

---

## ARTIGO ORIGINAIS

---

# *Abdome agudo na criança: 226 casos estudados no Hospital Universitário pequeno anjo, em Itajaí / SC*

Juliano Martini<sup>1</sup>, Kelson Rudy Ferrarini<sup>1</sup>, Marcel do Nascimento Martins<sup>1</sup>, Pablo Manozzo Trevisol<sup>1</sup>, Rafael Hoenisch Peixoto<sup>1</sup>, José Allfonso Monestel Montoya<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução:** O abdome agudo consta de distúrbios subjetivos e de sinais objetivos cuja ocorrência não permite muitas vezes estabelecer um diagnóstico. As dificuldades em relação a um exame clínico que permita diagnóstico de certeza e a necessidade de intervenção com urgência constituem aspectos que demonstram a complexidade desta patologia.

**Objetivo:** Correlacionar as variáveis: sexo, idade, síndrome do abdome agudo e etiologias da síndrome.

**Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo de 226 prontuários, no período de 01.01.2002 a 31.12.2004, no Hospital Universitário Pequeno Anjo, em Itajaí, SC.

**Resultados:** O sexo mais acometido foi o masculino, com 68,6%; a idade mais acometida foi a da criança maior, com 86,3%; a síndrome inflamatória, com 73,5% acompanhada respectivamente pelas síndromes obstrutiva, hemorrágica e perfurativa.

**Conclusão:** A síndrome inflamatória e a apendicite aguda foram respectivamente a síndrome e a etiologia mais freqüentes do abdome agudo; a síndrome obstrutiva apresentou o maior número de etiologias e foi a síndrome mais freqüente até o primeiro ano de vida.

**Descritores:** 1. criança,  
2. abdome agudo,  
3. cirurgia pediátrica.

### Abstract:

**Introduction:** The acute abdomen is composed by subject and object signs that occurrence do not allows to establish a diagnosis. The difficulties in relation a clinic exam that permit a certain diagnosis and the necessity of intervention with urgency, constitutes aspects that show the complexity of this pathology.

**Purpose:** To correlate the variables: sex, age, abdomen acute syndrome and the etiologies of the syndrome.

**Methods:** A descriptive prospective study of 226 medical records was realized during January first, 2002 to December 31, 2004 at the "Pequeno Anjo" University Hospital, Itajaí (SC).

**Results:** Masculine sex was more common with 68,6%; the bigger children was the age with more cases 86,3%; the inflammatory syndrome with 73,5%, follow respectively for: obstructive, hemorrhagic and perforative.

**Conclusion:** Inflammatory syndrome and acute apendicitis were respectively the syndrome and the etiology more frequent of acute abdomen; the obstructive syndrome had the most number of etiologies and was the frequently syndrome until the first year old.

**Keywords:** 1. child,  
2. acute abdomen,  
3. pediatric surgery

### Introdução

A expressão "Abdome Agudo" significa um quadro clínico de etiologias diferentes apresentando um elo comum que une todas estas afecções e que admite a cirurgia como meio terapêutico<sup>1</sup>. Existem várias maneiras de se definir abdome agudo. Na maioria das doenças abdominais agudas, a dor é a principal queixa, além de ser o sintoma mais

---

1. Acadêmicos 12º período da faculdade de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

2. Cirurgião Pediátrico – Professor da UNIVALI, Cirurgia Pediátrica do Hospital Pequeno Anjo-Itajaí/SC

importante. Conclui-se, então, que o quadro é constituído basicamente por dor abdominal de grande intensidade, que na maioria das vezes requer solução urgente<sup>2</sup>.

O abdome agudo é dividido em 4 síndromes. A síndrome obstrutiva ocorre quando existe uma impossibilidade do trânsito do conteúdo intestinal pelo tubo digestivo<sup>1</sup>. A síndrome inflamatória é caracterizada pela instalação de processo infeccioso agudo em víscera abdominal<sup>3</sup>. Síndrome hemorrágica é conseqüência da irritação peritoneal devido à presença de sangue livre na cavidade abdominal<sup>4</sup>. A síndrome perfurativa é caracterizada pela ruptura ou perfuração de uma víscera oca intra-abdominal com extravasamento de suco gástrico, conteúdo intestinal ou bile na cavidade abdominal, levando à irritação do peritônio<sup>4</sup>.

O presente estudo tem objetivo de correlacionar as variáveis: sexo, idade, síndrome do abdome agudo e etiologias da síndrome no Hospital Universitário Pequeno Anjo, em Itajaí-SC.

### Métodos

Este é um estudo observacional descritivo retrospectivo em 226 prontuários do Hospital Universitário Pequeno Anjo, no período de 1º (primeiro) de janeiro do ano de 2002 até 31 (trinta e um) de dezembro do ano de 2004, submetidos à cirurgia, cujo diagnóstico fora somente de abdome agudo.

Os dados foram coletados primeiramente através do arquivo de relação de cirurgias do centro cirúrgico pediátrico do Hospital Universitário Pequeno Anjo. Após selecionados os casos de abdome agudo cirúrgico, foram analisados os prontuários referentes a esses pacientes.

As variáveis utilizadas foram: sexo, idade, tipo de síndrome do abdome agudo e etiologias de cada síndrome.

Quanto à idade, foram distribuídos desta maneira, de acordo com Marcondes et al. (2002)<sup>5</sup> em:

- Recém-nascidos: crianças de 0-28 dias de vida.
- Lactentes: crianças de 29 dias a 1 ano de vida, exclusive.
- Criança maior: criança de 1 a 15 anos de vida, exclusive.

Quanto ao quadro sindrômico, classificou-se o abdome agudo de acordo com os critérios estabelecidos por Curti (1972)<sup>1</sup>:

- Síndrome Obstrutiva: determinada pela parada do trânsito gastrointestinal.
- Síndrome Inflamatória: caracterizada pela instalação de processo inflamatório em víscera abdominal.

- Síndrome Hemorrágica: desencadeada pela ruptura traumática de víscera abdominal.
- Síndrome Perfurativa: produzida por ulceração aguda perfurada ou ruptura gastrointestinal traumática.

Os dados foram digitados no gerenciador de banco de dados EPI INFO e posteriormente foram analisados no software EPIDATA 3.0, buscando-se correlacionar as variáveis.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIVALI, através do parecer nº396/2004.

### Resultados

**Tabela 1** - Frequência de abdome agudo em crianças do Hospital Universitário Pequeno Anjo em relação ao sexo.

sexo	casos (n)	porcentagem (%)
Masculino	155	68,6
Feminino	71	31,4
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2** - Frequência de abdome agudo em crianças do Hospital Universitário Pequeno Anjo em relação à idade.

idade	casos (n)	porcentagem (%)
Recém-nascidos	11	4,9
Lactentes	20	8,8
Criança maior	195	86,3
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 3** - Frequência de abdome agudo em crianças do Hospital Universitário Pequeno Anjo em relação à Síndrome.

síndrome	casos (n)	porcentagem (%)
Obstrutivo	51	22,6
Inflamatório	166	73,5
Hemorrágico	8	3,5
Perfurativo	1	0,4
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 4** - Frequência de abdome agudo por sexo por síndrome em crianças no Hospital Universitário Pequeno Anjo.

Síndrome	Inflamatório	Obstrutivo	Hemorrágico	Perfurativo
Sexo				
Masculino	112 (49,56%)	39 (17,26%)	4 (1,77%)	0 (0,0%)
Feminino	54 (23,89%)	12 (5,31%)	4 (1,77%)	1 (0,44%)

**Tabela 5** - Frequência de abdome agudo por idade por síndrome em crianças no Hospital Universitário Pequeno Anjo.

Síndrome	Inflamatório	Obstrutivo	Hemorrágico	Perfurativo	Total
Idade					
Recém-nascidos	0 (0,0%)	10 (90,90%)	1 (9,10%)	0 (0,0%)	11 (100%)
Lactente	1 (5,0%)	19 (95%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (100%)
Criança maior	165 (84,61%)	22 (11,29%)	7 (3,58%)	1 (0,52%)	195 (100%)

**Tabela 6** - Síndrome Obstrutiva - Frequência de abdome agudo por síndrome por idade em crianças no Hospital Universitário Pequeno Anjo.

Idade	Recém-nascido	Lactente	Criança maior	Total
Etiologia				
Aderências	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (11,76%)	6 (11,76%)
Anomalia anorretal	0 (0,0%)	4 (7,84%)	4 (7,84%)	8 (15,69%)
Atresia de cólon	1 (1,96%)	1 (1,96%)	0 (0,0%)	2 (3,92%)
Atresia de íleo	5 (9,8%)	2 (3,92%)	0 (0,0%)	7 (13,73%)
Atresia de jejuno	1 (1,96%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,96%)
Bridas congênicas	0 (0,0%)	1 (1,96%)	1 (1,96%)	2 (3,92%)
Bridas intestinais	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,96%)	1 (1,96%)
Estenose pilórica	0 (0,0%)	3 (5,88%)	0 (0,0%)	3 (5,88%)
Fecaloma	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,96%)	1 (1,96%)
Hérnia inguinal encarcerada	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,96%)	1 (1,96%)
Íleo meconial	3 (5,88%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (5,88%)
Invaginação intestinal	0 (0,0%)	7 (13,73%)	4 (7,84%)	11 (21,57%)
Persist. do cond. onfalomesentérico	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,96%)	1 (1,96%)
Tumor intestinal	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,96%)	1 (1,96%)
Volvo	0 (0,0%)	1 (1,96%)	2 (3,92%)	3 (5,88%)
<b>Total</b>	<b>10(19,61%)</b>	<b>19(37,25%)</b>	<b>22(43,14%)</b>	<b>51(100,0%)</b>

**Tabela 7** - Síndrome Inflamatória - Frequência de abdome agudo por síndrome por idade em crianças no Hospital Universitário Pequeno Anjo.

idade	Recém-nascido	Lactente	Criança maior
etiologia			
Apendicite	0 (0,0%)	0 (0,0%)	161 (96,99%)
Peritonite primária	0 (0,0%)	1 (0,6%)	3 (1,81%)
Torção de ovário	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,60%)
<b>Total</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>1 (0,60%)</b>	<b>165 (99,40%)</b>

**Tabela 8** - Síndrome Hemorrágica – Frequência de abdome agudo por síndrome por idade em crianças no Hospital Universitário Pequeno Anjo.

idade	Recém-nascido	Lactente	Criança maior
etiologia			
Ruptura de baço	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (37,50%)
Ruptura de fígado	1 (12,50%)	0 (0,0%)	1 (12,50%)
Ruptura de rim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (37,50%)
<b>Total</b>	<b>1 (12,50%)</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>7 (87,50%)</b>

**Tabela 9** - Síndrome Perfurativa – Frequência de abdome agudo por síndrome por idade em crianças no Hospital Universitário Pequeno Anjo.

idade	Recém-nascido	Lactente	Criança maior
etiologia			
Desconhecida	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)

## Discussão

Não há relatos nas literaturas pesquisadas mostrando a frequência dos casos de abdome agudo em relação ao sexo. Em nossa amostra houve maior frequência do sexo masculino, conforme análise da tabela 1.

Uma possível explicação para essa diferença provavelmente se deva ao número de pacientes estudados e/ou tempo de estudo.

Na tabela observa-se uma frequência de 86,3% de casos de abdome agudo na criança maior, 8,8% no lactente e 4,9% no recém-nascido, o que vem ao encontro dos estudos de Capella et al<sup>3</sup>, em 1994, que mostraram resultados semelhantes, com 78,11% dos casos na criança maior, 12,50% nos lactentes e 9,38% nos recém-nascidos.

Em 1994, Capella et al<sup>3</sup> mostraram, em um estudo de 8 anos, elevada incidência da síndrome inflamatória (68,25%) em relação à síndrome obstrutiva (24,88%), síndrome perfurativa (3,52%) e síndrome hemorrágica (3,33%). Em relação às síndromes estudadas, na tabela 3, a síndrome inflamatória foi a mais frequente com 73,5% dos casos, seguida pela síndrome obstrutiva com 22,6%, hemorrágica com 3,5% e por último a síndrome perfurativa com 0,4%. A alternância das posições entre as síndromes perfurativa e hemorrágica em nosso estudo em relação ao estudo de Capella et al<sup>3</sup>, em 1994, provavelmente se deve ao único caso de abdome agudo perfurativo encontrado em nossa casuística.

Através da análise da tabela 4 verificamos predomínio do sexo masculino na síndrome inflamatória. Isto se deve provavelmente por sua etiologia mais frequente ser a apendicite aguda e esta acometer mais o sexo masculino, conforme verificaram Behrman et al<sup>6</sup>, em 2002. D'Acampora et al<sup>7</sup>, em 1993, em estudo de 149 casos de apendicite aguda, evidenciaram predomínio do sexo masculino com 64,9%, em relação ao sexo feminino, com 35,1%.

A síndrome obstrutiva também foi mais frequente no sexo masculino, provavelmente devido a sua principal etiologia ser a invaginação intestinal e esta acometer com maior frequência o sexo masculino. De acordo com Pi-

nus et al.<sup>8</sup>, em 1997, a predominância do sexo masculino tem sido referida em toda a literatura. Também de acordo com Behrman et al.<sup>6</sup>, em 2002, ocorre predomínio do sexo masculino com razão de 4:1.

Nas síndromes hemorrágica e perforativa não houve a predominância de um determinado sexo. Isto se deve, provavelmente, ao pequeno número de casos encontrados em ambas as síndromes. Também não há dados em nossa literatura consultada no que diz respeito ao predomínio em relação ao sexo nestas duas síndromes.

Na observação da tabela 5 notou-se que a idade correspondente à criança maior obteve número maior de casos em relação à síndrome inflamatória, com 84,61%; dados semelhantes às pesquisas de Capella et al.<sup>3</sup>, em 1994, mostrando que 86,18% dos casos da síndrome inflamatória acometeram a faixa etária da criança maior.

Na faixa etária de recém-nascidos não tivemos casos de apendicite aguda, por se tratar de rara etiologia, conforme relato de caso de apendicite em recém-nascido realizado por Barbosa et al.<sup>9</sup>, em 2000, que afirmam ser uma doença rara, de difícil diagnóstico e de não relatos na literatura.

De acordo com as pesquisas de Capella et al.<sup>3</sup>, em 1994, dos 424 (24,88%) casos de abdome agudo por causa obstrutiva, 99 (7,44%) casos se incidiram na criança maior, isto vem ao encontro com nossa pesquisa, onde dos 51 (22,57%) casos de abdome agudo do tipo obstrutivo, 22 (9,73%) casos acometeram a criança maior.

Afirmam ainda Capella et al.<sup>3</sup>, em 1994, que dos 373 casos operados no primeiro ano de vida, 325 (87,13%) foram causados por síndrome obstrutiva, e dos 160 casos operados como recém-nascidos, 142 (88,75%) foram determinados pela síndrome obstrutiva. Estes dados vêm ao encontro com os verificados na tabela 5, onde nos recém-nascidos, dos 11 casos de abdome agudo nesta faixa etária, 10 casos, ou seja, cerca de 90,90% pertencem à síndrome obstrutiva. No lactente, dos 20 casos de abdome agudo, 19 casos, ou seja, 95% pertencem à síndrome obstrutiva.

Na análise de Capella et al.<sup>3</sup>, em 1994, entre os lactentes houve predomínio das invaginações intestinais (27,44%), enquanto que as aderências predominaram na faixa de criança maior (12,80%). Em nosso estudo observam-se dados semelhantes, conforme visto na tabela 6, em que na faixa etária dos lactentes houve predomínio das invaginações intestinais com 13,73%; na criança maior, as aderências predominaram com 11,76%.

No grupo dos recém-nascidos, nossos resultados mostraram elevada frequência de atresia de íleo na sín-

drome obstrutiva. Já Capella et al.<sup>3</sup>, em 1994, mostraram elevada incidência nos recém-nascidos de estenose hipertrófica do piloro na síndrome obstrutiva. Tais dados divergem, provavelmente, pela não divisão, em nosso trabalho, da síndrome obstrutiva em etiologias congênitas e adquiridas.

Entre as etiologias na síndrome obstrutiva, a invaginação intestinal, independente da faixa etária, foi a mais freqüente com 21,57% dos casos, corroborando com Capella et al.<sup>3</sup>, em 1994, onde, dentre as etiologias adquiridas na síndrome obstrutiva, a invaginação intestinal foi a mais prevalente, com 34,15%.

Na tabela 7 verificamos predomínio da apendicite aguda com 161 (96,99%) casos dentro da síndrome inflamatória. Todos os casos de apendicite operados estavam na faixa etária correspondente à criança maior. Os demais casos operados com o diagnóstico de síndrome inflamatória somaram 5 (3,01%) casos, com peritonite com 4 casos e torção de ovário com apenas 1 caso. Estes dados se assemelham com estudos de Capella et al.<sup>3</sup> (1994), onde a apendicite aguda foi a etiologia que se sobressaiu sobre as demais e que dentre as faixas etárias ocorreu predomínio nítido em criança maior, com 94,75% dos casos; em crianças até o primeiro ano de vida a apendicite aguda foi grave, mas felizmente rara, e neste estudo observou-se apenas 0,6%. Referem Capella et al.<sup>3</sup> (1994), que além da apendicite, as demais etiologias observadas nos casos operados somaram em conjunto 54 (4,64%) casos, sendo as principais: peritonite primária, abscesso esplênico, enterocolite necrosante e torção de ovário.

A análise da tabela 8 mostra um predomínio do abdome agudo hemorrágico na criança maior, com 7 (87,50%) dos 8 casos do estudo, seguidos de 1 (12,50%) caso no grupo dos recém-nascidos, cuja etiologia foi de ruptura de fígado. Na criança maior, a ruptura de baço e a ruptura de rim tiveram 3 (37,50%) casos cada, seguidos com apenas 1 (12,50%) caso de ruptura de fígado. Em 1994, pesquisas de Capella et al.<sup>3</sup> mostraram resultados semelhantes, onde 94,72% dos casos de síndrome hemorrágica ocorreram na criança maior, destacando-se como principais etiologias a ruptura esplênica, com 63,16%, seguida por ruptura hepática, com 28,7% dos casos.

Através da análise da tabela 9 podemos evidenciar apenas 1 caso de abdome agudo perforativo, cuja etiologia não pode ser definida, e este incidindo na criança maior. Contudo, não podemos afirmar que, das etiologias do abdome agudo perforativo, a de causa desconhecida é a mais freqüente, uma vez que obtivemos apenas

1 caso. No entanto, Capella et al.<sup>3</sup> (1994) afirmam que dos 60 casos de abdome agudo perfurativo houve um predomínio de casos onde a etiologia não pode ser esclarecida, nem a localização da perfuração, num total de 18 (30%) casos, independente da faixa etária.

### Conclusão

A síndrome inflamatória e a apendicite aguda foram respectivamente a síndrome e a etiologia mais frequente do abdome agudo.

A síndrome obstrutiva apresentou o maior número de etiologias e foi a síndrome mais frequente até o primeiro ano de vida.

A invaginação intestinal foi a principal etiologia dentro da síndrome obstrutiva.

A síndrome inflamatória e a síndrome hemorrágica foram as mais comuns na faixa etária da criança maior.

A síndrome hemorrágica não apresentou um número relevante de casos nas faixas etárias dos recém-nascidos e lactentes.

A síndrome perfurativa apresentou apenas 1 caso, sendo este de etiologia desconhecida.

### Referências

1. CURTI, P. Cirurgia pediátrica. São Paulo: Sarvier; 1972.
2. BACARINI, M. T.; STARLING, S. V. Manual de urgências em pronto socorro. 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
3. CAPELLA, M.R. et al. Etiologia e incidência do abdome agudo na criança. Arquivos Catarinenses de Medicina, Santa Catarina, v.23, n.4, p. 295-299, out. 1994.
4. VILLAMARÍN, J. M. V. et al. Cirurgia Pediátrica. Madri: Diaz de Santos, 1994.
5. MARCONDES, E. et al. Pediatria Geral e Neonatal. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002.
6. BEHRMAN, R.E. et al. Tratado de Pediatria. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
7. D'ACAMPORA, A.J. et al. Apendicite aguda: estudo de 149 casos. Arquivos Catarinenses de Medicina, Santa Catarina, v.22, n.1, p. 77-83, jan./jun. 1993.
8. PINUS, J. et al. Temas de Cirurgia Pediátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
9. BARBOSA, A. D. M. et al. Apendicite em recém-nascido prematuro. J pediatr, Niterói, v.76, n.6. p.466-468, 2000.

### Endereço para Correspondência:

Rafael Peixoto - Rua Gov. Celso Ramos 707 – Centro - Itapema-SC