



APENDICITE AGUDA POR CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO

**Lara Morello de Paulo¹, Vitor Lelis Caldeira Rocha², Lucas Almeida Moreira³,
Pedro Bernardo Veloso Fonseca⁴, Raquel Sena Pontes Grapiuna⁵, José Renato
Dacache Balieiro⁶**

¹ Graduanda em medicina, Centro Universitário UniFACIG, morello341@gmail.com

² Graduando em medicina, Centro Universitário UniFACIG, vitorcaldeiralelis@gmail.com

³ Graduando em medicina, Centro Universitário UniFACIG, buzaoninds@gmail.com

⁴ Graduando em medicina, Centro Universitário UniFACIG, bernardovelosofpedro@gmail.com

⁵ Graduanda em medicina, Centro Universitário UniFACIG, raquel_grapiuna@hotmail.com

⁶ Membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Hospital César Leite, jrdbalieiro@gmail.com

Resumo: A apendicite aguda é a principal causa de abdômen agudo, muito comum nas unidades de emergência. Pode ocorrer devido a várias etiologias, sendo rara por presença de corpos estranhos. O trabalho consiste em revisão bibliográfica sistemática associada a um estudo de caso de apendicite aguda por corpo estranho, analisando referenciais teóricos já publicados em meios escritos e eletrônicos publicados de 2002 a 2018. Esse estudo relata o caso de paciente admitida em unidade de pronto atendimento com dor abdominal após inserção de corpo estranho no abdômen. Admitida e tratada com sintomáticos e observação, evoluiu com dores abdominais fortes associadas a vômitos e febre, com exames laboratoriais alterados. Foi realizada laparotomia exploradora com retirada do corpo estranho que se encontrava em região apendicular. Evoluiu com melhora clínica e liberada para alta. Essa patologia se caracteriza por processo inflamatório grave que causa distensão do órgão, dor abdominal e outros sintomas, associados à achados clínicos característicos da doença. O diagnóstico é clínico e deve ser realizado de forma rápida para evitar possíveis complicações. Diagnóstico diferencial deve ser feito de outros tipos de abdômen agudo e de inflamações intestinais que podem mimetizar o quadro. O tratamento é cirúrgico e manejo do estado geral do paciente. A terapêutica realizada rapidamente melhora o prognóstico do paciente e reduz o risco de possíveis complicações.

Palavras-chave: Apendicite aguda; Apendicite por corpo estranho; Abdômen agudo; Tratamento apendicite; Quadro clínico apendicite.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

1 INTRODUÇÃO

O apêndice deriva do intestino médio e se forma entorno de cinquenta e seis dias de gestação na região do ceco, com sua base na convergência da tênia e sua ponta podendo variar entre retrocecal intraperitoneal, pélvica e retroperitoneal, se fixando na maioria das vezes mais medialmente no quadrante inferior direito sendo irrigado pela artéria apendicular. Histologicamente composto por células caliciformes na camada mucosa e células linfóides na submucosa, levando a teoria de que o órgão teria alguma função imunológica ainda desconhecida (TOWNSEND et al., 2015).

A apendicite aguda consiste na principal causa de abdome agudo, sendo a patologia abdominal cirúrgica mais comum na unidade de emergência (ZORZETTO et al., 2003; GOULART et al., 2012). Seu prognóstico está intimamente ligado com o tempo de diagnóstico e tratamento cirúrgico, apresentando boa evolução para abordagens em até 24 horas e gradual aumento da complexidade, em especial após os primeiros dois dias (DE FREITAS et al., 2009).

Segundo Jaffe e Berger (2005), a maior causa de apendicite são fecalitos, mas outros autores como Liu e McFadden (1997) afirmam que a principal causa é hiperplasia linfóide (60%), seguido de fecalito (35%), corpo estranho (4%) e tumores (1%).

Em pesquisas feitas nos Estados unidos a mortalidade gira em torno de um a três por cento, podendo chegar até a quinze por cento quando ocorre perfuração na população idosa (DE FREITAS et al., 2009). Uma análise retrospectiva de 638 casos do Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira na cidade de Juiz de Fora constatou uma mortalidade de 2,67 % dos pacientes com apendicite aguda tratados no local (LIMA et al., 2016).

O objetivo desse trabalho é fazer uma revisão sistemática acerca da apendicite aguda relatando um caso de apendicite aguda por corpo estranho.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido sobre o tema: apendicite aguda após perfuração com corpo estranho, por meio de um relato de caso.

A pesquisa a ser realizada neste artigo propõe uma revisão bibliográfica associada ao estudo de caso, de forma a proporcionar melhor entendimento acerca da temática, bem como sua aplicabilidade clínica.

O trabalho foi realizado a partir de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos e páginas de web sites (FONSECA, 2002).

A pesquisa utilizou-se de trabalhos acadêmicos (publicações em periódicos) publicados entre os anos de 2002 a 2018, utilizando-se de palavras chaves “apendicite aguda”, “diagnóstico da apendicite”, “apendicite por corpo estranho”, “tratamento cirúrgico de abdômen agudo” e “principais achados na apendicite”. Foram analisados artigos científicos em língua portuguesa e inglesa nas bases de pesquisa Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILACS e PubMed.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 41 anos, foi atendida na unidade de pronto atendimento com relato de dor abdominal leve em flanco direito, após ter introduzido uma agulha no abdômen. Após avaliação cirúrgica optou-se por terapêutica conservadora com a utilização de um imã sobre a lesão, visto que o corpo estranho se localizava no subcutâneo. Uma semana após a realização do procedimento, a paciente evolui com fortes dores abdominais em região de fossa ilíaca direita, associada a episódios de vômito e febre. Na avaliação semiológica, observou-se defesa abdominal, com Blumberg positivo e exames laboratoriais com leucocitose importante (14.700), elevação da proteína C reativa (PCR) e imagem radiológica evidenciando descida do corpo estranho para região de fossa ilíaca direita. Dessa forma, optou-se por laparotomia exploradora para retirada do corpo estranho. Durante o procedimento cirúrgico, o corpo estranho foi encontrado na região apendicular levando a um quadro de inflamação local. Foi realizada exérese do fragmento, envolto em sua grande maioria pelo omento menor, protegendo demais estruturas. Logo após, foi feito inventário da cavidade com revisão da hemostasia e síntese por planos. A paciente evoluiu com melhora clínica da dor abdominal e deambulação precoce, recebendo alta no dia seguinte.

Figura 1 – Raio X na admissão



Figura 2 – Raio X após uma semana



4 DISCUSSÃO

A apendicite aguda é resultado da obstrução da luz do apêndice, sendo provocada por corpo estranho em cerca de 4% dos casos (DE FREITAS et al., 2009).

O formato do apêndice consiste em um diâmetro curto com comprimento longo, o que predispõe a uma obstrução em alça fechada. Tal bloqueio gera distensão do apêndice, estimulando fibras nervosas aferentes, que causam dor abdominal, náuseas e vômitos. Além disso, ocorre um aumento da pressão intraluminal, o que diminui a drenagem venosa e desencadeia isquemia da mucosa, podendo levar a perfuração e invasão da parede do apêndice pela flora bacteriana, deflagrando um processo inflamatório grave. Nos casos de perfuração do apêndice ocorre a formação de um abscesso ou peritonite localizada (DE FREITAS et al., 2009).

A apresentação clínica da apendicite aguda é variada e muitas vezes, incomum, o que dificulta o diagnóstico precoce. Normalmente, inicia-se com anorexia e dor abdominal mal definida na região mesogástrica ou periumbilical. À medida que evolui, a dor atinge região do quadrante inferior direito por acometimento do peritônio parietal. Pode haver comprometimento do hábito intestinal, queixas urinárias e temperatura discretamente aumentada (MATOS et al., 2011). Na maior parte dos casos, do início dos sintomas até a gangrena do apêndice, leva-se de 48 a 70 horas (DE FREITAS et al., 2009).

No exame físico o paciente pode apresentar defesa abdominal involuntária, hiperestesia cutânea na área de inervação somática de T10-T12, sinal de Rovsing positivo, sinal do psoas positivo e ausculta abdominal diminuída ou ausente em casos mais avançados. Além disso, o toque retal e o vaginal podem ser benéficos na pesquisa da patologia, uma vez que o número de inflamações pélvicas de origem anexial são grandes, ajudando na confirmação do diagnóstico ou a descartar outras suspeitas (DE FREITAS et al., 2009).

No caso apresentado, foi observada a presença de defesa abdominal, Blumberg positivo e alterações radiológicas sugestivas, demonstrando o corpo estranho na região apendicular. Além disso, a paciente apresentava leucocitose e PCR elevado, sugerindo infecção.

O diagnóstico é essencialmente clínico, por alto índice de suspeição, a partir dos sinais e sintomas apresentados pela paciente e conhecimento sobre a epidemiologia e possíveis complicações da doença, mas o uso de alguns exames laboratoriais e de imagem podem auxiliar na pesquisa e confirmação do quadro (MATOS et al., 2011).

O leucograma é muito utilizado durante a pesquisa de apendicite aguda, tanto para o auxílio no diagnóstico quanto para avaliar a progressão e complicações da doença. Grande parte dos casos evolui com leucocitose, sendo que contagens muito altas podem apontar possíveis complicações do quadro, como no caso relatado, assim como números elevados de polimorfonucleares podem estar relacionados com necrose ou perfuração de apêndice (GOULART et al., 2012).

A neutrofilia com desvio esquerda é comum de ser encontrada, podendo se apresentar com monocitose, que caracteriza bem o quadro de inflamação aguda, e esse dado associado a história

clínica direciona o possível diagnóstico quase certeiro para apendicite aguda (GOULART et al., 2012).

A tomografia computadorizada, de acordo com Townsend e colaboradores (2015), é considerada o exame de maior confiabilidade no diagnóstico de apendicite aguda, evidenciando distensão do órgão, espessamento da parede, presença de abcessos e em algumas vezes a presença de coprolito. Por isso, se houver suspeita de perfuração e abscesso periapendicular, a TC deve ser realizada antes da cirurgia.

A radiografia simples pode demonstrar apendicolitos calcificados em 10 a 15% dos casos de apendicite aguda, bem como apagamento do psoas à direita e da gordura pré-peritoneal ipsilateral, mas geralmente não é essencial no diagnóstico de apendicite aguda, sendo mais bem utilizado na diferenciação de outros quadros de abdômen agudo. A ultrassonografia tem especificidade de 60% nos pacientes com perfuração intestinal e pode evidenciar uma imagem “em alvo” com a parede do órgão espessada. Além disso, pode-se lançar mão da videolaparoscopia diagnóstica ou laparotomia exploradora para realização do exame direto do apêndice (MATOS et al., 2011).

Deve ser feito o diagnóstico diferencial com gastroenterites, infecções intestinais virais, diverticulite de Meckel, intussuscepção e tumorações, excluindo-as por meio da epidemiologia de idade e sexo, sintomas antecedentes, exame físico detalhado e exames laboratoriais necessários (DEFREITAS et al., 2009).

O tratamento das apendicites agudas é feito por retirada do apêndice associada a hidratação, controle de distúrbios hidroeletrolíticos e antibioticoterapia para controle das populações microbianas. A remoção pode ser feita por cirurgia aberta ou por via laparoscópica, que reduz o tempo de internação pós-operatória e as taxas de infecção no sítio cirúrgico (MATOS et al., 2011).

5 CONCLUSÃO

A apendicite tem grande importância clínica e pode ter várias etiologias, por isso é imprescindível que seja coletada história clínica e exame físico detalhados do paciente afim de diferenciá-las. Exames laboratoriais e de imagem podem auxiliar no diagnóstico e devem ser solicitados para confirmação ou para fazer o diagnóstico diferencial, descartando outras doenças.

Conduzir rapidamente o paciente para terapêutica cirúrgica adequada reduz os riscos perioperatórios e potenciais complicações pós-operatórias. Em quadros de apendicite aguda por corpos estranhos, uma revisão minuciosa do local de lesão deve ser realizada para garantir a retirada do mesmo e melhora clínica completa do paciente.

6 REFERÊNCIAS

FREITAS, Roberto G. de et al. APENDICITE AGUDA. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto: Abdome Agudo NãoTraumático, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.38-51, 2009. Semestral. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=168#citar>. Acesso em: 18 out. 2019.

FONSECA, João José Saraiva. Metodologia da Pesquisa Científica. 2002.

GOULART, Rafael Nunes et al . Achados principais de exames laboratoriais no diagnóstico de apendicite aguda: uma avaliação prospectiva. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 25, n. 2, p. 88-90, June 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000200005&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202012000200005>.

JAFFE Bernard M, BERGER David H. **The appendix. In: Schwartz Principles of Surgery** Mc.Graw Hill Medical Publishing Division. 2005;

LIMA, AMANDA PEREIRA et al . Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 43, n. 4, p. 248-253, Aug. 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912016000400248](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912016000400248&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-699120160004009>.

LIU C D, MCFADDEN D W. **Acute abdomen and appendix. In: Greenfield LJ, Mulholland MW Surgery: Scientific Principles and Practice**. 2nd ed. Baltimore, Md. 1997

MATOS, Breno et al. APENDICITE AGUDA. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p.29-32, 2011. Anual. Disponível em: <<http://rmmg.org/exportar-pdf/889/v21n2s4a09.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2019.

REIS, José Marcos dos et al. Diagnóstico e tratamento de 300 casos de apendicite aguda em crianças e adolescentes atendidos em um hospital universitário. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p.11-15, 2018. Anual. Disponível em: <<http://rmmg.org/exportar-pdf/556/v18n1a03.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2019.

TOWNSEND, Courtney M. et al. **Sabiston tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna.** 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

ZORZETTO, Arquimedes Artur et al . O uso da ultra-sonografia no diagnóstico e evolução da apendicite aguda. Radiol Bras, São Paulo , v. 36, n. 2, p. 71-75, Mar. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842003000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842003000200004>.