

Sôbre um caso de cirurgia abdominal

Dr. Gabriel Tabbal

Ao apresentarmos a observação que se segue, foi nosso único intuito o de enriquecer e ilustrar o vasto campo da cirurgia abdominal com mais um caso que se nos afigurou interessante pela sua relativa raridade em nosso meio. Talvez que este trabalho fôsse desnecessário e mesmo superflúo; mas o nosso entusiasmo e dedicação a tudo que diz respeito a cirurgia abdominal nos estimulou de tal fôrma que não nos foi possível ocultar esta modesta contribuição, que sem revelar novidade alguma vem apenas confirmar e aumentar as observações no fértil terreno da patologia cirúrgica.

OBSERVAÇÃO

A. F., com 9 anos de idade, do sexo feminino, natural dêste Estado, residente em Sananduva, Mun. de Lagôa Vermêlha, foi-nos trazida ao serviço hospitalar pelos seus pais em 9-8-939 com o seguinte histórico:

Há três dias passados quando brincava em companhia de outras meninas foi de súbito acometida de forte dôr abdominal, localizada no baixo ventre que a imobilizou por completo sendo inequentemente socorrida pelos seus que estavam próximos. Procurando atendê-la em seus sofrimentos pela palpação através a parede abdominal da menina notaram a presença dum tumor na região sub-umbelical, cuja existência tinha sido até aquela data, por eles ignorada. Como as dôres persistissem com a mesma intensidade inicial durante mais dois dias, resolveram trazer a pequena paciente à consulta em nosso hospital.

Na anamnese a que procedemos da doente, relatada por intermédio de seus pais nada mais constatamos senão a presença do tumor acima referido, ausência de vômitos e de reação peritoneal, transitio intestinal livre com emissão espontânea de fézes e gases, permanência dum bom estado geral. Pulso 84. Temperatura 37°5. Em vista da benignidade aparente da sintomatologia apresentada pela paciente, resolvemos rete-la no hospital para melhor observação o que fizemos pelo espaço de 3 dias.

À inspeção do ventre notamos uma saliência tumoral de séde sub-umbelical, um pouco do lado, de fôrma globulosa, bem percebida a sua proeminência por se tratar duma menina do tipo astênico, com exíguo panículo adiposo; ausência de circulação venôsa colateral suplementar; cicatriz umbelical conservando seus caractéres normais. À palpação, observamos a presença duma massa tumoral, comparada ao volume duma laranja de tamanho médio, imóvel e de superfície arredondada, localizada na região sub-umbelical um pouco para a esquerda, apre-

sentando um prolongamento de consistência elástica para a fôssa ilíaca E.. Tumor renitente com limites precisos em todos os sentidos. À percussão, percebemos um som sub-massivo em toda sua superfície circundado por leve timpanismo. Examinada a paciente na posição de Trendelenburg, como também nos diversos decúbitos, não se modificaram os caracteres do tumor apresentados pela palpação simples: mesmo volume com a mesma fixidez de baixo para cima como também para ambos os lados.

Pelo tóque rectal, foi impossível obtermos qualquer esclarecimento que nos encaminhasse à pista de qualquer diagnóstico, visto encontrar-se a massa tumoral em situação mais ou menos alta.

No período de observação à que se submeteu a pequena paciente, sob nossos cuidados, pelo espaço de tempo de 3 dias, nenhuma modificação se apresentou no quadro clínico inicial, excepto uma temperatura variando de 36,8 à 38 graus com ascensão vespertal de 0,5 à 1 grau. Pulso variando de 90 à 100 pulsações por minuto.

Diagnóstico pre-operatório: Abordando o diagnóstico pre-operatório como sendo a parte mais importante do caso presente, procederemos à discussão dos diversos diagnósticos que se nos apresentaram.

Deante do simples histórico relatado pelos pais da doente, ignorando toda e qualquer queixa anterior de sua filha sobre a moléstia atual, foi extremamente difícil chegarmos de início a um diagnóstico definitivo. A observação da doentinha facilitou-nos sobremodo esta ardua tarefa, talvez mesmo em prejuízo para o prognóstico de sua doença, o que felizmente não se verificou.

Resumindo, tínhamos em mão os seguintes dados: início súbito da doença com uma dôr aguda abdominal, sem vômitos nem diarréia, localizada na região peri-umbelical; presença duma massa tumoral, indolente à palpação, de volume comparada ao de uma laranja de tamanho médio, de consistência renitente e fixa; de superfície arredondada com um prolongamento cilíndroide dirigido para a região inguinal E.; imobilidade do tumor estando a doente na posição de Trendelenburg como também nos diversos decúbitos; sub-macissez á percussão em toda sua superfície, circundada por leve timpanismo; ausência de circulação venosa colateral; temperatura sub-febril oscilando irregularmente de 36,8 a 38 graus entre manhã e tarde, acompanhando o pulso estas variações térmicas; toque rectal negativo; cicatriz umbelical conservando seus caracteres normais. Bom estado geral.

De posse de todos estes sinais, aventuramo-nos a discutir o presente caso, formulando os diagnósticos mais prováveis para, em seguida, procedermos por exclusão ao diagnóstico definitivo.

Diversas hipóteses surgiram como sendo as mais adequadas. Para que afirmássemos a existência de tumor de mesentério ou de epiploon, faltava-nos um sinal de magna importância, qual seja, em geral, a extrema mobilidade dos mesmos, principalmente no sentido transversal, como também a ausência de pedículo perceptível à palpação, o que não acontecia no nosso caso. Na suspeita dum tumor de intestino deveriam existir sinais de oclusão intestinal, completa ou incompleta, o que não verificamos.

Para pensarmos em uma oclusão intestinal, dependendo dum volvulos, dum tumor ou duma invaginação intestinal por ter a paciente apresentado dôr súbita intra-abdominal, de caráter sincopal, seria necessário e imprescindível que ela apresentasse desordens digestivas além dos clássicos sinais de oclusão, como sejam vômitos e parada de fézes e gases além dum mau estado geral o que não sucedia, pois a menina encontrava-se sentada no leito bem humorada, não se percebendo a mínima alteração em seu fascies. Para que tivesse se constituído uma invaginação intestinal aguda, a diarréia, sanguinolenta ou não, teria-se constituído traduzindo aquele quadro clínico.

Também deixamos afastada a hipótese duma perfuração do Divertículo de Meckel, com abscesso localizado, por faltarem a hemorragia intestinal, o síndrome de perfuração e as dores abdominais contínuas que traduzem em geral as perfurações em peritônio livre.

Finalmente, após termos passado em revista os diagnósticos discutidos acima, nos reservamos ao duelo final, compreendendo entre a possibilidade duma peritonite pneumococcica enkistada ou duma torsão de kisto de ovário.

O diagnóstico entre um e outro quadro clínico, comandava a intervenção em ambos os casos, apesar de no caso duma peritonite pneumococcica enkistada ser aconselhada a intervenção retardada e discreta, segundo Fèvre. Demais, contra este diagnóstico faltava a diarréia persistente e fétida, a resistência pastosa ao nível do tumor, acompanhada de viva sensibilidade, ainda mais ausência de circulação venosa colateral e de edema da região ocupada pelo tumor.

Com a exclusão de todos os síndromos acima discutidos, abraçamos o diagnóstico de quisto de ovário torcido a E., como o mais provável, evitando comermos o erro clássico, tomando por apendicite a torsão de um quisto de ovário, por se tratar no nosso caso, dum tumor a E.

Diagnóstico operatório: Resolvida a intervenção, procedemos a uma laparotomia mediana sub-umbelical. A' abertura da cavidade abdominal tivemos a satisfação de ver confirmado o nosso diagnóstico pre-operatório, deparando com um tumor do volume duma laranja de tamanho médio, de cor violacea e vastamente vascularizado, sobre o assoalho pelvico e coberto por uma massa epiplóica e cercado por aderências frouxas que lhe faziam numerosas alças intestinais, quer delgadas, quer do grosso íntestino, por elas defendido. Encontramos, ao mesmo tempo, uma regular quantidade de líquido seroso e claro.

Fácil foi-nos destruir as aderências que envolviam o tumor, ressecando-o em seu pedículo, seguindo-se a peritonisação deste último. Toilette do ventre. Dispensamos drenagem. Sutura da parêde abdominal.

O post-operatório correu bem, sem incidentes de monta, a não ser uma temperatura oscilando de 37,5 a 38 graus, durante os 3 primeiros dias, que atribuímos a reabsorção do exudato encontrado no ventre.

O quisto era de natureza dermoide, encontrando-se em seu conteúdo cabelos e cartilagens.

A paciente teve alta curada em 8 dias.