

APENDICITE AGUDA: UMA EMERGÊNCIA CIRÚRGICA

Ana Clara Aguilar de Almeida¹

(anaaguilar.almeida@gmail.com)

Ana Cláudia Pereira Prata¹

Bárbara Gonçalves Carneiro Braathen¹

Giovana Arrighi Ferrari¹

Laila Cristina Fernandes Piva¹

Mayara Rodrigues Teixeira¹

Luiz Felipe Lopes da Silva²

Discente do curso de Medicina do Centro Universitário Governador Ozanam Coelho¹

Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Governador Ozanam Coelho e Orientador²

Introdução:

A apendicite aguda é uma das patologias inflamatórias abdominais mais frequentes na emergência, sendo mais comum em adultos jovens, e está compreendida na Síndrome do Abdome Agudo^{1,2}. Essa doença é caracterizada pela inflamação do apêndice, localizado na parede póstero-medial do ceco, ocorrida a partir da obstrução da luz apendicular, podendo evoluir para a perfuração e conseqüente peritonite difusa¹⁻³. A principal queixa do paciente é a dor abdominal, comumente iniciada em região periumbilical ou epigástrica, com posterior migração para fossa ilíaca direita, podendo ser acompanhada de outros sinais inflamatórios, além de achados clássicos durante o exame físico^{3,4}. Assim, o diagnóstico normalmente é clínico e os exames complementares são utilizados apenas em casos de dúvida diagnóstica⁵. A apendicectomia é o tratamento mais indicado, sendo esta dependente das comorbidades de cada paciente e o tempo de evolução da doença. Para evitar complicações, como a infecção do sítio cirúrgico, o diagnóstico deve ser realizado o mais breve possível, diminuindo morbimortalidades decorrentes da perfuração^{1,3,5}.

Objetivo:

Realizar uma revisão sistemática sobre os fatores relacionados à apendicite aguda enquanto emergência cirúrgica.

Material e métodos:

A busca pelos artigos foi realizada no mês de setembro de 2022 na base de dados PubMed, utilizando os descritores DeCS/MeSH “apendicite” e “apendicectomia”. Também realizada na base de dados Google Acadêmico utilizando as palavras-chaves “apendicite na emergência cirúrgica” e “apendicectomia”. Foram selecionados para o trabalho cinco artigos publicados nos últimos oito anos nos idiomas inglês e português, os quais foram lidos na íntegra para compor a revisão.

Revisão de Literatura:

A apendicite aguda é uma das emergências cirúrgicas mais comuns em todo o mundo, apresentando uma taxa de taxa de 90-100 pacientes por 100.000 habitantes por ano nos países desenvolvidos^{1,2}. Pode acometer em qualquer faixa etária, havendo um predomínio nos pacientes jovens³. Muitas etiologias podem ser atribuídas à apendicite aguda, como a obstrução mecânica, a dieta inadequada de fibras e a susceptibilidade familiar. As mais frequentes são hiperplasia do tecido linfoide, fecálitos, corpos estranhos, vermes ou neoplasias^{1,3}. Baseado em

sua fisiopatologia, nos casos de obstrução da luz apendicular, há o acúmulo de secreção intraluminal com consequente proliferação de bactérias gram-negativas, isquemia com diminuição do suprimento sanguíneo local e necrose. Pode, ainda, haver necrose do apêndice e perfuração do órgão após aproximadamente 48 horas de evolução. A perfuração pode ser contida, geralmente, por um abscesso periapendicular, ou evoluir com peritonite difusa⁴. Os sinais clínicos e exames físicos do paciente são clássicos. Normalmente, o paciente terá uma dor do tipo migratória, iniciada em região periumbilical ou epigástrica, que evolui para o quadrante inferior direito do abdome (ponto de McBurney) pelo envolvimento do peritônio parietal. Algumas situações também podem ser observadas vômitos, anorexia e febre^{2,4,5}. Ao exame físico, destacam-se os sinais: Blumberg, no ponto de McBurney; Rosving; Íleo Psoas; Lapinsky; Obturador; Aaron; Dunphy e Lenander^{2,4}. O diagnóstico é exclusivamente clínico, podendo ser necessários exames complementares para descarte de diagnósticos diferenciais. Podem ser solicitados exames de laboratório (contagem de leucócitos, função renal, entre outros), radiografia, tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia⁴.

Considerações finais:

Podemos observar que a anamnese e o exame físico são de extrema importância no tratamento da apendicite aguda, tendo apenas duas das referências abordando o diagnóstico da doença por exames laboratoriais, devendo-se, portanto, priorizar a clínica do paciente. Ademais, todos os estudos convergiram para uma escolha terapêutica a apendicectomia, pois apresenta o melhor resultado.

Palavras-Chave: Apendicite; emergência; apendicectomia.

Referências Bibliográficas

1. Bastos IDR, Mota HM, Fernandes ANG, Gurgel TP, Neto JSSB, Souza TB, et al. Apendicite Aguda e suas Complicações Cirúrgicas. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4:2142-52.
2. Francino RP, Figueiredo LFS, Nunes CP. Complicações de um Diagnóstico Tardio de Apendicite. *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis*. 2019;3:18-35.
3. Rodrigues PASSJ, Santos GB, Coqueiro JM. Diagnóstico Tardio e Infecção de Sítio Cirúrgico em Sujeitos Submetidos a Apendicectomia. *Rev. Enferm. UFPE on-line*. 2018;12(6):1539-45.
4. Snyder MJ, Guthrie MG, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. *American Family Physician*. 2018;98(1):25-33A.
5. Bhangu A, Soreide K, Saverio SD, Arrarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis diagnosis, and management. *The Lancet*. 2015;386:1278-87.