

INVAGINAÇÃO PRIMÁRIA DE APÊNDICE CECAL COM APENDICITE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Autores: Marcela Amaro de Santana¹; Júlia Bazzo Sinatora²; Paula Congro Michelone², Mayra Falcão de Oliveira²; Ricardo de Argollo Haber³, Juliana Pascon dos Santos³



¹ Médica Residente de Cirurgia Geral no Hospital Beneficente Unimar (HBU)

² Acadêmica do sexto ano da Faculdade de Medicina UNIMAR

³ Cirurgião Pediátrico, docente do Departamento de Cirurgia e da Disciplina de Cirurgia Pediátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Marília – UNIMAR

INTRODUÇÃO

A invaginação intestinal (II) é causa comum de obstrução intestinal na infância. Com incidência de 1 a 4 casos/1000 nascidos vivos e prevalência em meninos. 90% dos casos são idiopáticos, onde não se encontra cabeça patológica de invaginação, sendo a hipertrofia linfóide a causa mais comum. As invaginações secundárias ocorrem devido a divertículo de Meckel, pólipos, tumores ou duplicação entérica. A II ocorre quando um segmento intestinal adentra o lúmen de outro segmento adjacente. A forma mais comum de invaginação é a íleocecocólica. Se não tratada, pode levar à perfuração intestinal, peritonite e choque. A vacina contra o rotavírus está relacionada com o aumento de casos de II, porém, esses quadros levam a 590 mil mortes/ano, assim, o benefício da vacinação suplanta o risco de II. Os sintomas são inespecíficos e a tríade clássica (vômitos, dor abdominal em cólica e sangramento nas fezes) é observada em menos de 50% dos casos. O tratamento consiste na redução com enema ou cirúrgica. A metodologia deste trabalho constou de análise de prontuário e referências científicas levantadas nas bases de dados Scielo e Pubmed.

RELATO DE CASO:

GLFC, 5 anos, procurou Pronto Socorro devido quadro de dor abdominal há 3 dias, difusa, em salvas, associado a vômitos e diarreia. Ao exame físico abdome distendido, depressível, doloroso a palpação difusa, principalmente de flanco direito. Sem massas palpadas e sem descompressão brusca. Ultrassonografia de abdome para investigação evidenciou imagem compatível com intussuscepção e o paciente foi submetido à laparotomia exploradora, sendo identificada invaginação primária do apêndice cecal (invaginação ileocecal) seguida de apendicectomia convencional.

DISCUSSÃO:

A invaginação do apêndice cecal é rara, ocorrendo em qualquer faixa etária. Pode ser precipitada pela variação anatômica apendicular, duplicação, neoplasia, fecalitos, angiodisplasia cecal, corpo estranho ou ser idiopática. Tais situações, pelo processo inflamatório, levariam a um aumento da peristalse apendicular. O diagnóstico prévio é difícil, pois os exames de imagem mostram alterações variadas. O tratamento cirúrgico consiste na redução da invaginação seguida de apendicectomia, com margem de segurança no ceco para evitar recorrências, caso haja edema importante na base do apêndice e/ou na parede do ceco. Uma vez estabelecido o diagnóstico específico da invaginação apendicular, não deve ser tentado a redução por enema. Cirurgiões e radiologistas devem estar a par desta particularidade a fim do tratamento cirúrgico precoce ser instituído para evitar complicações.



Figura 1 – Achado intraoperatório

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Samuk I, Nica A, Lakovski Y, Freud H. Appendiceal Intussusception: a diagnostic challenge. *European Journal of Pediatric Surgery* 2017
2. Healy JM, Olgun LF, Hittelman AB, Ozgediz D, Caty MG. Pediatric Incidental Appendectomy: a systematic review. *Pediatr Surg Int* 2016; 32:321-335
3. Burke RM, Tate JE, Dahl RM, Aliabadi N, Parashar UD. Does Rotavirus Vaccination Affect Longer-term Intussusception Risk in US infants? *Journal of Pediatric Infectious Diseases Society* 2019; XX(XX):1-4
4. Wang A, Prieto JM, Ward E et al. Operative treatment for intussusception: Should an incidental appendectomy be performed? *Journal of Pediatric Surgery* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.10>
5. Gluckman S, Karpelowsky J, Webster AC, McGee RG. Management for intussusception in children (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, issue 6. Art No.: CD006476.099
6. Ashcraft's pediatric surgery, 6th Ed, 2014 pp 531-38