

Apendicite na puérpera

Appendicitis in postpartum women: a case report

Wilson Luiz Abrantes¹, Aline Souza Costa², Ana Paula Campos Rocha²,
Bárbara Fonseca Gazzinelli², Carolina Nazareth Valadares², Daniele Carvalhais França²,
Manuela Panteliades Pereira², Marina Álvares de Campos Cordeiro², Sara Martins Gonçalves de Souza²

RESUMO

A apendicite aguda é a principal complicação abdominal extrauterina durante a gravidez, com incidência global de 1:1.000 gestações. No puerpério imediato, as manifestações clínicas podem ser pouco evidentes, dificultando o diagnóstico. Este relato aborda paciente com sinais de abdome agudo no puerpério imediato, sendo diagnosticada apendicite aguda apenas no 18º. dia de pós-parto. É fundamental abordar abdome agudo, especialmente na puérpera, devido às suas graves repercussões quando atrasa a sua identificação.

Palavras-chave: Período Pós-Parto; Apendicite; Dor Abdominal; Abdome Agudo.

¹ Professor da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.
² Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Acute appendicitis is the main abdominal extrauterine complication of pregnancy, with overall incidence of 1:1000 pregnancies. In immediate postpartum, the clinical manifestations may be very evident, leading to a difficult diagnosis. The report will address the case of a patient who developed signs of acute abdomen immediately after delivery, however, acute appendicitis was diagnosed only 18 days postpartum. Therefore, it is important to know the differential diagnosis of acute abdomen in postpartum considering the serious impact that the delay in identification may result.

Key words: Postpartum Period; Appendicitis; Abdominal Pain; Abdomen, Acute.

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é a principal complicação abdominal extrauterina durante a gravidez, com incidência global de 1:1.000 gestações.¹ A apendicite manifesta-se, em geral, com anorexia, náuseas e vômitos, febre, dor epigástrica ou periumbilical, com posterior localização na fossa ilíaca direita.² No puerpério imediato, pode cursar com poucas manifestações clínicas, na maioria das vezes ocorrendo distensão abdominal e dor difusa, devido à peritonite, com tênues sinais de irritação peritoneal.³ O diagnóstico nas gestantes e puéperas, por isso, é mais difícil quando comparado a qualquer outro grupo de pacientes.⁴

Este relato descreve a dificuldade diagnóstica do abdome agudo no puerpério.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 39 anos de idade, na 37ª semana de gestação, com história obstétrica pregressa de três partos vaginais. Foi admitida em trabalho em julho de 2011.

Instituição:
Departamento de Cirurgia da UFMG

Endereço para correspondência:
Departamento de Cirurgia da UFMG
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – sala 203
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30130-100
E-mail: cirurgia@medicina.ufmg.br

O parto vaginal foi realizado no mesmo dia, sem intercorrências. No primeiro dia pós-parto, evoluiu com dor abdominal difusa de grande intensidade, de início súbito, apresentando-se afebril, em posição antálgica, com abdome distendido e hipertimpânico, sem flatos e evacuação intestinal. As alterações foram atribuídas, inicialmente, ao puerpério fisiológico e distensão abdominal por gases. Foi prescrita terapêutica farmacológica sintomática, com melhora e alta hospitalar. Retornou no dia seguinte com dor e distensão abdominal, vômitos, não tendo ainda evacuado. A avaliação laboratorial evidenciou: elevação da proteína C reativa – PCR (507 mg/dL), hipoalbuminemia (2,7 mg/dL) e radiografia de abdome com alças de delgado distendidas e com níveis hidroaéreos. Manteve-se com dor abdominal difusa, vômitos e iniciou diarreia. Apresentava-se desidratada, emagrecida e afebril. O abdome permaneceu distendido, sem sinais de irritação peritoneal, e peristaltismo presente. A ultrassonografia abdominal *FAST* evidenciou colecistolitíase, distensão difusa das alças do delgado, diástase dos músculos reto-abdominais e a tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve encontrou espessamento do cólon ascendente, distensão das alças do delgado, sem sinais aparentes de obstrução mecânica. As hipóteses diagnósticas discutidas nesse período foram: íleo prolongado devido a distúrbio hidroeletrólítico e desidratação por vômitos; distensão abdominal gasosa; infecção pélvica e urinária. Nenhuma das hipóteses foi confirmada. No oitavo dia de puerpério, o hemograma demonstrou leucocitose importante, com desvio à esquerda. A PCR estava elevada (333 mg/dL) e a urinálise revelou hemoglobina +++++, nitrito negativo, piócitos 2/campo, hemácias 15/campo e microbiota ligeiramente aumentada, Gram de gota com raros bastonetes negativos e raros cocos positivos. Foi iniciada antibioticoterapia empírica (amoxicilina + clavulanato). No dia seguinte, apresentou melhora com resolução da distensão abdominal. Recebeu alta hospitalar e tratamento domiciliar por 10 dias. No 17º dia de puerpério, oito dias após a alta hospitalar, retornou ao pronto-atendimento relatando há dois dias o aparecimento de massa irregular em flanco direito e eliminação de secreção purulenta por orifício em cicatriz umbilical. Apresentava-se desnutrida, afebril, abdome distendido, flácido, doloroso à palpação em fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal. Estava no sétimo dia da antibioticoterapia. Realizou-se nova ultrassonografia abdominal, que suspeitou de apendicite bloqueada, com abscesso. Em seguida à TC

de abdome e pelve (Figura 1), foi visualizada coleção organizada próxima do ceco, em flanco direito, com volume de 33 cm³, associada a importante borramento da gordura mesentérica nessa região; espessamento da face anterior do peritônio bilateralmente, com extensão para a cicatriz umbilical. O hemograma apresentou leucocitose com desvio à esquerda, PCR de 357 mg/dL, hipoalbuminemia (2,6 mg%). Foi reinternada, tendo sido iniciada terapia endovenosa com gentamicina e metronidazol e submetida à laparotomia exploradora, que evidenciou múltiplas aderências em cavidade abdominal. Na fossa ilíaca direita havia intenso processo inflamatório, com visualização de apêndice em posição retro-cecal, necrosado e perfurado, com fecalito na cavidade e coleção localizada. Submetida à lise de aderências, apendicectomia e colecistectomia. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, com boa evolução clínica. A alta hospitalar ocorreu no oitavo dia de pós-operatório, com orientações e acompanhamento ambulatorial.

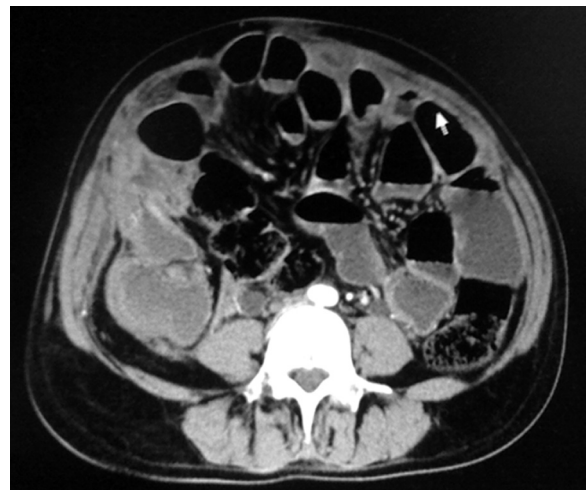


Figura 1 - TC abdominal demonstrando distensão de alças jejunais e coleção organizada, em flanco direito, associada a importante borramento da gordura mesentérica nessa região.

DISCUSSÃO

A apendicite na gravidez e puerpério é tratada de forma conjunta devido à semelhança de alterações anatomofuncionais observadas nessa fase.⁴ Os sinais de abdome agudo, nessa fase, podem estar dissimulados devido às alterações posicionais das vísceras abdominais em decorrência do crescimento uterino. Ocorre também o relaxamento dos músculos da parede abdominal, às vezes com diástase dos músculos retos. A

consequência direta é a minimização dos sinais clínicos aparentes de irritação peritoneal, como baixa evidência de defesa muscular.^{1,4} As manifestações iniciais de apendicite aguda, como hiporexia, dor abdominal central do tipo visceral, náuseas e vômitos, podem ser confundidas também com sintomatologia neurovegetativa da gravidez normal e atrasar o diagnóstico.³

As causas que agravam o prognóstico são atraso no diagnóstico e perfuração do apêndice. O atraso ou a não realização de diagnóstico correto é comum. Na gravidez e puerpério o diagnóstico inicial é correto em 53% dos casos. A consequência mais importante desse atraso é a perfuração do apêndice. A incidência dessa complicação no puerpério é mais alta do que na população em geral. A complicação mais grave é o óbito.^{1,4}

CONCLUSÃO

O conhecimento médico a respeito da dificuldade diagnóstica do abdome agudo na puérpera é de grande importância, pois sua apresentação clínica é pouco sugestiva. O retardo no diagnóstico é frequente e pode ter graves complicações.

O emprego de propedêutica objetiva como a laparoscopia, com ótimos resultados no abdome agudo ginecológico, parece ser seguro para evitar retardo do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Corsi PR. Abdome agudo não obstétrico. In: Piato S. Complicações em obstetrícia. São Paulo: Manole; 2009. p. 717-31.
2. Rocha ALS, Rocha PRS, Veloso LF. Cirurgia na paciente grávida. In: Rodrigues MAG, Correia MITD, Rocha PRS. Fundamentos em clínica cirúrgica. Belo Horizonte: Coopmed; 2006. p. 291-9.
3. Gonçalves SC, Abrantes WL. Urgências cirúrgicas. In: Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RAL, Corrêa Júnior MD. Noções práticas de obstetrícia. 13ª ed. Belo Horizonte: Coopmed - Cooperativa Editora e de Cultura Médica; 2004. p.689-97.
4. Brennan DF, Harwood-Nuss AL. Postpartum Abdominal pain. *Ann Emerg Med.* 1989 Jan; 18:83-9.
5. Munro A, Jones PF. Abdominal surgical emergencies in the puerperium. *Br Med J.* 1975; 4:691-4.