

**Cartas relativas ao artigo: Apendicite Aguda na Criança (1993; 6: 377-384)**

Senhor Director: O artigo ilustra claramente uma noção clássica: que o preço de uma atitude conservadora na abordagem da Apendicite por métodos diagnósticos convencionais e a existência de elevado número de apendicites complicadas. O corolário desta noção, também clássico, é que a atitude agressiva acarreta elevado número de laparotomias *Branças*.

Estes factos demonstram a necessidade de método auxiliar prático e de confiança para a ajudar no diagnóstico desta situação tão corrente.

Felizmente, esse método existe: trata-se da ecografia. Em oposição frontal à afirmação dos autores de que a Ecografia tem fracos resultados na visualização do apêndice, de dezenas de séries prospectivas, de diversas proveniências, demonstram claramente que as possibilidades da Ecografia nesta patologia já podem ser consideradas controversas. Na realidade, sensibilidades e especificidades na Ordem dos 90% são atingíveis, permitindo baixar drasticamente e ao mesmo tempo, quer as apendicites complicadas, quer as laparotomias brancas. Indico apenas uma dessas séries, que aborda exclusivamente uma população pediátrica<sup>1</sup>.

Suponho que a descrença dos autores na Ecografia será o reflexo de uma situação concreta do Hospital de Santa Maria, onde o estudo foi realizado. Nesse caso, e mais tratando-se de uma Instituição com cariz Universitário, com elevado volume de urgências e com Ecografia prestigiada, tratar-se-á de lacuna que urge corrigir.

No Hospital Particular de Lisboa, o estudo directo do apêndice nas apendicites duvidosas e praticado desde 1986, imediatamente após a publicação do trabalho original de Puylaert<sup>2</sup>, tendo quase logo entrado na rotina, com resultados francamente satisfatórios.

Dentro das minhas possibilidades, desde já ponho a minha experiência nesta área a disposição de ecografistas diferenciados que a queiram aproveitar.

1. SIVIT J, NEWMAN KD, BOENNING DA: Appendicitis: usefulness of us in diagnosis in a pediatric population. *Radiology* 1992; 185: 549

2. PUYLAERT JB: acute appendicitis. US evaluation using graded compression. *Radiology* 1986; 158: 355 - 360

Cansado Carvalho  
Hospital Particular de Lisboa.

Senhor Director: No nosso país não é costume, em revistas médicas, fazerem-se comentários a artigos publicados. É pena, mas, apesar dos usos, vou quebrar a regra, quer porque o artigo **Apendicite Aguda na Criança**, a isso me leva, quer porque é bom que se comece.

Em primeiro lugar o comentário tem que ser apreciativo, pois o resultado com 100% de curas e pouca morbidade a isso leva. O interesse do estudo da apendicite aguda na criança, quando contrastado com o pouco espaço que livros de terapêutica cirúrgica lhe davam (algumas linhas!), levam-me a escrever, que mais não seja para estabelecer os pontos de contacto entre a visão de um velho médico e o que agora se passa.

Gostaria de fazer duas referências clínicas, falar sobre a fisiopatologia da apendicite, determinar a *etiologia* e analisar algumas considerações que o artigo agora em apreço me sugeriu.

O sucesso inequívoco da série apresentada deve-se basicamente a três factores: 1º Reanimação e anestesia actuais; 2º A agressividade cirúrgica; 3º A antibioterapia antiGrammnegativa.

Os casos mais jovens que conheço são: a) experiência pessoal - 13 meses - tratada por diarreia, só enviada pelo pediatra ao cirurgião, quando o *pastron*, da fossa ilíaca direita!. b) da literatura, relatado por Barreiros de Sousa (et alteri); Hill - 1 dia, Fields - 3 dias; Baker - 4 dias.

**Fisiopatologia da apendicite** (a interpretação dos dados que a seguir cito é da minha responsabilidade). Desde os trabalhos do meu Professor, Luís Raposo, Apendicite experimental, no coelho, após, *humanização* do apêndice para lhe conseguir uma artéria terminal, que ficou demonstrado ser a apendicite provocada por corpos estranhos no lume do apêndice provocando compressão vascular e conseqüente isquemia e necrose da parede com perfuração.

No ser humano são os coprolitos ou fecalitos

Recordo-me de ter ouvido a um destinto cirurgião, em Lourenço Marques, que os pretos não tinham apendicites agudas. Muitas operei eu na mesma cidade! Seria o tal cirurgião um aldabrão? Nada disso, quem o conheceu como o conheci e pôde apreciar as suas qualidades teria que aceitar a afirmação fruto da sua experiência. Era necessário perspectivá-la, analisá-la e interpretá-la. Assim fiz. Da conjugação dos trabalhos do meu Professor com as afirmações da experiência passada do colega cirurgião a que me referi podia inferir: **a apendicite é na esmagadora maioria dos casos de origem alimentar!** A apendicite que encontrei em negros em Lourenço Marques, não a fui encontrar em cidades rurais. Numa cidade do Norte onde estive 2 anos operei duas apendicites agudas, mas em brancos que, relativamente, eram uma minoria, muito minoria. Porquê a diferença? A alimentação de cidade com falta e mesmo ausência de fibras e a rural em que por definição estas abundam. Era Lourenço Marques ainda, uma cidade rural, quando o colega tirou as suas conclusões, que não modificou, tão evidente lhe foi a experiência então vivida. Eu já apanhei uma cidade *urbana*, em que os vegetais rareavam e em que o receio da *ambiana* impedia os *mais esclarecidos* de os comer. Por isso encontrei as apendicites. Vejamos agora a apendicite na criança. Tendo, nesta, o apêndice, a forma de funil, ainda poderá ser válida a teoria do coprolito? É. E ela, não só é confirmada, como justifica os aparentes erros de diagnóstico que no artigo se fala. Numa interpretação fisiopatológica, a apendicite pode surgir na criança, não num aspecto primitivo, mas secundário, em consequência de complicações de doenças infecciosas, como uma simples amigdalite! É certo que o apêndice na criança tem a forma de funil e por isso não haverá coprolito que, em circunstâncias normais, se deixe aprender. Os autores, porém, esqueceram-se de mencionar que o apêndice é um órgão linfoide, por excelência, na criança e como todo o órgão linfoide, quando há infecção aumenta de volume para produzir glóbulos brancos e ... *lá se vai o funil!*

Acredito e quero daqui dizer aos médicos assistentes que porventura foram indicados como não tendo *descoberto* uma apendicite que não erraram. Pelo menos, da forma que julgam. Erraram, mas porque não foram ensinados a pensar que o apêndice é um órgão linfoide e como tal pela sua inflamação não específica pode provocar uma apendicite como tal complicação de uma doença infecciosa corrente ou mesmo, pela explicação atrás dada, poder surgir ao mesmo tempo. O cirurgião de Hospital, nomeadamente o de Urgências, e eu já o fui, não pode estar assim tão certo que o colega que lhe envia uma apendicite tardia errou o diagnóstico - **o cirurgião não estava lá!** - Tem este