

302P

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

VALOR DA DIFERENCIAL AXILO-RETAL NA APENDICITE AGUDA*

UNITERMOS: FEBRE
DIFERENCIAL AXILO-RETAL
APENDICITE AGUDA

FERNANDO GAYER GUBERT**

TELISMAR ANTONIO GEWEHR**

* TRABALHO REALIZADO NO INTERNATO HOSPITALAR (11ªFASE) DO
CURSO DE GRADUACAO EM MEDICINA.

** DOUTORANDOS DO CURSO DE GRADUACAO EM MEDICINA DA UNI-
VERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLORIANOPOLIS, JUNHO DE 1988.

Agradecemos a orientação do Prof. Dr. ADILSON OSÓRIO.

ÍNDICE

I	- RESUMO	4
II	- INTRODUÇÃO	5
III	- MATERIAL E MÉTODOS	7
IV	- RESULTADOS	8
V	- DISCUSSÃO	11
VI	- CONCLUSÕES	12
VII	- SUMMARY	13
VIII	- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

I- RESUMO

A diferença entre a temperatura axilar e retal é um sinal clássico da apendicite aguda.

Os autores estudaram esta diferencial axilo-retal em 50 crianças com diagnóstico de apendicite aguda, comparando com 50 hípidas e 50 crianças com febre mas sem patologia abdominal.

Notou-se que 34% das crianças com apendicite aguda apresentaram diferença axilo-retal acima de 1°C , em contraste com apenas 8% dos outros 2 grupos.

É um sinal que deve ser valorizado neste diagnóstico, mas não isoladamente.

Não há valor prático em demonstrar esta diferencial em crianças sem clínica sugestiva de apendicite aguda.

II- INTRODUÇÃO

A febre é definida como o estado em que a temperatura corporal é mais alta que a considerada normal para os seres homeotermos. Decisões clínicas são muitas vezes baseadas na medida da temperatura corporal.

Tanto a axila quanto a cavidade oral são considerados locais satisfatórios para a tomada da temperatura¹, porém a medida da temperatura retal é bem menos variável, e tem sido considerado índice mais acurado e digno de crédito da temperatura interna^{2,3}.

A temperatura axilar normal esta entre $36,0^{\circ}\text{C}$ e $37,2^{\circ}\text{C}$; a oral entre $36,0^{\circ}\text{C}$ e $37,4^{\circ}\text{C}$ ³. A temperatura retal é $0,4$ e $0,7^{\circ}\text{C}$ mais alta que a temperatura oral e axilar respectivamente¹.

O termômetro comum de mercúrio em vidro é o mais rotineiramente usado e se mostra satisfatório na medida da temperatura¹. A temperatura retal deve ser medida com termômetro de bulbo curto e grosso, diferindo do termômetro usado para medir a temperatura oral e axilar que é facilmente quebrável⁴.

O que é considerado temperatura corporal "normal" é algo de arbitrário, tendo em vista as suas variações, que estão na dependência de inúmeros fatores fisiológicos^{1,2,5}, principalmente na infância com certa labilidade da regulação até a puberdade².

A medida da temperatura axilar e retal quando realizada concomitante, é de grande valia no diagnóstico de patologias abdominais. Na apendicite aguda a diferencial axilo-retal quase sempre está presente, onde a diferença de 1°C ou mais, é bastante significativo^{6,7,8,9}.

O presente estudo tenta demonstrar o valor da diferencial axilo-retal, em crianças com sintomas de apendicite aguda, em comparação com crianças híidas e crianças com febre sem patologia abdominal.

III- MATERIAL E MÉTODOS

(GRUPOS)

Foram medidas temperaturas axilares e retais em 150 crianças; sendo 50 ^{ASINTOMÁTICAS} híidas, 50 com febre mas sem ^{DOENÇA / LESÃO} patologia abdominal e 50 com apendicite aguda, confirmado pelo estudo anatomopatológico. Houve predomínio na faixa etária de 6 à 7 anos, sendo a idade mínima de 1 ano e a máxima de 14 anos. O grupo era constituído de 64% de crianças do sexo masculino e 36% do sexo feminino.

O levantamento da temperatura na apendicite aguda foi realizado a partir dos prontuários médicos e a medida de temperatura nas crianças híidas e com as demais patologias foi realizado em Serviços de Pediatria.

Ap. Pedro

Foram utilizados termômetros comuns de mercúrio em vidro, os quais foram deixados em contato com a axila e reto simultaneamente por um período de 5 minutos, segundo normas técnicas padronizadas⁴. Para a tomada das temperaturas observou-se os seguintes cuidados: local tranquilo; Onde não houvesse variação importante da temperatura ambiente; antes de qualquer atendimento médico; Não incluindo na casuística, crianças que fizeram uso de antitérmicos em um período mínimo de 6 horas.

IV- RESULTADOS

A indicação mais frequente da tomada de temperatura axilar e retal, é nas crianças portadoras de dor abdominal e vômitos.

Das 150 crianças estudadas, 64% eram do sexo masculino e 36% do sexo feminino. A faixa etária predominante foi entre 6 e 7 anos.

Nos casos de apendicite aguda, 34% das crianças apresentaram diferencial axilo-retal de 1°C ou mais [Tabela I], enquanto que somente 8% das crianças híidas [Tabela II], e 8% das crianças com febre mas sem patologia abdominal [Tabela III], apresentaram tal diferencial.

No grupo das crianças híidas, 58% apresentaram a diferencial axilo-retal entre $0,5^{\circ}\text{C}$ e $0,9^{\circ}\text{C}$ [Tabela II].

Traqueobronquite, amigdalite e pneumonia, foram as patologias com febre que predominaram para comparação no presente estudo [Tabela IV].

TABELA I- Diferencial axilo-retal em crianças com Apendicite Aguda

DIFERENCIAL AXILO-RETAL °C	Nº DE CRIANÇAS	%
0,0 - 0,4	12	24
0,5 - 0,9	21	42
1,0 ou mais	17	34
TOTAL	50	100

FONTE: SAME HIJG, Florianópolis 1988

TABELA II- Diferencial axilo-retal em crianças híidas

DIFERENCIAL AXILO-RETAL °C	Nº DE CRIANÇAS	%
0,0 - 0,4	17	34
0,5 - 0,9	29	58
1,0 ou mais	4	8
TOTAL	50	100

FONTE: Serviços de Pediatria, Florianópolis 1988

TABELA III- Diferencial axilo-retal em crianças com febre mas sem patologia abdominal

DIFERENCIAL AXILO-RETAL °C	Nº DE CRIANÇAS	%
0,0 - 0,4	23	46
0,5 - 0,9	23	46
1,0 ou mais	4	8
TOTAL	50	100

FONTE: Serviços de Pediatria, Florianópolis 1988

TABELA IV - Patologias clínicas mais frequentes

PATOLOGIA	Nº DE CRIANÇAS	%
TRAQUEOBRONQUITE	11	22
AMIGDALITE	8	16
PNEUMONIA	8	16
OTITE MÉDIA AGUDA	5	10
IMPETÍGO	5	10
IVAS	4	8
OUTROS	9	18
TOTAL	50	100

FONTE: Serviços de Pediatria, Florianópolis 1988

V- DISCUSSÃO

Alguns autores^{6,7,8,9}, relatam na descrição clássica do quadro de apendicite aguda, que se deva valorizar a diferença de temperatura axilar e retal acima de 1°C .

Para uma avaliação prática de tal procedimento diagnóstico, foram estudados a diferencial axilo-retal em 50 crianças com o diagnóstico anatomopatológico de apendicite aguda, comparando com a mesma diferencial em 50 crianças híidas e 50 crianças com febre mas sem patologia abdominal.

Nas crianças híidas observou-se que em grande parte dos casos a temperatura retal é $0,5^{\circ}\text{C}$ à $0,9^{\circ}\text{C}$ maior que a temperatura axilar [Tabela II], confirmando dados da literatura consultada¹. Foi observado que 34% das crianças com apendicite aguda apresentaram uma diferencial axilo-retal de 1°C ou mais [Tabela I], em contraste com apenas 8% dos outros 2 grupos [Tabela II e III].

Como a diferença de 1°C ou mais no grupo de apendicite aguda não é predominante [34%], não deve ser valorizado como um sinal isolado e sim em conjunto com outros dados clínicos sugestivos para tal diagnóstico.

Não foi possível o uso de termômetro ideal para a medida da temperatura retal⁴, por não haver tal material disponível em nosso ~~serviço~~. Nenhum acidente foi registrado em nossas medições.

VI- CONCLUSÕES

- 1- A diferencial axilo-retal não deve ser valorizada como um dado isolado, mas sim associado com sinais e sintomas sugestivos para o diagnóstico de apendicite aguda.
- 2- Nas crianças com o diagnóstico de apendicite aguda, a diferencial axilo-retal de 1°C ou mais, ocorreu em $1/3$ dos casos.
- 3- Todas as crianças com dor abdominal e vômitos, devem ser submetidas a medida da temperatura axilar e retal.
- 4- Em crianças híidas e com febre mas sem patologia abdominal, não se justifica avaliar a diferencial axilo-retal.

VII- SUMMARY

The difference between the axillar temperature and the rectal temperature is a classical signal of the acute appendicitis.

The authors have studied this axillar-rectal differential among 50 children with diagnosis of acute appendicitis, in comparison to 50 healthy ones and 50 ones with fever but no abdominal pathology,

It has been noticed that 34% of the children with acute appendicitis presented axillar-rectal differential above 1°C , contrasting with only 8% of the other two groups.

It is a signal that must be considered in this diagnosis, but not alone.

There is no practical value in demonstrating this differential among children with no symptoms of acute appendicitis.

VII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros

- 1- COELHO, L.G.V., NEVES, V.M.A., MEDEIROS, J.L.- Febre. In: LOPES, M. & LAURENTYS, J., ed - Semeologia Médica, 2ªed, São Paulo, Livraria Ateneu, 1988. p.135-150.
- 2- ATKINS, A., STITT, J.T.- Febre. In: BLACKLOW, R.S.- MacBryde Sinais & Sintomas. 6ªed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A, 1988. p. 414-439.
- 3- KRUPP, M.A., SCHROEDER, S.A., TIERNEY, L.M.- Current Medical Diagnosis & Treatment. A. Lange Medical Book, 1087. p.4-5
- 4- HUGHES, W.T., BUESCHER, E.S.- Measurements Pediatric Procedures. 2ªed. Philadelphia London Toronto, 1980. p. 39-43.
- 5- DOWNTON, J.H., ANDREWS, K., PUXTTY, J, A.H.- 'Silent' Pyrexia In The Elderly. Age and Ageing. 16:41-43, 1987.
- 6- SILVA, A.L.- Apendicite Aguda. In: LOPES, M., ed- Emergências Médicas. 4ªed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. p.482-489.
- 7- BARATELLA, J.R.S.- Apendicite. In: MURAHOVSKI, J., ed.- Emergência em Pediatria. 4ªed. São Paulo, Sarvier, 1984. p.452-453.
- 8- ABRANTES, W.L.- Abdome Agudo: Noções Gerais. In: DAMI, R., CASTRO, L.P. ed.- Gastro Enterologia Clínica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, vol.2, 1981. p. 1169-1187.

- 9- MURAHOVSKI, J.- Pediatría: Diagnóstico + Tratamiento. 4ªed.
São Paulo, Sarvier, 1987. p. 485-486.

**TCC
UFSC
PE
0302**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0302

Autor: Gubert, Fernando G

Titulo: Valor da diferencial axilo-retal



972814295

Ac. 253923

Ex.1 UFSC BSCCSM