

**Revista UNILUS  
Ensino e Pesquisa**

v. 7, n. 12, jan./jun. 2010

ISSN 1807-8850

**GODINHO, L. T.****GUIDONI R. G. R.****SIMÕES R. C. F.****TOMIMATSU, W. T.****TSUJITA, A. S.****TORRES, F. S. L.****SAAD, F.***Centro Universitário Lusíada  
(UNILUS)**Rua Armando Salles de  
Oliveira, 150 – 11050-071 –  
Santos/SP – Brasil**(13) 3235-1311*

---

**ASPECTOS ÉTICOS NA APENDICITE AGUDA**

---

**RESUMO**

Alguns aspectos éticos e técnicos da Apendicite Aguda na criança são discutidos pelos autores. A maioria dos pontos tratados são de aplicação prática especialmente para pediatras e cirurgiões. Entre esses são abordados o momento cirúrgico, a ultrasonografia e a videolaparoscopia.

Palavras-chave: Ética. Apendicite aguda. Cirurgia. Criança.

---

**ABSTRACT**

Some ethical and technical aspects of Acute Appendicitis in children were discussed. Most important issues were of practical application mainly for pediatricians and pediatric surgeons. Among them were evaluated the moment of surgical indication, the ultrasonographic study and the laparoscopy.

Keywords: Ethics. Acute appendicitis. Surgery. Child.

## 1 INTRODUÇÃO

Entre as causas de abdome agudo na criança, a Apendicite Aguda (AA) é a principal delas. (3,5,6,7) Ocorre geralmente após os dois anos de idade com pico na primeira infância e após segunda década de vida, com leve aumento de incidência no sexo masculino. A Apendicite Aguda acontece usualmente com a presença de um fecalito na luz apendicular ou por hiperplasia linfóide. Na evolução pode haver ruptura apendicular, bloqueio das alças e até mesmo tumor palpável. O quadro pode ser pouco específico, o que dificulta o diagnóstico, na criança. Tipicamente existe com dor epigástrica, que migra para todo o abdome e posteriormente para a fossa ilíaca da direita (FID).

No entanto, o quadro clínico pode ser diferente, em especial em um apêndice retrocecal, quando a dor não se localiza na FID. Eventualmente, a dor pode estar localizada em hipocôndrio e flanco direito. Em geral, a dor vem acompanhada de febre moderada, anorexia, náuseas e vômitos. A própria criança ou a família pode relatar diarreia.

Ao exame físico a criança apresenta desidratação, fácies toxêmica, abdome tenso, doloroso à palpação, com ruídos hidroaéreos diminuídos. O sinal de Blumberg (dor à descompressão brusca na FID) pode estar presente isoladamente ou associado à peritonite difusa. Outros sinais como o de Rovsing (dor na FID durante mobilização de gases a partir da fossa ilíaca esquerda) e Lennander (aumento da temperatura retal em relação à axilar acima de 1º C) são muitas vezes de difícil avaliação na criança.

Esta revisão tem como objetivo discutir alguns aspectos éticos da abordagem do paciente pediátrico portador de Apendicite Aguda em nosso meio.

## 2 ASPECTOS ÉTICOS

Fallat et al, referem que o cirurgião pediátrico tem interesse especial na ética relacionada aos cuidados com o paciente grave.(1)Existem numerosos aspectos éticos relacionados ao atendimento de urgência e emergência, principalmente em nosso país. No caso da Apendicite Aguda existem alguns aspectos éticos que devem ser considerados.

Particularmente na AA em crianças, poderiam ser destacadas as diferenças entre o atendimento público e privado, o retardo diagnóstico, a presença da obesidade, o uso do diagnóstico ultra-sonográfico (US) e da vídeo-laparoscopia.

Do ponto de vista prático o Pediatra deve ter como prioridade a manutenção do estado geral da criança(hidratação adequada). Da mesma forma, o cirurgião pode avaliar o paciente após a melhora das condições clínicas.

Um dos aspectos mais discutidos na prática da Cirurgia, tem sido o momento da realização do procedimento.

Faiz' et al(2)estudaram 5316 pacientes submetidos à operações de urgência e emergência. Mostraram a importância de um cirurgião "consultor" e concluíram que um pequeno, mas consistente número de casos, necessitou de cirurgia no período entre meia-noite e 8 horas da manhã. Relatam que "poucos pacientes vistos

---

como emergência, precisam de uma operação em alguns minutos e a maioria dos pacientes cirúrgicos que precisam ser operados, não necessitam ser tratados no meio da noite.”

#### Alguns aspectos específicos na criança

A apresentação e a própria evolução clínica da AA apresenta muitos desafios aos médicos, como interpretar a dor do paciente descrita pela mãe (ou acompanhante) e caracterizá-la, além de excluir os diagnósticos diferenciais.

Algumas situações podem atrasar o diagnóstico da AA, como a demora da procura pelo atendimento médico, por exemplo. Isto se dá, muitas vezes pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, especialmente pela população menos favorecida. Um outro motivo relevante seria a longa espera em Serviços de pronto-socorro e ainda pela não valorização do quadro por parte dos pais e dos médicos.

Uma importante situação que deve ser mais valorizada é a AA em crianças obesas. As taxas de obesidade na infância têm aumentado de modo assustador.

O excesso de peso prejudica não só a saúde física do doente como também a psicológica, e portanto traz maior dificuldade diagnóstica. Nestas crianças, a US não se apresenta tão eficaz e a tomografia tende a ser mais realizadas. Além disso, a obesidade está associada com aumento das taxas de complicações pós-operatórias e dificuldades técnicas. Os níveis elevados de PCR e leucócitos sugerem fortemente Apendicite Aguda. Da mesma forma, níveis normais podem praticamente excluir.

A Ultra-sonografia tem se mostrado na prática, um método eficaz para o diagnóstico. No entanto existe muita controvérsia pois a realização do exame poderia acarretar retardo da indicação operatória. (8)

Na prática, a nosso ver, a Tomografia Computadorizada deve ficar reservada para casos de dúvida diagnóstica.

O tratamento ideal é a retirada do apêndice, a técnica preferencial ainda não está definida. Um artigo original em alemão afirma que a apendicectomia não obteve a mesma aceitação da colecistectomia laparoscópica. Referem que estudos seriam necessários para estabelecer os grupos com indicação de prioridade.(4,7)

Um estudo multi-cêntrico bastante recente, com 2332 pacientes, comenta que, embora a vídeo tenha sido descrita há mais de 25 anos, o procedimento não ganhou aceitação uniforme entre os cirurgiões pediátricos. Um outro fato bastante interessante foi um baixo índice de conversão em crianças.(6)

Existem numerosas publicações que tratam do tema “Apendicectomia laparoscópica”.

Aziz et al, (2006) numa excelente revisão (Tabela 1) sugerem que a via laparoscópica estaria indicada, principalmente, em obesos e em peritonites graves. A laparoscopia parece ter efeito mais benéfico para os pacientes devido à menor incidência de complicações. Por esta razão, esta técnica deveria ser mais difundida entre cirurgiões jovens e mesmo entre os experientes. (Tabelas 2 e 3)

Tabela 1 - Intercorrências relacionadas à via de acesso (aberta ou vídeo)

Intercorrência	Laparoscopia	Laparotomia
Infecção de ferida	1,5%	5%
Abscesso intra-cavitário	3,8%	3,4%
Íleo adinâmico <sup>1</sup>	3%	2,8%
Febre pós-operatória	17,3%	17,1%
Custo hospitalar	US\$ 5801	US\$ 4734
Adaptado de Aziz et al, 2006		

Tabela 2 - Oferta de cirurgia por vídeo em crianças  
(Serviços de Cirurgia Pediátrica/n=50 - Alemanha)

Procedimento	Número de serviços	(%) dos Serviços
Videolaparoscopia	48	96
Tórax	37	74
Apêndice	45	90
Criptorquidia	33	66
Hirschprung	21	42

Fonte: Adaptado de Schmidt (2007).

Tabela 3 - Uso de laparoscopia (%) na Apendicectomia (n=95806)

ANO	Perfurada	Não perfurada
1999	15	20
2002	30	30
2006	55	50

Fonte: Adaptado de Jen HC & Shew SB - Laparoscopic Versus Open Appendectomy in Children: Outcomes Comparison Based on a Statewide Analysis. J Surg Res 2009.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando uma criança portadora de AA é avaliada inicialmente, todo cuidado é pouco para coletar completamente os dados de história e exame físico. Muitas vezes, os sintomas clássicos não estão todos presentes. Outros pacientes mudam o seu comportamento após os primeiros contatos com a equipe médica. Este fato é tão mais presente quanto menor a criança.

A experiência de muitos cirurgiões mostra que em lactentes o quadro mais comum corresponde ao de um Abdome Agudo Obstrutivo.

---

Na medida do possível, com as devidas adaptações, foram observadas algumas formas interessantes de redução de morbidade e mortalidade em nosso meio.

## REFERÊNCIAS

- [1]. Fallat ME et al - Ethics and the pediatric surgeon. J Pediatr Surg. 2007 42:129-36.
- [2]. Faiz O et al - We still need to operate at night! World J Emerg Surg. 2007 31:29-34
- [3]. Aziz,O et al - Laparoscopic versus open appendectomy in children A meta-analysis. Ann Surg, 2006; 243:17-27
- [4]. Schmidt AI et al - Minimally-invasive pediatric surgery in 2004: a survey including 50 German institutions. J Pediatr Surg 2007, 42: 1491-4.
- [5]. Davenport, M - Laparoscopic surgery in children. Ann R Coll Surg Eng 2003; 85:324-33
- [6]. Esposito, C et al - Laparoscopic versus open appendectomy in children: A Retrospective comparative study of 2.332 cases. World J Surg, 2007 31: 750-755
- [7]. Nguyen NT et al - Trends in utilization and outcomes of laparoscopy versus open appendectomy. The Am J Surg 2004, 188: 813-20
- [8]. van Randen A et al - Acute appendicitis: meta-analysis of diagnostic performance of CT and graded compression US related to prevalence of disease. Radiology. 2008 249:97-106