

Tratamento do plastrão apendicular: conservador ou cirúrgico?

Treatment of appendiceal mass: conservative or surgical?

Maria Elisa Leite Santos¹, Maria Emília Costa Ferreira¹, Mariana Álvares de Campos Cordeiro¹, Paloma Fonseca¹, Rosana Rocon Siqueira¹, Samya Maria Monteiro Lima¹, Tânia Antunes Carvalho¹, Tássia Nazareth Guimarães¹, Wilson Luiz Abrantes²

RESUMO

Introdução: O plastrão apendicular ocorre em 2% a 6% dos casos de apendicite e resulta de bloqueio do processo inflamatório pelas defesas peritoneais. Surge como massa palpável e dolorosa em fossa ilíaca direita que pode ser diagnosticada pela ultrassonografia (US) ou tomografia computadorizada (TC). O plastrão apendicular pode ocorrer como fleimão ou abscesso, sendo este drenado assim que possível. Este artigo discute as três condutas básicas adotadas para o tratamento da apendicite com plastrão: conservador inicial seguido de apendicectomia eletiva; inteiramente conservador sem a apendicectomia eletiva; e apendicectomia de urgência. **Materiais e Métodos:** Foi realizada revisão bibliográfica com base em artigos disponíveis no PubMed, MedLine e Scielo. **Resultados e Discussão:** O tratamento conservador seguido de apendicectomia eletiva é a conduta mais adequada pelo menor número de complicações quando comparado à apendicectomia de urgência e por possibilitar o diagnóstico de outras patologias que poderiam ser mascaradas pelo intenso processo inflamatório local. A cirurgia eletiva evita a recorrência da apendicite aguda que pode ocorrer quando a conduta completamente conservadora é adotada. **Conclusão:** O tratamento conservador seguido de cirurgia eletiva é ainda a conduta que possui mais adeptos no mundo. Entretanto são necessários mais estudos para a determinação da conduta mais adequada para o tratamento da apendicite com plastrão.

Palavras-chave: Apêndice; Inflamação; Apendicite; Apendicectomia.

ABSTRACT

Background: The appendix mass occurs in 2-6% of patients with appendicitis and results from a blockage of the inflammatory process by peritoneal defenses. Then occurs the formation of a palpable and painful mass in right iliac fossa, which can be diagnosed by US or CT. The appendiceal mass can occur in two different ways, phlegmon or abscess, and the last one must be drained as soon as possible. Our article discuss the three basic managements adopted for the treatment of appendix mass: initial conservative treatment followed by appendicectomy; fully conservative treatment without performing appendicectomy; emergency appendicectomy. **Materials and Methods:** A search of the literature review, based on articles available on PubMed, Medline and Scielo was conducted. **Results and Discussion:** We observe that the conservative treatment followed by interval appendicectomy is the most appropriate for the treatment of appendiceal mass because it has fewer complications when compared to emergency appendicectomy and enable the diagnosis of other pathologies that could be masked by the intense local inflammatory process. In addition, interval surgery prevents recurrence of acute appendicitis that can occur when an entirely conservative behavior is adopted. **Conclusion:** Despite emergency surgery to be gaining status in last years, conservative treatment followed by elective surgery is still the conduct which has more supporters worldwide, but more work remains to be done to determine the appropriate course of action to treat this condition.

Key words: Appendix; Inflammation; Appendicitis; Appendicectomy.

¹ Acadêmicas do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

² professor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG.

Instituição:
Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves

Endereço para correspondência:
Rua Visconde do Rio das Velhas, no 35, apt 501, Vila Paris,
Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Cep: 30380-740
E-mail: wlabrantes@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O plastrão apendicular ocorre em dois a seis por cento¹⁻⁶ dos casos de apendicite. Ocorre naqueles casos que apresentam evolução insidiosa. A formação do plastrão apendicular se dá pelo bloqueio de processo inflamatório intenso devido à ação das defesas peritoniais. Essa circunscrição engloba alças intestinais, mesentério e epíplon, constituindo uma massa palpável.¹ O paciente indica a presença, em geral, com mais de cinco dias de evolução, de massa dolorosa palpável, de tamanho variável, localizada no quadrante inferior direito do abdômen², e sensação de “peso” abdominal baixo ao caminhar. Associa-se com o aparecimento de febre e leucocitose.² A ultrassonografia (US) abdominal revela a presença de massa de ecogenicidade mista na fossa ilíaca direita.¹ O plastrão apendicular pode se apresentar de duas formas, fleimão ou abscesso quando não contém ou contém pus, respectivamente.⁷ O tratamento dessa forma de apendicite permanece controverso. Existem três condutas terapêuticas principais: 1. Conservadora, seguida de cirurgia eletiva após a resolução do quadro inflamatório; 2. Conservadora sem realização de cirurgia eletiva; 3. Cirurgia de urgência. A cirurgia de urgência está indicada, com morbidade de aproximadamente 30%¹, quando o tratamento conservador adotado falhar, com persistência do plastrão, da leucocitose e da febre. Discutem-se, aqui, as principais formas de tratamento do plastrão apendicular com suas vantagens e desvantagens.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada pesquisa bibliográfica em português e inglês, utilizando as bases: PubMed, Medline, Scielo. Foram utilizados, como referência, os termos: plastrão apendicular, massa apendicular, apendicite em plastrão, appendiceal mass, appendix mass. Foram incluídos os artigos relevantes de casos em adultos e revisões bibliográficas e excluídos os casos envolvendo crianças.

RESULTADOS

As condutas aceitas no tratamento do plastrão apendicular são: a realização da apendicectomia

após o tratamento conservador, a não realização da intervenção cirúrgica após o tratamento conservador e a cirurgia de urgência.

1. Tratamento conservador inicial seguido de apendicectomia eletiva: essa abordagem consiste em antibioticoterapia com Cloranfenicol (2 g/dia) e Metronidazol (1,5 g/dia),² repouso, suspensão da dieta, reposição hidroeletrólítica e, se necessário, drenagem do abscesso. O objetivo é atingir a completa resolução da inflamação e o desaparecimento da sintomatologia antes de qualquer intervenção cirúrgica.

É defendida também a cirurgia eletiva, a ser realizada de seis a dez semanas após o término do tratamento conservador. É método seguro, com boa resposta em mais de 90% dos casos^{3,7} com menos dificuldades operatórias e necessidade menos frequente de se estender a incisão quando comparada à cirurgia de urgência. A cirurgia eletiva se justifica pela incerteza do diagnóstico etiológico e com base nos achados histopatológicos de persistência de infecção no apêndice, mesmo após o término do tratamento clínico. Observa-se que, após 12 semanas do tratamento conservador, 21% dos apêndices apresentam persistência da infecção e microabscessos. A cirurgia eletiva pode evitar a recorrência de apendicite aguda (zero por cento a 20%) e exclui a possibilidade de não se diagnosticar outras doenças como tumores, doença de Crohn, tuberculose íleo-cecal.^{7,8} A duração da internação, após a cirurgia eletiva, é significativamente menor quando comparada à internação devido aos outros métodos de tratamento.² Destacam-se, entre suas desvantagens, a necessidade de nova admissão hospitalar, com custo 38% a mais quando comparada à cirurgia realizada apenas se a sintomatologia recorrer, e a taxa de complicação de 10% após a cirurgia eletiva.⁶

2. Abordagem inteiramente conservadora, sem apendicectomia eletiva: a apendicectomia eletiva nem sempre é considerada necessária, exceto quando a sintomatologia é recorrente.⁹ A taxa de recorrência da sintomatologia da inflamação apendicular, após tratamento conservador bem sucedido, é de 14,6%, sendo maior principalmente durante os três primeiros meses após o episódio inicial.⁵ Essa taxa de recorrência é baixa quando comparada à taxa de complicações após apendicectomia, que chega a 17%. O sucesso do tratamento conservador da massa apendicular, sem necessidade de posterior apendicectomia está entre 76% a 97%.^{9,10} As vantagens dessa conduta são o menor tempo de permanência hospita-

lar - alta em 8,6 dias^{3,5} e o baixo risco de recorrência de apendicite aguda após o tratamento conservador bem sucedido.³ Na minoria dos pacientes cuja sintomatologia recorrer, isso geralmente ocorre em até um ano e o episódio de recorrência da apendicite geralmente segue curso clínico mais ameno, favorável para ambas as abordagens (operatória e não operatória).³ A massa apendicular pode estar associada em 12% dos pacientes⁹ com tumor de ceco, ou doença de Crohn. A conduta não operatória pode favorecer que doenças como essas não sejam diagnosticadas.³ Deve-se excluir, por isso, em pacientes acima de 40 anos de idade, outras causas patológicas de massa na fossa ilíaca direita por intermédio de investigação com exames complementares.^{3,6,9} Além de essa possibilidade dificultar diagnósticos diferenciais, a taxa de recorrência de apendicite não é baixa o suficiente para se dispensar a apendicectomia após o tratamento conservador.⁶

3. Apendicectomia de urgência: a apendicectomia de urgência emerge como alternativa ao tratamento conservador convencional. É método seguro, financeiramente acessível e permite o diagnóstico e o tratamento precoces de doenças inesperadas. Elimina o risco de apendicite recorrente e a necessidade de readmissão e de seguimento dos pacientes, o que promove a redução do tempo de permanência hospitalar.^{3,7} As desvantagens da cirurgia incluem a necessidade, durante o ato operatório de urgência, da realização de abordagem mais agressiva (hemicolecotomia direita), que há dúvida se a massa é inflamatória ou maligna. A massa de origem maligna pode ser equivocadamente subtratada quando realizada apenas a apendicectomia.³ Essa conduta apresenta alta taxa de complicações (36%), quase comparável à da apendicite perfurada. A cirurgia de urgência pode levar à disseminação da infecção e à formação de fístula intestinal.³

DISCUSSÃO

O tratamento da apendicite com plastrão representa questão controversa. Nos casos óbvios de abscesso apendicular, deve ser realizada a drenagem cirúrgica imediata (percutânea ou aberta).³ Nos casos de fleimão, entretanto, há mais opções terapêuticas disponíveis, podendo ser conservadoras ou agressivas. Existem três principais abordagens para o tratamento da massa apendicular. A conduta tradicional

tem sido a conservadora seguida da apendicectomia eletiva. Para alguns, a operação eletiva pode ser omitida. Entretanto, o risco de recorrência, de até 14%⁵ não implica em plena segurança em relação ao tratamento inteiramente conservador. O achado histopatológico comumente encontrado de apêndice estenosado, mesmo após a intervenção clínica, predispõe à recidiva. A conduta não operatória, além disso, dificulta a exclusão de outras causas patológicas de massa palpável na fossa ilíaca direita, especialmente importante em pacientes com mais de 40 anos de idade. Impõe-se, nesses casos, a necessidade de acompanhamento clínico com exames complementares. Essa investigação, que deve ser feita por meio de exames como colonoscopia, ressonância nuclear magnética e TC scan³ é onerosa e, muitas vezes, inacessível. Por outro lado, a cirurgia de urgência emerge como alternativa que resolve essas questões. Diante de taxas de complicações que podem chegar a 36%⁹, incluindo a disseminação da infecção, ocorrência de fístulas intestinais e a realização de uma hemicolecotomia desnecessária, essa conduta ainda é contestada. Essas intercorrências podem prorrogar a permanência hospitalar do paciente. Não deve ser conduta adotada rotineiramente, e só deve ser realizada quando a abordagem conservadora inicial falhar. O tratamento conservador seguido da apendicectomia eletiva, portanto, parece ser a conduta mais adequada. A operação realizada seis a 10 semanas após o evento agudo apresenta menores dificuldades operatórias, com necessidade menos frequente de se estender a incisão durante o per-operatório, além de tempo cirúrgico e de duração de internação após a cirurgia eletiva significativamente menor quando comparada à operação de urgência, além de redução significativa na taxa de complicações, principalmente infecções.

CONCLUSÃO

A cirurgia de urgência é cada vez mais realizada no tratamento da apendicite com plastrão, entretanto, é pouco provável que a abordagem conservadora seja abolida. Isso porque o tratamento conservador antes da apendicectomia reduz as dificuldades operatórias, as complicações pós-operatórias e, principalmente, minimiza o risco de negligenciar um tumor maligno.⁶ Há discordância em relação ao intervalo para realização da apendicectomia eletiva e de

seu custo/benefício para o sistema de saúde. É necessário comparar as condutas para se obter consenso com relação à melhor terapêutica diante do plastrão apendicular.

REFERÊNCIAS

1. Vianna, AL, Otero PM, Cruz CAT, Carvalho SM, Oliveira PG, Puttini SMB. Tratamento conservador do plastrão apendicular. *Rev Col Bras Cir.* 2003 dez; 30(6): 442-6.
2. Santos Jr JCM, Matins Jr A, Fêres O, Shid RAO. Plastrão apendicular: tratamento conservador com apendicectomia eletiva retardada. *Rev Col Bras Cir.* 1990; 17(4):82-5.
3. Garba ES, Ahmed A. Management of appendiceal mass. *Ann Afr Med.* 2008; 7:200-4.
4. Meshikhes AWN. Management of appendiceal mass: controversial issues revisited. *J Gastrointest Surg.* 2008 Apr; 12(4):767-75.
5. Tekin A, Kurtoglu HC, Can I, Oztan S. Routine interval appendectomy is unnecessary after conservative treatment of appendiceal mass. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Colorectal Dis.* 2007; 10:465-8.
6. Lai HW, Loong CC, Chiu JH, Chau GR, Wu CW, Lui WY. Interval appendectomy after conservative treatment of an appendiceal mass. *World J Surg.* 2006; 30: 352-7.
7. Ahmed I, Deakin D, Parsons SL. Appendix mass: do we know how to treat it. *Ann R Coll Surg Engl.* 2005; 87(3):191-5.
8. Deakin D, Ahmed I, Parsons SL. Interval appendectomy after resolution of adult inflammatory appendix mass—is it necessary? *Surgeon.* 2007; 5(1):45-50.
9. Tingstedt B, Bexé-Lindskog E, Ekelund M, Andersson R. Management of appendiceal masses. *Eur J Surg.* 2002; 168:579-82.
10. Corfield L. Interval appendectomy after appendiceal mass or abscess in adults: what is “best practice”? *Surg Today.* 2007; 37:1-4