** dor abdominal sem diagnóstico definido deve ser reexaminada em até 24 h (antes, se piorar). A apendicite em fase inicial pode ter exame e exames laboratoriais normais.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Sinais peritoneais: defesa, descompressão dolorosa, dor à percussão, à tosse ou ao pular; criança que evita se mexer.
- PAS $\geq$ 8, Alvarado $\geq$ 7, ou PAS intermediário sem possibilidade de ultrassonografia e reavaliação no mesmo dia.
- **Vômitos biliosos** em qualquer idade, sobretudo no lactente (volvo).

- Distensão abdominal com parada de eliminação de gases e fezes; vômitos fecaloides.
- Suspeita de invaginação: cólica intermitente com letargia, massa, sangue nas fezes.
- Dor escrotal ou testicular súbita (torção de testículo: janela de viabilidade de poucas horas); dor pélvica súbita em menina (torção de ovário).
- Hérnia inguinal dolorosa e irreductível.
- Sangramento digestivo, palidez, icterícia, massa abdominal.
- Toxemia, desidratação moderada a grave, sinais de choque.
- Suspeita de cetoacidose diabética, síndrome hemolítico-urêmica ou pancreatite.
- Vasculite por IgA com dor moderada a intensa ou sangramento digestivo.

Como encaminhar

1. **Jejum** (não oferecer alimento nem líquidos por boca se houver suspeita cirúrgica).
2. **Analgesia** antes da saída — não retardar por medo de mascarar o diagnóstico.
3. Acesso venoso e expansão com soro fisiológico 20 mL/kg se houver sinais de choque ou desidratação importante, quando disponível.
4. Oxigênio se houver desconforto respiratório ou choque; posição de conforto (lateral se vômitos com rebaixamento de consciência).
5. Na suspeita de torção de testículo, contato imediato com serviço que tenha cirurgia pediátrica ou urologia disponível.
6. Contatar o serviço de destino; acionar o SAMU (192) se houver choque, rebaixamento de consciência ou suspeita de volvo.
7. Relatório com horário de início da dor, evolução, escore calculado, exames, medicamentos e doses.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A maior parte das dores de barriga melhora sozinha em 1 a 2 dias. Mas a apendicite no começo pode parecer uma dor comum; por isso, se a dor não melhorar, a criança precisa ser reexaminada."
- "Volte amanhã para reavaliação (ou no horário combinado), mesmo que tenha melhorado parcialmente."
- "Pode dar o analgésico prescrito; ele não esconde a apendicite."
- Ir ao pronto-socorro se:
 - A dor ficar mais forte, constante ou se fixar do lado direito, na parte de baixo da barriga.
 - A criança não quiser andar, pular ou se mexer por causa da dor.
 - Vômito verde, com sangue ou que não para; barriga inchada e dura.

- Fezes com sangue ou com aspecto de geleia; crises de choro com palidez e moleza.
- Dor ou inchaço no saco escrotal ou na virilha.
- Febre alta com prostração, sonolência, respiração rápida ou muito funda.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Estratificação da apendicite	Sem escore oficial; protocolos brasileiros usam PAS, Alvarado ou AIR	Sem diretriz clínica específica	Sem diretriz NG específica para apendicite	Segue o NICE	PAS: 1–3 baixo; 4–7 ultrassonografia; 8–10 cirurgia
Imagem	Ultrassonografia inicial (protocolos brasileiros)	Ultrassonografia antes de tomografia (Seção de Cirurgia, Choosing Wisely)	—	Segue o NICE	Ultrassonografia é a técnica de escolha; Doppler nas torções
Analgesia	Analgesia conforme idade e escala de dor	—	—	Segue o NICE	"A analgesia não enmascara o diagnóstico"; opioide se necessário
Vasculite por IgA	Dor em 50–62%; invaginação em 1–3,5%; ultrassonografia (SBP)	—	—	Segue o NICE	Causa extra-abdominal a lembrar
Encaminhamento	Sinais peritoneais, vômitos biliosos, distensão, sangue nas fezes, massa	—	—	Segue o NICE	Dor localizada, fixa, > 6 h e progressiva exige cirurgia

Leitura: as referências convergem em três pontos — o diagnóstico da apendicite é clínico e evolutivo (escores ajudam, mas o reexame seriado é decisivo), a ultrassonografia é o primeiro exame de imagem e a tomografia fica para casos duvidosos, e a analgesia deve ser oferecida sem receio de mascarar o quadro. Não há diretriz NICE específica sobre dor abdominal aguda ou apendicite na criança. A SBP não tem documento único sobre o tema; aborda as causas em

documentos específicos (como a vasculite por IgA). A AEP (protocolo da SEUP) é a mais operacional, com pontos de corte do PAS vinculados a condutas.

PONTOS PRÁTICOS

1. Examine sempre o escroto, as regiões inguinais, a orofaringe e os pulmões na criança com dor abdominal.
2. Vômito bilioso no lactente é volvo até prova em contrário — pronto-socorro imediato.
3. Lactente com crises de choro, palidez e letargia: pense em invaginação antes de aparecer sangue nas fezes.
4. Dê analgesia; ela não mascara a apendicite e facilita o exame.
5. Glicemia capilar na dor abdominal com vômitos e taquipneia: cetoacidose diabética simula abdome agudo.
6. Dor sem diagnóstico definido exige reavaliação garantida em até 24 h; escores e exames normais no início não excluem apendicite.

8. Fontes

- Alonso Cadenas JA, de la Torre Espí M. Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, SEUP/AEP, 2020. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics, Section on Surgery. Choosing Wisely — Avoid CT as first-line imaging in suspected appendicitis in children (AAFP). aafp.org
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein), Documento Científico. [PDF](#)
- Hospital Israelita Albert Einstein. Guia do episódio de cuidado — Dor abdominal aguda em crianças e adolescentes, 2025. [PDF](#)
- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.