

55a.c.

I N C I D Ê N C I A

D E

A P E N D I C I T E A G U D A N O H O S P I -

T A L D E C A R I D A D E N O S A N O S

D E 1976 A 1978.



Alunas: GESCY MAZIERO

MARLENE HOSANG



Orientação: DR; CÉLIO GAMA SALLES

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 2

OBJETIVOS 2

MATERIAL E MÉTODOS 3

RESULTADOS E COMENTÁRIOS 3

CONCLUSÕES 15

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 18

Incentivo bom o trabalho. as minhas observações são no intuito de melhorar - lo e prevenir que se publique. seu resumo especialidade. farei bem.

Existem ainda no trabalho, linhas paralelas de pesquisa que podem ser utilizadas fechadas.

*Apresentação - 9
 Metodologia - 10
 Conteúdo - 10
 Bk. - 10*

9.75

INTRODUÇÃO

Apendicite é a inflamação aguda do apêndice vermiforme.

Apesar de ser uma doença bem conhecida desde o início do século, não deixa de ter importância como afecção cirúrgica, pela dificuldade no diagnóstico, pela gravidade das suas complicações e por propiciar mortalidade relativamente alta.

Entre as condições abdominais agudas, a apendicite é a mais comum e conhecida, mas certamente o seu diagnóstico ainda desafia muitos cirurgiões.

Uma demonstração evidente da importância que deve ser dispensada à apendicite aguda, é o grande número de trabalhos dedicados ao assunto na literatura estrangeira em todos os tempos. Infelizmente o mesmo não tem sido observado no nosso meio; as publicações nacionais sobre apendicite tem sido escassas, embora presume-se que todos os serviços de cirurgia tenham em seus arquivos, casos à lamentar de complicações graves quando operados em fase de peritonite.

Ainda que seja verdade que a mortalidade tem diminuído desde 1905, a frequência das complicações da apendicite, como a perfuração tem aumentado. Um fator importante no número crescente de complicações tem sido a generalização e às vezes o emprego inadequado de antibióticos; com o advento dos antibióticos e o seu emprego empírico em muitos estados inflamatórios, se tem sido um pouco descuidados. *Deve ser redacal.*

Às vezes é demasiado fácil dar o antibiótico aos pacientes com a esperança de que estes evoluirão bem sem haver necessidade de cirurgia. O emprego da terapêutica com antibióticos na apendicite, tem um papel importante, porém não substitui a operação e a técnica cirurgia meticulosa.

M/Bom

OBJETIVOS

O presente trabalho visa analisar alguns aspectos considerados relevantes, observados em 61 casos de apendicite aguda -

aguda operados no período de 1976 a 1978 no Hospital de Caridade de Florianópolis.

MATERIAL E MÉTODOS

Da revisão de prontuários efetuada foram analisados - os seguintes parâmetros:

- Faixa etária
- Sexo
- Cor
- Estado civil
- Procêdência
- Categoria
- Queixas relatadas
- Dados de exame físico
- Exames complementares
- Diagnóstico provisório
- Conduta
- Tempo de permanência hospitalar
- Mortalidade
- Complicações
- Antibióticos usados

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

I) FAIXA ETÁRIA

Verificaram-se casos de apendicite aguda a partir de 11 até 69 anos de idade.

A faixa etária onde houve maior incidência foi entre 11 - 20 anos, isto é, na 2ª década em cerca de 50% dos casos, - seguida da 3ª década (21-30 anos), o que coincide com dados da literatura consultada (Bockus,⁴ 1976; Zerbini¹², 1974; Hawthorne,⁸ 1969).

Segundo Beeson e McDermott²(1973) há maior incidência na faixa etária de 20 - 30 anos, isto é, na 3ª década, o que não coincide com os dados encontrados no presente trabalho.

Nota-se que a medida que aumenta a faixa etária, diminua a incidência dos casos de apendicite. (Tabela I).

TABELA I

Distribuição dos pacientes de acordo com a faixa etária

Idade (anos)	Pacientes	
	Número	%
11 - 20	30	50
21 - 30	16	26
31 - 40	6	9
41 - 50	3	5
51 - 60	5	8
61 - 70	1	2
Total	61	100

① gráfico de sexo?
 preceder as análises!

II) SEXO

O sexo onde houve maior incidência segundo dados da tabela II, foi o sexo masculino correspondendo a 64% dos casos em contraposição com o sexo feminino que foi de 36%; estes resultados encontrados estão de acordo com a maioria dos autores (Zerbini¹², (1974).

Bockus⁴(1976), refere que a apendicite aguda ocorre igualmente em ambos os sexos o que discorda com o presente trabalho.

TABELA II

Sexo	Pacientes	
	Número	%
Masculino	39	64
Feminino	22	36
Total	61	100

Ver ①.

III) COR

Como se pode verificar pela tabela III, houve incidência quase que absoluta da cor branca em 98% dos casos; resultados estes que não coincidem com a literatura consultada.

Zerbini¹², (1974), relata não haver nítida preponderância da apendicite aguda em qualquer raça ou cor. Já num trabalho realizado por Barbosa et alii¹ (1973) houve maior incidência em pacientes de cor branca o que coincide com os resultados encontrados.

TABELA III

Cor	Pacientes	
	Número	%
Branca	60	98
Preta	1	2
Total	61	100

deu (1).
a incidência maior
para esta população
com a menor população
negra existente. *refut*

IV) ESTADO CIVIL

Houve predominância de solteiros em 67% dos casos, vindo a seguir os casados em 33% conforme os dados da tabela IV; - isto provavelmente ~~se~~ explica incidir a apendicite aguda em faixas etárias mais baixas nas quais os pacientes ainda não se casaram.

TABELA IV

Estado civil	Pacientes	
	Número	%
Solteiros	41	67
Casados	20	33
Total	61	100

é docu. de
Jona

V) PROCEDÊNCIA

De acordo com os dados da tabela verificou-se maior incidência de apendicite aguda em pacientes vindos da capital - em 50% dos casos; seguindo-se de 30% de pacientes provenientes de áreas próximas à capital; em menor percentagem verificaram-se pacientes procedentes do interior do estado e de outros estados.

TABELA V

Procedência	Pacientes	
	Número	%
Capital	31	50
Áreas próximas	18	30
Interior estado	10	16
Outros estados	2	4
Total	61	100

*Porque? -
deve haver explicação
para o fato.*

VI) CATEGORIA

Conforme a tabela VI a maioria dos pacientes com apendicite aguda, em cerca de 64% dos casos eram pertencentes ao INPS, seguindo-se 18% considerados casos sociais; 6% pertencentes ao IPASE e 12% de outras entidades previdenciárias.

TABELA VI

Categoria	Pacientes	
	Número	%
INPS	39	64
Casos sociais	11	18
IPASE	4	6
outros	7	12
Total	61	100

*Qual é o final dele
do pagamento?*

*As a UFSC também
reduzidas.*

VII) QUEIXAS RELATADAS

Dor abdominal localizada na FID constituiu a queixa principal em cerca de 64% dos pacientes, ou seja, na mais da metade dos casos; em cerca de 60% seguiu-se vômitos; 50% febre; 40% náuseas; 15% parada de eliminação de gases e fezes; 12% diarreia; 8% obstipação.

Verificamos que se confirmou a tríade clássica; dor abdominal, vômitos, febre, como queixas principais o que coincide com os dados da literatura consultada (Bockus⁴, 1976; Zerbinil², 1974; Beeson McDermott², 1973).

Segundo Bockus⁴(1976), é mais frequente haver constipação intestinal o que não confere com os dados obtidos nesta pesquisa na qual se verificou maior incidência de diarreia em 12% dos casos, do que obstipação, 8% dos casos, como se pode verificar pela tabela VII.

TABELA VII

Queixas relatadas	Pacientes	
	Número	%
Dor abdominal difusa	18	30
Dor abdominal localizada	39	64
Náuseas	24	40
Vômitos	36	60
Febre	31	50
Obstipação	5	8
Diarreia	7	12
Parada de eliminação de gases e fezes	9	15
Total	61	100

(2)

*Por que não
ordenar o sintoma
por ordem de
frequência*

VIII) DADOS DE EXAME FÍSICO

Conforme se pode verificar na tabela VIII o dado de exame físico mais encontrado foi o sinal de Blumberg em 75% dos casos, vindo a seguir dor abdominal localizada na FID em 47% dos

casos; dor abdominal difusa em 31%; sinal de R^oussing e distensão abdominal ocorreram em 18% dos casos.

Barbosa¹ et alii¹ (1973), encontrou sinal de irritação peritoneal localizado na FID em 75% dos casos, o que coincide com o presente trabalho; o mesmo autor encontrou contratura em 63% dos casos e defesa em 62% dos casos; na pesquisa realizada foram encontradas respectivamente: contratura abdominal em 6% e defesa abdominal em 6% dos casos, o que difere grandemente dos dados encontrados por aqueles autores. *(Porque?)*

Zerbini¹², (1974) relata hiperestesia cutânea em 20% dos casos, na presente pesquisa efetuada encontrou-se em 5% dos casos.

Verificou-se que 2% dos casos apresentava ao exame físico tumoração abdominal *(falpa vel ?)*

TABELA VIII

Dados de exame físico	Pacientes	
	Número	%
Distensão abdominal	11	18
Blumberg	46	75
R ^o ussing	11	18
Dor abdominal difusa à palp.	19	31
Dor abdominal localizada à p.	29	47
Hiperestesia cutânea	3	5
Contratura abdominal	4	6
Defesa abdominal	4	6
Tumoração abdominal	1	2
Total	61	100

Ver 2

IX) EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares computados nesta pesquisa foram o hemograma e o exame radiológico simples do abdomen em pé e deitado.

Em relação ao hemograma, observou-se uma leucocitose

em 72% dos casos analisados, o que coincide com dados da literatura, segundo a qual leucocitose moderada é esperada na maioria dos casos (Zerbini¹², , 1974).

Segundo Rodrigues¹¹(1977), 94% dos pacientes com apendicite aguda tem leucometria alteradas, o que não coincide com dados da presente pesquisa na qual foram encontrados 72% dos casos alterados.

Barbosa "et alii"¹(1973) encontrou 78% dos casos com leucocitose o que difere pouco dos dados encontrados. (Tabela IXa).

TABELA IXa

Hemograma	Pacientes	
	Número	%
Leucocitose:	48	72
Ausência de leucoc.	13	28
Total	61	100

Nota: Uma contagem leucocitária normal é às vezes encontrada nas pessoas idosas com apendicite aguda (Beeson e McDermott², 1973). Encontrou-se neste levantamento uma leucometria normal em paciente idoso (69 anos), portador de apendicite aguda, cujo diagnóstico provisório havia sido rotulado como hérnia encarcerada.

Quanto à taxa de eosinófilos, estudos clássicos - tem mostrado uma diminuição ou mesmo desaparecimento dos mesmos nos processos inflamatórios agudos, segundo a literatura consultada. Na pesquisa realizada foi observada ausência de eosinófilos no hemograma em 38% dos casos. A maioria destes casos em que se verificou ausência de eosinófilos está relacionada a casos mais graves nos quais houve complicações como: Peritonite, piosalpingite, abscesso de parede. (Tabela IXb)

TABELA IXb

Eosinófilos	Pacientes	
	Número	%
Presença	38	62
Ausência	23	38
Total	61	100

*Correlaciona
muito importante*

Complicação ?

Com relação ao exame radiológico em 49% dos casos analisados, não foi possível encontrar dados referentes à este exame, tendo-se por isto computados só metade dos casos praticamente. Destes casos encontrados verificou-se que as alterações não coincidiram com a literatura consultada.

Zerbini¹², (1974) acha o exame radiológico inteiramente desaconselhável, por não oferecer dado algum de interesse e só considera indicada com o fim de confirmar ou excluir outras afecções, cuja suspeita diagnóstica exista.

Barbosa^{et alii}⁴ (1973) encontrou : distensão de alças em 73% dos casos; aumento da densidade das partes moles 12%; - líquido na cavidade abdominal 5%; velamento difuso 4%;.

As alterações mais encontradas no trabalho efetuado - foram: presença de níveis hidroaéreos 55%; ileo reflexo 55%; - velamento da pelve 20%; distensão de alças 16%; aumento da densidade das partes moles 20% ; Outras alterações 20%, dentre estas foram encontradas: pneumoperitônio, ar nas alças delgadas, imagem rádio opaca na FID, imagem rádio opaca em sacro, presença de ascaris e suboclusão do intestino delgado. Conforme se pode observar estes dados encontrados não coincidem com a literatura citada. (Tabela IXc)

TABELA IXc

Alterações no exame radiológico	Pacientes	
	Número	%
Níveis hidro-aéreos	17	55
Ileo reflexo	13	42
Distensão de alças	5	16
Velamento da pelve	6	20
Aumento da densidade partes moles	3	9
Outras alterações	6	20
Total	31	100

X) DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

O diagnóstico provisório de apendicite aguda foi feito - em 67% dos pacientes e em 23% dos casos não foi possível estabelecer o diagnóstico etiológico do abdomen agudo antes do paciente ser levado a cirurgia.

Em 5% dos casos o diagnóstico provisório foi de anexite. Um caso, que corresponde a 2%, ficou sem diagnóstico provisório a fim de ser esclarecido no ato cirurgico.

Entre a citação de "outros", na tabela X, inclui-se um caso com o diagnóstico provisório de hérnia encarcerada e outro de sub-oclusão intestinal.

Barbosa "et alii"¹ (1973), relata 91% de casos que foram levados a cirurgia com o diagnóstico provisório de apendicite aguda, opondo-se ao nosso levantamento no qual apenas 67% dos casos foram à cirurgia com este diagnóstico.

TABELA X

Diagnóstico provisório	Pacientes	
	Número	%
Apendicite aguda	41	67
Abdomen agudo	14	23
Anexite	3	5
À esclarecer	1	2
Outros	2	3
Total	61	100

XI) CONDUTA

A conduta foi cirúrgica em 98% dos casos e clínica em apenas 2%.

Segundo Beeson e McDermott² (1973), é preferível operar, se houver suspeita de apendicite pois o risco é maior deixar - passar despercebido um episódio dessa natureza que o de laparotomizar um paciente com gastroenterite, adenite mesentérica, diverticulite, rutura de Folículo De Graaf, salpingite aguda, saturnismo agudo e cólica renal.

Por outro lado, na laparotomia exploradora corre-se riscos, pois esta é perigosa e deve ser evita em certas doenças que

possam sugerir apendicite como a pneumonia, infarto do miocárdio e porfiria. (Tabela XI)

TABELA XI

Conduta	Pacientes	
	Número	%
Cirúrgica	60	98
Clínica	1	2
Total	61	100

XII) PERMANÊNCIA HOSPITALAR

Analisando-se a permanência hospitalar, observou-se - que 48% dos pacientes ficaram internados de 3 a 7 dias, vindo a seguir a permanência entre 8 a 12 dias em 35% dos casos.

A permanência mínima foi de 3 dias, , sendo estes casos que não apresentaram complicações; a máxima foi de 31 dias. Esta última apresentou como complicação, peritonite generalizada.

A média de permanência hospitalar foi de 9,2 dias. (Tabela XII).

TABELA XII

Permanência hospitalar Número de dias:	Pacientes	
	Número	%
3 - 7	29	48
8 - 12	21	35
13 - 17	5	8
18 - 22	2	3
23 - 27	2	3
27 - 31	2	3
Total	61	100

XII) MORTALIDADE

Nota-se pelos dados da tabela XII que 98% dos pacientes receberam alta melhorados ou curados, sendo que a incidência de óbito foi de 2%. *Dever o cálculo*

Esta percentagem de óbito é alta segundo Zerbini ¹², (1974) que refere uma taxa de mortalidade de 0,87%.

Barbosa "et alii"¹³ (1973), encontrou incidência de 3,03% de mortalidade, sendo esta bem mais elevada do que a referida - pela maioria dos autores, denotando assim que a apendicite aguda assume realmente aspectos diferentes nas várias localidades.

O paciente que foi à óbito, nos dados computados no presente trabalho, estava com 69 anos, era cardíaco e complicou com hemorragia digestiva. *análise de causas de óbito até alcançar em cirurgia.*

TABELA XIII

Mortalidade	Pacientes	
	Número	%
Curados	60	98
Óbitos	1	2
Total	61	100

XIV) COMPLICAÇÕES

Dos casos analisados, 54% não apresentaram complicações, porém um número significativo, 18%, apresentou peritonite. Esta é a complicação mais séria da apendicite aguda e a principal - causa mortis nesta doença. É mais provável ocorrer em crianças, velhos e em pacientes com apendicite que fazem uso de laxantes - ou clisteres para tratar a dor abdominal. (Beeson e McDermott² - 1973). ✓

O abcesso de parede ocorreu em 7% dos casos.

Segundo Barbosa "et alii"¹³ (1973), evidências de peritonite ocorre em mais de 50% dos casos, o que não coincide com os dados da tabela XIV onde evidenciou-se peritonite em 18% dos casos. Outras complicações ocorreram em menores proporções como: Anexite em 5%; piossalpinge em 3%; gastroenterite em 3%; sob a denominação "outras" constam: Fistula estercoral, cisto de ovário, rotura de Folículo de Graaf, hipopotassemia, traqueo bron

quite, hemorragia digestiva, todas estas ocorreram em 10% dos casos.

TABELA XIV

Complicações	Pacientes	
	Número	%
Peritonite	11	18
Gastroenterite	2	3
Piossalpinge	2	3
Anexite	3	5
Abcesso de parede	4	7
Nenhuma	33	54
Outras complicaç.	6	10
Total	61	100

XV) ANTIBIÓTICOS USADOS

O antibiótico mais utilizado no pós-operatório foi a ampicilina em 44% dos casos, seguindo-se a associação ampicilina + gentamicina em 15%; tetraciclina em 11% dos casos.

O emprego de ampicilina totaliza 64% se observarmos o seu uso isolado ou em associação com outros antibióticos.

Barbosa "et alii"¹ (1973) realizou antibiograma utilizando material de pacientes com apendicite aguda, tendo sido constatado sensibilidade predominantemente ao cloranfenicol em 87,50%, e à gentamicina, tetraciclina e ampicilina em 37,50%, à cefaloridina em 33,33% dos casos. Conforme se pode observar na tabela XV, os dados obtidos nesta pesquisa não estão de acordo com os acima relatados. *Como fazer análise?*

Segundo Bockus⁴ (1976), os antibióticos que devem ser empregados em ordem de preferência são: a associação penicilina + estreptomina, cefalotina, ampicilina ou a cefaloridina.

Em 3% dos casos não foi utilizado antibiótico, apesar de terem sido levados à cirurgia. Estes não apresentaram complicações e receberam alta hospitalar em 3 dias.

TABELA XV

Antibióticos usados	Pacientes	
	Número	%
Ampicilina	27	44
Ampicilina + gentamicina	9	15
Tetraciclina	7	11
Ampicilina + tetraciclina	3	5
Cefalotina + Cefazolina	4	7
Cloranfenicol	3	5
Várias associações	2	3
Outras associações	4	7
Não usaram antibióticos	2	3
Total	61	100

XVI) CONCLUSÕES:

- Da pesquisa efetuada verificou-se que ocorreram 61 casos de apendicite aguda em 3 anos no Hospital de Caridade, o que podemos considerar como uma incidência pequena em relação à população em geral. *Foram devida a prática de abstin. op. aguda. aguda. aguda?*

- A faixa etária na qual houve maior número de casos foi na 2ª década e à medida que aumenta a faixa etária diminuem os casos de apendicite aguda, havendo, porém com o avançar da idade maior tendência de ocorrer complicações. ✓

- O sexo masculino foi o mais acometido em dois terços dos casos, e a cor branca foi a mais atingida em 90% dos casos. ✓

- O estado civil mais acometido foi o dos solteiros. ?

- A grande maioria dos pacientes era proveniente da capital, não tendo se observado relação entre pacientes que, por residirem em locais afastados, apresentassem maiores complicações, devido a demora para chegarem ao hospital. *foram afetados por local!*

- Nas queixas mais frequentes relatadas, predomi-

-nou a tríade clássica: dor abdominal, vômitos e febre; dado curioso foi a predominância de diarreia sobre a obstipação, quando seria de se esperar o contrário.

- Nos dados de exame físico notou-se nítida predominância do sinal de Blumberg, dor abdominal localizada na FID e dor abdominal difusa em alguns casos. *e outros*

- Nos exames complementares, o hemograma nos mostrou uma leucocitose em mais de dois terços dos casos; quanto ao número de eosinófilos, notou-se ausência destes em 38% e principalmente relacionados à casos complicados. *****

- Ao exame radiológico observou-se alterações significativas como níveis hidro-aéreos, ileo reflexo, velamento da pelve, foram as mais encontradas. *****

A incidência de 67% de confirmação cirúrgica do diagnóstico provisório de apendicite aguda, parece ser baixo levando-se em consideração que são empregados todos os métodos propedêuticos clínicos, laboratoriais e radiológicos para o diagnóstico.

- A permanência hospitalar nos permite observar sua nítida relação com os casos complicados principalmente com peritonites, concluindo-se, que nos casos de apendicite aguda sem complicações a permanência hospitalar é relativamente baixa.

- As complicações ocorreram em um número significativo e destas a mais encontrada foi a peritonite.

- O antibiótico mais usado no pós-operatório foi a ampicilina tanto isoladamente como em associação com outros antibióticos.

- Verificou-se que a apendicite aguda correu em pequena incidência nestes 3 anos no Hospital de Caridade e a incidência de óbitos em 2% é bem mais elevada do que a referida pelos demais autores, denotando que a apendicite aguda assume aspectos diferentes no nosso meio. *ver*

- A ocorrência de alterações radiográficas em 55% dos casos, evidencia o quanto este exame é importante para o diagnóstico. *****

- A presença de leucocitose em 72% dos casos deixa a impressão de que a leucometria é um meio complementar *****

valioso no diagnóstico da apendicite aguda e a ausência de eosinófilos em 38% dos casos mais graves, refletem geralmente a severidade do quadro inflamatório do apêndice, embora o diagnóstico deva ser baseado principalmente no quadro clínico.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. BARBOSA, Helio "et alii". Apendicite aguda num hospital comunitário. Brasilia Médica. Brasilia, 3-4(9):73-84, jul.-dez., 1973.
2. BEESON, Paul B. & McDERMOTT, Walsh. Tratado de Medicina. 13.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1973.
3. BHASIN, V. "et alii". Acute tubercular appendicitis. International surgery. Chicago, 10(62):563-564, oct., 1977.
4. BOCKUS, Henry L. "et alii". Gastroenterology. 3.ed. Philadelphia, Saunders W. B., 1976.
5. CARNEIRO, Aloisio Eustáquio Magalhães & GAION, Ovidio. Anomalia congênita cecco-apendicular. Clínica e Terapêutica. São Paulo, Lithographica Ypiranga, 10(10):411-412 out., 1974.
6. FOSTER, Paul D. Primary appendectomy. Jama. Chicago, American Medical, 14(239):1411-1412, apr., 1978.
7. HALLS, James M. & MEYERS, Harvey I. Acute appendicitis - with abscess simulating carcinoma of the sigmoid. American Journal of Roentgenology. Illinois, 6(129):1057-1059, dec., 1977.
8. HAWTHORNE, Herbert R. "et alii". Abdomen Agudo, lesiones de Urgência del Tubo Digestivo. 1.ed. México, Interamericana S.A., 1969.
9. LEWIN, George A. "et alii". Barium enema: An outpatient - procedure in the early diagnosis of acute appendicitis. The Journal of Pediatrics. St. Louis, C.V. Mosby Company, 3(92):451-453, mar., 1978.
10. OWENS, Bernard J. & HAMIT, Harold F. Appendicitis in the Elderly. Annals of Surgery. Charlotte, North Carolina, J.B. Lippincot Company, 4(187):392-396, apr., 1978.

11. RODRIGUES, Fernando F. "et alii". Hemograma na apendicite aguda. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. São Paulo, Medisa, 3(4):135-139, mai.-jun., 1977.
12. ZERBINI, E. J. Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto. 3. ed. São Paulo, Sarvier, 1974.

TCC
UFSC
CC
0055

N.Cham. TCC UFSC CC 0055

Autor: Maziero, Gescy

Título: Incidência de apendicite aguda n



972813698

Ac. 252891

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM