

# CASO CLÍNICO

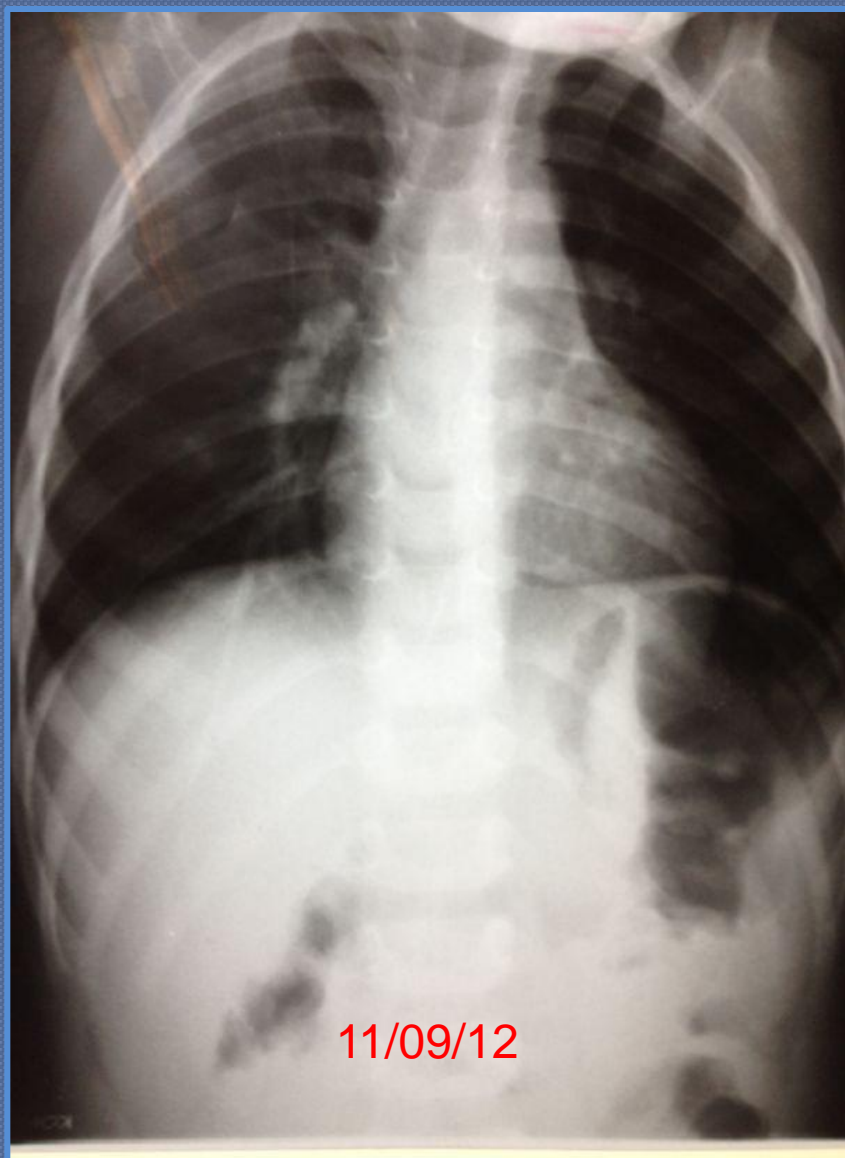
## Setembro 2012

Luciana Giarolla de Matos  
R3 Pneumologia e Alergia Pediátrica

ID: GBSO, 2 anos e 6 meses, sexo masculino, natural e procedente de Ribeirão das Neves, melanodermico.

HMA: Admitido em 17/09/12 no HIJPII com história de há 10 dias ter iniciado com quadro de dor abdominal, tosse, febre alta, procurou PA onde foi realizado RX de tórax e prescrito xarope.

# Rx de tórax antes da internação



Criança permaneceu com febre baixa (37,8°C) e, há 2 dias da internação, mãe percebeu que criança iniciou com quadro de cansaço, chieira e manutenção da dor abdominal. Hábito intestinal com fezes formadas, sem sangue, muco ou pus. Última evacuação 3 dias antes da internação.

HPP: Nasceu de parto normal, prematuro (7 meses- sic) aleitamento materno exclusivo até os 8 meses, nega crise de sibilância prévia, nega internações, infecções recorrentes e doenças alérgicas.

- HFA: Pais Hígidos, sem história de sibilância.

# Exame Físico:

P: 11,3Kg (Entre P3 e P15, OMS)

Choroso, inquieto e queixando-se de dor abdominal, hipocorado (2+/4+), hidratado no limiar, acianótico, anictérico, febril (38,2°C),

ACV: Ausculta cardíaca normal, FC:120bpm, perfusão periférica normal, pulsos periféricos simétricos e cheios.

AR: MV levemente diminuído à D, com raras creptações esparsas, FR: 32 irpm chorando

## Exame Físico (cont.)

AD: Ausência de viceromegalias, peristaltismo presente, timpanismo à percussão.

Dor à palpação da região umbilical, sem defesa, Blumberg negativo, manobra do psoas negativa, giordano negativo.

# Exames complementares à internação

17/09/12

## HEMOGRAMA

Hm: 4,62 Hb:10,3 Ht:30 VCM:68 HCM:22,3 RDW: 14,8

Global de leucócitos: 13.500

diferencial: bastonetes 10%, segmentados 53%, Linfocitos 30%  
eosinófilos 2%

Plaquetas: 270.000

PCR: 410,13

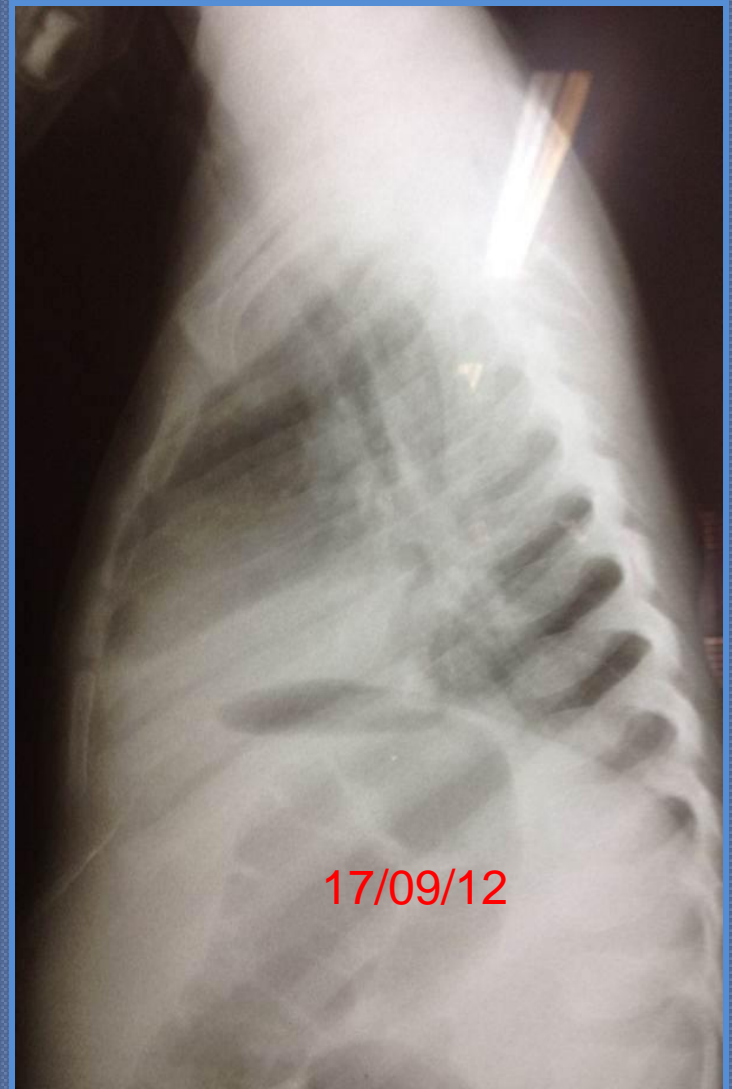
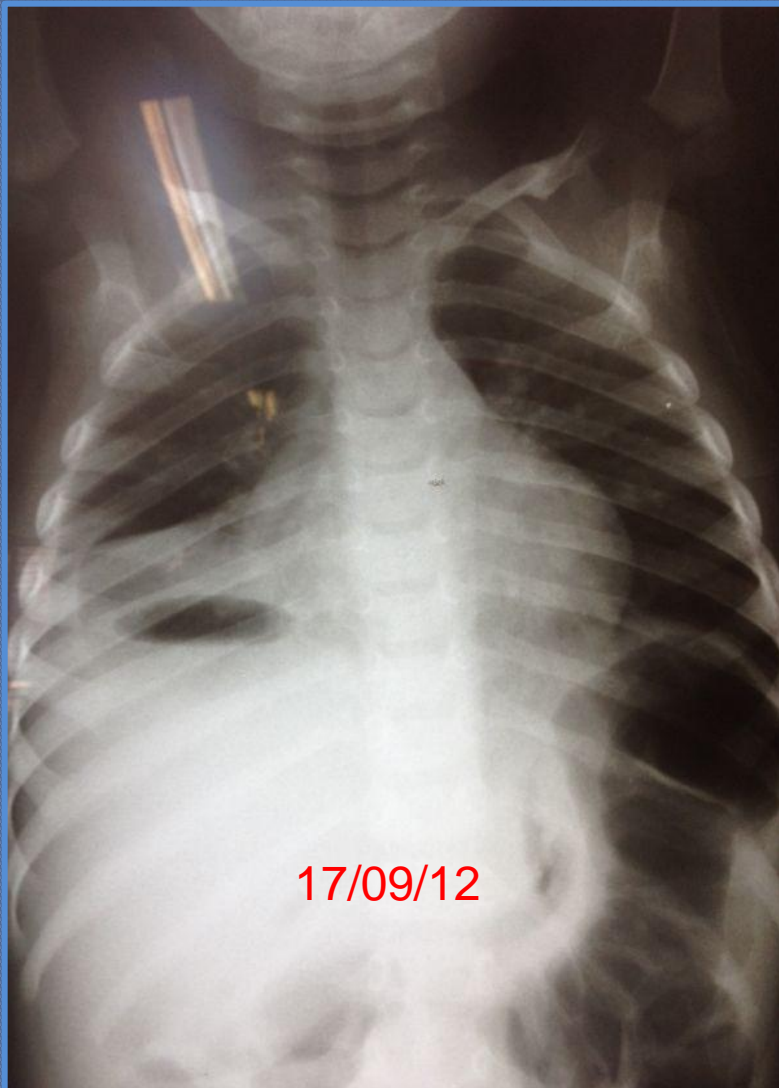
URINA: Paciente oligúrico e não conseguiu coleta neste dia

# Rx de tórax antes da internação





# Rx de tórax na internação



# Evolução

- Paciente evoluiu com oligúria, aumento da dor abdominal, hiporexia e toxemia.
- Sonda vesical de alívio → saída de 5ml de diurese
- Realizado expansão com SF0,9% 40ml/kg
- Iniciado ceftriaxone 100mg/kg/dia
- Solicitado US tórax e abdominal

# Exames complementares

18/09/12

Hm: 3,83 Hb:8,3 Ht:26,2 PLQ:260000  
GL: 8000 (L:15/ S: 62/ E:1/ M:6/ Bast:16)

PCR: 343,3 U:32 C:0,12 TGO:33 TGP:33 FA:79 GGT:34 BT: 0,27

Na: 137 K:3,2 Cl:109 Ac. Láctico: 0,80

Gaso: pH:7,45 pCO<sub>2</sub>:22,2 pO<sub>2</sub>:121 HCO<sub>3</sub>: 18,5 BE:-8 SatO<sub>2</sub>:99%

EAS: dens:1020 pH:5 prot: +++ Bili: ++ piócitos 8/campo eptélio  
3/campo cilindros: 1 hialino 1 granuloso, flora e muco moderados

US de Tórax: Atelectasia de LID + pequeno derrame pleural

US de abdome: Hepatomegalia leve + coleção subfrênica D com debris +  
coleção pélvica com debris + liquido livre infrabdominal



# Hipóteses diagnósticas ??????



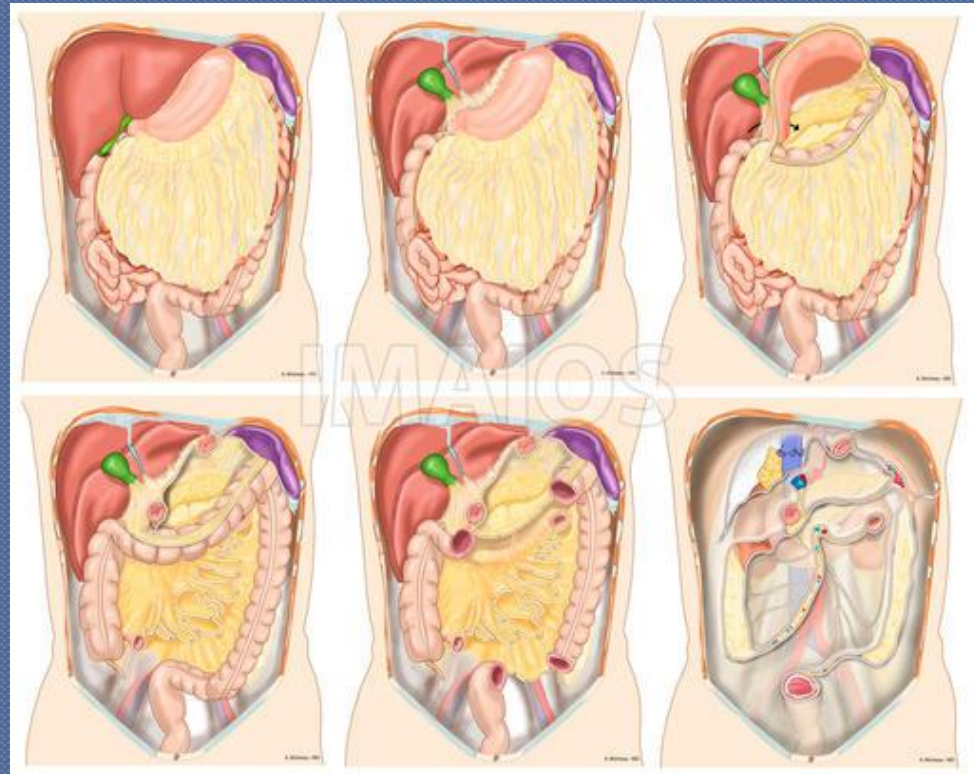
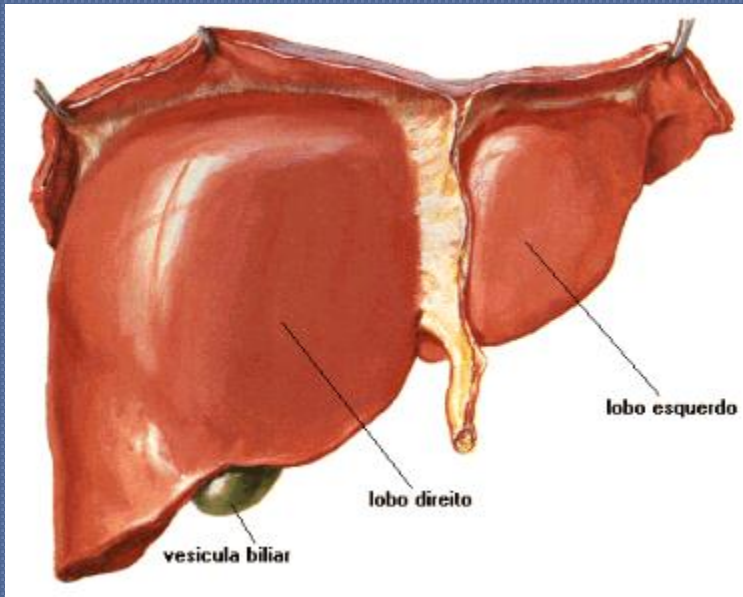
# Evolução do paciente

- Após US de abdome foi trocado antibiótico para Cefotaxima (100mg/kg/dia) + metronidazol (30mg/kg/dia) para tratar abscesso subfrênico
- Paciente começou a apresentar instabilidade hemodinâmica, recebeu expansão volêmica e levado para cirurgia de urgência.
- Achado da laparotomia: apêndicite rota supurada com vários abscesso intrabdominal.



# Abscessos Subfrênico

- Desenvolvimento embrionário do peritônio e vísceras favorecem formação de lojas e recessos
- Os espaços subfrênicos acumulam secreções de infecções supramesocólicas.

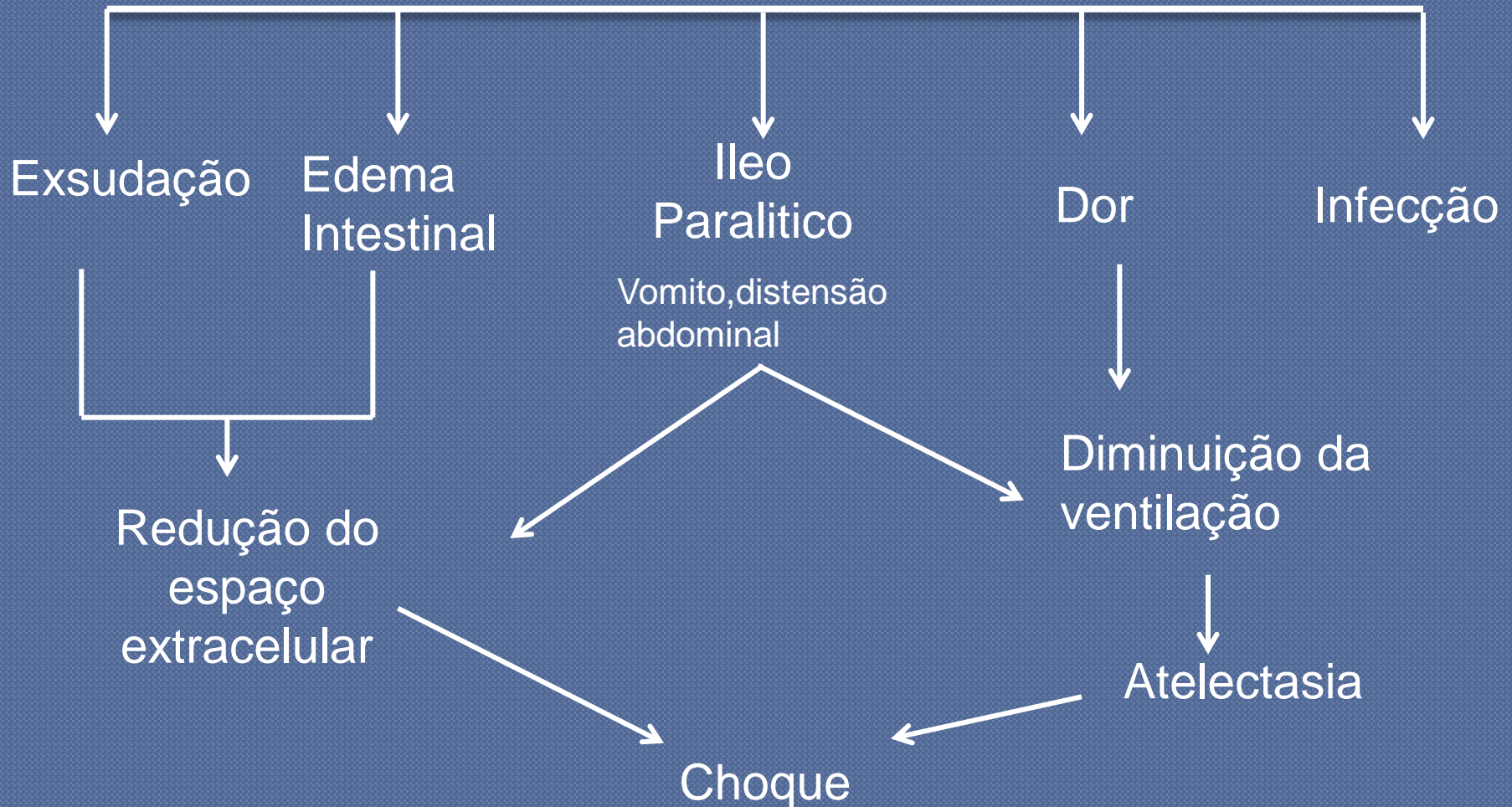


# Fisiopatologia

- Mecanismos de defesa do peritônio:
  - Limpeza mecânica pelos linfáticos diafragmáticos
  - Rápida migração celular e atividade fagocitária
  - Resposta inflamatória inespecífica (fibrina)
  - Íleo paralítico

# Fisiopatologia

## Peritonite





# Etiologia

- Secundário a cirurgias abdominais
- Apendicite rota
- Úlcera péptica perfurada
- Abscesso Hepático

# Agente Etiológico

Infecção é polimicrobiana; mais comuns:

- E coli
- Streptococcus
- P. aeruginosa
- Proteus vulgaris
- Bacteroides
- Outros anaeróbios

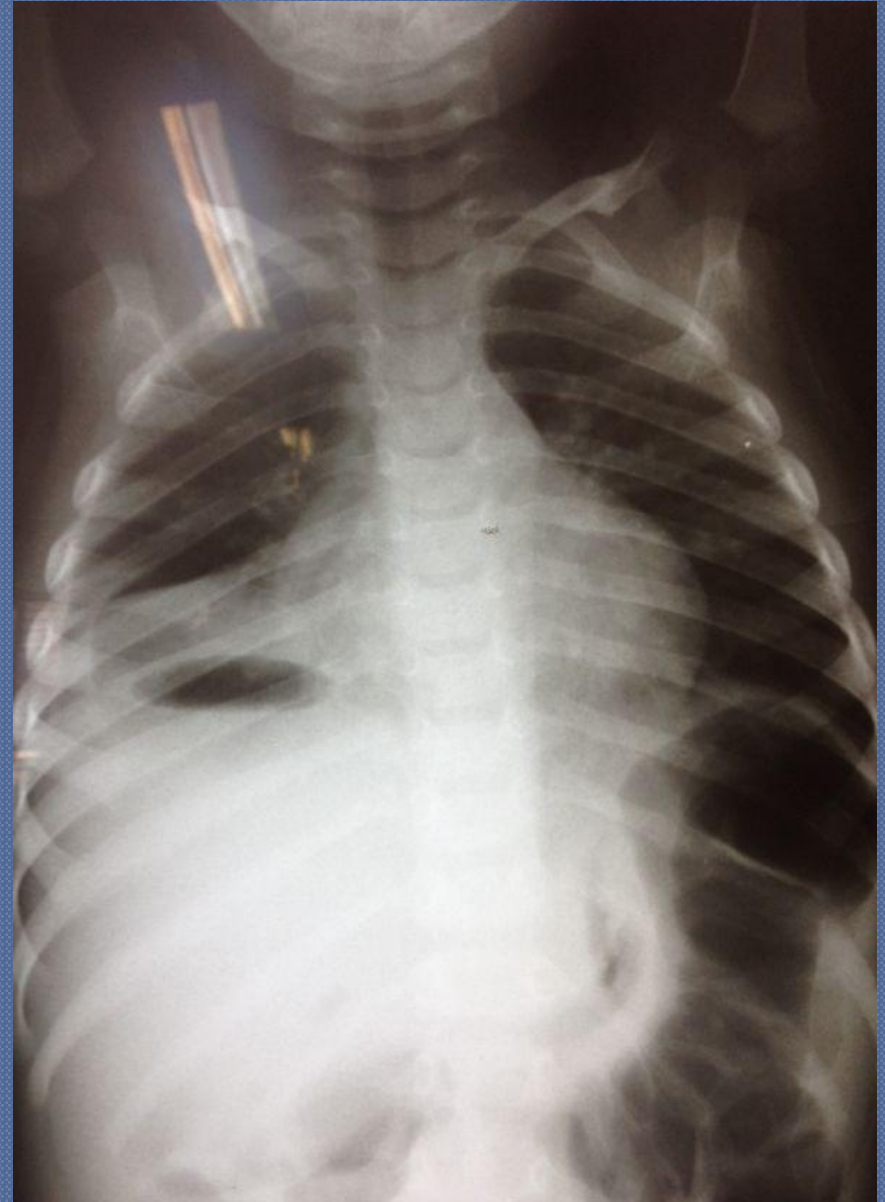
# Clínica

- Dor abdominal
- Febre arrastada
- Mal estar, perda de peso
- Dor referida no ombro
- Dificuldade de inspiração profunda
- Atelectasia de segmentos basais dos lobos inferiores
- Mobilização diafragmática reduzida ipsilateral
- Derrame pleural

# Diagnóstico

1. RX de tórax e abdome
2. Ultra som abdominal
3. TC de abdome

Souza JCK, Salle JLP. Cirurgia pediátrica: Teoria e prática. 2008.



# Tratamento

- Antibióticoterapia (escolha: cefotaxima e metronidazol)
- Cirurgia videolaparoscópica
- Laparotomia

# Complicações

- Abscesso hepático por contiguidade
- Ruptura e disseminação pelo peritônio livre
- Lesão diafragmática
- Empiema
- Abscesso pulmonar
- Fístula broncopleural



“Nem tudo que reluz é  
ouro”

Sabedoria popular

Obrigada