



Trabalhos Científicos

Título: Apendicite Aguda Em Paciente Pré-Escolar

Autores: ALICE DE MOURA VOGT (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), ADRIANO DA SILVA DUTRA (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), ANGÉLICA BRUGNERA BENVENÚ (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), BEATRIZ DORNELLES BASTOS (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), JAQUELINE BRIVIO (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), LUCIANA SILVA DOS SANTOS (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), NICOLE MESQUITA SOUZA (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), PÂMELA DE SOUZA MATOS (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), VIVIANE MARTINS SASSI (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), ALLANA MAYCHAT (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), TATIANA KURTZ (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL)

Resumo: INTRODUÇÃO A apendicite aguda (AA) é uma emergência cirúrgica entre crianças, caracterizada pela infecção do apêndice cecal. AA é incomum e de difícil diagnóstico em crianças pré-escolares, mesmo com a disponibilidade de exames de imagem. DESCRIÇÃO DO CASO Paciente masculino, 2 anos e 10 meses, internado por apresentar náuseas, vômitos, febre persistente, diarreia e dor abdominal, com evolução de 2 dias. Ao exame físico: hidratado, moteado e dor difusa a palpação superficial e profunda do abdome. Solicitados exames: hemograma (Leu 14.800, S 66, Eo 0,5, Ba 0,9, M 7,1, L 21,5, Hg 5,42, Ht 42,6, Pla 372.000) e ecografia abdominal (imagem alongada na fossa ilíaca direita, heterogênea, com paredes espessadas, diâmetro de aproximadamente 0,8cm, não compressível, com infiltração dos planos adiposos circunjacentes e presença de apendicolito) e Rx (fecalito calcificado). Iniciado antibioticoterapia: Gentamicina 7,5mg/Kg/dia, Metronidazol 30mg/Kg/dia e Ampicilina 200mg/Kg/dia de 6/6h. Paciente submetido a apendicectomia videolaparoscópica, sem intercorrências. Melhora clínica e alta hospitalar. DISCUSSÃO Aproximadamente 100 das crianças menores de 2 anos recebem diagnóstico errado no primeiro atendimento de AA. O diagnóstico tardio apresenta complicações (perfuração apendicular, formação de abscessos, peritonite e sepse), gerando permanência hospitalar prolongada e um aumento da morbimortalidade. O risco de ruptura é insignificante nas primeiras 24 horas, subindo para 6 após 36 horas do início dos sintomas. O atraso no diagnóstico de AA tem sido atribuído a apresentações inespecíficas, a sobreposição de sintomas de outras doenças comuns na infância e a incapacidade da criança de se expressar e dificultar o exame abdominal. Desse modo, AA em pacientes pré-escolares é uma emergência incomum e um desafio diagnóstico. O diagnóstico requer o alta suspeita, anamnese cuidadosa e exames físicos seriados. CONCLUSÃO A suspeita, o diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica imediata podem prevenir a perfuração, a formação de abscessos e complicações pós-operatórias, além de diminuir o custo pelo encurtamento das hospitalizações.