

40^P

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

ABDOMEN AGUDO NA CRIANÇA
ANÁLISE ETIOLÓGICA DE 465 CASOS OPERADOS

ALCEU FERNANDES FILHO*
ORLANDO PINHEIRO FERRAZ FILHO*

*DOUTORANDOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

AGRADECIMENTOS

AO DR MURILLO RONALD CAPELLA PELAS ORIENTAÇÕES E APOIO
INDISPENSÁVEIS NA CONFECCÃO DESTE TRABALHO.

I N D I C E

RESUMO	03
INTRODUÇÃO	04
CASUÍSTICA E MÉTODOS	06
RESULTADOS E DISCUSSÃO	08
CONCLUSÕES	26
SUMMARY	28
REFERÊNCIAS	30

R E S U M O

Foi realizado um estudo de 465 casos de "Abdome Agudo" na infância operados no Serviço de Cirurgia Pediátrica do H.I.J.G. no período de janeiro-1980 a dezembro-1983. Valorizou-se as etiologias e a faixa etária, sendo aquelas agrupadas em quatro síndromes (obstrutiva, inflamatória, perfurativa e hemorrágica) e essa dividida / em recém-nascidos, lactentes e criança-maior. No primeiro ano de vida foi mais frequente a Síndrome Obstrutiva com 122 (90,37%) casos; nesse grupo não obtivemos casos de Síndrome Hemorrágica. Na Criança maior foi mais frequente a Síndrome Inflamatória com 274 (83,03%) / casos.

Baseado na valorização de um conjunto de sintomas, sinais e exames complementares, os autores concluem que é possível uma classificação sindrômica que relacionada à faixa etária, permite uma maior precisão no diagnóstico etiológico e na terapêutica cirúrgica.

I N T R O D U Ç Ã O

Abdome Agudo constitui quadro de etiologias diferentes apresentando selo comum que une todas essas afecções e que admite como meio terapêutico a cirurgia⁽⁷⁾. Tal situação compreende todos os sintomas devidos a um fenômeno patológico que instala repentinamente na cavidade abdominal. Consta de distúrbios subjetivos e sinais/objetivos cuja ocorrência ainda não permite muitas vezes estabelecer um diagnóstico preciso⁽¹¹⁾; somente pela avaliação crítica dos diferentes dados e pelos exames complementares é que se poderá classificar com exatidão o processo patológico e tomar a decisão tera/pêutica⁽⁹⁾.

Na prática médica diária deve ter-se sempre em mente a / gravidade do quadro bem como a necessidade urgente de um pronto diagnóstico e de um tratamento ativo. Muitas vezes situações de uma aparente clareza do quadro clínico levam à cirurgia pacientes porta-

dores de "pseudo-abdome agudo"⁽⁸⁾, em outros, quadros abdominais eminentemente cirúrgicos, o observador tende a esperar a evolução do caso, na expectativa de indicações mais claras ou de uma melhora espontânea⁽⁶⁾. São aspectos que ilustram a complexidade do Abdome Agudo, as dificuldades de se realizar exame clínico adequado e a urgência do caso que nem sempre permite um diagnóstico perfeito.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram estudados 465 pacientes, sendo 322 (69,25%) do sexo masculino e 143 (30,75%) do sexo feminino, com quadro de Abdome Agudo, operados no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Infantil "Joana de Gusmão" (H.I.J.G.) no período de 1º de janeiro de 1980 a 31 de dezembro de 1983 e quanto ao quadro clínico apresentado, classificou-se de acordo com os critérios estabelecidos por Curti⁽⁷⁾ :

- 1) Síndrome Obstrutiva - determinada pela parada do trânsito gastrointestinal;
- 2) Síndrome Inflamatória - caracterizada pela instalação/ de processo inflamatório em víscera abdominal;
- 3) Síndrome Perforativa - produzida por ulceração aguda / perfurada ou rotura gastrointestinal traumática;
- 4) Síndrome Hemorrágica - desencadeada pela rotura traumática de víscera abdominal parenquimatosa.

Os pacientes foram distribuídos em três faixas etárias :

(RN) Recém-nascidos - crianças de 0 a 28 dias;

(LAC) Lactentes - crianças de 29 dias a 1 ano, exclusive;

(CM) Criança-maior - crianças de 1 a 15 anos, exclusive.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro I - Abdome Agudo na Criança*.

Número de casos por Síndrome por Faixa Etária.

Faixa Etária	RN			LAC			CM			TOTAL	
	Nº	%	%T	Nº	%	%T	Nº	%	%T	Nº	%T
Síndrome											
Inflamatória	-	-	-	04	5,71	0,86	274	83,03	58,92	278	59,78
Obstrutiva	60	92,30	12,00	62	88,57	13,33	40	12,12	8,60	162	34,83
Perfurativa	05	7,70	1,07	04	5,71	0,86	10	3,03	2,15	19	4,08
Hemorrágica	-	-	-	-	-	-	06	1,81	1,29	06	1,29
TOTAL	65	100	13,97	70	100	15,05	330	100	70,96	465	100

*Serviço de Cirurgia Ped.- H.I.J.G. - Fpolis - SC (jan.80 - dez.83).

(%) - Porcentagem da Síndrome na Faixa Etária;

(%T) - Porcentagem em relação ao total de casos.

Os pacientes foram distribuídos em três faixas etárias / sem seguir as convencionais delimitações dos grupos etários. Esta distribuição aqui proposta fundamenta-se numa maior abrangência das várias etiologias nos períodos de maior incidência. O grupo definido como CM abrange criança de 1 a 2 anos classificados ainda como / lactentes somados a pré-escolar, escolar e pré-púbere segundo Marcondes⁽¹⁾; a faixa de 14 a 15 anos também foi incluída neste grupo.

A análise do Quadro I mostra a elevada incidência da Síndrome Obstrutiva em RN e LAC, marcando esta como a maior causa de cirurgias por Abdome Agudo no primeiro ano de vida. Dos 65 casos operados em RN, 60 (92,30%) foram determinados pela Síndrome Obstrutiva. Dos 135 casos operados no primeiro ano de vida, 122 (90,37%) foram determinados pela Síndrome Obstrutiva. Em CM a principal síndrome que levou à cirurgia por Abdome Agudo foi a Inflamatória. Dos 330 casos operados nesta faixa etária, 274 (83,03%) foram ocasionados pela Síndrome Inflamatória.

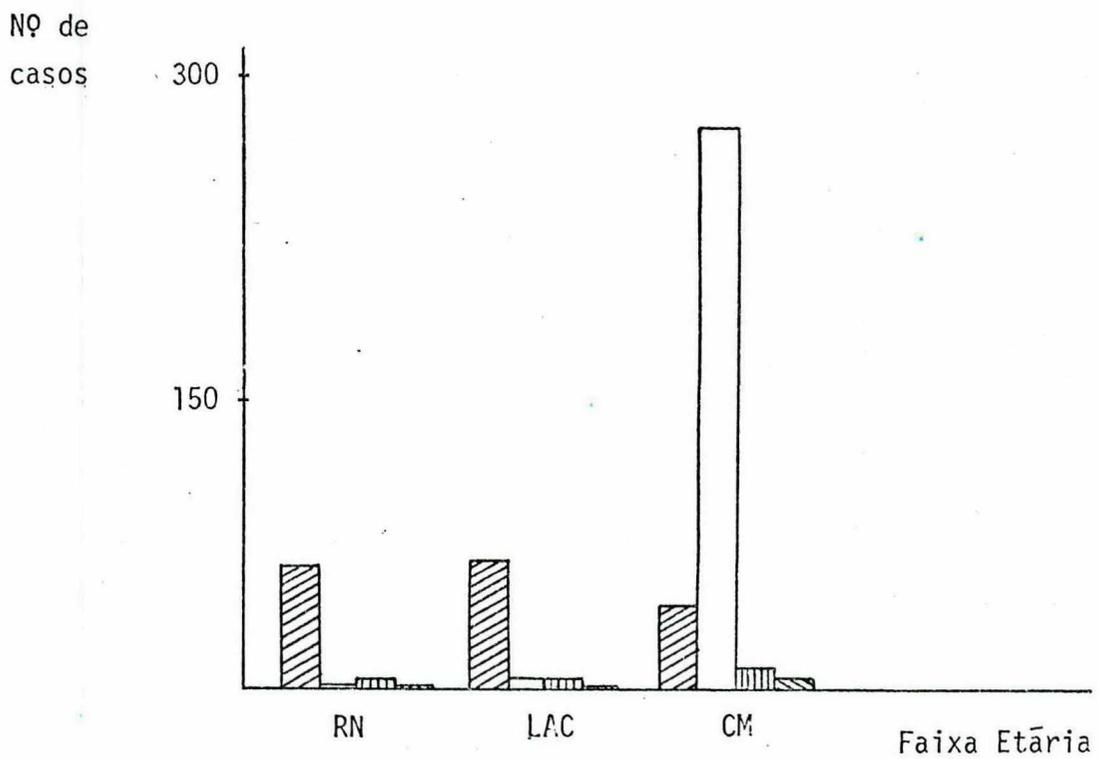
A incidência da Síndrome Inflamatória no primeiro ano de vida foi baixa em relação àquela encontrada para CM. Não foi verificado casos da Síndrome Hemorrágica no primeiro ano de vida. O número de casos operados por Síndrome Perfurativa foi de 9 na faixa do primeiro ano de vida e 10 casos na faixa de CM, dados muito semelhantes para as duas faixas etárias.

O Gráfico I permite uma visão global das síndromes nas / três faixas etárias e reafirma o predomínio da Síndrome Obstrutiva em RN e LAC e da Síndrome Inflamatória em CM. As Síndromes Perfurativa e Hemorrágica foram de pouca significação nas três faixas etá-

rias em relação às outras síndromes no mesmo período.

Gráfico I - Abdome Agudo na Criança*.

Número de casos por Síndrome por Faixa Etária



Legenda :

- | | |
|---|--|
|  Síndrome Obstrutiva |  Síndrome Perfurativa |
|  Síndrome Inflamatória |  Síndrome Hemorrágica |

*Serviço de Cirurgia Pediátrica - H.I.J.G. - Florianópolis - SC
(jan.80 - dez.83).

Tabela I - Abdome Agudo na Criança*.

Síndrome Obstrutiva - Número de casos por Etiologia Congênita por Faixa Etária.

Faixa Etária	RN.		LAC		CM		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estenose hipertrófica do Píloro	16	14,95	38	35,51	-	-	54	50,46
Atresia duodenal	03	2,80	-	-	-	-	03	2,80
Prâncreas anular	02	1,86	-	-	-	-	02	1,86
Diafragma duodenal	-	-	-	-	02	1,86	02	1,86
Mã Rotação do Cólon	03	2,80	01	0,93	-	-	04	3,73
Atresia jejunal	05	4,67	-	-	-	-	05	4,67
Atresia ileal	02	1,86	-	-	-	-	02	1,86
Bridas congênicas	03	2,80	-	-	-	-	03	2,80
Divertículo de Meckel	01	0,93	02	1,86	03	2,80	06	5,60
Íleo Meconial	05	4,67	-	-	-	-	05	4,67
Atresia de Cólon	02	1,86	-	-	-	-	02	1,86
Doença de Hirschprung	06	5,60	01	0,93	-	-	07	6,54
Anomalia ano-retal	12	11,21	-	-	-	-	12	11,21
TOTAL	60	56,07	42	39,25	05	4,67	107	100

*Serviço de Cirurgia Pediátrica - H.I.J.G. - Florianópolis - SC
(jan.80 - dez.83).

A Síndrome Obstrutiva destaca-se pelo grande número de etiologias o que torna complexa sua avaliação. Sendo assim, seguimos a mesma divisão adotada por Capella e cols.⁽⁴⁾ em etiologias congênitas e adquiridas.

A Tabela 1 agrupa as causas congênitas onde se verifica a grande incidência de Estenose hipertrófica do Píloro com 54 (50,46%) casos, revelando-a como maior das causas congênitas e também a maior Síndrome Obstrutiva em geral, levando à cirurgia tanto RN 16 (14,95%) como Lac 38 (35,51%) casos. A Anomalia ano-retal com 12 (11,21%) casos e as Atresias com 12 (11,21%) casos, juntas situam-se como segunda causa congênita de Síndrome Obstrutiva. As Atresias foram divididas quanto à localização tendo sido a duodenal a mais frequente com 3 (2,80%) casos.

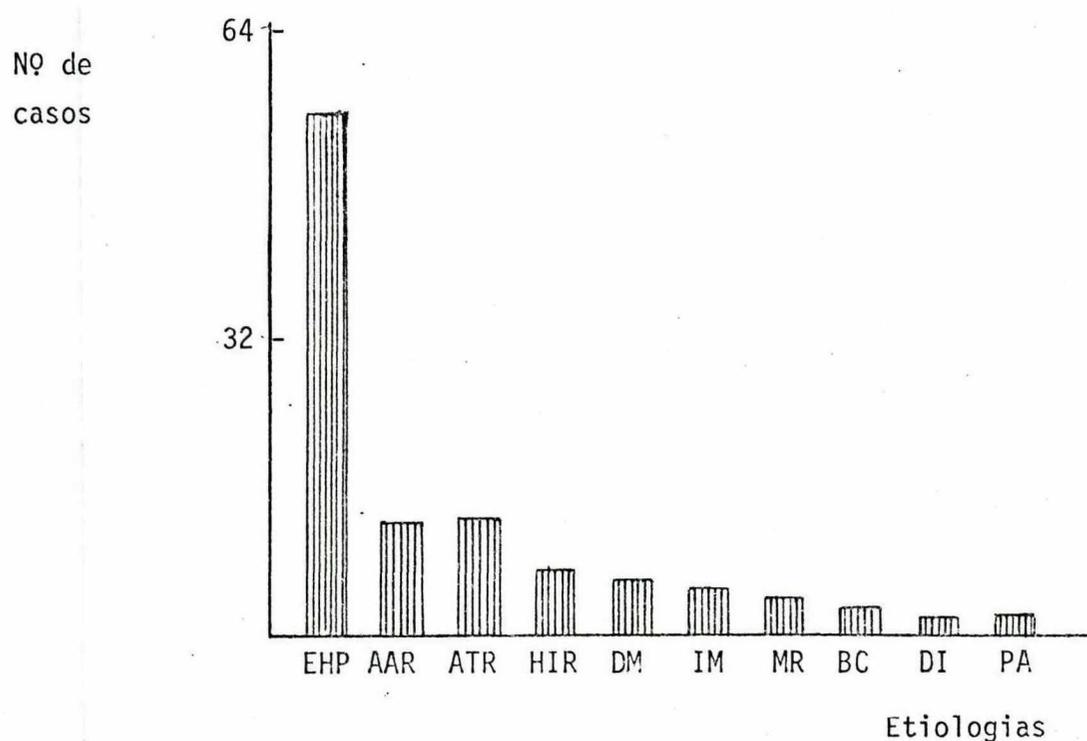
Na obstrução do colo por Doença de Hirschprung verificamos 7 (6,54%) casos, com apenas 1 caso operado na faixa de lactente, os demais foram diagnosticados e tratados cirurgicamente na faixa de RN 6 (85,7%), evidenciando a precocidade do diagnóstico.

Nossos dados confirmaram o predomínio das etiologias congênitas da Síndrome Obstrutiva operadas no primeiro ano de vida à exceção de casos de Diverticulite de Meckel 3 (2,80%) e Diafragma/duodenal 2 (1,86%) casos, operados na faixa de CM.

Com outras causas tivemos Íleo Meconial, Bridas congênitas, Pâncreas anular e Má Rotação do Cólon com menor incidência.

Gráfico II - Abdome Agudo na Criança*.

Síndrome Obstrutiva - Número de casos por Etiologias Congênicas.



Legenda :

EHP - Estenose Hipertróf. do Píloro	IM - Íleo Meconial
AAR - Anomalia Ano-Retal	MR - Má Rotação do Cólon
ATH - Atresias	BC - Bridas Congênicas
HIR - Doença de Hirschprung	DI - Diafragma Duodenal
DM - Divertículo de Meckel	PA - Pâncreas Anular

*Serviço de Cirurgia Pediátrica - H.I.J.G. - Florianópolis - SC
(jan.80 - dez.83).

O Gráfico II mostra com clareza a Estenose Hipertrônica / do Píloro como etiologia frequente, um de cada 300 nascimentos⁽¹³⁾, bem como as relações de frequência das demais etiologias congênitas de Abdome Agudo obstrutivo levados à cirurgia.

Tabela II - Abdome Agudo na Criança*.

Síndrome Obstrutiva - Número de casos por Etiologias adquiridas por Faixa Etária.

Etiologias	RN		LAC		CM		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bridas	-	-	04	7,27	14	25,43	18	32,72
Invaginação intestinal	-	-	11	20,00	06	10,90	17	30,90
Volvo intestinal	-	-	02	3,67	07	12,72	09	16,36
Áscaris	-	-	-	-	06	10,90	06	10,90
Hérnia Estrangulada	-	-	03	5,45	02	3,63	05	9,09
TOTAL	-	-	20	36,36	35	63,63	55	100

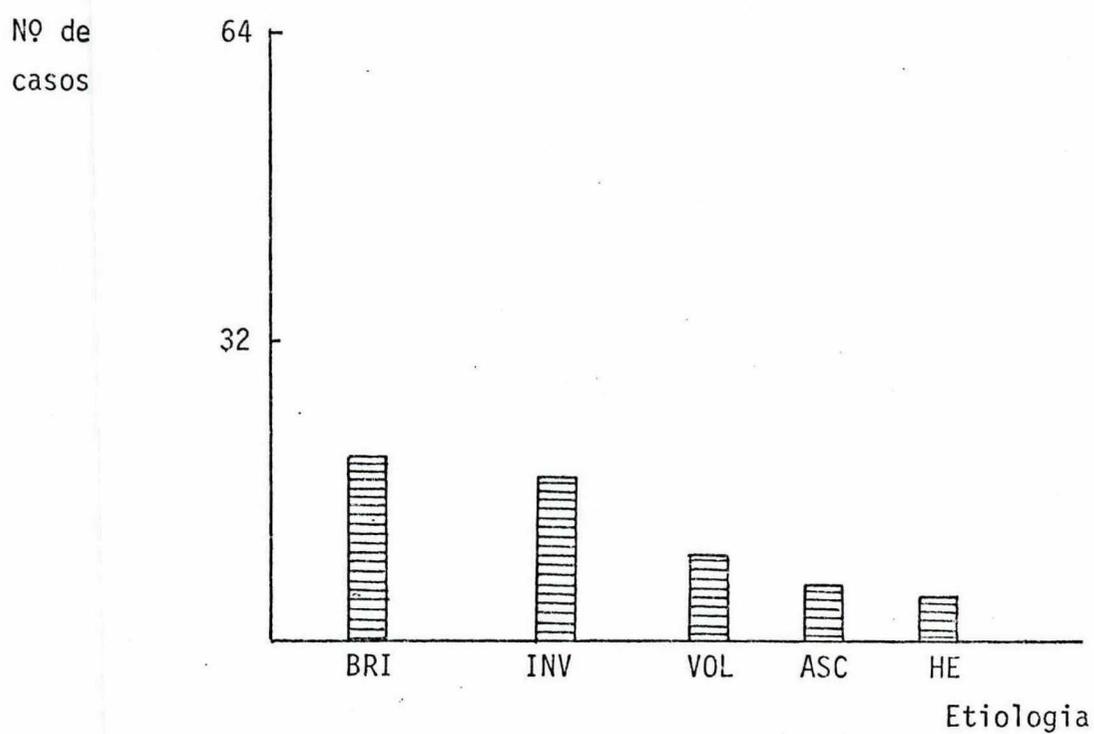
*Serviço de Cirurgia Pediátrica - H.I.J.G. - Florianópolis - SC
(jan.80 - dez.83).

Nas etiologias adquiridas da Síndrome Obstrutiva praticamente duas tiveram maior destaque. As Bridas adquiridas com 18 (32,72%) casos e as Invaginações intestinais com 17 (30,90%) casos. Como terceira causa encontramos o Volvo intestinal com 9(16,36%)casos.

Sendo Bridas a causa mais frequente de obstrução intestinal adquirida, torna-se a anamnese fator decisivo no sentido de / constatar uma cirurgia anterior e o exame físico na procura de cicatriz cirúrgica prévia⁽¹³⁾. A obstrução intestinal por *Ascaris* levou à cirurgia 6 (10,90%) pacientes compreendidos exclusivamente na / faixa de CM. A Hérnia estrangulada foi encontrada em 5(9,05%) casos. Não houve casos operados de causa adquirida de Síndrome Obstrutiva no Abdome Agudo em RN. Na faixa de lactentes houve predomínio das / invaginações mas por outro lado, nesta faixa não se verificou casos operados com obstrução por *Ascaris*. As bridas predominam na faixa / de CM assim como Volvo intestinal. Hérnia estrangulada acometeu com discreto predomínio sobre LAC. A Hérnia inguinal é a lesão congênita de maior frequência nos lactentes. Quando ocorre o estrangulamento, um manejo adequado permite a sua redução, porém quando tumoração inguinal persistir mais de 12 horas encarcerada e estiver associado um quadro de oclusão intestinal, torna-se imperativo a exploração cirúrgica do canal inguinal. Se existir comprometimento vascular dever-se-á efetuar a ressecção intestinal⁽³⁾. O estrangulamento complicado é raro na criança⁽⁸⁾.

Gráfico III - Abdome Agudo na Criança*.

Síndrome Obstrutiva - Número de casos por E
tiologias Adquiridas.



Legenda :

BRI - Bridas

INV - Invaginação intestinal

VOL - Volvo de Delgado

ASC - Ascaridíase

HE - Hérnia estrangulada

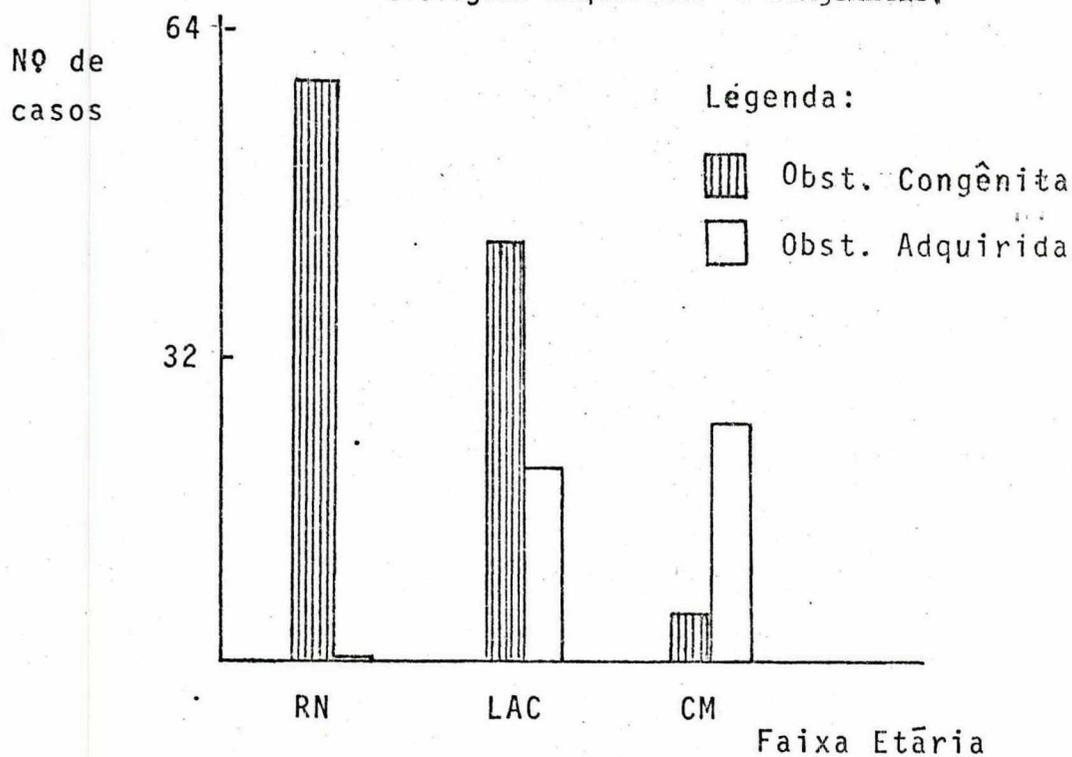
*Serviço de Cirurgia Ped.- H.I.J.G. - Fpolis - SC (jan.80 - dez.83)

O Gráfico III mostra a menor disparidade das etiologias / adquiridas entre si, mostrando também a equivalência dos casos operados por Bidas adquiridas e invaginação intestinal, uma vez que / não envolve faixa etária.

Dos 162 casos de Abdome Agudo obstrutivo, 107 (66,05%) / casos foram de etiologias congênita e 55 (33,95%) casos foram de etiologia adquirida. A Síndrome Obstrutiva como causa de Abdome Agudo teve sua maior incidência em lactentes com 62 (38,27%) casos. Sua incidência no primeiro ano de vida foi de 122 (75,30%) casos.

Gráfico IV - Abdome Agudo na Criança*.

Síndrome Obstrutiva - Número de casos por Etiologias adquiridas e congênitas.



*Serviço de Cirurgia Ped. - H.I.J.G.- Fpolis SC (jan80-dez83)

O Gráfico IV reúne todas as etiologias da Síndrome Obstrutiva no grupo de congênitas e de adquiridas, distribuindo-as de acordo com a faixa etária incidente. Permite visualizar o nítido comportamento "em decrescente" das etiologias congênitas a partir de RN para CM, ao contrário do comportamento "em crescente" das etiologias adquiridas ao longo das mesmas faixas etárias. Mostra também a ausência da Síndrome Obstrutiva por etiologia adquirida em RN.

Tabela III - Abdome Agudo na Criança*.

Síndrome Inflamatória - Número de casos por
Etiologias por Faixa Etária.

Faixas Etárias	RN		LAC		CM		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Apendicite Aguda	-	-	01	0,35	253	91,00	254	91,36
Abscesso hepático	-	-	-	-	11	3,95	11	2,36
Diverticulite de Meckel	-	-	02	0,71	04	1,43	06	1,29
Peritonite primária	-	-	01	0,35	03	1,07	04	0,86
Adenite mesentérica	-	-	-	-	02	0,71	02	0,43
Abscesso subfrênico	-	-	-	-	01	0,35	01	0,21
TOTAL	-	-	04	1,43	274	98,56	278	100

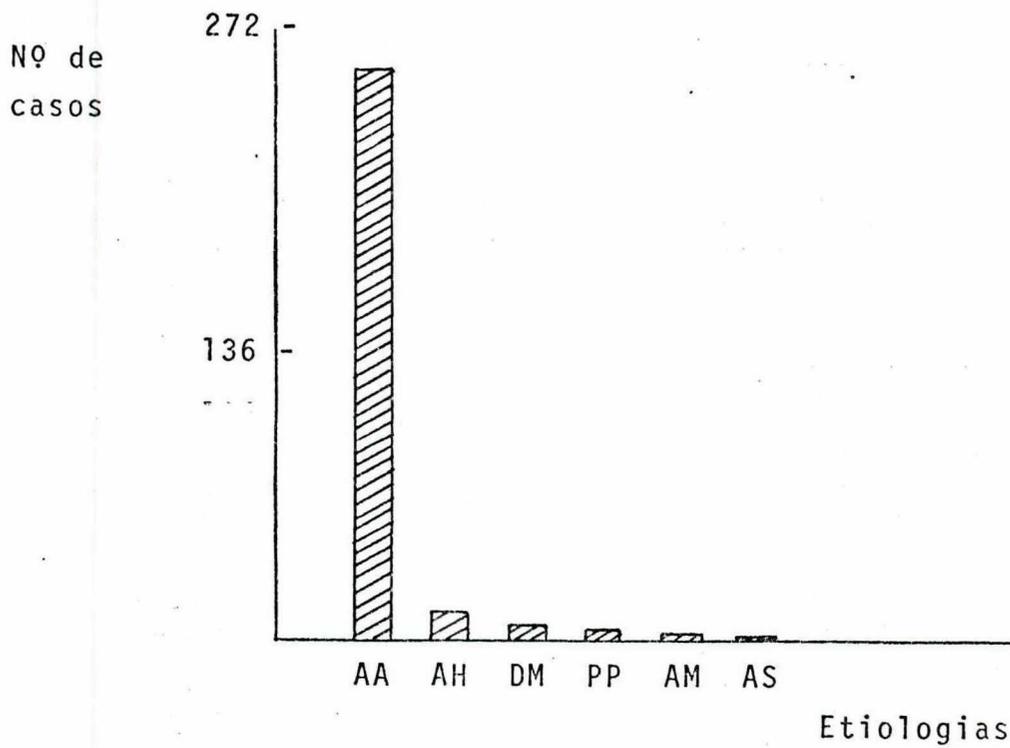
* Serviço de Cirurgia Ped. - H.I.J.G. - Fpolis SC (jan.80 - dez.83)

Segundo a Tabela III verificamos que a Apendicite aguda é a etiologia que sobressai das demais com 254 (91,36%) casos operados e que dentre as faixas etárias ocorre predomínio nítido em CM / com 253 (91%) casos e sendo encontrado apenas 1 (0,36%) no LAC onde a Apendicite aguda é grave, mas felizmente rara ⁽¹¹⁾. Por outro lado o diagnóstico precoce é feito raramente e pode-se dizer que 30% dos lactentes são operados 72 horas após o início dos sintomas, o que agrava ainda mais a doença, pois 80% chegam a intervenção / cirúrgica com o apêndice perfurado ⁽¹¹⁾. Nas crianças em geral 20% / dos apendicites são diagnosticadas após a rotura ⁽¹²⁾. As demais etiologias observadas dos casos operados somaram em conjunto 24 (8,64%) casos onde o Abscesso hepático e a Diverticulite de Meckel foram as mais significativas. A Síndrome Inflamatória é rara no primeiro ano de vida e não houve casos em RN.

No Gráfico V observamos com maior clareza a relevante predominância na Síndrome Inflamatória da Apendicite aguda com 254 / (91,36%) casos entre as demais etiologias, o que vem confirmar dados de literatura (2,11,12,13).

Gráfico V - Abdome Agudo na Criança*.

Síndrome Inflamatória - Número de casos por Etiologia.



Legenda:

AA - Apendicite Aguda

PP - Peritonite Primária

AH - Abscesso Hepático

AM - Adenite Mesentérica

DM - Divertículo de Meckel

AS - Abscesso Subfrênico

*Serviço de Cirurgia Pediátrica - H.I.J.G. - Fpolis SC
(jan.80 - dez.83).

Tabela IV - Abdome Agudo na Criança*.

Síndrome Perforativa - Número de casos por Etiologias por Faixa Etária.

Etiologias	Faixas Etárias		RN		LAC		CM		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Traumática	-	-	-	-	04	21,05	04	21,05	04	21,05
Âscaris	-	-	-	-	02	10,52	02	10,52	02	10,52
Enterite Necrotizante	-	-	02	10,52	-	-	-	-	02	10,52
Gastroenterite	-	-	02	10,52	-	-	-	-	02	10,52
Peritonite Meconial**	02	10,52	-	-	-	-	-	-	02	10,52
Divertículo de Meckel**	01	5,26	-	-	-	-	-	-	01	5,26
Úlcera gástrica	01	5,26	-	-	-	-	-	-	01	5,26
Não esclarecida	01	5,26	-	-	04	21,05	05	26,31	05	26,31
TOTAL	05	26,31	04	21,05	10	52,53	19	100	19	100

*Serviço de Cirurgia Pediátrica - H.I.J.G. - Florianópolis - SC
(jan.80 - dez.83).

**Etiologias congênitas.

Ao tratar-se da Síndrome Perforativa deparou-se com um /
predomínio de casos onde a etiologia não pode ser esclarecida nem a
localização da perfuração determinada apesar da exteriorização radi

ológica do pneumoperitônio, num total de 5 (21,31%) casos. Estes podem ser enquadrados como "perfuração espontânea" (10,5). Esses casos não tiveram ainda etiologia esclarecida mas aceita-se na atualidade a teoria da isquemia circulatória seletiva relacionada com algum tipo de "stress", principalmente em RN⁽⁵⁾.

O traumatismo como causa da síndrome perfurativa teve a maior incidência entre as etiologias "esclarecidas" num total de 4 (21,05%) casos incidindo exclusivamente na faixa de CM o que se justifica por ser esta a faixa mais exposta ao trauma e por não estar sujeita a uma supervisão familiar estrita⁽³⁾. Como causa de perfuração e apresentando 2 (19,52%) casos cada tivemos: *Ascariis*, Gastroenterite, Enterite necrotizante e Peritonite meconial, variando apenas quanto à faixa etária predominante. A perfuração por *Ascariis* acometeu apenas CM. A Enterite necrotizante e a Gastroenterite como causas de perfuração acometeram apenas LAC; e Peritonite meconial / foi exclusiva de RN. Ocorreu 1 (5,26%) caso de perfuração por Divertículo de Meckel e 1 (5,26%) caso por úlcera gástrica, ambos no RN e que são etiologias raras na infância como causa de perfuração⁽¹³⁾.

A Úlcera gástrica deve ser lembrada em todo pequeno paciente com estado geral grave, por Septicemia, Hemorragia cerebral, / choque, enfermidade sistêmica ou queimadura⁽³⁾.

A Tabela V mostra o delgado como localização mais frequente das perfurações, onde foi possível ser determinado, perfazendo / 10 (52,63%) casos. Em 05 (26,31%) casos não foi possível localizar o ponto de perfuração. Em RN 10% dos casos de perfuração documentados por LLOYD et cols. não foi achado o sítio de perfuração⁽⁵⁾.

Tabela V - Abdome Agudo na Criança*.

Síndrome Perforativa - Local de perfuração.

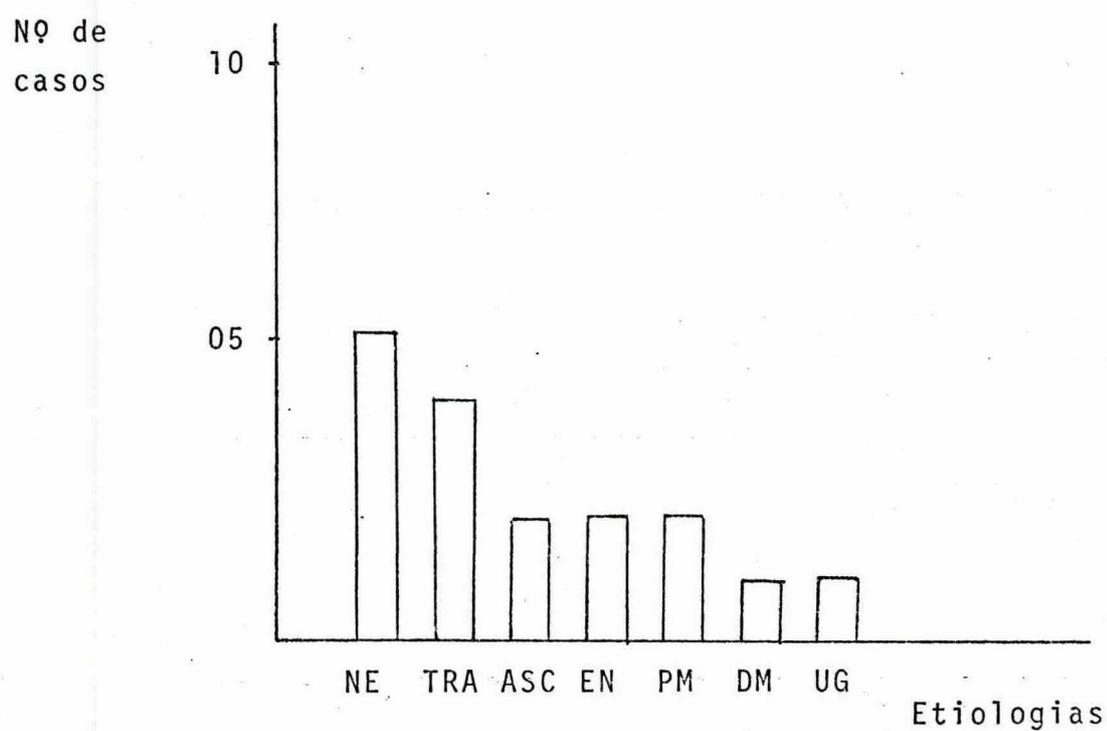
Localização	Nº de Casos	%
Estômago	01	5,26
Delgado	10	52,63
Colo	03	15,78
Não encontrada	05	26,31
TOTAL	19	100

*Serviço de Cirurgia Pediátrica - H.I.J.G. - Florianópolis - SC
(jan.80 - dez.83).

O Gráfico VI permite uma visão global das várias etiologias da Síndrome Perforativa ressaltando o Traumatismo como etiologia mais frequente das esclarecidas.

Gráfico VI - Abdome Agudo na Criança*.

Síndrome Perforativa - Número de casos por Etiologias.



Legenda:

NE - Não esclarecida

PM - Peritonite Meconial

TRA - Traumatismo

DM - Divertículo de Meckel

ASC - Ascaridíase

UG - Úlcera Gástrica

EN - Enterite Necrotizante

*Serviço de Cirurgia Pediátrica - H.I.J.G. - Fpolis - SC
(jan.80 - dez.83).

A Tabela VI mostra os casos da Síndrome Hemorrágica que contou, com o mesmo número de casos por etiologia. Ocorreram exclusivamente em CM num total de 6 casos distribuídos em 50% para Rotura hepática e 50% para Rotura esplênica. Segundo BETTEX et cols. a Rotura esplênica ocorre com maior frequência⁽²⁾. Estes dados encontrados reafirmam o que se referiu sobre a maior sujeição da CM ao trauma uma vez que todos os nossos casos da Síndrome Hemorrágica se fizeram sobre esta faixa etária.

Tabela VI - Abdome Agudo na Criança*.

Síndrome Hemorrágica - Número de casos por Etiologias

Etiologias	Faixa Etária	RN		LAC		CM		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rotura hepática		-	-	-	-	03	50	03	50
Rotura esplênica		-	-	-	-	03	50	03	50
TOTAL		-	-	-	-	06	100	06	100

*Serviço de Cirurgia Pediátrica - H.I.J.G. - Florianópolis - SC (jan.80 - dez.83).

C O N C L U S Õ E S

1. O conjunto de dados apresentados permite / criar-se uma linha de raciocínio que, valorizando uma somação de sintomas, sinais e exames complementares passível de classificação sindrômica e incluídos nas faixas etárias definidas, possibilita uma maior precisão / no diagnóstico etiológico e maior sucesso na indicação cirúrgica.

2. A divisão sindrômica do Abdome Agudo em obstrutivo, inflamatório, perfurativo e hemorrágico é / fundamental para o raciocínio clínico e decisivo na indicação cirúrgica, devendo ser adotado como rotina.

3. Adendicite aguda foi a etiologia mais frequente de Abdome Agudo.

4. A Síndrome Obstrutiva apresentou o maior / número de etiologias e a divisão das mesmas para essa / síndrome em congênitas e adquiridas, facilitou a sistematização e análise dos dados.

5. No primeiro ano de vida a Síndrome Obstrutiva revelou-se como a mais frequente, em paralelo com a Síndrome Inflamatória, a mais frequente em CM.

6. A Síndrome Hemorrágica não levou à cirurgia pacientes no primeiro ano de vida.

7. A idade do paciente tem papel decisivo no diagnóstico diferencial.

S U M M A R Y

The authors analyse 465 cases of acute Abdominal syndromes in children operated in a period of 3 years (Jan 1980 - Dec 1983) in the surgical pediatrics/ service of "Joana de Gusmao" Hospital, located in Florianópolis. The study is based in two factors : Etiology and age-groups. The syndromes are divided into four / groups: Obstructives, Inflammatory, Perforatives and / Hemorrhagics. They conclude that obstructive syndrome / group has higher frequency in the first year of life in 122 (90,37%) cases and doesn't have cases of hemorrhagics syndrome in this age-group. In the older-child group (1 to 15 years old) the inflammatory syndrome was more frequent in 274 (83,03%) cases. From this study it follows that based in a valorization of a set of symptoms,

physical signs and complementary exams it is possible /
to have syndromic classification which is related to /
the age-group and which allows us to have higher accu
cy in the ethiologic diagnosis and surgical treatment.

REFERÊNCIAS

1. ALCANTARA, P. & MARCONDES, E. - *Pediatria Básica*. São Paulo, Sarvier, Vol 3:63, 1978.
2. BETTEX, M.; Kuffer, F. & Schärli, A. - *Cirurgia Pediátrica*. Barcelona, Toray-Masson S.A., 165-169, 1978
3. BROWN, F. B. - *Cirurgia Pediátrica*. México D.F., Ediciones Medicas Del Hospital Infantil, 179-480, 1969.
4. CAPELLA, M. R.; GOLDBERG, P. & OSÓRIO, A. - Etiologia das Síndromes Abdominais Agudas Cirúrgicas na Criança. Arquivos Catarinenses de Medicina, Fpolis, / Vol 3:(1)35-38, 1973.
5. CAPELLA, M. R.; GOLDBERG, P.; QUARESMA, E. & RUIZ, J. S. et cols. - Perfuração Gastrointestinal no Recém Nascido. Jornal de Pediatria, 55(2):143-147, 1983.

6. COPE, Z. - Diagnóstico precoce do Abdome Agudo. Rio / de Janeiro, Atheneu, 1-14, 1976.
7. CURTI, P. - Cirurgia Pediátrica. Sao Paulo, Sarvier , 341-349, 1972.
8. CURTI, P. - Medicina e Cirurgia de Urgencia. São Paulo, Deptº de Publicações do C.A. "Oswaldo Cruz", / Faculdade de Medicina da USP, Vol 1:34-53, 1961.
9. DANI, R. & CASTRO, L. P. - Gastroenterologia Clínica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, Vol 2:1169-1187, 1981.
10. DEL RIO, A. & IZZO, S. C. - "Perfuração Gastrointestinal Espontânea do Recém nascido". In Anais Nestlé, (79):5-19, 1968.
11. GROB, M. - "O Abdome Agudo na Criança". In Anais Nestlé, (79):5-19, 1968.
12. GROFF, D. B. - Handbook of Pediatric Surgical Emergencies. New York, Medical Examination Publishing Company, Inc, 75-90, 1975.
13. WOLF, H. G. - El Abdomen Agudo En Pediatria. Barcelona, Editorial Cientifico-Medica, 37-105, 1972.

**TCC
UFSC
PE
0040**

N.Cham. TCC UFSC PE 0040
Autor: Fernandes Filho, A
Título: Abdome agudo na criança : análi



972815829 Ac. 253689

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM