

APENDICITE AGUDA

O QUE É APÊNCIDE CECAL?

O apêndice vermiforme ou apêndice cecal é uma pequena extensão tubular, com alguns centímetros de extensão, terminada em fundo cego, localizado no ceco, primeira porção do intestino grosso. Este órgão está anatomicamente localizado no quadrante inferior direito do abdômen. (Fig 1)



Figura 1 – Apêndice vermiforme (Cecal)

O QUE É APENDICITE E PORQUE OCORRE

Trata-se de um processo inflamatório agudo supurativo do apêndice vermiforme, deflagrado por sua obstrução intraluminal. A obstrução se dá, na maior parte das vezes, pelo aumento do tecido linfóide localizado na submucosa do apêndice, seguido por concreção fecal (fecalito). Corpos estranhos, como caroço de frutas, são causas menos comuns de obstrução apendicular. Com a obstrução da luz do apêndice, a secreção contínua de muco provoca um aumento de sua

pressão interna, comprometendo o retorno linfático, o retorno venoso e o aporte arterial. Essas alterações anatômicas favorecem proliferação descontrolada de bactérias, com consequente invasão bacteriana para a parede do apêndice. O processo evolui para a necrose e ruptura do apêndice tanto pela alteração vascular quanto pela destruição bacteriana.

INCIDÊNCIA

O pico de incidência é o início da segunda década de vida. Ocorre em aproximadamente 9% das pessoas, um pouco mais frequente no sexo feminino.

SINAIS E SINTOMAS

Os sintomas iniciais são náuseas e vômitos, febre baixa, acompanhados de dor epigástrica mal definida que, com a evolução do quadro, passa a localizar-se na fossa ilíaca direita.

O exame físico, inicialmente é inespecífico. Com a evolução do processo inflamatório, a dor passa a se localizar no quadrante inferior direito. A descompressão brusca no ponto de Mc Burney (ponto localizado entre a cicatriz umbilical e a espinha ilíaca anterossuperior) é sugestivo da afecção e recebe o nome de *Sinal de Blumberg*. Com a gangrena e perfuração do apêndice há uma piora do quadro toxêmico e a febre torna-se mais elevada. Surge um abscesso localizado na região do apêndice ou uma peritonite generalizada (pús em toda a cavidade abdominal).

COMO FAZER O DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é fundamentalmente clínico. Os exames laboratoriais e radiológicos são inespecíficos e pouco contribuem para esclarecer dúvidas quanto aos diagnósticos diferenciais. A US (Fig 2) e a TC (Fig 3), realizadas por

profissionais experientes e com equipamentos adequados, podem contribuir de maneira mais efetiva.

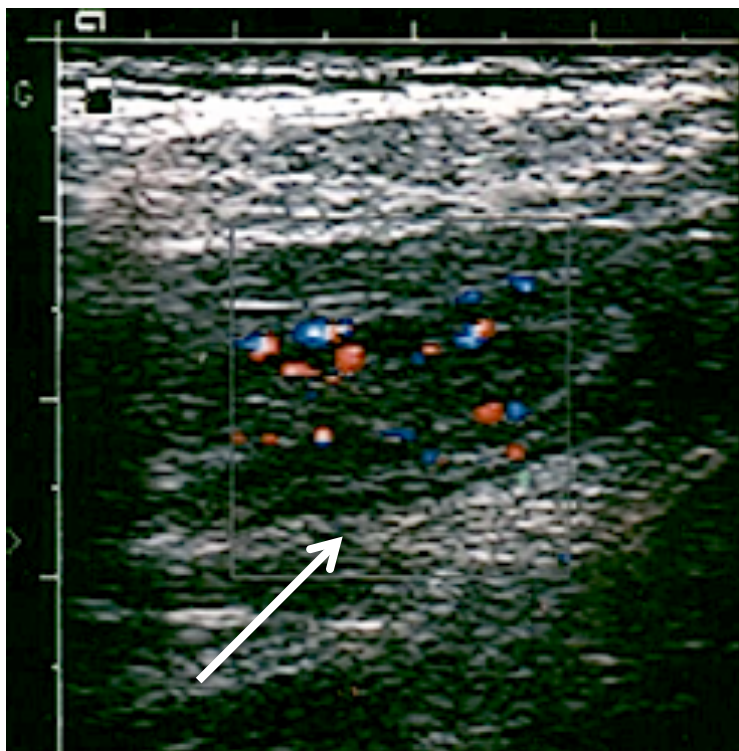


Figura 2 – (US) Ultrasonografia mostrando aumento do volume do apêndice com espessamento de sua parede.

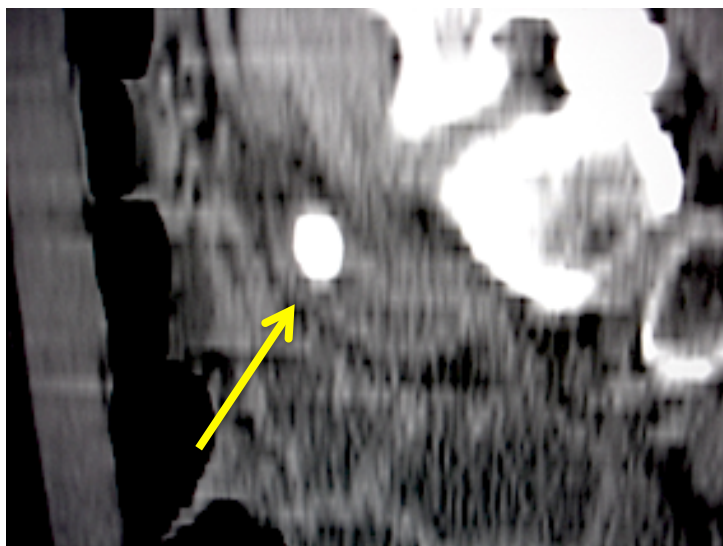


Figura 3 – (TC) Tomografia computadorizada mostrando fecalito no interior do apêndice.

TRATAMENTO

O tratamento é sempre cirúrgico e consiste em antibioticoterapia pré-operatória, retirada do apêndice (*apendicectomia*) que pode ser feita por laparotomia (Fig 4) ou por laparoscopia (Fig 5). Quando houver pús, recomenda-se a lavagem e eventual drenagem da cavidade peritoneal (Fig 6).



FIGURA 4 – Apêndice cecal com necrose.



Figura 5 – Visão laparoscópica do apêndice

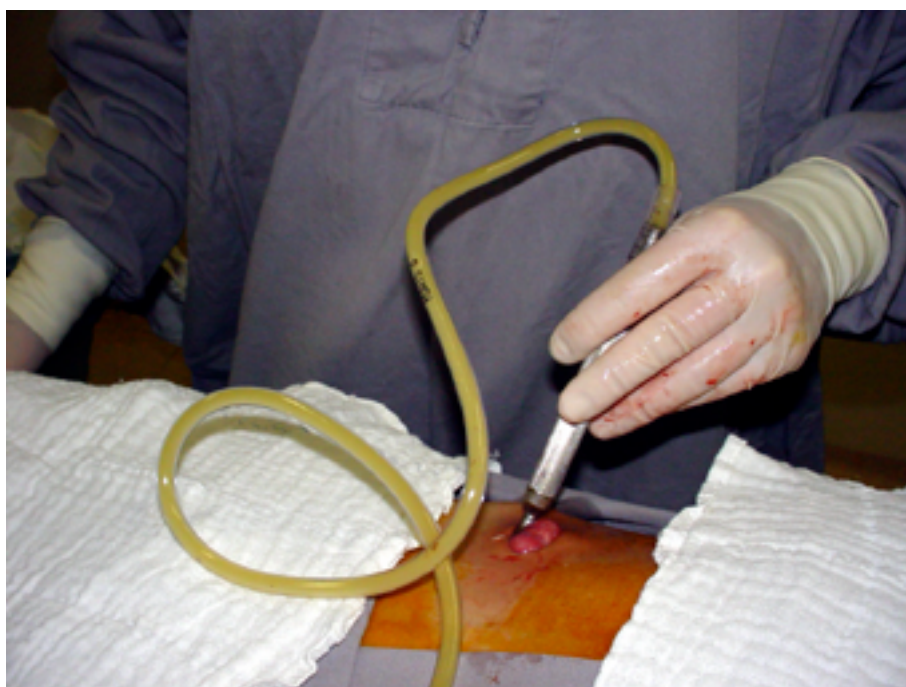


FIGURA 6 – Aspiração do pús intraperitoneal.

O QUE É MELHOR: APENDICECTOMIA POR VIA CONVENCIONAL OU POR VIA LAPAROSCÓPICA?

Desde MacBurney (1894) a via de acesso para a retirada do apêndice inflamado se faz através de uma incisão no quadrante inferior direito, imediatamente sobre o apêndice, sendo que essa técnica se mostrou muito efetiva com pouca dor e baixa morbidade pós-operatória.

Com o advento da laparoscopia, essa nova via de acesso passou a despertar o interesse do cirurgião de adultos e posteriormente do cirurgião pediatra.

Langer & Albanese em sua recente publicação sobre Cirurgias Minimamente Invasivas em Pediatria (*Pediatric Minimal Access Surgery, publicado pela Taylor & Francis Group, USA*), fizeram uma metanálise dos artigos com casuística mais expressivas comparando as duas vias de acesso e observaram as seguintes vantagens de cada via:

VIA CONVENCIONAL: menor tempo de cirurgia (portanto de anestesia), menor índice de abscesso peritoneal e volta mais precoce as atividades habituais.

VIA LAPAROSCÓPICA: menor incidência de infecção de ferida operatória, menos dor e menor estadia no hospital.

A conclusão dos autores é transcrita abaixo:

In summary, laparoscopic appendectomy cannot be recommended as the preferred approach to the child with appendicitis, but is a reasonable alternative with some potential advantages and disadvantages. Certain patients, such as adolescent females, obese children, and children with doubtful diagnosis, may represent groups to whom laparoscopic appendectomy may be particularly beneficial”.

Temos optado pela via convencional para os pacientes magros com apendicite em fase inicial por permitir, através de uma incisão muito pequena, a retirada do apêndice sem manipular o restante do abdome. (Fig 7)

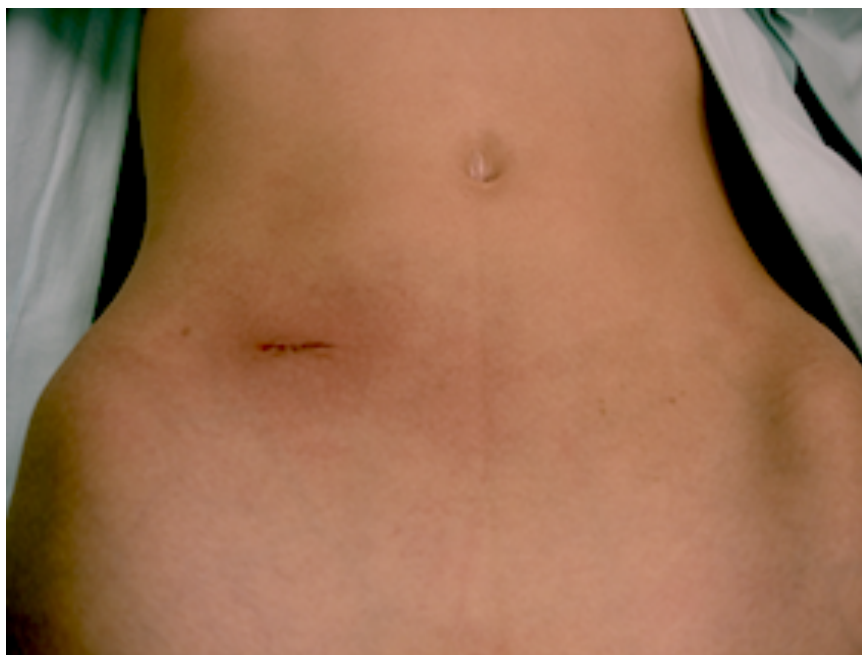


Figura 7 – Incisão para apendicectomia convencional

Já nos pacientes obesos ou com apendicite complicada a via laparoscópica tem se mostrado superior pois evita grandes incisões e permite a lavagem e aspiração do pús intracavitário. (Fig 8)

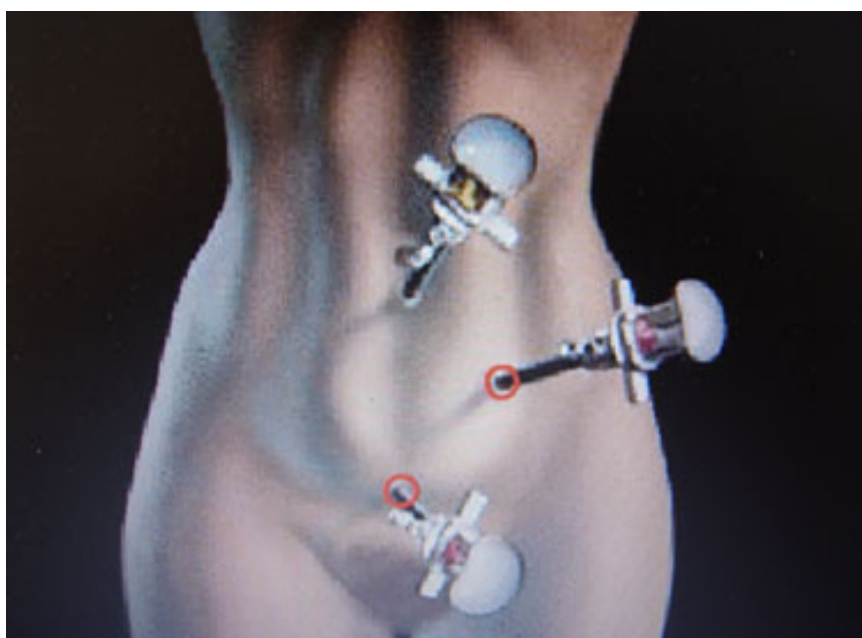


Figura 8 – Colocação dos portais para a apendicectomia laparoscópica

COMPLICAÇÕES

As complicações pós-operatórias são representadas por infecções da ferida operatória ou intracavitárias, quadro obstrutivo ou ainda por fístula cecal. O índice de complicações está diretamente relacionado com o grau de comprometimento do apêndice. Nos casos de apendicite em fase inicial, as complicações infecciosas giram em torno dos 5%. Nas apendicites complicadas (com necrose do apêndice) variam entre 30 e 70% dos casos.