

BARBARA ALVES RHOMBERG
Centro Universitário Lusíada (UNILUS).

MAYRA MORAES BARROS SILVA
Centro Universitário Lusíada (UNILUS).

DANIEL DANTAS DE OLIVEIRA
Hospital Gui Herme Álvaro (HGA).

GUI NES ANTUNES ALVAREZ
Hospital Gui Herme Álvaro (HGA).

MONICA MAZZURANA BENETTI
Hospital Gui Herme Álvaro (HGA).

JOÃO PAULO PINHEIRO ORTEGA
Hospital Gui Herme Álvaro (HGA).

HEITOR FRANCO DE GODOY
Hospital Gui Herme Álvaro (HGA).

BRUNO BARREIRO
Hospital Gui Herme Álvaro (HGA).

AMER ABDUL BASSET EL KHATIB
Hospital Gui Herme Álvaro (HGA).

*Recebido em julho de 2017.
Aprovado em agosto de 2017.*

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa
Rua Dr. Armando de Sales Oliveira, 150
Boqueirão - Santos - São Paulo
11050-071

http://revista.unilus.br/index.php/ruep
revista.unilus@unilus.br

Fone: +55 (13) 3202-4100

TRATAMENTO CLÍNICO DA APENDICITE AGUDA: RELATO DE CASO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é uma causa comum de dor abdominal aguda e a causa mais frequente de cirurgia abdominal de emergência. Sabe-se que seu manejo tradicional é a apendicectomia, mas que o uso de antibióticos apresenta papel fundamental no seu manejo seja como antibióticooterapia ou somente na profilaxia. O objetivo desse relato é apresentar caso clínico de paciente com apendicite aguda tratada clinicamente e discutir aspectos relevantes. **CASO:** I.U.D.S, masculino, 58 anos, hemofílico, diabético, ex-etilista/tabagista deu entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal, em fossa ilíaca direita há quatro dias. Negava al teração do hábito intestinal, náuseas, vômitos, febre e/ou disúria. Ao exame físico apresentava abdome plano e doloroso à palpação da fossa ilíaca direita com massa palpável endurecida na mesma região, ruidos hidroaéreos diminuídos e descompressão brusca negativa. Também era evidente a presença de hérnia inguinal bilateral sem sinais de encarceramento. A primeira hipótese diagnóstica foi tumor de colón direito e para tal finalidade de diagnóstico solicitou-se tomografia de abdome. Esta apresentou laudo sugestivo de apendicite aguda bloqueada. Optou-se por tratamento não operatório, visando diminuir complicações devido condição hemofílica do paciente, além do mesmo apresentar-se clinicamente estável, sem sinais de sepse grave, plastrão palpável e com pequena coleção bloqueada. Foi iniciado antibióticooterapia com Ceftriaxone e Metronidazol por sete dias e o paciente teve evolução clínica satisfatória. Realizou-se tomografia computadorizada de controle ao final desse período que apresentou melhora radiológica significativa em comparação com exame anterior. Nesta data, o paciente teve alta com prescrição de Ciprofloxacino e Metronidazol por via oral, além de ser orientado a retornar em sete dias para controle tomográfico. Ao retorno, o paciente permaneceu assintomático e a tomografia computadorizada não evidenciou sinais inflamatórios ou infecciosos, demonstrando resolução radiológica e clínica com o uso de antibióticooterapia. **CONCLUSÃO:** O manejo da apendicite aguda permanece controverso, tanto na discussão da necessidade ou não de cirurgia quanto em relação à via de acesso, laparoscópica ou aberta. Até o momento, sabe-se que a escolha do tratamento dependerá das características clínicas de cada paciente e dos recursos disponíveis e que, o tratamento não cirúrgico da apendicite como única estratégia, tem como objetivo reduzir os custos e diminuir as complicações relacionadas à cirurgia ou à ressecção do órgão.

Palavras-Chave: Apendicite, Apendicectomia, Antibióticos, Cirurgia.

CLINICAL TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS: A CASE REPORT

ABSTRACT

INTRODUCTION: Acute appendicitis is a common cause of acute abdominal pain and the most frequent cause of emergency abdominal surgery. It is known that its traditional management is appendectomy, but that the use of antibiotics plays a fundamental role in its management either as antibiotic therapy or only in prophylaxis. The purpose of this report is to present a clinical case of a patient with acute appendicitis treated clinically and to discuss relevant aspects. **CASE:** I.U.D.S, male, 58 years old, hemophilic, diabetic, ex-alcoholist / smoker was admitted to the emergency room with complaint of right lower abdominal pain for four days. He denied a change in bowel habit, nausea, vomiting, fever and / or dysuria. On physical examination, the patient presented a flat and painful abdomen at the palpation of the right lower abdominal with a hard palpable mass in the same region, decreased hydroaeric noise and sudden decompression painless. It was also evident the presence of bilateral inguinal hernia without signs of incarceration. The first diagnostic hypothesis was a right colon tumor and for this diagnostic purpose abdominal tomography was requested, that was suggestive acute appendicitis blocked. We opted for non-operative treatment, aiming to reduce complications due to the hemophilic condition of the patient, besides being clinically stable, without signs of severe sepsis, palpable plastron and with a small blocked collection. Antibiotic therapy with Ceftriaxone and Metronidazole was initiated for seven days and the patient progressed clinically satisfactorily. Control computed tomography was performed at the end of this period, and there was significant radiological improvement compared to previous examination. On this date, the patient was discharged with prescription of Ciprofloxacin and Metronidazole orally, in addition to being advised to return in seven days for tomographic control. Upon return, the patient remained asymptomatic and CT scan showed no inflammatory or infectious signs, demonstrating radiological and clinical resolution with the use of antibiotic therapy. **CONCLUSION:** The optimal management of acute appendicitis remains controversial, both in the discussion of the need for surgery and in relation to the access, laparoscopic or open approach. To date, it is known that the choice of treatment will depend on the clinical characteristics of each patient and the available resources, and that the non-surgical treatment of appendicitis as a single strategy aims to reduce costs and reduce complications related to surgery or resection of the organ.

Keywords: Appendicitis, Appendectomy, Antibiotics, Surgery.

INTRODUÇÃO

Apendicite é uma infecção do apêndice cecal que é a pequena porção do intestino grosso, que se localiza na junção do intestino delgado e intestino grosso. Devido ao processo inflamatório, infecção e edema, há uma diminuição do suprimento sanguíneo, que leva a necrose e ruptura, podendo causar peritonite se não tratada.

A apendicite é uma das causas mais comuns de dor abdominal, especialmente em crianças e adultos jovens, e mais comumente afeta indivíduos do sexo masculino, entre 10 e 30 anos. Um total de 88% das admissões cirúrgicas de emergência que necessitam de cirurgia são casos de apendicite.

As manifestações clínicas da apendicite aguda são diversas, dependendo da localização do apêndice e do tempo da evolução clínica. A apresentação clássica se inicia com hiporexia, seguida de dor ou desconforto abdominal de baixa intensidade, localizada inicialmente no mesogástrico ou na região periumbilical, migrando para a fossa ilíaca direita, muitas vezes associados a problemas gastrointestinais. A dor é o sinal mais prevalente no quadro de apendicite, presente em 95% dos casos, seguida de hiporexia em 90% das vezes. Pode ocorrer febre baixa, sem calafrios. A outra forma de evolução da apendicite é a formação de um plastrão com obstrução do processo inflamatório pelos órgãos adjacentes e que pode ser diagnosticado por massa palpável na fossa ilíaca direita. Alguns sinais no exame físico podem sugerir o diagnóstico de apendicite, como os sinais de Blumberg, Rovsing, Dunphy, Psoas e Obturador.

Por mais de 120 anos, a apendicetomia foi a abordagem padrão para o tratamento da apendicite aguda¹⁻³. Nos EUA são diagnosticados aproximadamente 300.000 casos/ano de apendicite, motivo pelo qual a apendicetomia é a cirurgia de urgência mais realizada nos Estados Unidos^{4,5}. Apesar da ocorrência comum dessa condição e a relativa facilidade com que a apendicetomia é realizada, o uso de antibióticos também apresenta papel fundamental no seu manejo, seja como antibióticoterapia ou somente na profilaxia. Nas duas últimas décadas, tem sido publicado um número crescente de evidências sobre o uso de antibióticos como tratamento exclusivo para a apendicite aguda⁶⁻⁹. Flum, Kolata, Souza-Gallardo e Moraga relataram nos últimos quatro anos a possibilidade do tratamento clínico da apendicite aguda com bons resultados. O objetivo desse relato é apresentar caso clínico de paciente com apendicite aguda tratada clinicamente e discutir aspectos relevantes.

RELATO DE CASO

I. U. D. S, masculino, 58 anos, hemofílico, diabético, ex etilista/tabagista deu entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal em fossa ilíaca direita há quatro dias. Negava alergia do hábito intestinal, náuseas, vômitos, febre e/ou diarreia. Ao exame físico apresentava abdome plano e doloroso à palpação da fossa ilíaca direita com massa palpável endurecida na mesma região, ruídos hidroaéreos diminuídos e descompressão brusca negativa. Também era evidente a presença de hérnia inguinal bilateral sem sinais de encarceramento.

A primeira hipótese diagnóstica foi tumor de colón direito e para tal finalidade diagnóstica solicitou-se tomografia de abdome. A tomografia evidenciou espessamento apendicular na fossa ilíaca direita com gás em seu interior, densificação de planos adjacentes, espessamento do peritônio e do ceco com sinais de ruptura do apêndice com pequena coleção retrocecal e bolhas de pneumoperitônio, ou seja, laudo sugestivo de apendicite aguda bloqueada.

Optou-se por tratamento não operatório, visando diminuir complicações devido condição hemofílica do paciente, além do mesmo apresentar-se clinicamente estável, sem sinais de sepse grave, plastrão palpável e com pequena coleção bloqueada.

Foi iniciada antibióticoterapia com Ceftriaxone e Metronidazol por sete dias e o paciente teve evolução clínica satisfatória. Realizou-se tomografia computadorizada

de controle ao final desse período que evidenciou leve espessamento e realce parietal na topografia ileoceco-apendicular associada à densificação dos plenos adiposos e linfonodos locais sugestivos de processo inflamatório infeccioso, portanto houve melhora radiológica significativa em comparação com exame anterior.

Nesta data, o paciente teve alta com prescrição de Ciprofloxacino e Metronidazol por via oral, além de ser orientado a retornar em sete dias para controle tomográfico. Ao retorno, o paciente permanecia assintomático e a tomografia computadorizada não evidenciou sinais inflamatórios ou infecciosos, demonstrando resolução radiológica e clínica com o uso de antibióticos.

DISCUSSÃO

A ideia de que a apendicite pode ser resolvida sem cirurgia não é nova. Em 1886, antes do desenvolvimento de antibióticos, Fitz relatou que muitos espécimes de autópsia mostraram evidência de apendicite anterior, indicando que alguns pacientes poderiam resolver a doença sem intervenção cirúrgica.

Em 1959, Coldrey publicou sua série de casos descrevendo o tratamento não-cirúrgico de apendicite e concluiu que muitos casos de apendicite foram resolvidos sem cirurgia.

Di Saverio et al em 2014 relataram através de um estudo prospectivo que o tratamento clínico da apendicite somente com antibióticos pode ser seguro e eficaz, evitando apendicectomias desnecessárias e reduzindo as taxas de morbidade e os custos relacionados dos procedimentos. Após 2 anos de seguimento, as recorrências de dor abdominal em quadrante inferior direito não-operatório são inferiores a 14% e podem ser tratadas de forma segura e eficaz com outros antibióticos.

Robert C. Gandy et al, em 2010 concluíram em sua revisão que o tratamento não-cirúrgico inicial da apendicite não complicada é seguro e a apendicectomia pode ser evitada em quase todos os pacientes nas primeiras 24 horas, com cobertura antibiótica.

CONCLUSÃO

O manejo da apendicite aguda permanece controverso, tanto na discussão da necessidade ou não de cirurgia quanto em relação à via de acesso, laparoscópica ou aberta. Até o momento, sabe-se que a escolha do tratamento dependerá das características clínicas de cada paciente e dos recursos disponíveis e que, o tratamento não cirúrgico da apendicite como única estratégia, tem como objetivo reduzir os custos e diminuir as complicações relacionadas à cirurgia ou à ressecção do órgão.

REFERÊNCIAS

1. Birnbaum, B. A., & Wilson, S. R. (2000). Appendicitis at the millennium. *Radiology*, 215(2), 337-348.
2. Fitz, R. H. (1886). Perforating inflammation of the vermiform appendix: with special reference to its early diagnosis and treatment (Vol. 1). Dornan, 107-144
3. Wilms, I. M., et al. (2011). Appendectomy versus antibiotic treatment for acute appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev*2011, 11.
4. Weiss, A. J., Eltxhauser, A., & Andrews, R. M. (2006). Characteristics of operating room procedures in US hospitals, 2011: statistical brief# 170.
5. Addiss, D. G., et al. (1990). The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *American journal of epidemiology*, 132(5), 910-925.

6. Flum, D. R. (2015). Acute appendicitis—appendectomy or the “antibiotics first” strategy. *New England Journal of Medicine*, 372(20), 1937-1943.
7. Kolata, G. (2015). Antibiotics resurface as alternative to removing appendix. *The New York Times*.
8. Souza-Gallardo, L. M., & Martínez-Ordaz, J. L. (2017). Acute appendicitis. Surgical and non-surgical treatment. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 76-81.
9. Moraga, F., Ahumada, V., & Crovari, F. (2016). Are antibiotics a safe and effective treatment for acute uncomplicated appendicitis? e6375-e6375
10. Coldrey, E. (1959). Five years of conservative treatment of acute appendicitis. *J Int Coll Surg*, 32(3), 255-261.
11. McCutcheon, B. A., et al. (2014). Long-term outcomes of patients with nonsurgically managed uncomplicated appendicitis. *Journal of the American College of Surgeons*, 218(5), 905-913.
12. Di Saverio, S., et al. (2014). The NOTA Study (Non Operative Treatment for Acute Appendicitis): prospective study on the efficacy and safety of antibiotics (amoxicillin and clavulanic acid) for treating patients with right lower quadrant abdominal pain and long-term follow-up of conservatively treated suspected appendicitis. *Annals of surgery*, 260(1), 109-117.
13. Shindoh, J., et al. (2010). Predictive factors for negative outcomes in initial non-operative management of suspected appendicitis. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 14(2), 309-314.
14. Yardeni, D., et al. (2004). Delayed versus immediate surgery in acute appendicitis: do we need to operate during the night?. *Journal of pediatric surgery*, 39(3), 464-469.
15. Drake, F. T., et al. (2014). Time to appendectomy and risk of perforation in acute appendicitis. *JAMA surgery*, 149(8), 837-844.
16. Gandy, R. C., et al. (2010). Outcomes of appendectomy in an acute care surgery model. *Med J Aust*, 193(5), 281-4.