

Cartas relativas ao artigo: Apendicite Aguda na Criança (1993; 6: 377-384)

Senhor Director: O artigo ilustra claramente uma noção clássica: que o preço de uma atitude conservadora na abordagem da Apendicite por métodos diagnósticos convencionais e a existência de elevado número de apendicites complicadas. O corolário desta noção, também clássico, é que a atitude agressiva acarreta elevado número de laparotomias *Branças*.

Estes factos demonstram a necessidade de método auxiliar prático e de confiança para a ajudar no diagnóstico desta situação tão corrente.

Felizmente, esse método existe: trata-se da ecografia. Em oposição frontal à afirmação dos autores de que a Ecografia tem fracos resultados na visualização do apêndice, de dezenas de séries prospectivas, de diversas proveniências, demonstram claramente que as possibilidades da Ecografia nesta patologia já podem ser consideradas controversas. Na realidade, sensibilidades e especificidades na Ordem dos 90% são atingíveis, permitindo baixar drasticamente e ao mesmo tempo, quer as apendicites complicadas, quer as laparotomias brancas. Indico apenas uma dessas séries, que aborda exclusivamente uma população pediátrica¹.

Suponho que a descrença dos autores na Ecografia será o reflexo de uma situação concreta do Hospital de Santa Maria, onde o estudo foi realizado. Nesse caso, e mais tratando-se de uma Instituição com cariz Universitário, com elevado volume de urgências e com Ecografia prestigiada, tratar-se-á de lacuna que urge corrigir.

No Hospital Particular de Lisboa, o estudo directo do apêndice nas apendicites duvidosas e praticado desde 1986, imediatamente após a publicação do trabalho original de Puylaert², tendo quase logo entrado na rotina, com resultados francamente satisfatórios.

Dentro das minhas possibilidades, desde já ponho a minha experiência nesta área a disposição de ecografistas diferenciados que a queiram aproveitar.

1. SIVIT J, NEWMAN KD, BOENNING DA: Appendicitis: usefulness of us in diagnosis in a pediatric population. *Radiology* 1992; 185: 549

2. PUYLAERT JB: acute appendicitis. US evaluation using graded compression. *Radiology* 1986; 158: 355 - 360

Cansado Carvalho
Hospital Particular de Lisboa.

Senhor Director: No nosso país não é costume, em revistas médicas, fazerem-se comentários a artigos publicados. É pena, mas, apesar dos usos, vou quebrar a regra, quer porque o artigo **Apendicite Aguda na Criança**, a isso me leva, quer porque é bom que se comece.

Em primeiro lugar o comentário tem que ser apreciativo, pois o resultado com 100% de curas e pouca morbidade a isso leva. O interesse do estudo da apendicite aguda na criança, quando contrastado com o pouco espaço que livros de terapêutica cirúrgica lhe davam (algumas linhas!), levam-me a escrever, que mais não seja para estabelecer os pontos de contacto entre a visão de um velho médico e o que agora se passa.

Gostaria de fazer duas referências clínicas, falar sobre a fisiopatologia da apendicite, determinar a *etiologia* e analisar algumas considerações que o artigo agora em apreço me sugeriu.

O sucesso inequívoco da série apresentada deve-se basicamente a três factores: 1º Reanimação e anestesia actuais; 2º A agressividade cirúrgica; 3º A antibioterapia antiGrammnegativa.

Os casos mais jovens que conheço são: a) experiência pessoal - 13 meses - tratada por diarreia, só enviada pelo pediatra ao cirurgião, quando o *pastron*, da fossa ilíaca direita!. b) da literatura, relatado por Barreiros de Sousa (et alteri); Hill - 1 dia, Fields - 3 dias; Baker - 4 dias.

Fisiopatologia da apendicite (a interpretação dos dados que a seguir cito é da minha responsabilidade). Desde os trabalhos do meu Professor, Luís Raposo, Apendicite experimental, no coelho, após, *humanização* do apêndice para lhe conseguir uma artéria terminal, que ficou demonstrado ser a apendicite provocada por corpos estranhos no lume do apêndice provocando compressão vascular e conseqüente isquemia e necrose da parede com perfuração.

No ser humano são os coprolitos ou fecalitos

Recordo-me de ter ouvido a um destinto cirurgião, em Lourenço Marques, que os pretos não tinham apendicites agudas. Muitas operei eu na mesma cidade! Seria o tal cirurgião um aldabrão? Nada disso, quem o conheceu como o conheci e pôde apreciar as suas qualidades teria que aceitar a afirmação fruto da sua experiência. Era necessário perspectivá-la, analisá-la e interpretá-la. Assim fiz. Da conjugação dos trabalhos do meu Professor com as afirmações da experiência passada do colega cirurgião a que me referi podia inferir: **a apendicite é na esmagadora maioria dos casos de origem alimentar!** A apendicite que encontrei em negros em Lourenço Marques, não a fui encontrar em cidades rurais. Numa cidade do Norte onde estive 2 anos operei duas apendicites agudas, mas em brancos que, relativamente, eram uma minoria, muito minoria. Porquê a diferença? A alimentação de cidade com falta e mesmo ausência de fibras e a rural em que por definição estas abundam. Era Lourenço Marques ainda, uma cidade rural, quando o colega tirou as suas conclusões, que não modificou, tão evidente lhe foi a experiência então vivida. Eu já apanhei uma cidade *urbana*, em que os vegetais rareavam e em que o receio da *ambiana* impedia os *mais esclarecidos* de os comer. Por isso encontrei as apendicites. Vejamos agora a apendicite na criança. Tendo, nesta, o apêndice, a forma de funil, ainda poderá ser válida a teoria do coprolito? É. E ela, não só é confirmada, como justifica os aparentes erros de diagnóstico que no artigo se fala. Numa interpretação fisiopatológica, a apendicite pode surgir na criança, não num aspecto primitivo, mas secundário, em consequência de complicações de doenças infecciosas, como uma simples amigdalite! É certo que o apêndice na criança tem a forma de funil e por isso não haverá coprolito que, em circunstâncias normais, se deixe aprender. Os autores, porém, esqueceram-se de mencionar que o apêndice é um órgão linfoide, por excelência, na criança e como todo o órgão linfoide, quando há infecção aumenta de volume para produzir glóbulos brancos e ... *lá se vai o funil!*

Acredito e quero daqui dizer aos médicos assistentes que porventura foram indicados como não tendo *descoberto* uma apendicite que não erraram. Pelo menos, da forma que julgam. Erraram, mas porque não foram ensinados a pensar que o apêndice é um órgão linfoide e como tal pela sua inflamação não específica pode provocar uma apendicite como tal complicação de uma doença infecciosa corrente ou mesmo, pela explicação atrás dada, poder surgir ao mesmo tempo. O cirurgião de Hospital, nomeadamente o de Urgências, e eu já o fui, não pode estar assim tão certo que o colega que lhe envia uma apendicite tardia errou o diagnóstico - **o cirurgião não estava lá!** - Tem este

despretensioso papel!- apenas três finalidades. 1º recordar ou lembrar a quem o não tenha lido o notável trabalho do meu Professor de Patologia Cirúrgica, Luís Raposo; 2º Recordar que o apêndice, na criança é um órgão linfoide e como tal susceptível de aprisionar coprolitos por enviabilização da sua forma afunilada. 3º Lembrar aos médicos de 1ª linha, clínicos gerais e pediatras que perante uma infecção na criança pensem sempre na possibilidade de uma apendicite coexistente ou como complicação. E, como nota à margem - os médicos de primeira linha das crianças de cidade que recomendam fibras na alimentação das crianças, como profilático da apendicite perfurada, entre outros benefícios. E também, um agradecimento ao colega radiologista que um dia me disse que os divertículos do colon eram de origem alimentar, por falta de fibras! A apendicite que se *curava* com gelo era a apendicite apenas *linfoide* sem coprolito. Agora que o acto cirúrgico não arrisca nada, quem se atreve e, sem abrir, a fazer um tal diagnóstico?

Eu, nunca o fiz, com mais riscos que hoje há. Uma palavra para os cirurgiões que apresentaram o trabalho. Uma palavra de apreço. Parte do sucesso do tratamento dos seus doentes deve-se, é esta a minha opinião e experiência, à vossa agressividade cirúrgica. Concordo convosco - **jamais uma apendicectomia em dois tempos, jamais arrefecer um processo**, seja qual for o tempo de evolução. Eu nunca adiei, mas sou do tempo em que isso se fazia. **É de não fazer!**

BIBLIOGRAFIA

BARBEITOS DE SOUSA RM, FERREIRA DE ABREU AC, DE CASTRO, MAIA E CASTRO FM, MOREIRA DE AMORIM A: Apendicite aguda em recém-nascidos. *Jornal do Médico* 1968: 884

CHATELIN CH, SÈNÈQUE J - *Traité de therapeutique chirurgicale*. Abdomen: parois et tube digestif. 1961: III. Apendicite pg. 387 - 414; l'appendicite aigue de l'enfant, pg. 390 (linhas 35 a 38)

RAPOSO LUÍS A: Apendicite experimental - Coimbra Medica. 1948 pg 1 a 90.

Aragão Rio
Oeiras

Resposta:

Senhor Director: Em resposta aos comentários feitos pelo Colega Cansado Carvalho, estamos de acordo que *o preço de uma atitude conservadora na abordagem da apendicite por métodos diagnósticos convencionais* - ou sem serem convencionais; dizemos nós- ... é a existência de elevado número de apendicites complicadas. Não estamos de acordo com o corolário simplista de a atitude agressiva acarreta elevado número de laparotomias brancas, visto que entendemos que esta agressividade deve ser filtrada em qualquer cirurgião por normas de conduta que a evolução clínica, experiência e os exames complementares fornecem. Decerto que a ecografia trouxe um enorme avanço no manuseio de muitas situações, beneficiando sobretudo as crianças pelas suas características não invasivas, ausência de dor, o apuramento da sua utilização e experiência pessoal decerto tende a melhorar a sua especificidade. No entanto, a margem de erro

nunca será desprezível e mesmo no limite dos 90% como cita, dos nossos 207 doentes segundo este critério 20/21 (10%), estariam sujeitos a diagnóstico ecográfico duvidoso. Como poderá analisar na série apresentada, em que apenas se recorre a ecografia em casos pontuais e não por rotina, apenas 15 doentes (7,2%) não tinham apendicite histologicamente estabelecida. De referir que 11 eram hiperplasias foliculares e como muito bem refere o colega Aragão Rio o apêndice é um órgão linfoide. Aumenta de volume no decurso de infecções e pela evolução fisiopatológica da obstrução do lume, distensão, invasão bacteriana, ingurgitação venosa, compromisso arterial, etc, etc., muitas vezes vão evoluir para a apendicite muito séria. Não vamos aqui fazer cálculos de probabilidades - a nossa formação matemática não o permite - para avançarmos quantas das 11 hiperplasias iriam evoluir para tal situação. O mesmo raciocínio para os 3 casos de lumen obstruído por ovos de parasitas, estavam no primeiro degrau do escadório da história natural de apendicite. Apenas nos resta 1 verdadeiramente branca. Dos 12 casos com internamentos inferiores a 24 horas em pré-operatório, 10 não tinham diagnóstico de apendicite, e nas apendicites com evoluções arrastadas, esta hipótese ou não foi considerada ou as queixas não foram valorizadas pelos familiares. Estamos de acordo sobre a presença e utilização de ecografia num serviço de Urgência de um Hospital diferenciado, Universitário ou não, mas quanto à sua utilização, deverá não cair na rotina, até por motivos de contenção económica e de racionalização dos meios de diagnóstico.

- Pensamos que para a série apresentada o uso por rotina da ecografia não viria a melhorar, mesmo segundo as melhores estatísticas, os erros de diagnóstico.

- A última palavra depois de ponderadas inúmeras coordenadas em que se incluem a evolução do quadro clínico e os exames complementares de diagnóstico, e com certeza a decisão do cirurgião, perante as características da palpação abdominal.

Senhor Director: É com regozijo que lemos a carta do colega Aragão Rio, pois expressa bem, o interesse que foi nosso intuito provocar na comunidade de cirurgiões e não só. A experiência de colegas mais velhos e ou trabalhando em locais com características muito diferentes do urbano convencional, enriquece e alarga o âmbito dos conhecimentos. Ocorre-nos no entanto, comentar, embora sem experiência *de campo* em África, que porventura muitas situações de apendicites nos indígenas nunca chegaram ao clínico por condicionamentos sócios-culturais e outros. Quanto aos comentários que teve a amabilidade de dirigir ao trabalho: não nos alargamos em considerações fisiopatológicas de base, citando apenas a primordiais, para não enfastiar a descrição e para não alongar demasiado o texto. Queremos corroborar veementemente o ponto 3 das finalidades da carta, de Aragão Rio: perante uma infecção na criança, pensem sempre na possibilidade de uma apendicite coexistente ou como complicação.

Queremos a agradecer o interesse que o nosso trabalho mereceu e teremos em conta a experiência do Colega Cansado Carvalho neste campo.

Miroslava Gonçalves et al
Hospital de Santa Maria