

Peritonite localizada

Considerações em tórno de um caso clínico

por **SECCO EICHENBERG**

Catedrático Interino Substituto da 2.^a cad. de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre — Catedrático Titular — Prof. L. F. Guerra Blessmann, Diretor Interino da enfermaria "Professor Guerra Blessmann", 18.^a da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre.

Docente Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre. Médico-Chefe da Protectora — Cia. de Seguros contra Accidentes do Trabalho — Pôrto Alegre.

1947

Aos cinco dias do mês de Fevereiro de mil novecentos e quarenta e seis, baixou á enfermaria "Professor Guerra Blessmann" — 18.^a da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre:

"M. A. da C., com 48 anos de idade, de côr preta, do sexo masculino, casado, agricultor, brasileiro, natural desde Estado e residente no Município de Alegrete. Ocupou o leito n. 26, sob papeleta n.º 1.766, caso 82."

Contava que dez dias antes de baixar, quando em trabalho campeiro, levava um coice de um cavalo ao nível da fossa ilíaca direita. Êste traumatismo determinou forte contusão no mencionado segmento do abdomen. Todo o ventre ficára dolorido, se bem que com menor intensidade nos quadrantes superiores e inferior esquerdo. Tivera nas primeiras doze horas uma dôr forte e penetrante na altura da fossa ilíaca direita. Também o intestino estivera paralisado, o ventre crescido, durante os quatro primeiros dias da moléstia. No entanto, sempre lhe fora possível, se bem que com dificuldade e com dores, expelir gases.

Como no local atingido pelo coice, apparecesse um tumor, resolveram trazê-lo a esta Capital, e o internaram na Santa Casa, vindo então baixar em nossa enfermaria.

Quando deu entrada em nosso serviço, apresentava um tumor na região da fossa ilíaca D, perfeitamente limitado, semelhante a calote de uma laranja de umbigo, com uma zona central, mais dolorosa, séde de edema mais acentuado. O resto do abdomen estava perfeitamente livre, sem sinais de defesa. Nada existia de anormal para o lado da região inguinal D. Não apresentava dores espontâneas. Expelia gases com facilidade e tinha pequenas dejeções, frequentes, semi-pastosas com estrias sanguinolentas e com mucosidades. Não apresentava flexão forçada do membro inferior D

O tumor apresentava sinais nítidos de um processo inflamatório agudo, com aumento da temperatura cutânea a seu nível. A palpação nos permitia confirmar o edema e despertava dôr. O tumor não era movel, e era possível sentir que fazia corpo com a parede abdominal, perdendo-se seus limites para a profundidade da cavidade abdominal.

Diante deste quadro clínico eramos levados a crer que estavamos diante de um processo de peritonite localizada ou encis-

05-08/1947 - MED - CIRURGIA - PERITONITE LOCALIZADA

tada, ao nível da fossa ilíaca D. O trauma, representado pelo coice, produziu naturalmente uma forte contusão da parede abdominal, que mui provavelmente repercutira sobre uma ou mais alças intestinais. Ao nível de uma destas, um processo inflamatório ou placa de necrose deveria ter iniciado sua formação. Esta placa deve ter sido o ponto de uma perfuração. A dor violenta em pontada, sentida nas primeiras 12 horas, faz supôr que esta perfuração tenha-se dado, mas para felicidade do paciente, em cavidade fechada, pois o processo inflamatório agudo, levou ao emparedamento do fóco irritativo, provavelmente a custa de epíloon, alças intestinais e da fibrina.

A evolução foi se orientando no sentido da supuração, no interior do fóco cerrado, aliás como o demonstrava em parte o quadro da temperatura, com oscilações diárias de 1 a 2 grãos.

Dado que o paciente apresentava um quadro que ia lenta mas gradativamente melhorando e diante do emparedamento do processo inflamatório, resolvemos manter uma atitude de expectativa. Enquanto esperavamos uma maior superficialização do processo, o que poderia ser verificado pelo aumento do edema e sua acentuação progressiva, bem como por uma acuminação do tumor, passamos a hidratar convenientemente o paciente — sôro fisiológico e glicosado — e empregamos a penicilina — 50.000 U. Ox. de dose inicial e 20.000 U. Ox. de três em três horas.

O estado intestinal, com certo grão de irritação do grosso intestino, revelado por dejeções sempre mais frequentes, com estrias de sangue e mucosidade, de consistência entre líquida e pastosa, nos fazia antever a possibilidade de perfuração do abcesso na luz do intestino e seu conseqüente esvaziamento.

O processo inflamatório localizado, ao invés de procurar sua exteriorização pela parede abdominal, no caso vertente, diante dos sinais de irritação intestinal acima apontados, parecia procurar perfurar para a luz de uma das alças intestinais, que lhe formavam as paredes. É um processo, que se aproxima do da migração do cálculo bi-

liar, da vesícula para o intestino delgado, pela aderência inicial deste à vesícula e depois pela perfuração das paredes acoladas, dando lugar a um pertuito, pelo qual o cálculo passe. No caso do abcesso peritoneal ou da peritonite localizada, através da fístula que se forma na parede intestinal esvasia-se o abcesso. A fístula, aos poucos se oblitera, curando no geral de per si, uma vez drenada tôda a coleção.

Aos nove dias de baixado em nosso serviço, e desenove de moléstia, pela manhã, por ocasião, duma evacuação, o abcesso drenou pelo intestino. Aumentamos temporariamente, durante as 24 horas seguintes, a dose de penicilina, e em poucos dias o quadro desinteriforme cessou, voltando o paciente a ter um funcionamento intestinal normal, ao mesmo tempo que com o tumor, desapareciam os sintomas locais para o lado da fossa ilíaca D.

A 8 de Março de 1946, o paciente obtinha alta curado.

Êste simples caso clínico, nos mostra um traumatismo da parede abdominal com repercussão sobre vísceras intra-abdominais. Evidencia uma das formas do maravilhoso mecanismo de defesa, de que é dotado o organismo, e que, repetidas vezes, consegue emparedar, separar do resto da cavidade abdominal, um processo inflamatório agudo, evitando o perigo de uma peritonite generalizada.

Por outro lado, vem confirmar o ponto de vista que defendemos em trabalho anterior (1), favorável a que, em casos semelhantes a estes em que o paciente se apresenta com um abcesso peritoneal ou uma peritonite localizada, a expectativa armada é a melhor conduta.

Sabemos perfeitamente que uma intervenção cirúrgica intempestiva, pode com a maior facilidade, levar á rutura de uma ou mais paredes do processo localizado, dando lugar á complicação grave, que a natureza já evitará, a peritonite generalizada.

Assim pois, o repouso, e hidratação do paciente, o emprego a larga manu dos antibióticos, de preferência a penicilina, se impõem, associados á observação cuidadosa do paciente, no sentido de intervir de imediato

se o caso evoluir, para uma propagação para a cavidade abdominal, levando á peritonite generalizada.

No entanto si a evolução se der para a exteriorização através da parede abdominal, uma vez verificados os sinais de maturidade do abcesso, a intervenção se resumirá na simples incisão e drenagem do abcesso. Os sinais aludidos, nos são dados pela intensidade do edema e quiçá, algumas vezes pela flutuação passível de ser percebida.

Mas se numa outra hipótese, como se deu em nosso caso, a coleção emparedada, rompe para a luz de uma alça intestinal, o abcesso drena pelo intestino. Sinais de irritação deste segmento do tubo digestivo — aumento do número das dejeções, que se apresentam pastosas ou líquidas, com estrias de sangue e presença de mucosidade — nos permitem prever que a coleção purulenta tende a fistulizar para a luz de uma alça intestinal. Após alguns dias do aparecimento destes sinais, quando de uma evacuação, o paciente exonera juntamente com as fézes o conteúdo do abcesso peritoneal ou da peritonite localizada. O esvaziamento da coleção se faz rapidamente e na grande maioria dos casos, mantidos os cuidados gerais, a cicatrização desta fistula se processa sem maiores dificuldades.

Antes ou mesmo depois do esvaziamento, si tais medidas não tenham sido anteriormente tomadas, o emprego de antibióticos — penicilina ou sulfas (sulfatiazol ou o grupo da sulfaguanidina ou suxidina) muito contribuirão para a evolução satisfatória do caso clínico.

COKKINIS (2) subdivide os abcessos peritoneais ou peritonites localizadas, em:

- a) abcesso secundário — como a complicação de uma infecção local (abcesso apendicular);
- b) abcesso residual — como a sobra de uma peritonite difusa (abcesso de fundo de saco de Douglas).

Os primeiros são localizados desde o início, e os segundos, somente na fase final.

Como principal sintoma, temos o tumor (empastamento), representado pela coleção

emperada, entre peritônio, alças intestinais, epíplon e fibrina. Estes abcessos são frequentes na fossa ilíaca, no pelvis e no espaço sub-frenico. Este tumor, é acompanhado de sinais locais dos processos inflamatórios agudos (em relação com a parede abdominal e peritônio), mais intensos ao seu nível, e mais discretos ou menos intensos no resto da cavidade e parede abdominal.

Entre os sintomas gerais, podemos observar fenômenos decorrentes da absorção tóxica, febre alta do tipo remittente, pulso rápido, mal estar, língua saburosa, suores noturnos e emagrecimento rápido. Nosso paciente, os apresentava na totalidade, associados ao tumor ao nível da fossa ilíaca.

Quanto aos sinais locais, temos inicialmente os sinais de um processo peritonítico que vai se circunscrevendo a determinada região, com um empastamento que se localiza e depois é que aparece o tumor.

Na sua localização na fossa ilíaca D, a peritonite localizada, além de uma causa traumática, como a observada em nosso caso, poderá ter origem, numa apendicite aguda, numa diverticulite de Meckel, num carcinoma do ceco, numa actinomicose ou numa tuberculose do ceco, numa supuração dos gânglios ilíacos, e finalmente, na propagação de um abcesso do psoas.

A história de nosso caso clínico, nos dirige facilmente para a causa traumática, cujo mecanismo já referimos.

WAKELEY e HUNTER (3) são de opinião que a peritonite localizada aguda, depende de uma lesão limitada das vísceras intra-abdominais, pelo que existe sempre tempo para por meio de aderência entre segmentos de outras vísceras, ficar o foco infeccioso inteiramente separado do resto da cavidade abdominal. Para estes autores, a peritonite localizada sempre evolue para a supuração e tende a se exteriorizar por três vias:

- a) para o exterior, diretamente, através da parede abdominal;
- b) para o exterior, indiretamente, para uma víscera oca, o intestino;

e) e finalmente, e por felicidade, se cuidados forem tomados, a menos frequente, para o interior, para a cavidade abdominal, através de uma rutura numa das paredes do abcesso, levando então, a uma peritonite difusa.

CRILE Jr. e FULTON (4) advogam para o abcesso apendicular, a penicilino-terapia intensiva. Preconizam as seguintes doses:

2 dias	—	100.000 U. Ox.	cada 2 horas;
2 "	—	50.000 U. Cx.	" 2 "
2 "	—	50.000 U. Cx.	" 4 "
2 "	—	25.000 U. Cx.	" 4 "

o que perfaz 4.500.000 U. Ox. em 8 dias. Os resultados que apresentam êstes autores são interessantes e GRAHAM os julga impressionantes. Dando resultados satisfatórios no abcesso apendicular, evitando em muitos casos a necessidade da própria incisão do abcesso, pela reabsorção do processo inflamatório e da própria coleção purulenta, cremos que poderá ser também aplicada do mesmo modo nos outros tipos e localizações de abcessos peritoneais e peritonites localizadas agudas. Si não produzir a resolução do processo, de per si, ao menos é um eficiente auxiliar como medicação anti-biótica.

B I B L I O G R A F I A

1. -- SECCO EICHENBERG -- *Abdomen agudo. Conduta cirúrgica.* Medicina e Cirurgia -- 1947 -- Ano 9 -- Fase. 1 -- V. 9.
2. -- COKKINIS A. J. -- *Acute intestinal Obstruction and peritonitis in Postgraduated Surgery* -- ed by R. Maingot, 1946 -- V. I. -- Appleton -- England.
3. -- WAKELEY, C. P. & HUNTER, J. B. -- *Rose & Carless Manual of Surgery* 17th, ed. -- Bailliere Tindall -- London 1943 -- V. II.
4. -- CRILE, Jr. G. & FULTON, J. R. -- *Appendicitis with emphasis on use of penicillin.* (Us. Nav. M. Bul, 45:464-743 -- September 1945) in *Yearbook of General Surgery 1946*, ed. by E. Graham Yearbook Publishers -- USA..