

RELATO DE CASO: AS COMPLICAÇÕES DE DIAGNÓSTICO TARDIO DE APENDICITE

Luísa Sandrini Mansur De Rezende¹, Ana Clara Duarte Grafanassi², Carolina Amorim Ribeiro³, Juliana Cordeiro Carvalho⁴, Râynne Magjon Fernandes Sampaio⁵, Ruston Da Matta Loubach Filho⁶.

¹ Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UniFACIG, luisasandrini_7@hotmail.com

² Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UniFACIG, grafanassi_dg@hotmail.com

³ Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UniFACIG, carolinaamorim06@gmail.com

⁴ Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UniFACIG, julianacordeiro_capri@hotmail.com

⁵ Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UniFACIG, raynne.sampaio@hotmail.com

⁶ Cirurgião Oncológico e Professor de Clínica Cirúrgica no Centro Universitário UniFACIG, ruston@superig.com.br

Resumo: A apendicite é a causa de abdome agudo mais comum na urgência que requer intervenção cirúrgica, ela se caracteriza por obstrução apendicular e cursa, comumente, com dor no quadrante inferior direito do abdômen. O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo que, na pediatria, a história natural é pouco evidente e a evolução é rápida, tornando suas complicações mais presentes, nesse contexto, a intervenção cirúrgica se torna cada vez mais complexa com o decorrer do tempo. O diagnóstico tardio gera o atraso do início do tratamento, prolongando o sofrimento desses indivíduos, bem como podendo leva-los a óbito. Nessa análise, o objetivo do relato de caso é apresentar um paciente de oito anos que foi atendido por uma inflamação na garganta, retornando após doze dias com apendicite necrosada, supurada e com abscesso pélvico, sendo submetido a mais de uma laparotomia, devido a complicações como obstrução intestinal. Assim esse relato exibiu a complexidade decorrente de um diagnóstico tardio de apendicite e de um atendimento que não considera o paciente como um todo.

Palavras-chave: Urgência Pediátrica; Obstrução Intestinal; Abscesso Pélvico; Abdome Agudo; Complicações pós-operatórias.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A apendicite é a causa de abdome agudo mais comum na urgência que requer intervenção cirúrgica. Apresenta incidência de 48,1 por dez mil habitantes, por ano. Caracteriza-se por obstrução apendicular, causada, na maioria dos casos, por fecalito, cálculo biliar ou corpo estranho, associado à infecção bacteriana (NUNES *et. al*, 2015.).

A patologia cursa, por vezes, com anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, febre moderada, cólica periumbilical e sinais de inflamação peritoneal no quadrante inferior direito do abdome. O diagnóstico é essencialmente clínico e confirmado por meio de contagem de leucócitos, ultrassonografia (US) e estudos radiográficos do abdome. Seu atraso pode interferir na evolução do quadro, uma vez que o tempo entre o início da sintomatologia e a abordagem cirúrgica torna-se preditor de complicações. Sendo elas: abscessos, septicemias, oclusão intestinal, infecções subcutâneas, entre outras (MATOS *et. al*, 2011.).

Após as primeiras 48 horas da patologia sua abordagem vai tornando progressivamente mais complexa. Há maior frequência de complicações e, em casos mais avançados, a intervenção cirúrgica de uma simples apendicectomia pode exigir drenagens percutâneas e até laparotomia com ressecção do cólon direito e intervenções para tratamento de peritonite generalizada associada. (DE FREITAS et.al, 2009.)

Na pediatria, a história natural é pouco evidente e a evolução é rápida, tornando seu diagnóstico mais difícil e suas complicações mais presentes. (IAMARINO *et. al*, 2017.). O objetivo do presente trabalho é apresentar um relato de caso de um menino de 8 anos com uma apendicite que evoluiu com perfuração, necrose, abscesso pélvico e obstrução intestinal sendo submetido a mais de uma laparotomia devido a atraso no diagnóstico. Destacando, assim, a importância do tratamento precoce a fim de prevenir tais complicações

2 METODOLOGIA

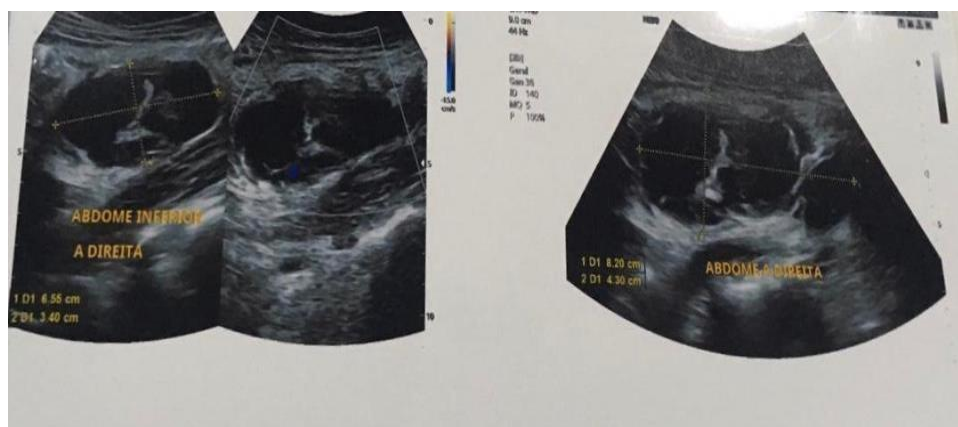
As informações contidas no relato foram obtidas por meio de entrevista com o paciente e com a sua mãe, através dos registros contidos no prontuário do paciente e por meio de revisão da literatura. Além disso, é importante ressaltar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pela responsável do menor.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Relato de Caso:

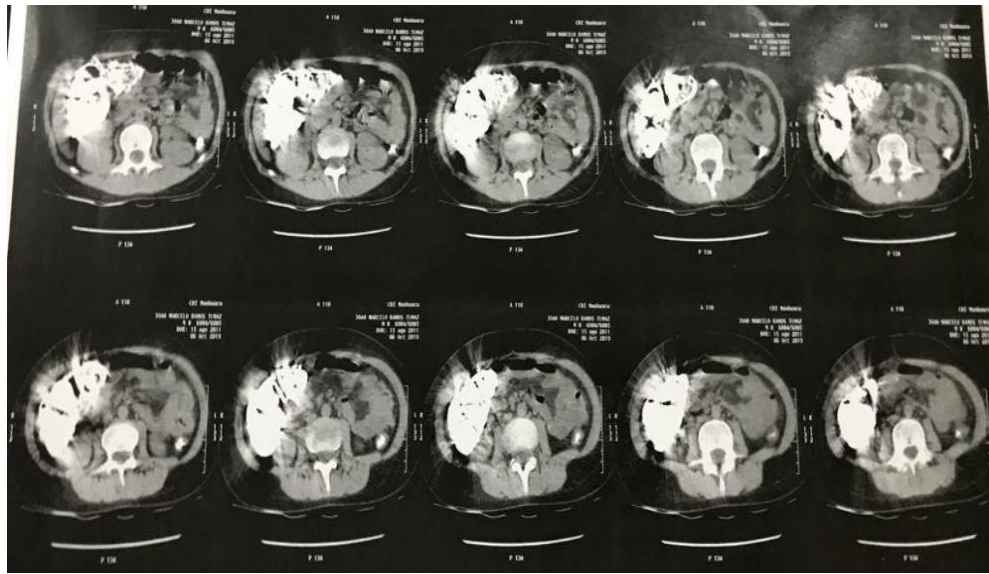
Paciente, oito anos, sexo masculino - o qual nega hospitalizações anteriores, patologias crônicas, alergias e uso de medicamentos - dirigiu-se a Unidade de Saúde da sua cidade no dia 11 de Setembro de 2019, queixando-se de dor de garganta e de dores na barriga, sendo tratado pela “inflamação de garganta”. Doze dias depois, o paciente retornou a Unidade de Saúde com peritonite localizada, febre medida a 39°C e vômitos, sendo encaminhado ao Hospital da cidade vizinha, onde foi realizada uma ultrassonografia de abdome total, a qual apontou para apendicite. A apendicectomia ocorreu logo em seguida, evidenciando apendicite necrosada, supurada e com presença de abscesso pélvico. No pós-operatório, o paciente apresentou três episódios de convulsão, quadro constante de dores abdominais e vômitos. Ao realizar tomografia abdominal com contraste, treze dias após cirurgia, foi indicada obstrução intestinal localizada antes da valva ileocecal, indicando a necessidade de uma nova cirurgia. Dessa vez, foi realizada uma laparotomia exploratória com incisão transumbilical até o púbis mediano, a qual evidenciou inflamação da região do íleo terminal, realizando lise das múltiplas aderências com bridas e drenagem do abscesso pélvico presente, necessitando que o paciente ficasse na UTI após procedimento. Até o momento da entrevista, quatro dias após a última cirurgia, já no quarto, paciente ainda não havia evacuado e apresentava constante desconforto abdominal, com episódios anteriores de vômitos.

Figura 1 – Ultrassonografia Abdominal



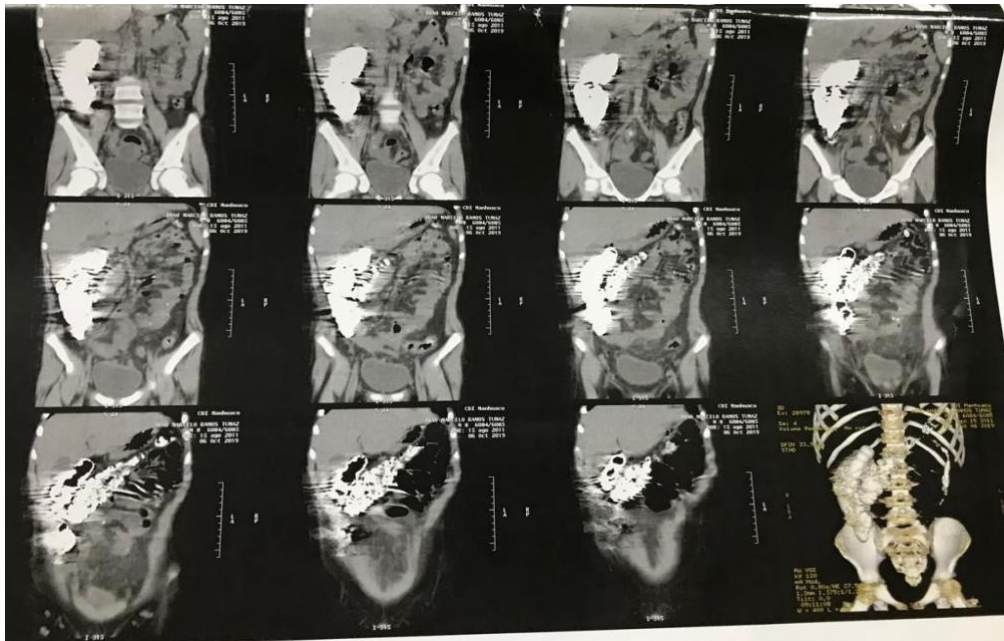
Fonte: Dados do prontuário pesquisa, 20xx?

Figura 2 – Tomografia Computadorizada Abdominal



Fonte: Dados do prontuário pesquisado, 20xx?

Figura 3 – Tomografia Computadorizada Abdominal



Fonte: Dados do prontuário pesquisado, 20xx?

A apendicite é considerada como uma das emergências cirúrgicas mais comuns no sistema de saúde, em que o seu diagnóstico é predominantemente clínico, sendo os exames complementares utilizados, principalmente, para critério de exclusão. A identificação da doença quando é feita de maneira precoce e o tratamento cirúrgico imediato, é possível prever bom prognóstico da patologia (FREITAS *et al.*, 2009).

A precisão de uma anamnese minuciosa, aliada a um exame físico bem feito é cerca de 95% em pacientes que apresentam quadro clínico usual. O diagnóstico incorreto é mais comum em crianças, em mulheres e em idosos (FREITAS *et al.*, 2009).

Segundo Freitas et al., 2013, os sinais e sintomas de apendicite aguda vão depender da localização do órgão e do momento em que o paciente procura o atendimento médico, uma vez que esses fatores influenciam na identificação e na evolução do quadro clínico. Os sintomas podem se apresentar na sua forma clássica, em que o paciente possui anorexia seguida de dor abdominal mal definida, localizada na região periumbilical, ou ainda se apresentar na forma atípica, dificultando a identificação da doença e piorando os sintomas.

No exame físico o principal indicador da patologia é dor no ponto de *McBurney*, ademais os sinais de *Blumberg*, *Róvsing* e do Músculo Psoas, também podem ser encontrados no exame abdominal, sendo usados como referência. Os principais diagnósticos diferenciais de apendicite são condições útero- ovarianas, úlcera gastroduodenal perfurada e colecistopatias (FREITAS et al., 2013).

Pacientes com apendicite aguda necessitam de hidratação venosa, controle de distúrbios hidroeletrólíticos e antibióticos perioperatórios, considerando a flora aeróbica e anaeróbica, sendo o apêndice um órgão localizado em uma região com alto índice de agentes microbianos. Os pacientes com apendicite perfurada requerem antibioticoterapia venosa no pós-operatório até o paciente se tornar afebril, conduta esta não realizada em casos de apendicite não perfurada, uma vez que antibióticos pós-operatórios não diminuem as chances de complicações (MATOS et al., 2011).

Além disso, de acordo com Freitas et al. (ano), quando o tratamento se inicia nas primeiras 24h, a intervenção cirúrgica, na maioria das vezes, é considerada de execução fácil, uma vez que quanto mais o tempo passa mais ocorre a evolução progressiva da doença. A cirurgia, após 48h, se torna mais complexa e a partir do terceiro dia a frequência de complicações passa a ter impacto cada vez maior sobre o tratamento – uma simples cirurgia pode se tornar uma laparotomia extensa com ressecção de cólon, por exemplo – e sobre o prognóstico.

O diagnóstico tardio pode ocorrer por diversas causas, sendo ela por demora da procura por parte do paciente ou por falha de atendimento pelos profissionais da saúde, em que pode ser caracterizado por negligência médica, por falta de conhecimento acerca dos sinais e sintomas indicativos da doença ou até mesmo por o paciente apresentar formas atípicas de apendicite dificultando a identificação. Esse atraso para o início do tratamento, prolonga a dor e o sofrimento desses indivíduos, podendo causar complicações e inclusive leva-los a óbito (FREITAS et al., 2009).

As complicações precoces da apendicite aguda podem ser infecciosas, como a formação de abscesso pélvico ou intra-abdominal, e/ou relacionadas à disfunção intestinal. Nas primeiras semanas, essa é comumente relacionada à combinação de íleo paralítico decorrente da peritonite e obstrução mecânica por aderências de fibrina. A maioria dessas obstruções precoces é solucionada com repouso gastrointestinal, o qual é feito com sondagem nasogástrica e fluidoterapia intravenosa (SCWEITZER, 2008, p. 16).

Segundo Andrade et al., 2007, as complicações locais mais recorrentes manifestadas na literatura são os abscessos de parede, abscessos residuais, obstrução intestinal, fistula fecal, evisceração, eventração, peritonites e hemorragia. Outras complicações gerais comuns a qualquer celiotomia são as infecções respiratórias, urinárias, cardíacas, hematomas, hemorragias subcutâneas e infecções hospitalares, em geral, flebotromboses e tromboflebites sépticas.

4 CONCLUSÃO

A apendicite continua sendo um dos problemas médicos de mais importância e com elevada prevalência. Seu diagnóstico continua sendo clínico - baseado em uma anamnese bem apurada e um exame físico bem realizado – mesmo com a evolução tecnológica, como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada, que servem – dentre outras funções - para afastar diagnósticos diferenciais. A apendicite aguda se trata de doença com tratamento, principalmente, cirúrgico - considerado simples. Porém, foi encontrado neste relato índice de complicações alto, o que pode ser justificado pelo fato do atraso do diagnóstico e consequente de anamnese falha, a qual deu-se importância apenas para um fator dentre todas as queixas do paciente, deixando de olhar o paciente como um ser integral, interferindo na possibilidade de um melhor prognóstico para o paciente.

5 REFERÊNCIAS

- FREITAS, PAULO ALVIM DE FREITAS. Apendicite Aguda. In: FREITAS, PAULO ALVIM DE FREITAS. **Primeira Clínica Cirúrgica**. 2013. Artigo Científico (Medicina) - Hospital das Clínicas, São Paulo, 2013. p. 8. Disponível em: <file:///D:/Downloads/61634-Texto%20do%20artigo-79697-1-1020130902.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.
- FREITAS, Roberto G. de et al. Apendicite Aguda. Revista HUPE, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, Jan/Jun 2009. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=16. Acesso em: 11 out. 2019.
- IAMARINO, ANA PAULA MARCONI et al. Fatores de risco associados às complicações de apendicite aguda. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 44, n. 6, p. 560-566, Dez. 2017.
- MATOS, Breno et al. Apendicite Aguda. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, p. 21(2 Supl 4): S1S113, 2011. Disponível em: <file:///D:/Downloads/v21n2s4a09.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.
- NUNES, M. C. et al. Apendicite aguda perfurada com complicações pós operatórias: relato de caso. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/24773/0>. Acesso em: 12 out. 2019.
- NUTELS, Diogo Braga de Albuquerque; ANDRADE, Ana Catarina Gadelha de; ROCHA, Amaurí Clemente da. Perfil das complicações após apendicectomia em um hospital de emergência. **ABCD, arq. bras. cir. dig.** São Paulo, v. 20, n. 3, p. 146-149, Set. 2007.BN
- SCHWEITZER, L. C. Apêndice aguda complicada na criança: antibioticoterapia em doses múltiplas versus dose única diária. Repositório UFSC, Santa Catarina, p. 16-42, 2008. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/119411/255418.pdf%3Fsequence%3D1&ved=2ahUKEwiptM3Uq8rIAhXUCtQKHcuyARIQFjAMegQIBhAB&usq=AOvVaw1lpsvUN-xC8QFIRYLwNPAq>. Acesso em: 2 out. 2019.