

Apendicite pélvica: relato de caso

Pelvic appendicitis: case report

Breno Matos¹, Carolina Santana¹, Déborah Souza¹, Ednardo Rodrigues¹, Elisa Oliveira¹, Fabrício Dias¹, Guilherme Marques¹, Gustavo Petri¹, Wilson Luiz Abrantes²

RESUMO

Este relato apresenta paciente de 45 anos de idade submetida à laparotomia de urgência, com abdome agudo associado à apendicite pélvica complicada. Sua abordagem inicial foi marcada pela dúvida diagnóstica devido à sua apresentação atípica. Houve ampla possibilidade de diagnósticos diferenciais atribuíveis às suas manifestações clínicas inespecíficas.

Palavras-chave: Dor Pélvica/diagnóstico; Apendicite; Doença Inflamatória Pélvica. Laparotomia.

¹Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.
²Professor Convocado do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

The authors report the case of a 45 years old patient who underwent emergency laparotomy with acute abdomen caused by complicated pelvic appendicitis. The initial approach of the case was marked by diagnostic uncertainty due to the atypical clinical presentation of pelvic appendicitis. There was ample differential diagnoses attributable to nonspecific clinical manifestations in this case.

Key words: Pelvic Pain/diagnosis; Appendicitis; Pelvic Inflammatory Disease; Laparotomy.

INTRODUÇÃO

A apendicite é a causa mais comum de dor abdominal aguda, que requer intervenção cirúrgica no Ocidente.¹ Seus sinais e sintomas clássicos estão presentes em 60% dos casos.² O diagnóstico diferencial e as variações anatômicas são fatores complicadores no seu reconhecimento clínico. Pode haver, por isso, atraso em seu diagnóstico e tratamento apropriado, aumentando os riscos de complicação.³ O apêndice pélvico é a segunda apresentação mais prevalente, na maioria das casuísticas, e chega a superar a variação retrocecal em alguns trabalhos, atingindo 51,2% dos casos.⁴ Apesar disso, a variante pélvica é pouco descrita.²⁻³

O objetivo deste trabalho é descrever a evolução de apendicite pélvica em mulher admitida no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), em Belo Horizonte-MG, com sintomatologia não clássica, e alguns dos diagnósticos diferenciais estabelecidos e suas complicações.

Instituição:
Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG.
Belo Horizonte, MG – Brasil.

Endereço para correspondência:
Ednardo Rodrigues.
Av. Augusto de Lima, 361/503
Bairro: Centro
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30190-003.
Email: ednardollrodrigues@yahoo.com.br

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 45 anos de idade, solteira, admitida no Pronto-Atendimento do HRTN há cinco dias com dor e distensão abdominal, parada de eliminação de fezes e flatos. Foi aventada a hipótese inicial de fecaloma em outro serviço de atendimento de urgência, onde foram realizados vários clisteres intestinais, sem alívio. Há um dia surgiram vômitos. Constataram-se diurese espontânea e ausência de febre. A dor abdominal tornou-se em cólica no dia da internação no HRTN. Havia procurado atenção médica privada anterior, com receita de ibuprofeno e paracetamol associado à codeína para alívio da dor. Negou corrimento vaginal. Relatava constipação intestinal crônica, com evacuações de quatro em quatro dias, há oito anos, e eliminação normal de gases. Negava alergias, cirurgias prévias ou comorbidades. Fazia uso de imipramina e cloxazolam.

O exame físico revelou paciente consciente e orientada no tempo e no espaço, corada e hidratada, com temperatura axilar de 37,5°C, frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial sistólica de 110 mmHg e pulsos cheios. O abdome estava distendido, timpânico, indolor, sem sinais de irritação peritoneal e ausência de massas à palpação. Os testes de Blumberg, Murphy e Giordano eram negativos. O toque retal revelou esfíncter normotônico, sem massas palpáveis ou sangue em dedo de luva; ausência de fezes em ampola retal (fez clister no dia, com evacuação de grande quantidade de fezes).

Os exames laboratoriais anteriores à internação apresentavam global de leucócitos de 18.100/mm³ com 4% de bastonetes, hemoglobina 14,7 g%, plaquetas 253.000/mm³, proteína C reativa de 320. A radiografia de abdome em ortostatismo e decúbito revelou distensão de alças com níveis hidroaéreos. Os leucócitos globais em horas de evolução passaram para 13.400/mm³ sem desvio. A tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste iodado oral e venoso revelou coleções no espaço retrouterino e fossa ilíaca esquerda, sugestivas de abscesso, com volumes de 136 e 39,3 mL, respectivamente, distensão difusa de alças de delgado, com conteúdo líquido e níveis hidroaéreos, sem evidências de zonas de transição, sugerindo íleo paralítico relacionado a processo inflamatório/infeccioso intra-abdominal, com pequena quantidade de líquido livre intra-abdominal.³⁻⁵

O exame ginecológico constatou abdome doloroso à palpação superficial e profunda e dor intensa

à mobilização do fundo de saco posterior ao toque vaginal, sugerindo DIP. A dosagem de beta-HCG apresentou resultado negativo.

Foi encaminhada ao bloco cirúrgico após 15 horas da admissão com suspeita de DIP e abscesso pélvico a esclarecer. Realizada laparotomia mediana infraumbilical, que revelou extenso processo inflamatório e infeccioso na cavidade abdominal, com grande quantidade de secreção purulenta fétida até o espaço retrovaginal, apêndice necrosado e ceco friável em sua base, anexos edemaciados, hiperemiados e com grande quantidade de fibrina. Feita exérese do apêndice necrosado e deixado dreno de penrose. Instituiu-se antibioticoterapia com clindamicina e gentamicina.

Apresentou boa evolução no pós-operatório, com alta hospitalar no oitavo dia de internação.

DISCUSSÃO

A apendicite pélvica associa-se à manifestação clínica inespecífica e à dificuldade diagnóstica. Pode-se perceber diferença entre a frequência de diagnósticos corretos nos diferentes sexos. Os homens apresentam diagnóstico de apendicite mais facilmente feito e não há muitos diagnósticos diferenciais. Em mulheres, entretanto, o diagnóstico é mais difícil e deve-se considerar a possibilidade de doenças ginecológicas, principalmente DIP, que constituiu o principal diagnóstico diferencial neste caso.⁵ Como o apêndice é estrutura localizada próxima dos órgãos reprodutores femininos, é muito comum que condições ginecológicas como dismenorreia e cistos ovarianos sejam diagnosticados como apendicite aguda, o que favorece o aumento dos índices de cirurgias brancas.²

Várias causas de DIP, como endometrite, miometrite e abscesso tubo-ovariano, são erroneamente diagnosticadas porque possuem a mesma apresentação clínica de irritação peritoneal da apendicite, além dos sintomas sistêmicos. Além disso, essas condições costumam acometer esse grupo de pacientes na mesma faixa etária.

Neste relato, a ausência da clínica clássica de apendicite e de irritação peritoneal resultou em atraso diagnóstico de vários dias, com uso de medicamentos sintomáticos que podem ter contribuído para a atenuação dos sintomas, além de repetidas tentativas de tratamento de possível fecaloma. O atraso descrito propiciou a evolução da apendicite aguda para sua forma supurada com formação de extenso abscesso pélvico, que

resultaram em sintomas compatíveis com doenças originárias do trato reprodutivo feminino. O diagnóstico definitivo só foi possível a partir da laparotomia exploradora.

Na nossa experiência, a hipótese de apendicite pélvica deve ser aventada quando o paciente referir dor mais baixa, abaixo do ponto de McBurney, especialmente suprapúbica. Pode estar associado a tenesmo, por compressão do reto pelo plastão, e sintomas urinários, como polaciúria e disúria, por inflamação das vias urinárias baixas. Não se deve esperar irritação peritoneal típica, uma vez que a ponta do apêndice estará em posição anatômica baixa, em contato com o peritônio pélvico. Toque retal nesse momento adquire grande importância, especialmente se associado à tomada de temperatura comparada entre axilar e retal. Dor importante ao toque, associada ou não a tumoração, e temperatura retal superior à axilar ($> 1^{\circ}\text{C}$) sugerem apendicite pélvica. Sinal do obturador, apesar de não específico, indicando processo inflamatório pélvico pode ser muito útil quando o grau de suspeição clínica é alto. No homem esse diagnóstico fica mais evidente. Na mulher, o exame ginecológico também deve ser realizado. E especialmente nelas, permanecendo a dúvida, a videolaparoscopia tem sido cada vez mais determinante como diagnóstico e terapêutica.³⁻⁵

CONCLUSÃO

A apresentação da apendicite depende, também, da posição anatômica do apêndice, o que representa desafio diagnóstico. Na apendicite pélvica podem ocorrer dores abdominais atípicas. A hipersensibilidade abdominal pode estar ausente se houver apêndice nessas localizações. Nesses casos, o exame retal e vaginal, embora não sejam indicados de rotina, são de extrema importância e podem ser o único achado físico.

Contudo, apesar de todos os recursos do exame clínico e da propedêutica complementar, a apendicite pélvica pode necessitar da abordagem cirúrgica para seu diagnóstico definitivo, como no caso relatado.

REFERÊNCIAS

1. Brown JJ. Acute appendicitis: the radiologist's role. *Radiology*. 1991; 180:13-4.
2. Ma KW, Chia NH, Yeung HW, Cheung MT. If not appendicitis, then what else can it be? A retrospective review of 1492 appendectomies. *Hong Kong Med J*. 2010; 16:12-7.
3. Guidry SP, Poole VG. The anatomy of appendicitis. *Am Surg*. 1994; 60:68-71.
4. Ahmed I, Asgeirsson KS, Beckingham IJ, Lobo DN. The position of the vermiform appendix at laparoscopy. *Surg Radiol Anat*. 2007; 29:165-8.
5. Bongard F, Landers DV, Lewis F. Differential diagnosis of appendicitis and pelvic inflammatory disease: A prospective analysis. *Am J Surg*. 1985 Jul; 150(1):90-6