

30 de Agosto a 2 de Setembro de 2021

## **ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO: APENDICITE AGUDA NA CRIANÇA**

Congresso Brasileiro Digital de Atualização em Pediatria, 1ª edição, de 30/08/2021 a 02/09/2021  
ISBN dos Anais: 978-65-89908-93-7

**MARTINS; Orhana Maria Campelo <sup>1</sup>, LOURENÇO; Bruna Leite <sup>2</sup>, NOBREGA; Clara <sup>3</sup>, COSTA; Rayane Mendonça da <sup>4</sup>**

### **RESUMO**

A dor abdominal é uma queixa comum no ambulatório pediátrico e pode ser apresentada por diversas patologias cirúrgicas e não cirúrgicas. A principal causa de emergência cirúrgica pediátrica dentro da temática do abdome agudo é a apendicite. O objetivo do estudo é analisar as características clínicas de crianças com suspeita de apendicite aguda, bem como a gravidade dessa condição e suas condutas e intervenções. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura integrativa através de artigos originais e revisões extraídas das bases de dados LILACS, SciELO e PUBMED, incluindo publicações entre 2017 e 2021, em português e inglês, com conteúdo disponível na íntegra. A patogênese da apendicite é multifatorial e não está completamente explicada. A apendicite aguda costuma se apresentar com dor abdominal periumbilical, seguida de náusea e vômitos, com migração da dor para fossa ilíaca direita, em associação à febre e anorexia. Durante exame físico, o local de maior sensibilidade para apendicite pode ser determinado traçando-se uma linha imaginária entre a espinha ilíaca ântero-superior direita e a cicatriz umbilical, sendo esse ponto de encontro denominado como ponto de McBurney. Ademais, a presença de dor à descompressão brusca deste local é o sinal do exame físico mais importante na suspeita de apendicite, conhecido como sinal de Blumberg. Outras manobras do exame físico podem indicar essa patologia, como o sinal de Rovsing (palpação da fossa ilíaca esquerda com dor referida em fossa ilíaca direita), sinal do obturador (dor com flexão e rotação interna do quadril direito) e o sinal do iliopsoas (dor com hiperextensão posterior da perna direita), tais manobras propedêuticas por vezes são difíceis de ser realizadas em crianças. O paciente ainda pode apresentar outros sinais inespecíficos como distensão abdominal, letargia e desidratação, que devem ser levados em consideração, principalmente nos pacientes com queixa de dor abdominal sem um diagnóstico definido. A solicitação de exames complementares, como ultrassonografia do abdome total e hemograma pode ser realizada, a fim de evitar falhas e erros diagnósticos. Com isso, assim que confirmado o diagnóstico de apendicite aguda, deve-se avaliar a integridade do apêndice cecal e da cavidade abdominal, pois essa avaliação é baseada nos achados clínicos e define a conduta a ser seguida. Ademais, é sabido que todos os pacientes com diagnóstico firmado, devem receber reposição volêmica, antibioticoterapia direcionada e analgesia, tendo em vista ainda que o tratamento padrão no Brasil é a apendicectomia. Ainda, é importante ressaltar a relevância de observar os sinais e sintomas, para que o diagnóstico seja realizado

<sup>1</sup> Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPE, orhanamartins@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPE, brunallourenco@outlook.com

<sup>3</sup> Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPE, nobregaclara@gmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica de Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE, rayanemdc64@gmail.com

precocemente e em momento oportuno, de modo que diminua a probabilidade de complicações ou que evite um prognóstico mais complexo ao paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Abdome agudo, Apendicite, Cirurgia pediátrica, Dor abdominal, Pediatria