

Apendicite Aguda complicada tratada com Tiflectomia: relato de caso

Appendicitis Acute complicated treated with Tyflectomy: case report

DOI:10.34117/bjdv9n4-017

Recebimento dos originais: 01/03/2023

Aceitação para publicação: 05/04/2023

Helen Bramblia Jorge Pareja

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Endereço: R. José Bongiovani, 700, Cidade Universitária, Pres. Prudente – SP

E-mail: Bramblia_hj@hotmail.com

Bárbara Maia Brito

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)

Endereço: Av. Brasília, 2016, St. Formosinha, CEP: 73813-011, Formosa – GO

E-mail: barbaramsbrito@gmail.com

Fernanda Soares Franca Bispo

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)

Endereço: Av. Brasília, 2016, St. Formosinha, CEP: 73813-011, Formosa – GO

E-mail: fernandasfbispo@gmail.com

Giovana Aissa Correia Santos

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)

Endereço: Av. Brasília, 2016, St. Formosinha, CEP: 73813-011, Formosa – GO

E-mail: giovanaaissa.correia08@gmail.com

Giulia da Cruz Guedes

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)

Endereço: Av. Brasília, 2016, St. Formosinha, CEP: 73813-011, Formosa – GO

E-mail: giuliaguedes19@gmail.com

Lucas de Freitas Dourado

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)

Endereço: Fazenda Fontes do Saber, S/N, Rio Verde - GO, CEP: 75901-970

E-mail: lucasfreitas.dourado@gmail.com

Victor Gabriel Campelo Oliveira

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)

Endereço: Av. Brasília, 2016, St. Formosinha, CEP: 73813-011, Formosa – GO

E-mail: victorgabrielcampelooliveira@gmail.com

Victor Gabriel Medeiros Marcelino

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)

Endereço: Av. Brasília, 2016, St. Formosinha, CEP: 73813-011, Formosa – GO

E-mail: victor_gabriel2308@hotmail.com

RESUMO

A apendicite aguda é a inflamação do apêndice cecal, sendo a causa mais frequente de abdome agudo inflamatório e com prevalência de 17 a 40%, nos serviços de emergência. É evidenciada pela dor, que inicialmente localiza no epigástrio, seguida de náuseas e vômitos, depois progride de forma generalizada e posteriormente torna-se localizada na fossa ilíaca direita. O diagnóstico pode ser realizado através da história clínica, exame laboratorial e de imagem. Além disso, apresenta duas formas de tratamento: o cirúrgico e o não cirúrgico. O relato de caso em questão traz a tiflectomia como escolha de tratamento, com base nos benefícios e indicações da nova técnica.

Palavras-chave: Apendicite, Tiflectomia, tratamento.

ABSTRACT

Acute appendicitis is the inflammation of the cecal appendix, being the most frequent cause of inflammatory acute abdomen and with a prevalence of 17 to 40% in emergency services. It is evidenced by pain, which initially localizes in the epigastrium, followed by nausea and vomiting, then progresses to a generalized form and later becomes located in the right iliac fossa. The diagnosis can be made through clinical history, laboratory tests and imaging examinations. In addition, it presents two forms of treatment: surgical and non-surgical. The case report in question brings typhlectomy as a treatment choice, based on the benefits and indications of the new technique.

Keywords: Appendicitis, Typhlectomy, treatment.

1 INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é a inflamação do apêndice cecal, sendo a causa mais frequente de abdome agudo inflamatório e com prevalência nos serviços de emergência de 17 a 40%, em ambulatoriais de 5 a 10% e em serviços de cirurgia de 8 a 15%. (NOGALES JA, 2017). Além disso, é uma doença que incide 57/100.000 pessoas a cada ano, mais frequente em crianças e adolescentes. (JORGE HB, et al., 2019)

A sintomatologia da apendicite aguda é maior evidenciada pela dor, que inicialmente se localiza no epigástrio, seguida de náuseas e vômitos (sensibilidade

41,9%), depois progride de forma generalizada e posteriormente localizada na fossa ilíaca direita (sensibilidade 81,9%). O paciente pode apresentar febre (sensibilidade de 51%) e anorexia (sensibilidade de 62%). O tempo de evolução do quadro do paciente é muito rápido, pois uma vez feita a consulta, entre 24 a 48h, já tem a presença de peritonite e até mesmo uma perfuração com um quadro de apendicite supurada. (NOGALES JA, 2017)

O diagnóstico da apendicite aguda pode ser realizado através da história clínica, exame laboratorial e de imagem, para isso utilizamos a escala de Alvarado, um sistema de pontuação com base em oito fatores clínicos, sendo eles anorexia, náuseas e/ou vômitos, dor típica migratória, dor em fossa ilíaca direita, defesa à descompressão, temperatura, leucocitose e polimorfonucleares que tem por objetivo avaliar o risco e conduta da apendicite. De acordo com um estudo feito com 101 participantes, chegou-se a conclusão que, com relação ao escore de Alvarado, a apresentação mais frequente foi dor à descompressão súbita em fossa ilíaca direita em 92%, seguido de leucocitose em 84,2%, anorexia em 77,2%, náuseas e/ou vômitos em 75,2%. A migração da dor, defesa em quadrante inferior direito do abdome, elevação da temperatura, e desvio à esquerda ao leucograma estavam presentes em menor frequência, sendo estas, respectivamente, 56,4%, 47,5%, 38,6% e 15,8%. (DO NASCIMENTO RR, et al., 2018)

A apendicite simples ou não complicada é definida como um apêndice fleumático inflamado sem sinais de necrose ou perfuração, enquanto a apendicite complexa ou complicada apresenta necrose focal ou transmural, que eventualmente pode levar à perfuração. (BOM WJ, et al., 2021). A classificação com base no estágio de evolução permite avaliar a gravidade e o prognóstico, além da elaboração de protocolos de orientação terapêutica e de pesquisa. O procedimento laparoscópico ao apresentar imagens “in situ” de vísceras, processos inflamatórios e secreções purulentas com mínimos traumatismos possibilita uma visão ampla da cavidade abdominal e do apêndice, contribuindo para o inventário operatório e uma avaliação eficiente. De acordo com os achados inflamatórios, é feita a classificação laparoscópica da apendicite aguda em graus, sendo 0 (normal), 1 (hiperememia e edema), 2 (exsudato fibrinoso), 3 (necrose segmentar), 4A (abscesso), 4B (peritonite regional), 4C (necrose da base do apêndice) e 5 (peritonite difusa). (GOMES CA, et al, 2006)

A classificação da apendicite aguda que norteia o tratamento, variando a conduta de conservadoras, até tratamentos cirúrgicos. (BOM WJ, et al., 2021)

1.1 TRATAMENTO CONSERVADOR

A fim de realizar o manejo da dor, uma meta-análise de nove ensaios clínicos randomizados abordou o uso de opióides, que durante a pesquisa não aumentou significativamente o risco de cirurgia tardia ou desnecessária. Evidências emergentes sugerem que a antibioticoterapia pode ser considerada uma terapia de primeira linha e possivelmente única em pacientes selecionados com apendicite não complicada. Uma metanálise de cinco ensaios clínicos randomizados comparou vários tratamentos antibióticos com apendicectomia em 980 adultos que tiveram apendicite não complicada. O tratamento com antibióticos resultou em uma diminuição da taxa de complicações (odds ratio = 0,54; intervalo de confiança de 95% [IC], 0,37 a 0,78), menos licença médica ou invalidez (média padrão diferença = - 0,19; 95% CI, - 0,33 a - 0,06) e menos necessidade para medicação para dor (diferença média padrão = - 1,55; 95% CI, - 1,96 a - 1,14). No entanto, 40% dos pacientes em tratamento com antibiótico necessitou de apendicectomia no ano seguinte, em comparação com 8,5% daqueles no grupo de apendicectomia que precisou de uma segunda cirurgia. (GUTHRIE M, 2018; CAGLE E, 2018)

1.2 TRATAMENTO CIRÚRGICO

Em casos condizentes com uma apendicite complexa ou complicada, a apendicectomia, seja ela via laparotomia aberta ou via laparoscopia, é o tratamento padrão para a apendicite aguda. (GUTHRIE M, 2018; CAGLE E, 2018)

O tratamento não cirúrgico inicial para apendicite complicada com abscesso, incluindo antibióticos e drenagem do abscesso periapendicular, leva à resolução dos sintomas em cerca de 90% dos pacientes, preparando-os para procedimento eletivo de 6 a 8 semanas após a drenagem. Estudos demonstraram uma taxa de recorrência de 5% a 15%. Uma meta-análise de Simillis e colegas apoiou o tratamento não cirúrgico em pacientes com apendicite complicada. Esse tratamento demonstrou resultar em menos complicações gerais (odds ratio [OR] 0,24; intervalo de confiança [IC] de 95% 0,13-0,44), infecções de feridas (OR 0,28; 95% CI 0,13-0,60), abscesso abdominal/ pélvico (OR 0,19; 95% CI 0,07-0,58), íleo/obstrução intestinal (OR 0,35; 95% CI 0,17-0,71) e reoperação (OR 0,17; 95 % IC 0,04-0,75).

Nos casos de apendicite aguda complicada, visto no intra operatório edema e processo inflamatório intenso da base do apêndice e do ceco, com deformação de estruturas anatômicas, não permitindo a realização da apendicectomia, a tiflectomia seria

uma ótima opção, pois apresenta melhor recuperação para paciente, menor chance de complicação no pós-operatório, além de preservação do cólon direito. A apendicite aguda apresenta a taxa de complicação alta (8-23%) quando não é realizada a técnica segura; o risco de perfuração aumenta para 5,8% a 7,6% para cada período de 24 horas. (JORGE HB, et al., 2019)

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 50 anos, foi admitida no Hospital Regional referindo dor abdominal difusa, com maior intensidade em hipogástrio direito (HD) e em fossa ilíaca direita (FID), há 08 dias. Relatou episódios de náuseas, êmese e hiporexia associados. Foi consultada na UPA e medicada, inicialmente, com ciprofloxacino, por hipótese diagnóstica de infecção do trato urinário (ITU). Após a medicação, teve melhora dos sintomas, porém há 03 dias os sintomas retornaram com maior intensidade.

Ao Exame Físico (EF): Apresenta bom estado geral (BGE), lúcido, orientado em tempo e espaço (LOTE), anictérico, acianótico e afebril. Abdome globoso e doloroso à palpação em FID, RHA diminuído, descompressão brusca negativa (DB -), sem plastão palpável na FID e sem mais alterações.

Sinais Vitais: PA = 110x60 mmhg; Fc: 120 bpm; demais sinais dentro da normalidade.

3 DISCUSSÃO

O apêndice cecal é um resquício do intestino primitivo, mede aproximadamente 10 cm de comprimento, com origem na parede póstero-medial do ceco, cerca de 3 cm abaixo da válvula ileocecal. Apesar da base do apêndice ser fixa, o restante do órgão é livre, podendo ocupar várias regiões da cavidade abdominal, inclusive a região pélvica, a fossa ilíaca esquerda e até mesmo o interior do canal inguinal. Esta variação na topografia do apêndice interfere na apresentação clínica da apendicite. (Junior MEM, et al., 2007)

Segundo dados epidemiológicos, cerca de 90 a 100 pacientes por 100.000 habitantes terão esta doença por ano e estima-se que o risco de desenvolver apendicite aguda ao longo da vida esteja entre 7% e 8%, sendo 8,6% em homens e 6,7% em mulheres. Essa incidência é maior em adolescentes e adultos jovens, sendo a população mais afetada entre 25 e 35 anos de idade. (DO NASCIMENTO RR, et al., 2018). No presente estudo, a paciente é do sexo feminino, porém apresenta uma faixa etária, de 50 anos, superior quando comparada aos dados epidemiológicos da literatura vigente.

A etiopatologia da apendicite aguda é a obstrução do lúmen do apêndice cecal, sendo mais comumente, a presença de fecálito, porém existem outras causas, como hiperplasia linfóide, corpo estranho, tumor, por exemplo, carcinóide (acomete o apêndice em 25% dos casos), e ascaridíase. O apendicólito, ou fecálito calcificado, é encontrado em menos de 30% dos pacientes, porém é considerado o desencadeante fisiopatológico mais comum da perfuração e consequente formação de abscesso. Nos adultos com mais de 50 anos, a taxa de perfuração é superior a 50%, com abscessos intra-abdominais correspondendo a um terço. (CECIL, 24^o edição, 2015) Em estudo publicado pela *European Review for medical and Pharmacological Sciences*, em 207 apendicectomias realizadas, três pacientes (37,5%) foram diagnosticados com hiperplasia linfóide reativa.

A etiopatologia da doença se inicia com a obstrução do lúmen apendicular, que leva alteração na vascularização da região, gerando acúmulo de secreção, que eleva a pressão intraluminal e determina estímulo das fibras viscerais aferentes, entre T8 e T10, com consequente dor referida na região epigástrica ou periumbilical. (Junior MEM, et al., 2007). O presente caso difere do típico na literatura, aonde paciente chega na unidade de saúde, com dor em hipocôndrio direito e fossa ilíaca a direita, constando um quadro atípico, o que levou ao erro inicial de diagnóstico, confundindo com quadro de infecção de urina, gerando tratamento errôneo e demora no tratamento definitivo.

A sintomatologia da apendicite aguda é maior evidenciada pela dor, que inicialmente localiza no epigástrio, seguida de náuseas e vômitos (sensibilidade 41,9%), depois progride de forma generalizada e posteriormente localizada na fossa ilíaca direita (sensibilidade 81,9%). O paciente pode apresentar febre (sensibilidade de 51%) e anorexia (sensibilidade de 62%). (NOGALES JA, 2017)

O escore de Alvarado foi elaborado com a intenção de diminuir o número de exames de imagem solicitados, visto que é um sistema de pontuação com base em oito fatores clínicos preditivos para melhorar a avaliação no diagnóstico de apendicite aguda, o qual produz uma pontuação total máxima de dez pontos e inclui sintomas e sinais clínicos, e achados laboratoriais. (DO NASCIMENTO RR, et al., 2018). De acordo com a análise dos dados do escore de Alvarado, a paciente do presente estudo é classificada como um escore de 2 pontos. Com isso, não teve o diagnóstico de apendicite aguda confirmado, apesar de apresentar uma alta sensibilidade por conta da dor na fossa ilíaca direita.

O diagnóstico da apendicite aguda pode ser realizado através da história clínica, exame físico e exames complementares; esses exames são os laboratoriais como: hemograma, PCR, VHS e urina I. Além disso, os exames de imagem solicitados são inicialmente raio-x de abdome agudo (para diagnóstico diferencial, já que é um exame comum em qualquer unidade), ultrassonografia abdominal e tomografia de abdome total. (NOGALES JA, 2017) Na entrada, o paciente em estudo foi submetido a exames laboratoriais que evidenciaram leucocitose, presente na pontuação do escore de alvarado, em seguida, exames complementares, fechando o diagnóstico com a ultrassonografia de abdome total que evidenciou apendicite aguda complicada.

O tratamento da apendicite aguda pode ser realizado de forma conservadora ou cirúrgica. O tratamento conservador consiste na não abordagem cirúrgica do paciente, utilizando de dieta restritiva e antibioticoterapia em ambiente hospitalar; com evidência de diminuição da morbi-mortalidade e complicações na internação, em contrapartida, observa-se, alto índice de recidiva da apendicite, culminando em na cirurgia, em mais de 65% dos casos, porém mesmo que gera tratamento cirúrgico, esse tem menos complicações se abordado inicialmente; tal tratamento, de forma única e exclusiva, não está descrito criteriosamente na literatura, sendo assim não é primeira escolha no tratamento dessa doença. (GUTHRIE M, 2018; CAGLE E, 2018). E por fim, o padrão ouro no tratamento da apendicite aguda, que é o tratamento invasivo, consiste na apendicectomia, que pode ser realizada de forma minimamente invasiva ou convencional. (GUTHRIE M, 2018; CAGLE E, 2018). E ainda existe a forma intermediária de tratamento, a fim de diminuir o percentual de complicações pós ou intra-operatórias em casos de apendicite aguda complicada com abscesso, aonde é inicialmente realizado o tratamento conservador com antibioticoterapia e a drenagem guiada por imagem, e após 6 a 8 semanas indica-se a abordagem cirúrgica, este é padrão ouro nesses casos específicos de complicações com abscesso. (JORGE HB, et al., 2019). No nosso caso não foi indicado esse tipo de abordagem, visto que a paciente não tinha abscesso no exame de imagem, e sim uma complicação da base do apêndice cecal, a partir do momento que foi realizado o diagnóstico da nossa paciente, mesmo que tardio, com um quadro complicado, foi imediatamente indicado a cirurgia convencional.

Estudos mostram forte evidência de que em casos condizentes com uma apendicite complicada, a apendicectomia, é o tratamento padrão. (GUTHRIE M, 2018; CAGLE E, 2018). Contudo, nos casos de apendicite aguda complicada, visto no intraoperatório edema e processo inflamatório intenso da base do apêndice e do ceco, com

deformação de estruturas anatômicas, não permitindo a realização da apendicectomia, sendo necessário a colectomia direita, esta, está associada a um aumento do tempo cirúrgico, da morbi-mortalidade, do tempo de internação, sequelas ao paciente entre outras complicações. (JORGE HB, et al., 2019)

Neste presente relato de caso, havia uma anomalia na base do apêndice cecal, e este estava comprometido pelo processo inflamatório e infeccioso, não sendo possível a utilização da técnica convencional de apendicectomia, e para evitar a colectomia direita, foi aventado a tiflectomia por apresentar melhor recuperação para o paciente, menor chance de complicação no pós-operatório, além de preservação do cólon direito. Pelo fato da tiflectomia ser uma técnica nova em relação às outras utilizadas no meio cirúrgico, não existem muitos relatos desse procedimento em apendicite aguda complicada. Observamos no nosso caso, melhor recuperação da paciente, quando comparado a hemicolectomia direita além de menor morbi-mortalidade. (JORGE HB, et al., 2019)

4 CONCLUSÃO

A partir da pesquisa realizada foi possível concluir que a apendicite aguda é a inflamação do apêndice cecal, sendo a causa mais frequente de abdome agudo inflamatório, com rápido tempo de evolução, podendo evoluir para uma perfuração, e conseqüente, formação de abscesso. O tratamento com antibióticos em casos não complicados pode contribuir para diminuição das sequelas, porém apresenta alta taxa de reincidência, exigindo uma apendicectomia dentro de um ano. A apendicectomia seja ela via laparotomia aberta ou via laparoscopia, é o tratamento padrão para a apendicite aguda.

Quando pensamos em uma apendicite aguda complicada, devemos pensar em técnicas padrão, que é a apendicectomia e a colectomia direita, visto que sua base deve ser retirada em casos de comprometimento. Utilizando essas técnicas padrão, ligamos o ramo da artéria cólica direita, que irriga o cólon a parte terminal do intestino delgado, que é a parte terminal do íleo. Contudo, quando precisamos fazer essa ligação e não só da apendicular, remove-se o cólon inteiro.

Ademais, quando o profissional tem conhecimento da técnica completa da tiflectomia, esse cólon é preservado, pelo fato de a definição da técnica ser retirar uma parte do ceco intestinal, mas respeitando o perímetro da válvula íleo cecal que não pode ser comprometida, ou seja, é preciso observar e ter um bom ângulo do ceco para poder aplicar a técnica e fazer a retirada do apêndice inflamado e de uma parte do ceco.

Em casos como o abordado nesta pesquisa, no qual há intenso processo inflamatório na base do apêndice e do ceco, com deformação de estruturas anatômicas, a apendicectomia pode ser inviabilizada. A opção a ser escolhida deveria ser a tiflectomia, com menor chance de complicação, e maior probabilidade de preservação do cólon direito.

REFERÊNCIAS

- GUTIÉRREZ M, et al. Apendicectomia: Fatores Prognósticos no Sistema Único de Saúde Brasileiro. *REV ASSOC MED BRAS*, 2020; 66(11): 1493-1497.
- NOGALES JA. Apendicite aguda: Critérios de Assistência Médica. *Revista da Associação Médica Argentina*, Vol. 130, Número 4 de 2017.
- PETROIANU A. Aspectos Relevantes da Apendicite Aguda. *Rev Assoc Med Bras* 2022; 68(2): 121-124.
- NASCIMENTO R, et al. Associação entre o Escore de Alvarado, Achados Cirúrgicos e Aspecto Histopatológico da Apendicite Aguda. 2018. *Rev Col Bras Cir* 45(5): e1901.
- IAMARINO AP, et al. Fatores de Risco Associados à Complicações de Apendicite Aguda. *Rev Col Bras Cir* 2017; 44(6): 560-566.
- MAGALHÃES BS, et al. Perfil Clínico - Epidemiológico dos Pacientes Acometidos por Abdome Agudo em um Hospital de Referência em Salvador. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)* 2019; 52(3): 193-200.
- BOM WJ, et al. Diagnosis of Uncomplicated and Complicated Appendicitis in Adults. *Scandinavian Journal of Surgery*. 2021, Vol. 110(2) 170–179.
- GUTHRIE M, et al. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. *American Academy of Family Physicians*. July 1, 2018, Volume 98, Number 1.
- BASSO AC, et al. Apendicite Aguda na Infância: Epidemiologia, Quadro Clínico e Exames Complementares. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*. 2022; 80(1): e1707.
- TÉOULE P, et al. Acute Appendicitis in Childhood and Adulthood: Na Everyday Clinical Challenge. *Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 764–74.
- PEREZ KS, et al. Complicated appendicitis and considerations for interval appendectomy: review article. *JAAPA: Journal of the American Academy of Physician Assistants*. Volume 31; Number 9; September 2018.
- RANGEL SJ, et al. Advances in Diagnosis and Management of Appendicitis in Children. *Elsevier Advances in Surgery* 55 (2021) 9-33.
- WAGNER M, et al. Evolution and Current Trends in the Management of Acute Appendicitis. *Surg Clin N Am* 98 (2018) 1005–1023.
- VINTOTH M, et al. Giant Mucocele of the Appendix – Laparoscopic Management: A case report and review of the literature. *Indian J Case Reports*. Vol 6. Issue 10. October 2020.
- PATEUL S, et al. Appendiceal Colic Intussusception Due to Mucocele of Appendix: Is Appendectomy Alone Sufficient? *The American Journal of Gastroenterology* 114(): p S868-S869, October 2019.

CUNHA CM, et al. Correlation of Clinical Data and the Alvarado's Score as predictors of Acute Appendicitis. *Journal of Coloproctology (rio j)*. 2018; 38(2): 95–98.

CONCHA JA, et al. Single-incision Laparoscopic Appendectomy versus Conventional Laparoscopy in Adults: A systematic review. *Acta Cirúrgica Brasileira - Vol. 29 (12)* 2014.

MIOLO TL, et al. Apendicite Aguda Gangrenosa Perfurada Complicada com Abscesso Ísquio-retal e Drenagem Espontânea pelo Reto. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2011; 24(4): 334-335.

TORO JP, et al. Superioridad Clínica de La Apendicectomía Laparoscópica sobre La Técnica Abierta: ¿ Adopción lenta de um nuevo estándar de tratamiento? *Rev Colomb Cir*. 2017; 32:32-39.

KANAT BH, et al. Chronic Appendicitis: the process from pré-diagnosis to pathology. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2021; 25 (24): 7898-7902.

JUNIOR MEM, et al. Apendicite Aguda: achados na tomografia computadorizada – ensaio iconográfico. *Radiol Bras* 2007; 40(3): 193–199.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. *Cecil Medicina Interna*. 24. ed. Saunders-Elsevier, 2012.