Causas cirúrgicas de dor abdominal

Autor(es): Lopes, Maria Francelina

Publicado por: Imprensa da Universidade de Coimbra

URL persistente: URI:<http://hdl.handle.net/10316.2/43126>

DOI: DOI:https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_25

Accessed : 26-Apr-2023 13:35:08

A navegação consulta e descarregamento dos títulos inseridos nas Bibliotecas Digitais UC Digitalis, UC Pombalina e UC Impactum, pressupõem a aceitação plena e sem reservas dos Termos e Condições de Uso destas Bibliotecas Digitais, disponíveis em <https://digitalis.uc.pt/pt-pt/termos>.

Conforme exposto nos referidos Termos e Condições de Uso, o descarregamento de títulos de acesso restrito requer uma licença válida de autorização devendo o utilizador aceder ao(s) documento(s) a partir de um endereço de IP da instituição detentora da supramencionada licença.

Ao utilizador é apenas permitido o descarregamento para uso pessoal, pelo que o emprego do(s) título(s) descarregado(s) para outro fim, designadamente comercial, carece de autorização do respetivo autor ou editor da obra.

Na medida em que todas as obras da UC Digitalis se encontram protegidas pelo Código do Direito de Autor e Direitos Conexos e demais legislação aplicável, toda a cópia, parcial ou total, deste documento, nos casos em que é legalmente admitida, deverá conter ou fazer-se acompanhar por este aviso.

IMPrensa DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

VOL. II

LIÇÕES DE PEDIATRIA

GUIOMAR OLIVEIRA

JORGE SARAIVA

COORDENAÇÃO

Capítulo 25.
Causas cirúrgicas de dor abdominal

25

Maria Francelina Lopes

DOI: https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_25

25.1 CONTEXTO

Na urgência de cirurgia pediátrica as causas mais frequentes de dor abdominal aguda por faixa etária são: a hérnia inguinal encarcerada e a invaginação intestinal no lactente, e a apendicite aguda em criança em idade escolar, incluindo a adolescência.

25.2 DESCRIÇÃO DO TEMA

25.2.1 Apendicite na criança

A apendicite aguda - inflamação aguda do apêndice ileo-cecal com infiltrado neutrofílico da camada muscular - é a causa mais comum de abdómen agudo cirúrgico em crianças de idade escolar e adolescentes; o pico da incidência situa-se entre os 10 e os 12 anos e há aumento da taxa de perfuração nas crianças mais pequenas. A taxa de mortalidade é de 0,25%.

A história clássica inclui início com dor periumbilical difusa acompanhada por anorexia, náuseas e vômitos seguida por localização da dor ao quadrante inferior direito do abdómen após cerca de seis horas de evolução e febre moderada.

No exame físico pode haver taquicardia, temperatura corporal ligeiramente elevada - 37,2 a 37,5°C na apendicite aguda não perfurada, ou febre (38 a 39°C) na apendicite em vias de perfuração ou perfurada. Pode haver agravamento da dor quando se pede à criança para saltar, o que significa irritação peritoneal.

A manobra de *Rovsing* (hipersensibilidade à palpação no quadrante inferior direito do

abdómen despertada pela pressão no quadrante inferior esquerdo) e o sinal de *Blumberg / McBurney* (hipersensibilidade à palpação no quadrante inferior direito do abdómen com intensificação da dor à descompressão) podem ser positivos. O risco de perfuração ocorre com a duração dos sintomas por mais de 36 a 48 horas e é suspeitada se existir febre alta (38,5°C), se for palpada massa abdominal ou retal e se existirem sinais de peritonite localizada ou difusa.

Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com: adenite mesentérica, GEA, patologia anexial no sexo feminino (quisto do ovário /torção, gravidez ectópica) e infeção urinária.

Exames complementares de diagnóstico: ecografia abdominal e pélvica. Eventualmente poderão realizar-se hemograma (pode existir ou não leucocitose com neutrofilia) e proteína C reativa (pode estar elevada). A tomografia axial computadorizada realiza-se excecionalmente.

Preparação para a cirurgia: administrar fluidos endovenosos e antibioterapia endovenosa logo que estabelecido o diagnóstico e o consentimento informado.

Principais riscos: complicações infecciosas e lesão iatrogénica de órgãos adjacentes.

O tratamento é cirúrgico: a apendicectomia pode ser efetuada por laparotomia ou por laparoscopia. A apendicectomia poderá ser diferida em seis a 12 semanas se existir estabilidade hemodinâmica em apendicite perfurada com massa abdominal palpável de longo tempo de duração (aproximadamente uma semana); neste caso opta-se pelo tratamento conservador (antibioterapia endovenosa).

Evolução pós-operatória na apendicite aguda não perfurada:

- Duração habitual de internamento: um a três dias.
- Uma toma de antibiótico endovenoso (até três).
- Risco de infeção de ferida cirúrgica ou de abscesso abdominal pélvico: 1 a 2%.
- Regresso à escola / atividade escolar: uma a duas semanas depois.

Evolução pós-operatória na apendicite aguda perfurada:

- Duração habitual de internamento: cinco dias a uma semana.
- Duração da antibioterapia: sete a dez dias.
- Recuperação mais prolongada: duas a quatro semanas.
- Maior risco de complicações infecciosas: abscesso de parede, intra-abdominal ou pélvico em 10 a 20% dos casos.
- *Ileus* prolongado.
- Obstrução intestinal.
- Obstrução das trompas.

Não esquecer

A apendicite aguda pode surgir em qualquer idade mas é mais frequente entre os dez e os doze anos.

As idades mais precoces têm risco acrescido de perfuração apendicular e de aumento de complicações abdominais pós-operatórias.

A dor abdominal persistente com mais de seis horas de evolução, especialmente se associada a outros sinais ou sintomas sugere apendicite aguda.

A clínica pode bastar para o diagnóstico de apendicite aguda, mas a ecografia abdominal e pélvica é um precioso auxiliar nos grupos etários pediátricos.

O risco de perfuração apendicular aumenta com a duração dos sintomas superior a 36-48 horas.

O tratamento primário da apendicite aguda é cirúrgico.

A perfuração apendicular aumenta muito o risco de complicações pós-operatórias.

25.2.2 Invaginação intestinal

A invaginação intestinal é uma situação em que uma ansa intestinal proximal se introduz dentro de outra mais distal. É a causa de obstrução intestinal mais frequente no segundo semestre de vida. Nesta faixa etária em 90% dos casos é ileo-cólica, sendo na maioria idiopática. Sessenta por cento dos doentes têm menos de um ano de idade, com 40% dos casos ocorrendo entre os quatro e os dez meses de idade.

O quadro clínico típico caracteriza-se por períodos de irritabilidade súbita com choro intenso e vômito, alternando com períodos de acalmia e prostração. Dejeções gelatinosas vermelho-escuras (aparentando geleia de framboesa) são um sinal tardio, significando isquemia intestinal e inflamação mucosa. Ao exame físico, em 85% dos casos palpa-se tumoração no quadrante superior direito, com fossa ilíaca direita vazia. Para diagnóstico e tratamento a ecografia abdominal é o exame de escolha. Na ausência de peritonite o tratamento faz-se por redução hidroestática ecoguiada. Nas contraindicações (peritonite, perfuração intestinal) e no insucesso da redução hidroestática ecoguiada está indicada a intervenção cirúrgica que consistirá na redução manual da invaginação e eventual ressecção intestinal em caso de necrose. A recidiva da invaginação

ocorre em cerca de 5 a 10% de casos, sendo habitualmente ileo-ileal e surgindo nas primeiras duas semanas de pós-operatório, havendo necessidade de reintervir cirurgicamente em 75% destes casos.

Não esquecer

Um lactente no segundo semestre de vida que inicia subitamente choro intenso (grita), flete as pernas sobre o abdômen e vomita ficando, de seguida, quieto, e eventualmente apático, pálido e sonolento evoca o diagnóstico de invaginação intestinal e requer investigação imagiológica (ecografia abdominal) adicional com vista ao diagnóstico e tratamento.

25.2.3 Volvo do intestino médio em malrotação intestinal

O volvulo do intestino médio é aqui apresentado principalmente pela extrema gravidade envolvente.

Ocorre em 90% dos casos no primeiro ano de vida, mas é especialmente frequente no primeiro mês. Afeta os lactentes com anomalias de rotação/ fixação intestinal. Na história clínica e exame físico realçam-se o início súbito de manifestações de dor abdominal, os vômitos, o mau estado geral e o silêncio abdominal. Dejeção com sangue é já um sinal tardio. A imagiologia (radiografia simples do abdômen de pé e eventualmente o estudo contrastado gastrointestinal, assim como a ecografia) pode sugerir o diagnóstico. Requer tratamento cirúrgico de emergência. O tratamento consiste na laparotomia exploradora, desrotação do volvulo e operação de Ladd.

A consequência mais temível é a necrose extensa do intestino e suas sequelas: mortalidade elevada ou a síndrome de intestino curto com todas as suas implicações, incluindo a eventual necessidade de transplante intestinal.

Não esquecer

Pequeno lactente com início súbito de dor abdominal e vômitos, a maioria das vezes biliares, e com rápida progressão para mau estado geral e silêncio abdominal levanta a suspeita deste diagnóstico. De prognóstico reservado, é uma das maiores emergências em cirurgia pediátrica.

25.2.4 Hérnia inguinal encarcerada

Na hérnia inguinal encarcerada há aprisionamento no canal peritoneo-vaginal de uma víscera ou órgão peritoneal. Esta patologia é a causa mais frequente de obstrução intestinal no primeiro semestre de vida da criança. Setenta por cento dos encarceramentos ocorre em crianças com menos de um ano de idade. O quadro clínico típico inclui irritabilidade, dor abdominal tipo cólica e vômito. No exame físico palpa-se tumefação dolorosa tensa, globosa e lisa na região inguinal ou inguinotesticular. Dependendo da duração dos sintomas, pode ocorrer distensão abdominal. A redução da hérnia encarcerada, sob sedação, pode ser o único tratamento específico necessário no serviço de urgência. Em caso de insucesso o tratamento é cirúrgico, procedendo-se à inguinotomia sob anestesia geral, redução do conteúdo herniado e herniotomia/herniorrafia. Eventualmente, em caso de necrose de ansa, será necessário proceder a ressecção intestinal pela mesma via (inguinotomia) ou por laparotomia.

Não esquecer

No exame físico no pequeno lactente com sinais de dor tipo cólica e ou vômitos nunca esquecer a observação e palpação das regiões inguinais.