

Pretendemos, com este trabalho, iniciar uma série de publicações, visando divulgar aspectos interessantes e importantes com que se reveste a patologia cirúrgica pediátrica. Pretendemos outrossim, no decorrer das publicações em apêço, documentar a nossa exposição com dados clínicos referentes, exclusivamente, a paciente que tivemos a oportunidade de atender, no decorrer da nossa atividade profissional, exercida no Hospital Santo Antônio, Enfermaria 33.^a da Santa Casa de Misericórdia e no nosso Serviço particular no Hospital da Beneficência Portuguesa.

Analisaremos neste primeiro trabalho — e de forma sumária — três assuntos que, por sua incidência no nosso meio, quadro clínico característico e resposta excelente ao tratamento bem conduzido, se constituem capítulo dos mais interessantes do terreno cirúrgico pediátrico: **ABCESSO DE PULMÃO, HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA e APÊNDICOPATIA AGUDA**

ABCESSO DE PULMÃO

O abcesso de pulmão, como sabemos, se constitui numa grave e infelizmente bastante freqüente complicação de uma infecção do mesênquima pulmonar.

É oriundo ele — conforme admite a maioria dos AA. (3, 4, 5, 7, 8) — de pequenos êmbolos sépticos derivados de rino-faringites ou ainda de focos sépticos bucais (dentes, amígdalas, etc.). Os êmbolos em questão migram por aspiração para a árvore respiratória e vão tamponar a luz bronquial (atelectasia). Interessante é salientar que a sua localização é sempre ao nível da periferia do tecido pulmonar.

Se o foco de infecção pulmonar que assim se estabelece não é convenientemente tratado, poderão advir duas complicações fundamentais:

- a) Ruptura do foco infeccioso ao nível da superfície pulmonar e instalação de um piopneumotorax.
- b) Localização extensa ao nível do tecido pulmonar, com destruição tissular e estruturação de uma cavidade — abcesso pulmonar.

Na primeira eventualidade acima referida, apresentará o paciente — dependendo evidentemente da extensão do derrame, do grau de intoxicação orgânica e da extensão do comprometimento funcional do pulmão — um quadro clínico de insuficiência respiratória.

No segundo caso (abcesso de pulmão) verificaremos a instalação de um quadro de infecção crônica respiratória, com fases de agudização.

Nos casos de pio-pneumotorax indicamos e efetuamos a drenagem (pleurostomia) com aspiração contínua, drenagem (pleurostomia) com aspiração contínua, drenagem esta que deve ser bem esquematizada — com cobertura racional de antibióticos e quimioterápicos e medidas higieno-dietéticas corretas — a fim de que o caso não evolua para um encarceramento pulmonar, o qual exigirá uma intervenção cirúrgica mais ampla (descorticação pulmonar).

Nos casos de abcesso pulmonar, nos quais o estado geral do paciente permite, indicamos e realizamos a exérese cirúrgica do tecido pulmonar sede do abcesso (lobectomia). Nos pacientes em fase aguda, nos quais está contraindicada a

(*) Especialista em CIRURGIA INFANTIL pela AMB. Chefe do Serviço de CIRURGIA PEDIÁTRICA da Beneficência Portuguesa de Porto Alegre — RGS.

intervenção definitiva, procedemos à drenagem da cavidade do abscesso (cavernostomia). Na Figura N.º 1 verificamos uma peça cirúrgica (lobo inferior do pulmão E), na qual podemos identificar o extenso comprometimento do mesênquima pulmonar.

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA

Os defeitos congênitos de estruturação do músculo diafragma podem — em determinadas eventualidades — serem responsabilizados pela gênese de quadros respiratórios agudos no recém-nascido.

A intensidade, gravidade e época do aparecimento do quadro clínico induzido por uma disembrioplasia diafragmática está diretamente relacionada com as dimensões do defeito do mencionado músculo.

O quadro clínico é, por outro lado, predominantemente respiratório, devido ao fato de todos conhecido de que sendo a pressão abdominal positiva e a torácica negativa, as vísceras intra-abdominais migram para a cavidade torácica, comprimindo o pulmão e induzindo, destarte, a insuficiência respiratória que caracteriza o quadro sintomatológico dos pacientes.

Nestes casos, a solução é cirúrgica, procurando o profissional corrigir o defeito diafragmático. A intervenção cirúrgica deve ser efetuada por **via abdominal**, devido aos argumentos abaixo relacionados:

- permite a exteriorização dos elementos viscerais, verificação correta e clara das dimensões e localização do defeito diafragmático;
- permite o fechamento do defeito sem tensão ao nível da sutura;
- permite a pesquisa e identificação de uma eventual malformação associada abdominal;
- permite o fechamento gradativo da parede do abdôme. Como sabemos, devido à presença do defeito diafragmático, as vísceras abdominais localizam-se no interior da cavidade torácica. Este fato induz uma falta de desenvolvimento da mesma. Quan-

do efetuamos a correção do mencionado músculo, as vísceras são colocadas na sua posição normal, aumentando exageradamente a pressão intra-abdominal, interferindo diretamente e de forma negativa sobre a sutura diafragmática efetuada. Na via abdominal, podemos fechar a parede por planos: primeiramente, fechamos apenas a pele. Quando as dimensões da cavidade o permitirem, reconstituiremos então a sua parede de acordo com a estratificação normal.

Na Figura N.º 2 observamos o aspecto — **vista torácica** — de uma volumosa hérnia diafragmática, sediada ao nível da goteira costo-vertebral D (hiato de Bochdalek).

APÊNDICOPATIA AGUDA

A apêndicopatia aguda pode ser responsabilizada por muitos casos de abdôme agudo identificados na patologia cirúrgica pediátrica. Isto é o que se pode depreender pela análise da literatura que existe a respeito (1, 2, 6, 9).

O quadro clínico é representado por **dôr**, inicialmente de localização peri-umbelical e posteriormente com sede na fossa ílica D, **vômitos** em mais de 80% dos casos e **constipação intestinal**. Os demais elementos que se podem obter no exame do paciente (temperatura corporal, diferencial, frequência respiratória pulso e manobras semióticas de Blumberg, Rovsing e outras) não diferem fundamentalmente daqueles identificados no adulto. Interessante é salientar, na oportunidade, que a apêndicopatia incide de forma preferencial no período de 5 a 12 anos, sendo raramente identificada abaixo desta limitação de idade.

O estudo anatomo-patológico do apêndice nos permite identificar 6 tipos principais:

Apêndicopatia aguda catarral
Apêndicopatia aguda fibrinosa
Apêndicopatia aguda gangrenosa
Apêndicopatia aguda supurada
Apêndicopatia aguda perfurada
Apêndicopatia aguda hiperplásica

Em cada um dos casos, podemos verificar no trans-operatório, endurecimento das paredes do apêndice, hiperemia, líquido seroso e sero-purulento intra-cavitário, apêndice rôto com coprólitos, apêndice com revestimento de fibrina, etc.

Nas Figuras N.ºs 3, 4 e 5 observamos apêndices, retirados no decorrer de intervenções. Nas Figuras N.ºs 6 e 7, o estudo histo-patológico.

SUMÁRIO

Inicia o A., com esta publicação, a análise de alguns tópicos da patologia cirúrgica pediátrica, abordando, na oportunidade, três assuntos: abcesso de pulmão, hérnia diafragmática e apêndicopatía aguda.

Analisa, na oportunidade, alguns aspectos do quadro clínico, base etiopatogênica e dados fornecidos no estudo anatomo-patológico e trans-operatório dos tópicos em estudo. Conclui realizando o estudo crítico, com fundamento na sua experiência pessoal, no atendimento de pacientes portadores dos quadros patológicos acima mencionados, os quais teve a oportunidade de tratar.

SUMMARY

The A. analyses, in this paper, some topics of the pediatric surgical pathology, based in his personal experience in

the treatment of patients with lung abscess, diaphragmatic hernia and acute appendicitis.

In the opportunity, make some considerations about the clinical picture, ætiopathogeny, anatomo-pathological data, treatment and results, obtained by him in his patients.

REFERÊNCIAS

- 1 — ANDERSON, S. G.: Statistical surgery of appendicitis in children. *Med. J. Austr.*, 2: 567, 1944.
- 2 — ALLEN, P. D.: Acute appendicitis in children. *J.A.M.A.*, 109: 121, 1937.
- 3 — BROCK, R. C.: Studies in lung abscess. *Guy's Hospital Rep.*, 96: 140, 1947.
- 4 — D'ABREU, A. L.: *Cirurgia toracica*. B. Aires, Ateneo, 1956.
- 5 — HEIMAN, H.: Abscess of the lung, in *Abt's: pediatrics*, v. IV. Philadelphia, Saunders, 1924.
- 6 — HUDSON, H. W.; CHAMBERLAIN, J. W.: Acute appendicitis in childhood. *J. Ped.*, 39: 408, 1939.
- 7 — MOORE, T. C.: Lobectomy for post-pneumonic abscess in infancy and childhood. *Surgery*, 44: 741, 1958.
- 8 — TEIXEIRA, A.: Abcesso de pulmão. *Ped. Prat.*, 35: 19, 1964.
- 9 — SWARTZWELDER, W. R.: Appendicitis in children. *Arch. Ped.*, 47: 263, 1930.



FIGURA N.º 1 — Lobo inferior E (peça operatória), no qual podemos verificar o extenso comprimento do mesênquima pulmonar, representado pela presença de grande cavidade.

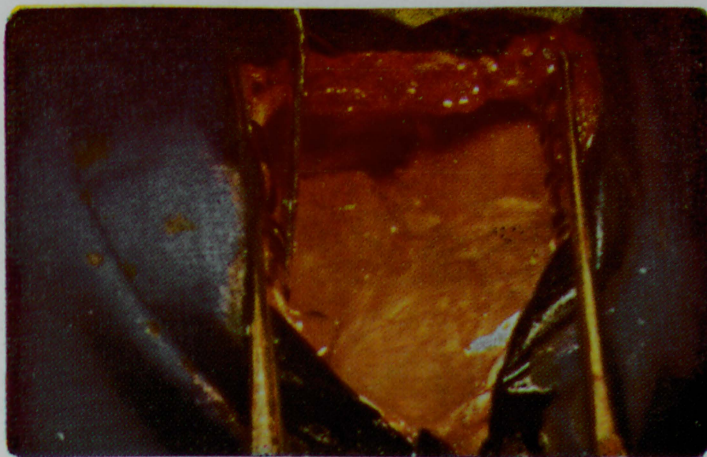


FIGURA N.º 2

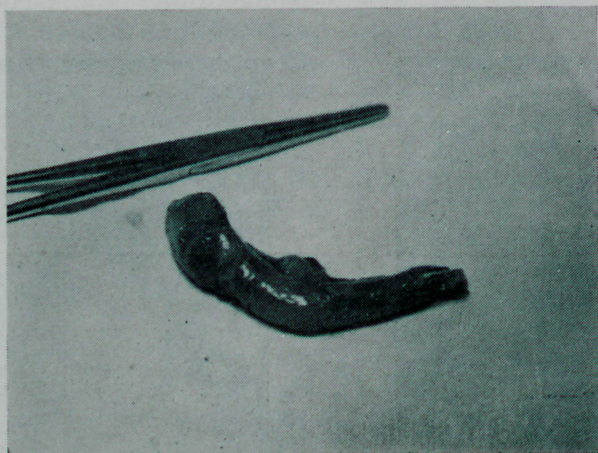


FIGURA N.º 3



FIGURA N.º 4



FIGURA N.º 5

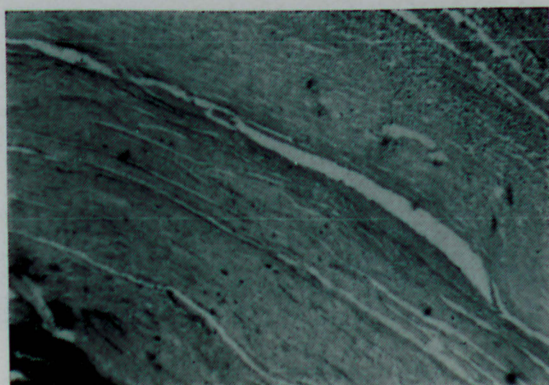


FIGURA N.º 6 — Apêndicopatia aguda recidivante. Verificamos processo inflamatório agudo, ao lado de locais de fibrose e mesmo de calcificação (50x).

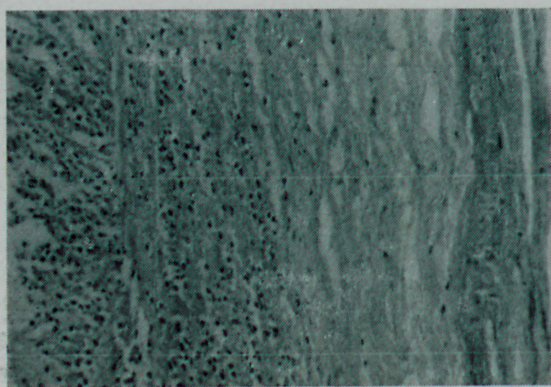
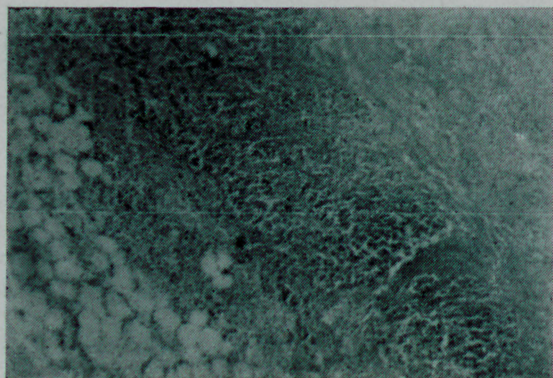


FIGURA N.º 7 — Apêndicopatia aguda, estudo hisopatológico. Em cima, aspecto da parede (50 x); em baixo, detalhe, onde se podem observar sinais de esclerose e de peritonite aguda (125 x).