

Apendicite aguda: aspectos fisiopatológicos e manejo terapêutico

Acute appendicitis: pathophysiological aspects and therapeutic management

DOI:10.34119/bjhrv6n3-222

Recebimento dos originais: 26/04/2023

Aceitação para publicação: 31/05/2023

Vitoria Viana Silva

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas

Instituição: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - São Miguel dos Campos

Endereço: Lot L Jatobá 2, Quadra S2, 19, São Miguel dos Campos - AL, CEP: 57240-000

E-mail: vitoriavianasmed@gmail.com

Mariana Machado Rocha Macedo

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

Endereço: Alameda Salvaterra, 200, Salvaterra, Juiz de Fora - MG, CEP: 36033-003

E-mail: machadorochamacedo@gmail.com

Iara Tiene de Lima Melo

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Endereço: Rua Silva Ramos, 32, Tijuca, Rio de Janeiro, CEP: 20270-330

E-mail: iaratiene@gmail.com

Vinícius Abritta Pompei

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

Endereço: Alameda Salvaterra, 200, Salvaterra, Juiz de Fora - MG, CEP: 36033-003

E-mail: viniciuspompei@hotmail.com

Luiza Baptista de Oliveira Kneip

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

Endereço: Alameda Salvaterra, 200, Salvaterra, Juiz de Fora - MG, CEP: 36033-003

E-mail:Luizabok@hotmail.com

Luisa Mairink Fernandes

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

Endereço: Alameda Salvaterra, 200, Salvaterra, Juiz de Fora - MG, CEP: 36033-003

E-mail: luisa.mairink.fernandes@gmail.com

Gustavo Meirelles Souza

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

Endereço: Alameda Salvaterra, 200, Salvaterra, Juiz de Fora - MG, CEP: 36033-003

E-mail: gms.meirelles@gmail.com

Ana Luíza Carvalho Albuquerque

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

Endereço: Alameda Salvaterra, 200, Salvaterra, Juiz de Fora - MG, CEP: 36033-003

E-mail: analuizacarvalhoalb@gmail.com

Vitória Pimenta Arruda

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário de Valença (UNIFAA)

Instituição: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - Santa Luzia

Endereço: R. Ibitiguaiá, 1230, Santa Luzia, Juiz de Fora - MG, CEP: 36031-000

E-mail: viih-pimenta@hotmail.com

Maria Júlia Vasconcelos Fernandes de Andrade

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Nova Esperança

Endereço: Avenida Frei Galvão, 12 - João Pessoa - PB, CEP: 58067-698

E-mail: majuvfa@gmail.com

RESUMO

A Apendicite Aguda (AA) é caracterizada pela inflamação do apêndice. Sua prevalência é mais frequente em homens quando comparado às mulheres. O risco de desenvolver a doença ao longo da vida é de aproximadamente 1 em cada 11 pessoas. A teoria mais consistente a respeito da etiologia da AA gira em torno de uma obstrução luminal do fundo cego do apêndice. Os principais sintomas da doença são dor em cólica periumbilical que se intensifica por um período de 24 horas e se irradia para a fossa ilíaca direita, acompanhada de náuseas, vômitos, febre e perda de apetite. Alguns sinais como o de Romberg, de Rosving, e o de Psoas são descritos para investigação da doença. Ademais, sistemas de pontuação clínica, como o escore de Alvarado, associado a exames de imagem, como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada, podem ser muito úteis para comprovação diagnóstica, além de contribuírem para a diferenciação entre apendicite complicada e não complicada. No que se refere ao diagnóstico diferencial, existem importantes doenças que precisam ser lembradas e que possuem uma sintomatologia parecida, como a Doença Inflamatória Pélvica, torção de cisto ovariano, linfadenite mesentérica e intussuscepção intestinal. O tratamento da AA, na apendicite não complicada, possui como padrão ouro a apendicectomia. Todavia, na AA complicada, com exceção dos pacientes com peritonite difusa, existem indicações para o tratamento conservador com antibioticoterapia, apesar de não ser um consenso.

Palavras-chave: Apendicite Aguda, diagnóstico, tratamento, revisão.

ABSTRACT

Acute Appendicitis (AA) is characterized by inflammation of the appendix. Its prevalence is more frequent in men when compared to women. The lifetime risk of developing the disease is approximately 1 in 11 people. The most consistent theory regarding the etiology of AA revolves around a luminal obstruction of the blind end of the appendix. The main symptoms of the

disease are periumbilical colic pain that intensifies for a period of 24 hours and radiates to the right iliac fossa, accompanied by nausea, vomiting, fever and loss of appetite. Some signs such as Romberg's, Rosving's, and Psoas' are described for investigation of the disease. Furthermore, clinical scoring systems, such as the Alvarado score, associated with imaging tests such as ultrasonography and computed tomography, can be very useful for diagnostic confirmation, in addition to contributing to the differentiation between complicated and uncomplicated appendicitis. With regard to the differential diagnosis, there are important diseases that need to be remembered and that have a similar symptomatology, such as Pelvic Inflammatory Disease, ovarian cyst torsion, mesenteric lymphadenitis and intestinal intussusception. The treatment of AA, in uncomplicated appendicitis, has appendectomy as the gold standard. However, in complicated AA, with the exception of patients with diffuse peritonitis, there are indications for conservative treatment with antibiotic therapy, although there is no consensus.

Keywords: Acute Appendicitis, diagnosis, treatment, review.

1 INTRODUÇÃO

A Apendicite Aguda (AA) é caracterizada pela inflamação do apêndice vermiforme, sendo evidenciado uma maior frequência dos casos em homens quando comparado às mulheres. Segundo as principais teorias a respeito da etiologia da AA, a doença ocorre, na maioria das vezes, em decorrência da obstrução do orifício apendicular, seja por fecalito ou por uma hiperplasia linfóide. Esse processo é responsável por promover a distensão progressiva do apêndice, ocasionando comprometimento vascular e crescimento de organismos patogênicos. Se não houver o tratamento adequado é possível que ocorra a perfuração do apêndice com o desenvolvimento de abscesso localizado ou peritonite generalizada (TENG et al., 2021).

Os sintomas típicos da AA consistem em dor abdominal de início em região periumbilical com migração para quadrante inferior direito do abdome ou fossa ilíaca direita, podendo estar associada à febre, dor de rebote, náuseas ou vômitos (KÖHLER et al., 2021). Além disso, é relatado que a apendicite é a emergência cirúrgica abdominal mais comum (D'SOUZA; NUGENT, 2014).

2 OBJETIVO

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes à apendicite aguda, sobretudo os aspectos fisiopatológicos e o manejo terapêutico.

3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados Latindex e MEDLINE/PubMed entre os anos de 2014 e 2023. Os descritores utilizados, segundo o “MeSH Terms”, foram: *acute appendicitis, treatment, diagnosis*. Foram encontrados 285 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 10 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. Papers pagos e com data de publicação em período superior aos últimos 10 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 12 artigos pertinentes à discussão.

4 EPIDEMIOLOGIA

A AA é uma doença infecciosa do abdome (BOM et al., 2021) e constitui a emergência cirúrgica mais comum do mundo (YANG et al., 2019; KARUL et al., 2014). Por ser a causa mais comum de abdome agudo, necessita de diagnóstico e intervenção imediatos, uma vez que apresenta risco à vida (D’SOUZA; NUGENT, 2014).

É comum em adultos e adolescentes, principalmente dos 10 aos 20 anos de idade. Dentro desse público, a incidência é maior em homens do que em mulheres (8,6% versus 6,7%), apresentando proporção de 1,4 homens para cada 1 mulher (KRZYZAK; MULROONEY, 2020; TÉOULE et al., 2020). Essa variação de apresentação, além dos fatores etários e sexuais citados, se deve a diferenças étnicas, sazonais e a condições especiais, como a obesidade (GORTER et al., 2016).

O risco vitalício da AA, isto é, o risco de desenvolver a doença ao longo da vida, é de 1 em cada 11 pessoas (cerca de 7 a 8%) (BOM et al., 2021; KÖHLER et al., 2021; KARUL et al., 2014). Sua incidência é de 100 novos casos a cada 100.000 pessoas por ano (YANG et al., 2019; TÉOULE et al., 2020). Nos países desenvolvidos, essa taxa cai para 5,7 a 50 pacientes por 100.000 habitantes por ano (DI SAVERIO et al., 2020).

5 ETIOLOGIA

A causa da apendicite é incerta, embora existam várias teorias. As predominantes concentram-se na obstrução luminal do fundo cego do apêndice como a patologia primária. Quando as secreções de células caliciformes são impedidas de escapar devido à obstrução luminal, a pressão intraluminal dentro do apêndice aumenta, levando à isquemia da parede do órgão. A translocação de bactérias do lúmen através da mucosa comprometida causa inflamação transmural. A isquemia tecidual e a inflamação contínua podem levar ao infarto e à perfuração do apêndice. Uma perfuração também pode alcançar os tecidos moles adjacentes, como o omento, mesentério ou intestino, levando, assim, ao desenvolvimento de uma massa

inflamatória. Essa massa inflamatória pode conter pus (abscesso) ou não (flegmão) (D'SOUZA; NUGENT, 2016).

A hiperplasia do tecido linfóide na mucosa ou submucosa tem sido apontada como o mecanismo mais comum de obstrução do lúmen do apêndice. Essa condição pode ser causada por infecções (bacterianas, virais, fúngicas, parasitárias) ou por inflamação, como na doença inflamatória intestinal. Outras causas mais raras de obstrução podem incluir parasitas (mais comuns em países em desenvolvimento), bandas fibrosas, corpos estranhos e carcinoma cecal. Vale ressaltar que um curso mais abrupto dos sintomas foi descrito na apendicite obstrutiva aguda por fecalitos (D'SOUZA; NUGENT, 2016).

6 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A apresentação clínica da apendicite aguda pode variar de sintomas leves a sinais de peritonite generalizada e sepse (GORTER et al., 2016). A apresentação inicial envolve dor em cólica periumbilical que se intensifica por um período de 24 horas, acompanhada de náuseas, vômitos, febre e perda de apetite. A sequência clássica é a irradiação da dor periumbilical para a fossa ilíaca direita. A dor localizada coincide com a irritação do peritônio parietal (KRZYZAK; MULROONEY, 2020).

Muitos sinais clínicos, como o sinal de Blumberg (sensibilidade de rebote), o sinal de Rovsing (dor em fossa ilíaca direita durante a palpação da fossa ilíaca esquerda) ou o sinal do Psoas (dor à flexão do quadril direito, sugerindo apendicite retrocecal) são descritos nos casos de AA (TENG et al., 2021). Leucocitose/neutrofilia e concentração sérica elevada de proteína C reativa (PCR) podem contribuir para o diagnóstico, porém são considerados sinais inespecíficos de inflamação (TÉOULE et al., 2020).

Em crianças, até metade de todos os casos apresentam sintomas inespecíficos. A ausência de náuseas e vômitos, sensibilidade abdominal e leucocitose descarta apendicite com 98% de confiabilidade. Em mulheres grávidas, o apêndice pode ser deslocado cranialmente pelo útero aumentado, fazendo com que a dor seja sentida na parte superior do abdome, e não no quadrante inferior direito, algo que pode tornar o diagnóstico mais difícil (TÉOULE et al., 2020).

7 EXAMES DE IMAGEM

Para além dos aspectos clínicos, exames complementares de imagem são de grande auxílio no diagnóstico da AA. As principais modalidades utilizadas são a ultrassonografia de abdome, tomografia computadorizada e ressonância magnética (KARUL et al., 2014), que,

além de auxiliar no diagnóstico definitivo, ajudam a diminuir em cerca de 15% os índices de apendicectomia negativa (GORTER et al., 2016).

A ultrassonografia de abdome (US) possui uma sensibilidade de 76% e especificidade de 95% (DI SAVERIO et al., 2020), sendo considerado a primeira linha em casos emergenciais devido à sua fácil realização, por ser um exame barato, não invasivo e sem contraindicações, além de não necessitar de preparo prévio do paciente. Entretanto, é limitado à nível diagnóstico, pois aspectos do paciente como presença de gases na cavidade, tecido adiposo abundante ou apêndice em posição atípica podem dificultar a visualização e a correta interpretação, além do fato de ser um exame operador-dependente. Ao exame, a visualização direta do apêndice inflamado, a presença de líquido livre na cavidade, a infiltração do tecido adiposo circundante, diâmetro maior que 6mm bem como parede apendicular com mais de 2mm de espessura ou, ainda, sombra acústica posterior causada por apendicolito obstruindo o lúmen, constituem critérios diagnósticos à visualização da imagem. Ainda, a US com doppler pode evidenciar atividade inflamatória, demonstrada pelo aumento da perfusão local (KARUL et al., 2014).

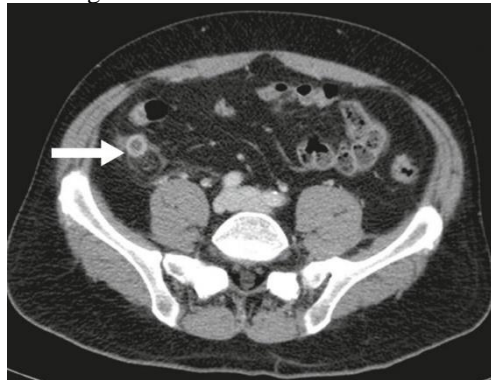
Apesar das facilidades já demonstradas da US, a Tomografia Computadorizada (TC) constitui padrão ouro no diagnóstico da AA e deve ser utilizada em caso de limitações na execução da US. Dentro desta modalidade de imagem, podemos diferenciar os métodos de TC com ou sem contraste, bem como a dose de radiação utilizada (KARUL et al., 2014). Estudos demonstram que o uso da TC com contraste em baixas doses possui eficácia diagnóstica comparável à TC com dose normal, devendo ser portanto a modalidade preferível por possibilitar a redução da dose de radiação (DI SAVERIO et al., 2020; BOM et al., 2021). Para TC sem contraste, como critérios diagnósticos de imagem devem ser observados: diâmetro >6mm e espessura >2mm (assim como na US), compressão inflamatória do tecido adiposo circundante, formação de abscesso e presença de apendicite (**Figura A**). Já na TC com contraste de fase venosa, além dos critérios já citados, observa-se o espessamento da parede com realce em forma de anel, caracterizando sinal patognomônico para diagnóstico (**Figura B**) (KARUL et al., 2014)

Figura A - Apendicite aguda



TC baixa dose sem contraste:). A imagem transversal mostra apendicite aguda (asterisco), espessamento da parede (seta) e alterações inflamatórias adjacentes.
Adaptado: KARUL et al., 2014

Figura B - Realce em forma de anel

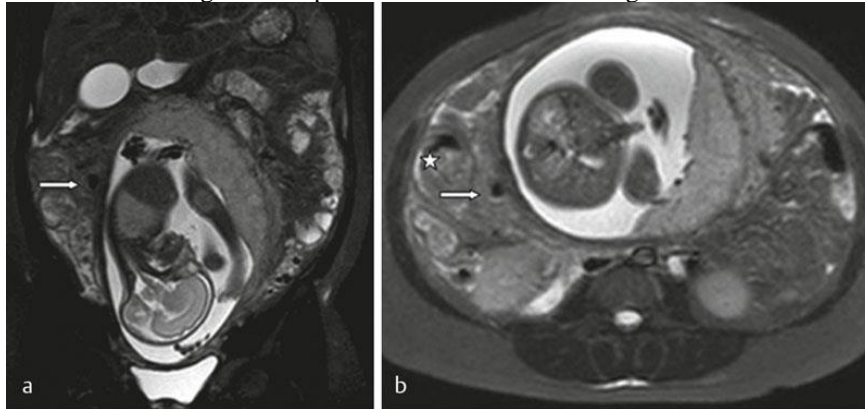


Tc dose padrão com contraste: corte transversal demonstrando espessamento da parede com realceanelar e alterações inflamatórias adjacentes (seta).
Adaptado: KARUL et al., 2014

A Ressonância Magnética (RM) não é um método de escolha habitual, devido à maior dificuldade em realização (devido ao tempo), ao custo e à menor disponibilidade, sendo esta modalidade reservada para pacientes com contraindicação ao uso de TC, como mulheres grávidas ou com possibilidade de gestação. Porém, com uma sensibilidade e especificidade em torno de 90% e 100%, respectivamente (KARUL et al., 2014), o maior emprego desta modalidade permitiria que crianças fossem menos expostas a doses de radiação (KRZYZAK; MULROONEY, 2020). A RM sem contraste oferece excelente visualização do apêndice e de gordura peritoneal, com sequência ponderadas em T1 e T2 enquanto o edema intramural e a inflamação podem ser visualizadas com a saturação de gordura (**Figura C**). A utilização de contraste não é necessária para o diagnóstico e deve ser avaliada individualmente caso o diagnóstico não tenha sido conclusivo sem o uso dele. Como critérios de diagnóstico, observa-se: alargamento do órgão > 7mm, formação de abscesso em caso de perfuração do apêndice,

compressão do tecido do adiposo adjacente devido à edema e difusão limitada na parede espessada do apêndice (KARUL et al., 2014).

Figura C - Apendicite na Ressonância Magnética



RM sem contraste: ar livre hipointenso (seta) nas imagens coronais e transversais ponderadas em T2 após saturação de gordura.

Adaptado: KARUL et al., 2014

8 SISTEMA DE PONTUAÇÃO CLÍNICA

Para auxiliar no diagnóstico, pode-se utilizar métodos além da história clínica, como o escore de Alvarado. É um método de fácil aplicação, prático e baseado na história da doença atual, exame físico e antecedentes do paciente. Com esse instrumento pode-se estimar a possibilidade de complicações, o tamanho do processo infeccioso e a necessidade do encaminhamento do paciente aos procedimentos adequados de acordo com seu quadro clínico. É uma ferramenta de alta sensibilidade, boa especificidade e valor preditivo adequado (TENG et al., 2021).

Cada característica da tabela vale um ponto: dor migratória para fossa ílica direita, náuseas e/ou vômitos, anorexia, dor na região da fossa ílica direita, febre e desvio à esquerda dos leucócitos. Dor à descompressão brusca a fossa ílica direita e leucocitose pontuam em 2. Em pacientes que pontuam mais de sete, é indicada a apendicectomia. Paciente entre 5 e 6 pontos devem realizar exames de imagem simples. E pacientes abaixo de 4 pontos devem ser observados ou liberados (TENG et al., 2021).

9 APENDICITE COMPLICADA VS NÃO COMPLICADA

Feito o diagnóstico de apendicite, existe uma segunda etapa que consiste na diferenciação entre apendicite complicada e não complicada. Essa distinção tem se tornado cada vez mais importante, uma vez que a abordagem terapêutica pode ser diferente (GORTER et al., 2016; BOM et al., 2021).

O diagnóstico complementar por exame de imagem, como USG , TC abdominal e RM (sendo este limitado para gestantes e crianças, em caso de dúvida mesmo após o uso da USG) junto dos scores clínicos, se mostrou importante para excluir ou confirmar apendicite aguda, e para diferenciar uma apendicite não complicada de apendicite complicada. A definição desses dois tipos de apendicite é feita com base nos resultados de exames de imagem, onde a apendicite não complicada inclui um apêndice inflamado, porém sem sinais de perfuração, gangrena, ausência de líquido purulento intraperitoneal, de flegmão contido ou abscesso intra-abdominal (GORTER et al., 2016).

Já a apendicite complicada, inclui todos os casos de apêndice inflamado, associado a gangrena com ou sem perfuração, abscesso intra-abdominal, flegmão periapendicular contido ou líquido livre purulento (GORTER et al., 2016; BOM et al., 2021). Apesar dos parâmetros de imagem apresentarem alta especificidade, a baixa sensibilidade deles não permite excluir com segurança a apendicite complicada. Desta forma, foram criados sistemas de pontuação para gravidade da apendicite, sendo um deles o Apendicitis Severity Index (APSI), que combina características clínicas e bioquímicas com exame de imagem, permitindo, dessa forma, diferenciar apendicite não complicada de complicada, ou simplesmente descartar a suspeita de apendicite complicada (BOM et al., 2021).

10 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Na população adulta, existem diversas doenças que podem apresentar um quadro clínico semelhante ao da apendicite aguda, como por exemplo, Doença Inflamatória Pélvica (DIP), ruptura de folículo ovariano e torção de cisto ovariano. Já na faixa etária pré escolar encontra-se linfadenite mesentérica, intussuscepção intestinal, diverticulite de Meckel e gastroenterite aguda como diagnósticos diferenciais (GORTER et al., 2016; PODDA et al., 2021).

Dentre as causas ginecológicas e obstétricas, tem-se a ruptura do folículo ovariano, a torção de cisto ovariano e a DIP, sendo esta a mais comum, principalmente quando cursa com abscesso no tubo ovariano e salpingite. Apesar de muitas vezes o diagnóstico diferencial entre DIP e apendicite em mulheres com vida sexual ativa ser bastante desafiador, existem dados clínicos que direcionam para o diagnóstico de DIP, sendo eles: atividade sexual recente ou uso de dispositivo intrauterino (DIU); dor com mais de dois dias de evolução, iniciada difusamente em abdômen inferior e sem migração para fossa ilíaca direita, como normalmente acontece na apendicite; febre alta. Outros achados clínicos como vômitos e dor em colo uterino, ao exame ginecológico, não excluem apendicite. O exame citopatológico com presença de diplococos

gram negativos somado à leucorréia são patognomônicos de DIP, o que conclui o diagnóstico (TENG et al., 2021; YANG et al., 2019).

Dentre as patologias da faixa etária pré-escolar que fazem diagnóstico diferencial com o quadro de apendicite, a linfadenite mesentérica é a que mais se assemelha. Sendo assim, a clínica é marcada por dor em fossa ilíaca direita e defesa abdominal, que se apresenta após um quadro de infecção do trato respiratório superior ou de uma gastroenterite. Ademais, em alguns casos, é acompanhada de linfadenopatia generalizada, vômitos e náuseas, sendo estes menos intensos. Para concluir o diagnóstico é realizado o USG de abdome com achados de linfonodos aumentados no mesentério do íleo e espessamento da parede do íleo, além de apêndice sem sinais inflamatórios (GORTER et al., 2016; YANG et al., 2019).

A intussuscepção intestinal, por sua vez, se apresenta como dor em cólica de caráter intermitente, ausência de sinais de irritação peritoneal e, muitas vezes, é acompanhada de hematoquezia e oclusão intestinal, que representam os achados mais sugestivos da doença. Já o divertículo de Meckel, afecção congênita mais prevalente do intestino delgado, devido ao quadro clínico de extrema semelhança ao da apendicite aguda, faz com que muitos cirurgiões realizem laparotomia e desconsiderem a necessidade de exames complementares de imagem (GORTER et al., 2016; YANG et al., 2019).

Por fim, nos quadros de gastroenterites, a náusea e o vômito geralmente se apresentam de forma incipiente e com maior intensidade quando comparado à apendicite. Ademais, não há sinais de peritonite e a dor é difusa em toda sua duração. Dessa forma deve-se ressaltar que se a criança evoluir com piora da dor abdominal em 12-24 horas a partir do início do quadro, deverá ser reavaliada por um cirurgião, pois nessa faixa etária a diarreia não exclui o diagnóstico de apendicite (GORTER et al., 2016; YANG et al., 2019; PODDA et al., 2021).

11 TRATAMENTO

11.1 APENDICITE NÃO COMPLICADA

Em relação à apendicite não complicada, a apendicectomia é considerada o tratamento padrão ouro, sendo que existem duas abordagens disponíveis, a abordagem aberta (OA) e a laparoscópica (LA). Numerosos estudos são publicados com o intuito de mostrar qual das duas técnicas é mais favorável. Portanto, tanto a LA quanto a OA apresentam vantagens e desvantagens. Dentre elas, cabe destacar a que a LA reduz significativamente a taxa de infecção do sítio cirúrgico, menos dor pós-operatória, menor tempo de internação, retorno às atividades laborais mais precoce e menor incidência de hérnias incisionais. Porém, a LA aumenta o risco

de abscesso intra-abdominal quando comparada com a abordagem aberta (GORTER et al., 2016).

Novas estratégias de tratamento cirúrgico foram introduzidas, como a cirurgia laparoscópica de incisão única (SILS), com a finalidade de reduzir ainda mais o trauma causado pelo ato operatório. As principais vantagens do SILS seriam menos dor pós-operatória e melhores resultados estéticos, sendo assim uma alternativa segura e viável, porém, se mostrou com maior taxa de falha técnica e maior tempo de ato operatório (GORTER et al., 2016).

Recentemente, o manejo não cirúrgico da apendicite não complicada foi analisado em indivíduos adultos. Meta-análises desses estudos mostraram que o tratamento não cirúrgico poderia evitar a cirurgia em 60-85% dos indivíduos. Entretanto, se mostrou menos eficaz, podendo aumentar a incidência de apendicite recorrente, maior taxa de progressão de apendicite não complicada para complicada, além de não conseguir averiguar se há malignidade subjacente. Logo, até que haja evidências mais concretas sobre os benefícios do tratamento inicial não cirúrgico e os possíveis efeitos a longo prazo, a apendicectomia continua sendo o padrão-ouro da apendicite aguda não complicada (GORTER et al., 2016).

11.2 APENDICITE COMPLICADA

A apendicite complicada deve ser tratada com maior urgência, todavia em poucos casos necessita de apendicectomia de emergência, com exceção dos pacientes que apresentam peritonite difusa. O seu manejo depende da condição do paciente, natureza da perfuração, se contida ou livre, ou se constitui abscesso ou flegmão. De modo geral paciente instável ou com perfuração livre está relacionado à peritonite difusa ou a sepse, podendo ser indicada apendicectomia de emergência com drenagem e lavagem da cavidade peritoneal. Em contrapartida pacientes estáveis, geralmente apresentam abscessos ou flegmão e na maior parte dos casos o tratamento conservador ou com radiologia intervencionista é indicado, associado a antibioticoterapia venosa, repouso intestinal e drenagem percutânea guiada por imagem de abscessos acessíveis, com monitorização intra-hospitalar e após resolução do processo inflamatório, pode-se realizar ressecção cirúrgica. Todavia, deve-se considerar conduta cirúrgica na falha do tratamento conservador (KRZYZAK; MULROONEY, 2020).

Nos casos de abscesso intra abdominal há uma maior incidência na abordagem cirúrgica por laparoscopia, pois, a ocorrência de obstrução intestinal do intestino delgado após a realização da abordagem laparoscópica é menor quando comparada com a abordagem aberta, todavia o tempo de ocorrência da obstrução é bem distinto nos vários estudos analisados (GORTER et al., 2016).

Na massa periapendicular, que também é uma complicação frequente na apendicite complicada, boa parte dos autores optam pela abordagem não cirúrgica, em contrapartida, também existem relatos na literatura que falam a favor da necessidade de tratamento operatório agressivo, pois, segundo esse grupo a massa pode estar associada a maior morbidade em comparação com o tratamento não operatório inicial (GORTER et al.,2016).

12 CONCLUSÃO

De forma sintetizada, a AA é uma causa de abdome agudo inflamatório que possui como principal fator etiológico a obstrução luminal do apêndice vermiforme, fato que causa uma congestão e um aumento da pressão intraluminal do órgão, favorecendo a isquemia e a multiplicação bacteriana no local. Importante salientar que o diagnóstico é mais específico quando se tem uma combinação de manifestações clínicas e exames de imagem, o uso de escores, como o de Alvarado, pode ajudar na confirmação da suspeita. Ademais, é importante realizar a diferenciação da apendicite complicada e não complicada, haja vista que o tratamento da AA não complicada possui como padrão ouro a apendicectomia, seja ela aberta ou por vídeo. Na apendicite complicada, por sua vez, ainda há uma divergência na literatura em relação à melhor abordagem terapêutica, pois parte dos estudos relatam o tratamento não cirúrgico com menores taxas de complicações, todavia, outros autores defendem que a abordagem cirúrgica mais agressiva no momento da apresentação das complicações é a melhor escolha, com base na ideia de que há uma taxa de falha relativamente alta para o tratamento não cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- BOM, W. J. et al. **Diagnosis of Uncomplicated and Complicated Appendicitis in Adults.** Scandinavian Journal of Surgery, p. 145749692110083, 14 abr. 2021.
- D'SOUZA, N.; NUGENT, K. **Appendicitis.** BMJ clinical evidence, v. 2014, p. 0408, 2014.
- D'SOUZA, N.; NUGENT, K. **Appendicitis.** American Family Physician, v. 93, n. 2, p. 142–143, 15 jan. 2016.
- DI SAVERIO, S. et al. **Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines.** World Journal of Emergency Surgery, v. 15, n. 1, 15 abr. 2020.
- GORTER, R. R. et al. **Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015.** Surgical Endoscopy, v. 30, n. 11, p. 4668–4690, 22 set. 2016.
- KARUL, M. et al. **Imaging of Appendicitis in Adults.** RöFo - Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren, v. 186, n. 06, p. 551–558, 23 abr. 2014.
- KÖHLER, F. et al. **Laparoscopic appendectomy versus antibiotic treatment for acute appendicitis—a systematic review.** International Journal of Colorectal Disease, v. 36, n. 10, p. 2283–2286, 14 abr. 2021.
- KRZYŻAK, M.; MULROONEY, S. M. **Acute Appendicitis Review: Background, Epidemiology, Diagnosis, and Treatment.** Cureus, 11 jun. 2020.
- PODDA, M. et al. **Diagnosis of acute appendicitis based on clinical scores: is it a myth or reality?** Acta bio-medica : Atenei Parmensis, v. 92, n. 4, p. e2021231, 2021.
- TENG, T. Z. J. et al. **Acute appendicitis—advances and controversies.** World Journal of Gastrointestinal Surgery, v. 13, n. 11, p. 1293–1314, 27 nov. 2021.
- TÉOULE, P. et al. **Acute Appendicitis in Childhood and Adulthood: An Everyday Clinical Challenge.** Deutsches Ärzteblatt international, 6 nov. 2020.
- YANG, Z. et al. **Meta-analysis of studies comparing conservative treatment with antibiotics and appendectomy for acute appendicitis in the adult.** BMC Surgery, v. 19, n. 1, 14 ago. 2019.