

91

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

9100

APENDICITE AGUDA
NO ADULTO

Autores: Júlio Cesar Cordeiro
Luis Cosentino

Doutorados da 12a. Fase de Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, Maio de 1986.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Nossa Gratidão ao Serviço de Arquivos Médicos (SAME) e ao Departamento de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Florianópolis.

S U M Á R I O

- I. RESUMO
- II. ABSTRATIC
- III. INTRODUÇÃO
- IV. CASUÍSTICA E MÉTODOS
- V. RESULTADOS
- VI. DISCUSSÃO
- VII. CONCLUSÃO
- VIII. BIBLIOGRAFIA

I. RESUMO

No presente trabalho foram analisados 69 prontuários de pacientes com Apendicite Aguda, no Hospital Universitário em Florianópolis, no período de Abril de 1983 até Abril de 1986.

Dos pacientes analisados, 52 eram do sexo masculino e 17 eram do sexo feminino. A idade variou de 14 a 60 anos.

Fizeram parte da análise dados de exame clínico, exames de laboratório, achados cirurgicos, complicações operatórias e pós-operatórias, antibióticos utilizados, entre outros.

II. ABSTRACT

In the presente work, we made a retrospective analysis based on 69 medical bulletins of patients with Acute Apendicitis, in the Hospital Universitário de Florianópolis, since april 1983 until april 1986.

Fifty-two patients were males and seventeen were females. The age varied of fourteen to sixty years.

The analisis includes the following informations : clinical examination, laboratory examination, surgery founds, operatory and pos-peratory complications, used antibiotics, etc.

III. INTRODUÇÃO

Na década de 1880, quando com Reginald Fitz na Filadélfia nasce a denominação Apendicite, e em 1889, com Charles Mc Burney em Nova York, nasce também a era Apendicectomia, esta patologia deixa de denominar-se Tifilite e Peritifilite (01), (03).

A Apendicite Aguda é a patologia abdominal mais frequente e uma das entidades nosológicas mais conhecidas. Ocupa lugar de destaque dentro das afecções de urgência. Desde o início do século até hoje se relata acentuada queda da mortalidade da Apendicite Aguda.

O diagnóstico precoce antes das 48 horas de evolução é de fundamental importância.

As formas inflamatórias agudas podem manifestar-se macroscopicamente com várias formas : a) catarral, b) flegmonosa, c) abcedada, d) gangrenosa, e, e) perfurada (04). Do ponto de vista histológico se classificam as Apendicites Agudas em : a) Serosa, b) Supurada, c) flegmonosa. O requisito histológico para classificar-se Apendicite Aguda é o infiltrado leucocitário polimorfonuclear na camada muscular do apêndice cecal (06).

Do ponto de vista clínico deve-se fazer diagnóstico diferencial com a) Linfadenite Mesentérica, b) Síndrome da dor inter-menstrual (Sind. de Mittelschmerz), c) Prenhes ectópica, d) Anexite Direita, e) Enterite Regional e f) Divertículo de Meckel, entre outros (11).

Destes pacientes analisou-se o diagnóstico inicial, a temperatura axilar e retal, vômitos, Blumberg, parada de eliminação de gases e fezes (P.E.G.F.), diarreia, outros dados positivos de exame físico, dados positivos de laboratório, características da dor, tempo de início da dor até internação, tempo de internação até cirurgia, achados cirúrgicos positivos, complicações pós-operatórios, antibióticos utilizados, drenagem, tempo de internação, tipo de incisão e técnica de fechamento.

Salientamos ainda que a Queixa Principal e primeiro sintoma em todos os pacientes foi " dor abdominal " e que não ocorreu nenhum óbito na nossa casuística.

Todos os casos foram confirmados pelo anátomo-patológico.

IV. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram estudados 69 pacientes com idade igual ou superior a 14 anos, internados no Hospital Universitário em Florianópolis, no período de Abril de 1983 a Abril de 1986, diagnosticados como Apendicite Aguda. 52 pacientes eram do sexo masculino e 17 pacientes do sexo feminino, variando as idades de 14 anos à 60 anos, sendo que 56 casos se encontravam entre 14 a 30 anos.

QUADRO Nº 01

| APENDICITE AGUDA (IDADE) | | | |
|----------------------------|----------|----------|----------|
| IDADE | Nº CASOS | IDADE | Nº CASOS |
| 14 anos | 04 | 40 | 01 |
| 15 anos | 03 | 41 | 01 |
| 16 anos | 02 | 46 | 01 |
| 17 anos | 01 | 47 | 01 |
| 18 anos | 07 | 52 | 01 |
| 19 anos | 04 | 56 | 01 |
| 20 anos | 03 | 60 | 02 |
| 21 anos | 01 | 64 | 01 |
| 22 anos | 04 | | |
| 23 anos | 03 | | |
| 24 anos | 04 | | |
| 25 anos | 06 | | |
| 26 anos | 03 | | |
| 28 anos | 05 | | |
| 29 anos | 02 | | |
| 30 anos | 04 | | |
| 33 anos | 02 | | |
| 35 anos | 01 | | |
| 36 anos | 01 | | |
| TOTAL DE CASOS | | 69 | |

H.U. Fpólis-SC.
ABR 83-ABR 86.

V. RESULTADOS

A análise prospectiva dos casos estudados, revelou os seguintes resultados :

O diagnóstico inicial, dado por ocasião da internação, isolado ou associado a outros diagnósticos, está demonstrado na Tabela II.

TABELA II

| DIAGNÓSTICO INICIAL | Nº CASOS | % |
|-------------------------------|----------|-------|
| A) Apendicite Aguda | 55 | 79,71 |
| B) Abdomen Agudo Inflamatório | 10 | 14,49 |
| C) Dor Abdominal a esclarecer | 03 | 4,34 |
| D) Sub-Oclusão Intestinal | 01 | 1,44 |

OBS.: O diagnóstico de sub-oclusão intestinal foi dado a um paciente com história de Ca de signóide com metaplasia para trígono vesical (Caso 27).

A temperatura axilar foi verificada em 64 casos e a temperatura retal em 35 casos. Destes casos 11 não possuíam os valores da temperatura, apesar de haver referência à presença de febre em 04 casos.

TABELA III

| TEMPERATURA AXILAR | Nº CASOS | % |
|------------------------------|-----------|------------|
| Até 37° C | 09 | 13,04 |
| 37,1° C a 38° C | 21 | 30,43 |
| Maior que 38° C | 23 | 33,33 |
| Sem referência a Temperatura | 05 | 7,24 |
| Com Febre, sem Graduação | 04 | 5,79 |
| Sem Febre, sem Graduação | 07 | 10,14 |
| TOTAL | 69 | 100 |

OBS.: A dissociação axilo-retal foi inferior há 1°C na maioria dos casos em que se mediu as temperaturas retais.

Os vômitos ocorreram em 41 casos o que dá uma porcentagem de 59,42%. A presença do sinal de Blumberg ocorreu em 55 casos, com uma porcentagem de 79,71%. Ocorreu parada de eliminação de gases e fezes em 24 casos (34,78%) e a diarréia em 09 casos (13,04%), conforme a Tabela IV.

TABELA IV

| SINTOMA / SINAL | | Nº CASOS | % |
|-----------------|----------------|----------|-------|
| V Ô M I T O S | Presença | 41 | 59,42 |
| | Ausência | 15 | 21,73 |
| | Sem Referência | 13 | 18,84 |
| B L U M B E R G | Presença | 55 | 79,71 |
| | Ausência | 06 | 8,69 |
| | Sem Referência | 08 | 11,59 |
| P. E. G. F. | Presença | 24 | 34,78 |
| | Ausência | 18 | 26,08 |
| | Sem Referência | 27 | 39,13 |
| D I A R R É I A | Presença | 09 | 13,04 |
| | Ausência | 30 | 43,47 |
| | Sem Referência | 30 | 43,47 |
| TOTAL | | 69 | 100 |

Verificou-se ainda presença de Plastrão em Fossa Iliaca Di-
reita, Abdomem em Tábua e presença de icterícia em 13 ca-
sos (18,84% dos 69 casos).

TABELA V

| SINAL/SINTOMA | Nº CASOS | % |
|--------------------|----------|-------|
| PLASTRÃO em F.I.D. | 08 | 11,59 |
| ABDOMEN EM TÁBUA | 04 | 5,79 |
| ICTERÍCIA | 01 | 1,44 |
| TOTAL | 13 | 18,84 |

OBS.: Em 01 caso foi realizado toque retal (caso 29),
que se mostrou incharacterístico. Em 01 caso ocor-
reu inicialmente diarréia e após 24 horas parada
de eliminação de gases e fezes (caso 21).

Dados positivos de Laboratório: - Analisou-se a contagem total de leucócitos, o Parcial de Urina e o Rx de Abdomen em pé e deitado.

TABELA VI

| CONTAGEM TOTAL DE LEUCÓCITOS | | |
|-------------------------------|-----------|------------|
| Nº LEUCÓCITOS/mm ³ | Nº CASOS | % |
| até 6.000 | 0 | 0 |
| 6.001 a 12.000 | 26 | 37,68 |
| 12.001 a 14.000 | 18 | 26,08 |
| 14.001 a 16.000 | 08 | 11,59 |
| mais de 16.000 | 15 | 21,73 |
| sem referência | 02 | 2,89 |
| TOTAL | 69 | 100 |

OBS.: 05 casos que apresentaram mais de 16.000 leucócitos portavam infecção urinária.

07 casos atribui-se reação leucocitária própria.

TABELA VII

| PARCIAL DE URINA | | |
|------------------|----------|-------|
| | Nº CASOS | % |
| NORMAL | 45 | 65,21 |
| COM INFECCÃO | 07 | 10,14 |
| SEM REFERÊNCIA | 17 | 24,63 |
| TOTAL | 69 | 100 |

OBS.: 05 casos que pontavam infecção urinária apresentavam mais que 16.000 leucócitos no Hemograma.

Os outros 02 casos situavam-se entre 12.000 e 14.000 leucócitos.

A presença de temperatura elevada (febre), teve relação direta com a peritonite (que podia estar localizada ou generalizada), assim como com a infecção urinária, ou seja todos os que tinham febre, tinham peritonite localizada ou difusa e/ou infecção urinária.

TABELA VIII

| RX DE ABDOMEN EM PÉ E DEITADO | | |
|---|----------|-------|
| SINAIS | Nº CASOS | % |
| Distensão de Alças + Níveis Hidro-Aéreos | 17 | 24,63 |
| Velamento F.I.D. | 05 | 7,24 |
| Alça Sentinela | 01 | 1,44 |
| Normal | 30 | 43,47 |
| Sem Informação | 16 | 23,18 |
| TOTAL | 69 | 100 |

OBS.: Salientamos apenas os itens mais diretamente relacionados com a patologia.

A dor foi avaliada conforme o seu início e a sua localização.

TABELA IX

| INÍCIO DA DOR | | |
|----------------|-------------|-------|
| INÍCIO | Nº DE CASOS | % |
| Peri-Umbilical | 21 | 30,43 |
| F.I.D. | 19 | 27,53 |
| Epigástrico | 16 | 23,18 |
| Hipogástrico | 05 | 7,24 |
| Sem Informação | 08 | 11,59 |
| TOTAL | 69 | 100 |

TABELA X

| LOCALIZAÇÃO DA DOR | | |
|--------------------|-------------|-------|
| LOCAL | Nº DE CASOS | % |
| F.I.D. | 37 | 53,62 |
| Difusa | 16 | 23,18 |
| Hipocôndrio | 05 | 7,24 |
| Sem Informação | 11 | 15,94 |
| TOTAL | 69 | 100 |

TABELA XI

| TIPO DA DOR | | |
|----------------|-------------|-------|
| TIPO | Nº DE CASOS | % |
| Cólica | 30 | 43,47 |
| Contínua | 29 | 42,02 |
| Sem Informação | 10 | 14,49 |
| TOTAL | 69 | 100 |

TABELA XII

| TEMPO DESDE O INÍCIO DA DOR ATÉ A INTERNAÇÃO | | |
|--|-------------|-------|
| TEMPO | Nº DE CASOS | % |
| Menos que 12 Horas | 14 | 20,28 |
| 24 Horas | 21 | 30,43 |
| 48 Horas | 14 | 20,28 |
| 03 Dias | 09 | 13,04 |
| 04 Dias | 01 | 1,44 |
| 05 Dias | 02 | 2,89 |
| 06 Dias | 0 | 0 |
| 07 Dias | 03 | 4,34 |
| 08 Dias | 01 | 1,44 |
| 15 Dias | 01 | 1,44 |
| 20 Dias | 01 | 1,44 |
| 27 Dias | 01 | 1,44 |
| Sem Informação | 01 | 1,44 |
| TOTAL | 69 | 100 |

Tempo desde a internação até a cirurgia : Todas as indicações cirúrgicas foram imediatas a partir do momento dos diagnósticos de abdome agudo cirúrgico (conforme Tabela II), com exceção de 07 casos que não tinham um diagnóstico plausível na admissão e que levaram 12 a 24 horas para estabelecê-lo.

TABELA XIII

| ACHADOS CIRÚRGICOS POSITIVOS | | |
|------------------------------|-----------|--------------|
| ACHADO | Nº CASOS | % |
| Grande quantidade de pus | 12 | 17,39 |
| Apêndice retro-cecal | 10 | 14,49 |
| Abcesso Apendicular | 06 | 8,69 |
| Presença de Fecalito | 04 | 5,79 |
| Hérnia Inguinal Bilateral | 01 | 1,44 |
| Úlcera Duodenal Perfurada | 01 | 1,44 |
| Cisto de Ovário | 01 | 1,44 |
| TOTAL | 35 | 50,72 |

OBS.: O caso que apresentou úlcera duodenal perfurada fez apendicite aguda irritativa.

TABELA XIV

| COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS | | |
|------------------------------|----------|------|
| COMPLICAÇÕES | Nº CASOS | % |
| Infecção de Parede | 03 | 4,34 |
| Abcesso Intra-Cavitário | 01 | 1,44 |
| Flebite em M.S.E. | 01 | 1,44 |
| TOTAL | 05 | 7,24 |

* A Flebite no M.S.E. ocorreu pela administração de penicilina cristalina na veia.

TABELA XV

| ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS | | |
|---------------------------------------|----------|-------|
| ATB | Nº CASOS | % |
| Cloranfenicol | 34 | 49,27 |
| Cloranfenicol + Cetalosporina | 08 | 11,59 |
| Cloranfenicol + Penicilina | 06 | 8,69 |
| Cloranfenicol + Garamicina | 05 | 7,24 |
| Ampicilina | 04 | 5,79 |
| Cetalosporina | 02 | 2,89 |
| Cloranfenicol + Netromicina | 01 | 1,44 |
| Despacilina | 01 | 1,44 |
| Cloranfenicol+Garamicina + Ampicilina | 01 | 1,44 |
| Garamicina + Cefalosporina | 01 | 1,44 |
| Flagil + Garamicina + Cefalosporina | 01 | 1,44 |
| Não usou | 02 | 2,89 |
| TOTAL | 69 | |

TABELA XVI

| DRENAGEM PÓS-OPERATÓRIO | | |
|-------------------------|----------|-------|
| DRENAGEM | Nº CASOS | % |
| Com Dreno | 45 | 65,21 |
| Sem Dreno | 04 | 5,79 |
| Sem Referência | 20 | 28,98 |
| TOTAL | 69 | 100 |

TABELA XVII

| TEMPO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
|--------------------------------|----------|
| DIAS | Nº CASOS |
| 02 | 02 |
| 03 | 04 |
| 04 | 06 |
| 05 | 14 |
| 06 | 12 |
| 07 | 11 |
| 08 | 04 |
| 09 | 01 |
| 10 | 02 |
| 11 | 01 |
| 12 | 03 |
| 14 | 02 |
| 15 | 01 |
| 18 | 01 |
| 20 | 02 |
| 21 | 01 |
| 27 | 02 |
| TOTAL | 69 |

H.U.-Fpólis-SC.
ABR.83 - ABR.86.

TABELA XVIII

| TIPO DE INCISÃO | | |
|--|----------|-------|
| INCISÃO | Nº CASOS | % |
| Pararretal interna direita infra-umbilical | 24 | 34,78 |
| (Mac Burney) | 17 | 24,63 |
| X Paramediana Pararretal externa infra-umbilical | 09 | 13,04 |
| Mediana Infra-Umbilical | 06 | 8,69 |
| X Pararretal supra e Infra-Umbilical | 02 | |
| Mediana supra e Infra-Umbilical | 01 | 1,44 |
| Transversal infra- Umbilical parcial (Pfannestiel) | 01 | 1,44 |
| Sem Referência | 21 | 30,43 |
| TOTAL | 69 | 100 |

TÉCNICA DE FECHAMENTO

Todas as suturas foram feitas respeitando-se os planos anatômicos, sendo que uma variedade de fios foi utilizada. Os fios absorvíveis, (principalmente o catecut cromado 0 e 00), foram os mais utilizados para o peritônio. Para a aponeurose foram usados tanto os fios absorvíveis quanto os inabsorvíveis e para a pele deu-se preferência ao mononylon 3 (0) e 4 (0).

Nas técnicas em que se incisou o reto, usou-se o catecut simples 2 (0) e 3 (0) e na bolsa de invaginação foi utilizado principalmente o linho.

Destacamos a grande incidência de rejeição ao linhos, segundo outros trabalhos e experiência própria.

VI. DISCUSSÃO

Cada dia é maior o número de pacientes que chega a um serviço de urgência com sintomas e sinais de Apendicite Aguda (11). Sua apresentação é muito variável, fato que a coloca na maioria dos diagnósticos diferenciais de abdomen agudo inflamatório. Podem fazer parte do quadro de Apendicite Aguda a dor abdominal, (sempre presente e primeiro sintoma), náuseas e vômitos, parada de eliminação de gases e fezes ou diarréia, (menos comumente), elevação da temperatura corporal, sinal de Blumberg e Rousing, sinais de peritonite, etc...

A Apendicite Aguda é rara antes dos 02 anos de idade, (05), e a maior frequência de casos jovens no Brasil em comparação aos países da Europa, por exemplo, justifica-se pela diferença das pirâmides etárias destes mesmos países.

A Apendicite Aguda é a mais comum das emergências cirúrgicas abdominais e sua mortalidade diminuiu da maneira impressionante desde o início deste século com os avanços das técnicas diagnósticas, cirúrgicas e dos antibióticos (08).

O requisito histológico para o diagnóstico de Apendicite Aguda é a infiltração da camada muscular do Apêndice por leucócitos polimorfonucleares, e é dividida em Apendicite Aguda Serosa, Supurada e Flegmonosa, (06). Macroscopicamente dividimos a Apendicite Aguda em Catarral, Flegmonosa, Abcedada, Gangrenosa e Perfurada, (04).

As neoplasias que mais frequentemente se apõem sobre o apêndice são o carcinoma e o mucocele, (04,01).

A via de acesso dos germes relacionados a Apendi

cite Aguda, (E. Coli e Enterococos principalmente), ainda não está bem elucidada. A obstrução apendicular é um fator importante, assim como a parasitose intestinal (01, 03, 06, 09).

Em nosso levantamento, nos 69 casos de Apendicite Aguda operados no Hospital Universitário de Florianópolis, constatamos que : O diagnóstico inicial, dado por ocasião da admissão, isolado ou associado a outros diagnósticos , foi de 79,71% para Apendicite Aguda, sendo que o restante ficou em abdomen inflamatório, dor abdominal a esclarecer e sub-oclusão intestinal (01 caso).

A temperatura axilar esteve em torno de 38,0°C e níveis mais altos sugeriram infecção urinária e/ou peritonite localizada ou difusa.

Vômitos ocorreram em 59,42% dos casos, sinal de Blumberg em 79,71% dos casos, parada de eliminação de gases e fezes em 34,78% dos casos e diarreia em 13,04% dos casos. Ressaltamos que cerca de 25% dos casos não faziam referência a esses dados. Com exceção a diarreia, que é rara, (05), concordamos com a literatura nos demais itens.

A grande maioria dos pacientes (95%) se queixam primeiro de dor abdominal peri-umbilical ou epigástrica e que se localiza em F.I.D.. Temos que o início da dor foi peri-umbilical em 30,43% dos casos, em F.I.D. em 27,53% dos casos e epigástricas em 23,18 dos casos.

A dor localizou-se na maioria das vezes em F.I.D., (53,62%), e difusa (23,18%).

A maioria dos nossos casos chega ao Hospital entre 12 e 48 horas depois de iniciado o primeiro sintoma, o que concorda com a literatura (05).

A dor caracterizou-se por cólica em 43,47% dos casos e como dor contínua em 42,02%.

Verificou-se ainda a presença de plastrão em F.I.D., abdomen em tábua e icterícia em 13 pacientes, (18,84% dos casos).

Em 01 caso foi realizado o toque retal, (caso nº 29), que se mostrou incharacterístico.

Em 65% dos casos a leucocitose não foi superior a 14.000 leucócitos/mm³, no que concordamos com a literatura. 37,68% dos casos situavam-se entre 6.000 e 12.000 leucócitos/mm³.

O parcial de Urina revelou infecção em 10,14% dos casos e o RX de Abdomen em pé e deitado mostrou alteração compatível com a Apendicite Aguda em torno de 35% dos casos.

A indicação cirúrgica foi imediata para todos os casos em que se estabeleceu diagnóstico de Apendicite Aguda ou qualquer outro abdomen agudo cirúrgico.

Os principais achados cirúrgicos positivos foram grande quantidade de pus na cavidade, (17,39%), Apêndice retro-cecal, (14,49%), e, abscesso apendicular em 8,69% dos casos. Em 01 paciente a Apendicite Aguda deu-se por irritação devido a uma úlcera duodenal perfurada.

Complicações pós-operatórias ocorreram em 7,24% dos casos e foram infecção de parede (03 casos), abscesso intra-cavitário, (01 caso), e flebite em M.S.E. pela administração de penicilina cristalina (01 caso).

O principal antibiótico pós-operatório utilizado foi o Cloranfenicol, (49,27%), seguido da associação com ceralosporinas, (11,59%), com penicilina, (8,69%), com Garamicina, (8,69%), ou somente a Ampicilina, (5,79%).

A drenagem da cavidade foi efetuada em 45 pacientes, (65,21%), e em 20 casos não houve referência a drenos, (28,98%).

O tipo de incisão laparotômica foi muito diversificado, dando-se preferência à incisão pararretal interna direita infra-umbilical, (34,78%), seguindo-se a incisão de Mac Burney, (24,63%), paramediana pararretal externa infra-umbilical ou Jalaguier, (13,04%), entre outras.

O tempo de internação Hospitalar esteve em torno de 05 dias para a maioria dos casos, e variou de 02 a 27 dias.

VII. CONCLUSÃO

Através do levantamento dos dados sobre Apendicite Aguda podemos concluir que :

A) A Apendicite Aguda ocorre principalmente na 2a. e 3a. década da vida.

B) Existe uma preferência pelo sexo masculino.

C) O diagnóstico é clínico e seu índice de acerto foi em torno de 80%.

D) A temperatura axilar normalmente se encontra entre 37,0 a 38,5°C.

E) O sinal de Blumberg é o achado mais constante em Apendicite Aguda, refletindo a presença de peritonite e os vômitos, (ou náuseas somente), o principal sintoma depois da dor abdominal, que aparece em 100% dos casos.

F) A dor abdominal é o primeiro sintoma de Apendicite Aguda. Seu início é normalmente peri-umbilical e sua localização posterior em F.I.D. a mais comum. A dor é do tipo cólica ou contínua na quase totalidade dos casos.

G) Os leucócitos se encontram entre 6.000 a 14.000/
mm³.

H) O principal achado radiológico é a distensão de alças somadas aos níveis hidro-aéreos.

I) A consulta ao médico ocorre normalmente até 48 horas após o início da dor (70% dos casos).

J) O apêndice retro-cecal ocorre em torno de 15% dos casos.

L) O principal antibiótico utilizado é o cloranfenicol isolado, (50% dos casos), ou associado, (30% dos casos).

M) 65% dos casos usam drenagem pós-operatória.

N) O principal tipo de incisão é a laparotomia pararretal interna direita infra-umbilical, (35% dos casos), seguida da incisão de Mac Burney em 25% dos casos.

O) Todas as suturas foram feitas respeitando-se os planos.

VIII. BIBLIOGRAFIA

01. ALBANESE, A.R. - El Apendice, La Apendicitis y la Apendicectomia. Editorial Lopez. Buenos Aires, 1977.
02. MONTGOMERY DEEVER, M. & MARTIN, A.G. - Appendicitis . F.A. Davis . Company. Publisher. Phildephia, 1961.
03. BUSTOS, F.M. - Apendicitis Crônica. Editorial. El Ateneo. Buenos Aires, 1940.
04. GOFFI, F.S. - Técnica Cirúrgica, Pag. 739. Livraria Atheneu. Brasil, 1980.
05. CECIL, R.S. & LDEB, R.F. - Tratado de Medicina Interna. Pag. 1.516-1.521. Editorial Interamericana . Buenos Aires, 1977.
06. ROBBINS, S.L. - Patologia. Pag.882-885. Editorial Guanabara. Brasil, 1967.
07. CHRISTMANN, F.E. - Clínica Quirúrgica. Pag. 226. Editorial.El ateneo. Buenos Aires, 1968.
08. ENGELBERG, P.E. & D'ANDRETTA, V.P. - Apendicite Aguda: Quadro Histopatológico, Alguns aspectos do diagnóstico e complicações. Rev Ass Med Brasil. Vol. 26 nº 8. Agosto, 1980.
09. PINHEIRO, R.M. & ANTUNES B.E. - Artigo "Litíase Apendicular". Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol. 9, nº 2. Brasil, Junho, 1980.
10. RAJAB, I. & BRITO, J.A. - Artigo. Estudo prospectivo na apendicite aguda, drenado ou não a cavidade peritoneal após a apendicectomia. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol. XI, nº 5. Setembro/outubro de 1984.

11. URRUTIA, B.O. & ARENAS, H. - Analisis de 40 casos de apendicitis aguda. Revista Médica del IMSS. Vol. 18. Num 3. México, 1979.
12. SILVA SÁ, J.R.G. & DA CUNHA, C.R.- Artigo. Erros no diagnóstico da apendicite aguda. Revista de 50 casos. A Folha Médica. Vol. 79, nº 3. Brasil, setembro, 1979.
13. MURRAY, A. & MADIGAN, M.R. - The leucocyte count and histological appearance in acute appendicitis. Buherworth & Co (Publishers) Ltd. 1984.
14. RAWLINSON, B.M. & HUGHES, R.G. - Acute Suppurative Appendicitis. From the Bristol Royal Infirmary . England, December, 1984.
15. PELTOKALLIO, P. & TYKKA, H. - Evolution of the Age Distribution and mortality of acute appendicitis. Arch Surg. Vol. 116. Finland, Feb. 1981.
16. SILBERMAN, V.A.- Appendectomy in a large metropolitan Hospital. Retrospective Analysis of 1.013 casos . The american journal of surgery . vol. 142. California, november 1981.
17. GRUNDITZ, T. & RYDEN, I.C. - Does the retrocecal position influence the course of acute appendicitis. Acta chir scand. 149. 1983.
18. MARCHAND, A. & VAN LENTE, F. - The assessment of laboratory test in the diagnosis of acute appendicitis. American society of clinical pathologists New Jersey. 1983.
19. JESS, P. & BJERREGAARD, B. - Acute appendicitis, prospective trial concerning diagnostic accuracy and complications. The american journal of surgery ,

vol. 141, february, 1981.

20. ONUIGBO, W. I. B. - Acute appendicitis in Nigerian Egbos. - Review of 182 cases. American Journal of proctology, gastroenterology & colon recial surgery. 1976.
21. ARNBJÖRNSSON, E. & BENGMARK, S. - Obstruction of the appendix lumen in relation to pathogenesis of acute appendicitis. Acta chir scand 149. 1983.
22. MCLELLAN, D.R. - Viscid faecal masses and acute appendicitis. Br. J. Surg. Vol. 68 . 1981.
23. FEDYSHIN, P. & KELVIN. M.F. - Nonspecificity of barium enema findings in acute appendicitis. American Roentgen Ray Society, 1984.

TCC
UFSC
CC
0091

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0091

Autor: Cordeiro, Júlio Ce

Título: Apendicite aguda no adulto..



972816071

Ac. 252925

Ex.1 UFSC BSCCSM