

Manejo conservador do paciente com Apendicite Aguda

Conservative management of the patient with Acute Appendicitis

DOI:10.34117/bjdv8n9-168

Recebimento dos originais: 16/08/2022

Aceitação para publicação: 15/09/2022

Isabela Cardoso Martinelli

Discente em Medicina pela Universidade Vila Velha (UVV)

Instituição: Universidade Vila Velha

Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21, Boa Vista II, Vila Velha – ES

E-mail: isacardosomartinelli@gmail.com

Maria Luisa Junqueira

Discente em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, Belo Horizonte - MG, CEP: 30130-110

E-mail: malujunqueira04@gmail.com

Mariana Lanuza Campos Pereira

Discente em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, Belo Horizonte

E-mail: marilanuza17@gmail.com

Bruno Peixoto Gonçalves

Discente em Medicina Faculdade de Medicina de Olinda (FMO)

Instituição: Faculdade de Medicina de Olinda

Endereço: Rua Dr Manoel de Almeida Belo, 1333 Olinda – PE, CEP: 53030-030

E-mail: peixotogon8@gmail.com

Rogério Lucas Oliveira Felix Correa

Discente de Medicina Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

(PUC – MG) - Betim

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) – Betim

Endereço: Rua kaquende 179, Centro, Sabará

E-mail: rogeriofelixmed@gmail.com

Bárbara Mafalda Robbiati

Médica pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC - MG)

Endereço: Rua Carlos Peixoto, 571, Santa Efigênia

E-mail: barbararobbiati@hotmail.com

Rafaela Ferreira Israel Assunção

Discente em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, Belo Horizonte - MG, CEP: 30130-110

E-mail: rafaela.israel@outlook.com

Júlia Costa de Oliveira

Discente em Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS-BH)

Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS - BH)

Endereço: Av. Cristiano Machado, 12001, Vila Cloris, Belo Horizonte - MG,

CEP: 31744-007

E-mail: juliacostadeoliveira03@gmail.com

RESUMO

Para pacientes adultos saudáveis com apendicite não perfurada, o manejo não cirúrgico com antibióticos e apendicectomia são opções de tratamento seguras para a apresentação inicial. O gerenciamento não operatório pode oferecer certos benefícios, como recuperação acelerada e menos dias de afastamento do trabalho ou outras atividades. Em troca, os pacientes devem ser aconselhados e dispostos a aceitar maiores incertezas da possível progressão da doença, apesar de antibióticos, recorrência da doença. Se a decisão for pela cirurgia, tanto a apendicectomia aberta quanto a laparoscópica são apropriadas para todos os pacientes; a escolha é por fatores do paciente e preferência do cirurgião.

Palavras-chave: Apendicite, manejo, Apendicite aguda.

ABSTRACT

For healthy adult patients with non-perforated appendicitis, nonoperative management with antibiotics and appendectomy are safe treatment options for initial presentation. Nonoperative management may offer certain benefits, such as accelerated recovery and fewer days away from work or other activities. In return, patients must be counseled and willing to accept greater uncertainties of possible disease progression, despite antibiotics, disease recurrence. If the decision is for surgery, both open and laparoscopic appendectomy are appropriate for all patients; the choice is by patient factors and surgeon preference.

Keywords: Appendicitis, management, acute Appendicitis.

1 INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é a emergência cirúrgica abdominal mais comum no mundo, com risco vitalício de 8,6% em homens e 6,9% em mulheres. Por mais de um século, a apendicectomia aberta foi o único tratamento padrão para apendicite. O manejo contemporâneo da apendicite é mais sofisticado e diferenciado: a apendicectomia laparoscópica ultrapassou a apendicectomia aberta em uso, e em alguns casos, os pacientes com apendicite perfurada também podem se beneficiar da antibioticoterapia inicial seguida de apendicectomia de intervalo e vários estudos sugeriram que é viável tratar a apendicite não complicada sem cirurgia apenas com antibióticos.

2 DESENVOLVIMENTO

Apendicite não perfurada, também referida como apendicite simples ou apendicite não complicada, refere-se à apendicite aguda que se apresenta sem sinais clínicos ou radiográficos de perfuração (por exemplo, massa inflamatória, fleuma ou abscesso). Aproximadamente 80 por cento das apendicites não são perfuradas na apresentação. Por muito tempo, a apendicectomia foi a única terapia para apendicite e continua sendo o tratamento padrão-ouro para apendicite em todo o mundo. No entanto, há evidências crescentes de que, em muitos aspectos, a antibioticoterapia não é inferior à cirurgia para apendicite não perfurada em pacientes saudáveis

2.1 MANEJO NÃO OPERATÓRIO

O tratamento não operatório é uma estratégia na qual os pacientes recebem antibióticos com o objetivo de evitar a cirurgia. Para esses pacientes, a apendicectomia é reservada para aqueles que não respondem aos antibióticos ou apresentam recorrência de apendicite. O manejo não operatório pode oferecer certos benefícios, como recuperação acelerada e redução de dias de afastamento do trabalho ou de outras atividades. Em troca, os pacientes devem ser aconselhados e dispostos a aceitar maiores incertezas da possível progressão da doença.

2.2 CANDIDATOS

O manejo não cirúrgico é apropriado em pacientes com diagnóstico clínico de apendicite localizada sem achados físicos de peritonite difusa ou evidência de imagem de grande abscesso, flegmão, perfuração ou tumor. O manejo não operatório pode ser instituído nesses pacientes, mas a resposta aos antibióticos pode ser retardada e, para aqueles com apendicólito, sabe-se que a taxa de falha e complicação do manejo não operatório é maior. Pacientes com apendicolito identificado por imagem (presente em aproximadamente 25 por cento dos pacientes) correm maior risco de complicações como abscesso e são submetidos a apendicectomia com mais frequência do que pacientes sem apendicolito. Outro fator a se levar em consideração é a resposta antibiótica pode ser retardada em pacientes com 45 anos de idade ou mais e naqueles com apendicólitos, líquido ou ar extraluminal, febre ou marcadores inflamatórios elevados e naqueles que tiveram sintomas por mais de 48 horas, todos dos quais estão associados a abscesso apendicular. Esses pacientes foram excluídos de alguns estudos. Além disso, os adultos mais velhos são mais propensos a ter uma malignidade oculta do apêndice.

2.3 PROTOCOLOS

O manejo não cirúrgico da apendicite não perfurada não é padronizado; protocolos de tratamento variam entre os ensaios. A maioria dos ensaios requer antibióticos intravenosos iniciais por um a três dias, seguidos por antibióticos orais por até um total de 7 a 10 dias. As escolhas de antibióticos não são padronizadas, mas um dos regimes intravenosos que sugerimos para infecções intra-abdominais adquiridas na comunidade de baixo risco provavelmente fornecerá cobertura suficiente. Um agente de ação prolongada, como a ceftriaxona, administrado em combinação com o metronidazol, pode facilitar a alta precoce. Em alguns casos, os pacientes podem ser tratados apenas com antibióticos orais. Os regimes orais potenciais (seja para terapia inicial ou como terapia de redução após um regime intravenoso inicial) incluem uma fluoroquinolona (por exemplo, ciprofloxacina ou levofloxacina) em combinação com metronidazol, uma cefalosporina de terceira geração em combinação com metronidazol, ou amoxicilina-clavulanato.

Também foi investigado se os antibióticos são necessários para o tratamento não cirúrgico da apendicite não perfurada. No estudo APPAC III (66 pacientes), 87 por cento (95% CI 75-99) daqueles tratados com placebo e 97 por cento (95% CI 92-100) daqueles tratados com antibióticos foram tratados com sucesso sem cirurgia em 10 dias; a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,142$). Esses resultados são instigantes, sugerindo que talvez, ao contrário da apendicite perfurada, a apendicite não complicada possa ser de etiologia inflamatória e não infecciosa. No entanto, mais estudos de populações maiores são necessários antes que o tratamento não cirúrgico da apendicite sem antibióticos possa ser recomendado, especialmente com apenas uma breve observação ou tratamento ambulatorial, conforme realizado no estudo CODA.

Após o início dos antibióticos, a dor, a febre, a leucocitose e a anorexia geralmente desaparecem em 24 horas em metade dos pacientes com apendicite não perfurada e na maioria dos pacientes em 48 horas. Como tal, os pacientes geralmente são internados no hospital durante os primeiros um a três dias para observação cuidadosa em caso de deterioração clínica, o que requer apendicectomia de resgate imediata. A resposta aos antibióticos pode ser retardada em alguns pacientes listados acima; período mais longo de observação e antibióticos intravenosos podem ser justificados nesses pacientes.

Aproximadamente 90 por cento dos pacientes tratados com antibióticos são capazes de evitar a cirurgia durante a admissão inicial. Os outros 10 por cento que não respondem aos antibióticos requerem uma apendicectomia de resgate. No entanto, não há

uma maneira confiável de prever quem responderá ou não aos antibióticos, exceto que a presença de um apendicólito foi associada a um risco quase duas vezes maior de se submeter a apendicectomia dentro de 30 dias após o início dos antibióticos para 21%

A maioria dos pacientes tratados com antibióticos responde clinicamente com redução na contagem de glóbulos brancos, prevenção de peritonite e redução geral dos sintomas. Em comparação com aqueles que se submeteram à apendicectomia inicial, os pacientes tratados com antibióticos têm escores de dor mais baixos ou semelhantes, requerem menos doses de narcóticos e requerem menos dias de trabalho perdidos para o paciente ou cuidador. Em um estudo, o estado geral de saúde de 30 dias daqueles tratados com antibióticos não foi inferior àqueles que foram submetidos à apendicectomia.

2.4 APENDICITE RECORRENTE

Quinze a 49 por cento dos pacientes que escolhem o tratamento não cirúrgico podem desenvolver sintomas recorrentes, o que pode levar a visitas adicionais ao departamento de emergência ou hospitalizações normalmente não necessárias após apendicectomia inicial. Não está claro se o sucesso em evitar a cirurgia justifica o medo e a carga de uma potencial apendicite recorrente. Quando a apendicite se repete, a cirurgia é comumente realizada e pode ser preferida em adultos com 40 anos de idade ou mais, dada a possibilidade de malignidade. O retratamento com antibióticos é uma opção em pacientes mais jovens.

3 CONCLUSÃO

A mortalidade associada à apendicite é baixa, mas pode variar de acordo com as localizações geográficas. Nos países desenvolvidos, a taxa de mortalidade está entre 0,09 e 0,24 por cento. Em países com recursos limitados, a taxa de mortalidade é maior, entre 1 e 4 por cento. Atualmente cresce cada vez mais os estudos que abordam a apendicite de forma conservadora, entretanto essa conduta ainda não é recorrente na prática médica. Dessa forma, é importante o conhecimento sobre a abordagem, mas ainda é necessários maiores estudos que ofereça mais segurança tanto para o paciente quanto para o médico assistente.

REFERÊNCIAS

- Talan DA, Di Saverio S. Treatment of Acute Uncomplicated Appendicitis. *N Engl J Med* 2021; 385:1116.
- Sartelli M, Baiocchi GL, Di Saverio S, et al. Prospective Observational Study on acute Appendicitis Worldwide (POSAW). *World J Emerg Surg* 2018; 13:19.
- CODA Collaborative, Flum DR, Davidson GH, et al. A Randomized Trial Comparing Antibiotics with Appendectomy for Appendicitis. *N Engl J Med* 2020; 383:1907.
- Marudanayagam R, Williams GT, Rees BI. Review of the pathological results of 2660 appendectomy specimens. *J Gastroenterol* 2006; 41:745.
- Kırkıl C, Yiğit MV, Aygen E. Long-term results of nonoperative treatment for uncomplicated acute appendicitis. *Turk J Gastroenterol* 2014; 25:393.
- McCutcheon BA, Chang DC, Marcus LP, et al. Long-term outcomes of patients with nonsurgically managed uncomplicated appendicitis. *J Am Coll Surg* 2014; 218:905.
- Carpenter SG, Chapital AB, Merritt MV, Johnson DJ. Increased risk of neoplasm in appendicitis treated with interval appendectomy: single-institution experience and literature review. *Am Surg* 2012; 78:339.
- Chandrasegaram MD, Rothwell LA, An EI, Miller RJ. Pathologies of the appendix: a 10-year review of 4670 appendectomy specimens. *ANZ J Surg* 2012; 82:844.
- Harnoss JC, Zelienska I, Probst P, et al. Antibiotics Versus Surgical Therapy for Uncomplicated Appendicitis: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials (PROSPERO 2015: CRD42015016882). *Ann Surg* 2017; 265:889.
- Talan DA, Saltzman DJ, DeUgarte DA, Moran GJ. Methods of conservative antibiotic treatment of acute uncomplicated appendicitis: A systematic review. *J Trauma Acute Care Surg* 2019; 86:722.
- Sippola S, Haijanen J, Grönroos J, et al. Effect of Oral Moxifloxacin vs Intravenous Ertapenem Plus Oral Levofloxacin for Treatment of Uncomplicated Acute Appendicitis: The APPAC II Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2021; 325:353.
- Salminen P, Sippola S, Haijanen J, et al. Antibiotics versus placebo in adults with CT-confirmed uncomplicated acute appendicitis (APPAC III): randomized double-blind superiority trial. *Br J Surg* 2022; 109:503.
- Park HC, Kim MJ, Lee BH. Randomized clinical trial of antibiotic therapy for uncomplicated appendicitis. *Br J Surg* 2017; 104:1785.
- Oliak D, Yamini D, Udani VM, et al. Initial nonoperative management for periappendiceal abscess. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:936.