



Apendicite Aguda no Puerpério: Apresentação de 3 Casos Clínicos

Martins, G. M.; Ortiz, L. F. L.; Sanson, L. F. G.; Silva, D. A. F.; Scalabrini, M.; Shigueoka, D. C.; Colleoni, R.

Hospital São Paulo - Departamento de Cirurgia
Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é a afecção abdominal cirúrgica não-obstétrica mais prevalente durante o ciclo gravídico-puerperal, acometendo 1 a cada 2000 gestações. De fato, a apendicite no período puerperal se destaca como uma das causas de maior prevalência de morbidade em pacientes puérperas, excluindo-se as afecções urogenitais. Ademais, estudos populacionais recentes verificaram alta incidência de quadros agudos de apendicite complicada em pacientes no período puerperal.

Todavia, apesar de sua grande relevância epidemiológica, há ainda muito o que ser elucidado quanto aos seus aspectos clínicos, fisiopatológicos e epidemiológicos. O presente trabalho apresenta três casos clínicos de pacientes que apresentaram apendicite aguda em pós-parto.

RELATOS DE CASOS

KAB, 18 anos, no 8º dia de pós-operatório de parto normal foi admitida com dor pélvica hipogástrica, associada a disúria, ausência de eliminação de flatos e fezes, e febre de 38°C. Ao exame físico, constatou-se abdome globoso, doloroso à palpação em andar inferior, sem dor à descompressão brusca. Nos exames séricos verificou-se leucócitos 13500 (4-82) e VHS 128. Ultrassonografia de abdome total e tomografia computadorizada de abdome demonstraram líquido livre em cavidade abdominal, sem identificação do apêndice. Submetida à laparotomia exploradora, identificou-se peritonite purulenta, e apêndice aderido em ovário, aumentado de tamanho e hiperemiado. Realizada a lise de aderências, apendicectomia e limpeza da cavidade abdominal. Paciente evoluiu com persistência do quadro febril, sendo necessária reabordagens cirúrgicas para controle da infecção local e realização de salpingectomia bilateral.

AFD, 34 anos, sexo feminino, no 24º dia de pós-operatório de parto cesáreo, foi admitida com quadro de dor abdominal progressiva em flanco direito há 9 dias da internação. A dor apresentava-se de moderada a forte intensidade, contínua, em cólica, com irradiação para região lombar; associada a episódios de vômito, disúria e febre aferida em 38,5°C. Ao exame verificou-se taquicardia, taquipneia e pressão arterial de 130x90 mmHg. À inspeção do abdome, visto ruídos hidroaéreos diminuídos e doloroso à palpação em hipogastro, fossa ilíaca direita e flanco direito. Massa palpável em abdome inferior e punho percussão positiva à direita. Exames Laboratoriais: Leucócitos 15300 / μ L (2% bastões); VHS 82 mm; PCR 337 mg/L. À ultrassonografia de abdome total e tomografia computadorizada de abdome observou-se coleção intra-abdominal heterogênea no flanco direito, medindo 8,8 x 6,0 x 5,6cm, estendendo-se para fossa ilíaca direita e pelve (Figura 1). No intraoperatório, volumosa coleção purulenta, aderências intestinais e sinais de amputação espontânea do apêndice. Realizada sutura invaginante na região da base do apêndice, seguido por limpeza e drenagem da cavidade abdominal. A paciente evoluiu com febre no pós-operatório necessitando ser reoperada para nova drenagem e limpeza cavitária. Recebeu alta no 15º dia de pós-operatório.

EMO, feminino, 29 anos, no 20º dia de pós-operatório de parto cesáreo, foi admitida com quadro de dor abdominal em pontada em flanco esquerdo e hipogastro há 6 dias, associado a múltiplos episódios de náuseas e vômitos. Ao exame físico, em regular estado geral, taquicárdica, taquipneica, com pressão arterial de 123x76. Abdome enrijecido, com cicatriz transversa suprapúbica, compatível com incisão de Pfannestiel, sem sinais flogísticos.

Ruídos hidroaéreos diminuídos, abdome doloroso à percussão e defesa abdominal difusa à palpação superficial. À tomografia computadorizada de abdome e pelve, evidenciou-se pneumoperitônio em andar superior do abdome, com ascite loculada. Na laparotomia exploradora, constatou-se saída de grande quantidade de líquido purulento/inflamatório, principalmente em bolsões localizados em flanco direito e esquerdo e recesso pélvico. Visualizado apêndice cecal com perfuração lateral com saída de conteúdo fecal à manipulação. Prosseguiu-se com apendicectomia, seguida da lavagem de todos os quadrantes da cavidade abdominal e síntese da parede abdominal. No pós-operatório permaneceu afebril com antibioticoterapia por 7 dias. Apresentou boa evolução clínica com alta hospitalar no 11º dia de pós-operatório.

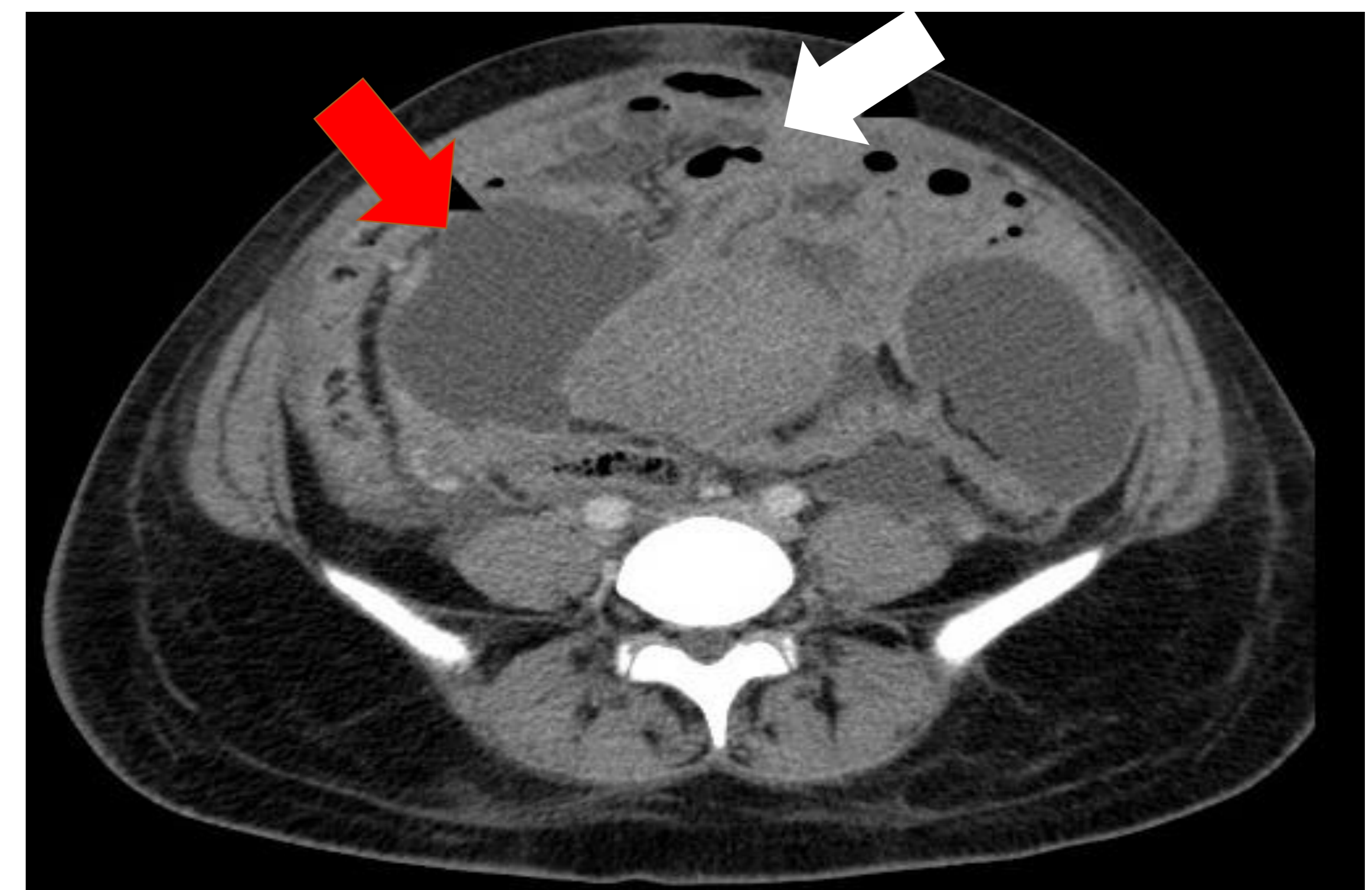


Figura 1: TC abdômen evidenciando líquido livre em cavidade abdominal (seta vermelha) e espessamento do peritônio (seta branca) sugerindo ascite.

DISCUSSÃO

Em suma, conclui-se que é prudente que dores abdominais no puerpério sejam investigadas detalhadamente, ainda que a dor seja frequente nesta fase e que a ocorrência de doença cirúrgica seja relativamente rara. Ademais, os mecanismos subjacentes relacionados ao aumento relativo na incidência de apendicites complicadas em pacientes no período puerperal ainda carecem de ser elucidado em novos estudos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MASSELLI, Gabriele; DERME, Martina; LAGHI, Francesca; FRAMARINO-DEI-MALATESTA, Marialuisa; GUALDI, Gianfranco. Evaluating the Acute Abdomen in the Pregnant Patient. *Radiologic Clinics Of North America*, [S.L.], v. 53, n. 6, p. 1309-1325, nov. 2015. Elsevier BV.
2. BELFORT, Michael A.; CLARK, Steven L.; SAADE, George R.; KLEJA, Kacie; DILDY, Gary A.; VAN VEEN, Teelken R.; AKHIGBE, Efe; FRYE, Donna R.; MEYERS, Janet A.; KOFFORD, Shalece. Hospital readmission after delivery: evidence for an increased incidence of nonurogenital infection in the immediate postpartum period. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, [S.L.], v. 202, n. 1, p. 1-7, jan. 2010. Elsevier BV.
3. ZINGONE, Fabiana; SULTAN, Alyshah Abdul; HUMES, David James; WEST, Joe. Risk of Acute Appendicitis in and Around Pregnancy. *Annals Of Surgery*, [S.L.], v. 261, n. 2, p. 332-337, fev. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
4. MOLTUBAK, E.; LANDERHOLM, K.; BLOMBERG, M.; REDÉEN, S.; ANDERSSON, R. E.. Major Variation in the Incidence of Appendicitis Before, During and After Pregnancy: a population-based cohort study. *World Journal Of Surgery*, [S.L.], v. 44, n. 8, p. 2601-2608, 23 abr. 2020. Springer Science and Business Media LLC.
5. BRENNAN, Daniel F; HARWOOD-NUSS, Ann L. Postpartum abdominal pain. *Annals Of Emergency Medicine*, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 83-89, jan. 1989. Elsevier BV.
6. BASILI, Giancarlo; ROMANO, Nicola; BIMBI, Marco; LORENZETTI, Luca; PIETRASANTA, Dario; GOLETTI, Orlando. Postpartum Ovarian Vein Thrombosis. *Jsls: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 268-271, 2011. The Society of Laparoendoscopic Surgeons.
7. WADHAWAN, Divya. Appendicitis in Postpartum Period: a diagnostic challenge. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research*, [S.L.], p. 10-11, out. 2015. JCDR Research and Publications.
8. A MUNRO.; JONES, P F. Abdominal surgical emergencies in the puerperium. *Bmj*, [S.L.], v. 4, n. 5998, p. 691-694, 20 dez. 1975. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.4.5998.691>.
9. GURGEL, Expedito Fernandes; CARVALHO, Renart Leite de; ARAÚJO, Ana Cristina P. F. de. Apendicite aguda no ciclo gravídico-puerperal: um estudo de 13 casos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 187-192, maio 1998. FapUNIFESP (SciELO).
10. M, Tracey. Appendicitis in pregnancy. *The American Surgeon*, [S.L.], v. 66, n. 6, p. 555-559, 2000.