

Plastrão apendicular: apendicite pseudotumoral – relato de caso

Appendiceal mass: pseudotumoral appendicitis – case report

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

A apendicite aguda é das principais causas de abdômen agudo. O diagnóstico baseia-se inicialmente na história clínica e exame físico e o tratamento de escolha é a apendicectomia. Existe, porém, tipo peculiar de apendicite denominada hiperplástica ou plastrão apendicular que ocorre em 7% dos casos, em que o tratamento é controverso. O tratamento conservador como abordagem inicial é defendido por vários autores. Entretanto, a resolução cirúrgica imediata é o método mais usado na prática médica. Este trabalho apresenta um caso de apendicite hiperplástica abordada por cirurgia imediata que evoluiu com várias complicações.

Palavras-chave: Apêndice; Inflamação; Apendicite; Apendicectomia

ABSTRACT

Acute appendicitis is the most common cause of acute abdomen. The diagnosis is primarily based on clinical history and detailed physical examination and treatment is immediate appendectomy. However, there is a peculiar type of appendicitis called hyperplastic appendicitis or appendiceal mass which occurs in approximately 7% of cases. Treatment of hyperplastic appendicitis is controversial. Conservative management is highly acceptable approach, however, immediate surgical treatment is still the most common method in medical practice. This paper presents a case of appendicitis hyperplastic management by immediate surgery which developed several complications.

Key words: : Appendix; Inflammation; Appendicitis; Appendectomy

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é das principais causas de abdômen agudo. Cerca de 7% da população mundial terá apendicite em alguma fase da vida, com máximo de incidência entre 10 e 30 anos de idade e pequena predominância em homens. A obstrução intraluminal é o evento inicial na maioria dos casos e pode ser causada por fecalito, hiperplasia linfóide, corpo estranho, parasita, doença de Crohn, tumores primários e metastáticos.¹

O diagnóstico da apendicite aguda baseia-se primariamente na história clínica e exame físico. Em alguns pacientes, especialmente as mulheres jovens em idade reprodutiva e os idosos de ambos os sexos, suas manifestações clínicas podem se comportar de modo insuficiente para o diagnóstico de certeza. Inicia-se, em 50%

¹ Acadêmicos do 10º período da Faculdade de Medicina da UFMG
² Professor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG

Instituição:
Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves – UFMG

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

dos casos, com dor abdominal vagamente localizada no epigástrio periumbilical, seguida de anorexia, náuseas e vômitos. A seguir, migra para a fossa ilíaca direita. O tratamento de escolha é a apendicectomia por tratar-se de uma cirurgia relativamente simples e a resolução rápida do processo ser importante para evitar complicações.²

A apendicite hiperplásica constitui-se em tipo peculiar de apendicite que ocorre em 7% dos casos, em que o apêndice torna-se intensamente bloqueado por epíplon, com alças de delgado próximas e peritônio parietal, formando uma massa tumoral. O tempo de evolução é mais longo (cinco a 10 dias), o ritmo intestinal está mantido, e os sinais de irritação peritoneal são bem localizados e pouco intensos. A presença de massa palpável na fossa ilíaca direita desperta a atenção para seu diagnóstico. Seu tratamento inicial consiste basicamente em antibioticoterapia e observação clínica. Há controvérsias sobre a necessidade de cirurgia eletiva em pacientes com apendicite hiperplásica tratados com antibióticos.³

RELATO DO CASO

WBS, 63 anos de idade, masculino, branco, casado, procurou o Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), devido a dor abdominal com 27 horas de evolução, inicialmente na região epigástrica com posterior irradiação para o flanco direito. Negou febre, náuseas, vômitos, alteração do hábito urinário e intestinal. Relatou episódio de ureterolitíase no passado. Negou cirurgias prévias e alergias. Paciente hipertenso em uso de losartano e portador de *diabetes mellitus* em uso de metformina. A palpação do flanco direito foi dolorosa com sinal de Blumberg positivo, ausência de plastrão, massas e visceromegalias. A ultrassonografia era normal. Ficou em observação e, após melhora clínica, recebeu alta com orientação de retorno.

Retornou após um mês com persistência de dor abdominal em flanco direito, febre vespertina diária, hiporexia, náuseas e emagrecimento discreto. Mantinha a dor à palpação em flanco direito e sinal de Blumberg positivo. Trouxe tomografia computadorizada de abdômen e pelve evidenciando coleção retrocecal de paredes espessas e irregulares, contendo volume de 90 mL, sugestiva de apendicite aguda retrocecal perfurada com formação de abscesso. A hipótese diagnóstica foi de apendicite aguda com

abscesso e neoplasia de cólon perfurada. Foi realizada laparotomia e visualizada grande massa tumoral em topografia de ceco aderida à parede abdominal. Foi realizada colectomia direita com princípios oncológicos e anastomose láter-lateral íleo-colônica, sem intercorrências. A recuperação pós-operatória foi rápida, sem intercorrências, recebendo alta em boas condições de saúde. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico clínico de apendicite pseudotumoral.

Foi readmitido no HRTN, dois meses depois, devido ao surgimento, há 10 dias, de dor e de sinais flogísticos no flanco direito, com calafrio e febre não mensurada, dificuldade de deambular, hiporexia, náuseas. Negou alteração dos hábitos urinário e intestinal, e de trauma associado. Foi realizada laparotomia exploradora com drenagem de abscesso pélvico e colocado dreno de *penrose*. Evoluiu no pós-operatório com persistência da dor em flanco direito, dificuldade para sentar e deambular, taquicardia, taquipneia, anemia, leucocitose com desvio para a esquerda, piora da disfunção renal e sufusão inflamatória no dorso direito. A tomografia computadorizada de abdômen superior demonstrou coleção em flanco direito e fossa ilíaca direita na região subcutânea e muscular do dorso ipsilateralmente e líquido livre na cavidade peritoneal (Fig.1).



Figura 1 - Tomografia computadorizada de abdômen

Foi diagnosticada fasciíte necrotizante secundária à fístula entérica pós-abscesso abdominal. Foi submetido a desbridamento de fasciíte necrotizante lombar direita e higienização de loja retroperitoneal direita e encaminhado para a terapia intensiva com instabilidade hemodinâmica, em uso de drogas vasoativas, antibioticoterapia (cefepima, metronidazol e

gentamicina), tendência à hipotermia e dieta enteral. Foi administrado azul de metileno, para pesquisa de fístula entérica, que não foi exteriorizado.

DISCUSSÃO

O tratamento da apendicite hiperplásica ou plastrão apendicular é controverso. O tratamento conservador como abordagem inicial é defendido por vários autores; entretanto, a sua abordagem cirúrgica imediata, como feito neste caso, ainda é o método mais utilizado na prática médica.⁴

O tratamento conservador consiste em internação do paciente e antibioticoterapia de amplo espectro associada à hidratação vigorosa. Prossegue-se a apendicectomia eletiva, após a redução da massa apendicular e o desaparecimento dos sintomas, ou mantém-se o paciente em acompanhamento clínico, sem cirurgia definitivamente.⁵ O tratamento conservador seguido de apendicectomia eletiva tem a vantagem de promover cirurgia menos traumática e de prevenir a recorrência de apendicite e suas complicações. O tratamento conservador, seguido de apendicectomia imediata, tem a vantagem de manter o paciente em internação única além de ser segura e permitir o diagnóstico precoce de outras patologias, como o câncer de cólon.⁵ O tratamento totalmente conservador, sem cirurgia, é preconizado para pacientes jovens, sem comorbidades, mas tem probabilidade de evoluir para recorrência de apendicite, apesar da baixa incidência, além de não permitir o diagnóstico de outras patologias associadas.³

O tratamento cirúrgico imediato é o mais difundido. As vantagens dessa conduta são a eliminação do risco de apendicite recorrente, além do diagnóstico precoce de outras patologias, como tumor de cólon

direito. No entanto, há muitas complicações associadas ao método, como 36% mais chances de ocorrer apendicite perfurada, além de contribuir para a disseminação da infecção e a formação de fístula intestinal. Pode ocorrer também o surgimento de massa a ser confundida com tumor de cólon direito, com risco de realização de hemicolectomia direita desnecessária, como neste caso.⁵

Parece ser mais prudente, como este relato parece indicar, adotar-se a conduta conservadora associada à apendicectomia eletiva, pela menor morbimortalidade e maior efetividade do tratamento.

CONCLUSÃO

O tratamento da apendicite em plastrão permanece controverso. É prudente avaliar as comorbidades associadas, a faixa etária e o estado clínico do paciente para que seja definida a melhor conduta. Para o paciente aqui descrito, foi definido como prudente o tratamento conservador associado à apendicectomia eletiva.

REFERÊNCIAS

1. Hardin Jr DM. Acute appendicitis: review and update. *Am Fam Physician*. 1999 Nov 1; 60(7):2027-34
2. Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA*. 1996 Nov 20; 276(19):1589-94
3. Ahmed I, Deaki D, Parsons SL. Appendix mass: do we know how to treat it? *Ann R Coll Surg Engl*. 2005 May; 87(3):191-5.
4. Santos JCMJ, Martins AJ, Feres O, Shid RA. Plastrão apendicular: tratamento conservador com apendicectomia eletiva retardada. *Rev Col Bras Cir*. 1990 jul.-ago; 17(4):82-5.
5. Garba ES, Ahmed A. Management of appendiceal mass. *Ann African Med*. 2008; 7(4):200-4