

## AGUDO

Orlando, L. C.<sup>1,2</sup>; Balliana, R. R.<sup>1</sup>; Mendonça, N. S.<sup>1</sup>; Souza L. M.<sup>2</sup>; Gomes, S. G.<sup>2</sup>; Salina, F. V. G.<sup>1</sup>; Souza, G. M.<sup>1</sup>; Mendonça, R. A. S.<sup>1</sup>

1- Universidade de Ribeirão Preto, Departamento de Cirurgia Geral – Ribeirão Preto SP

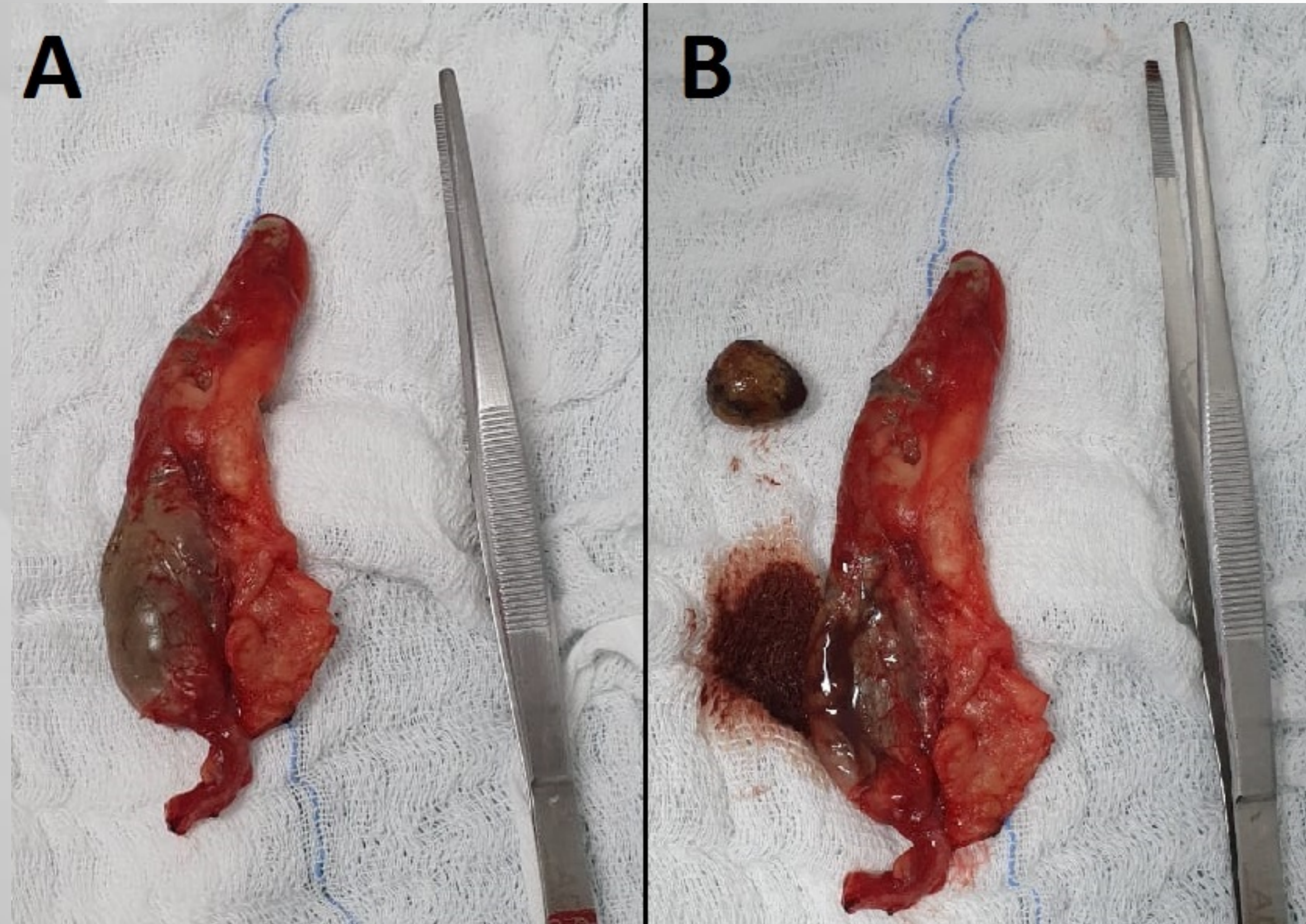
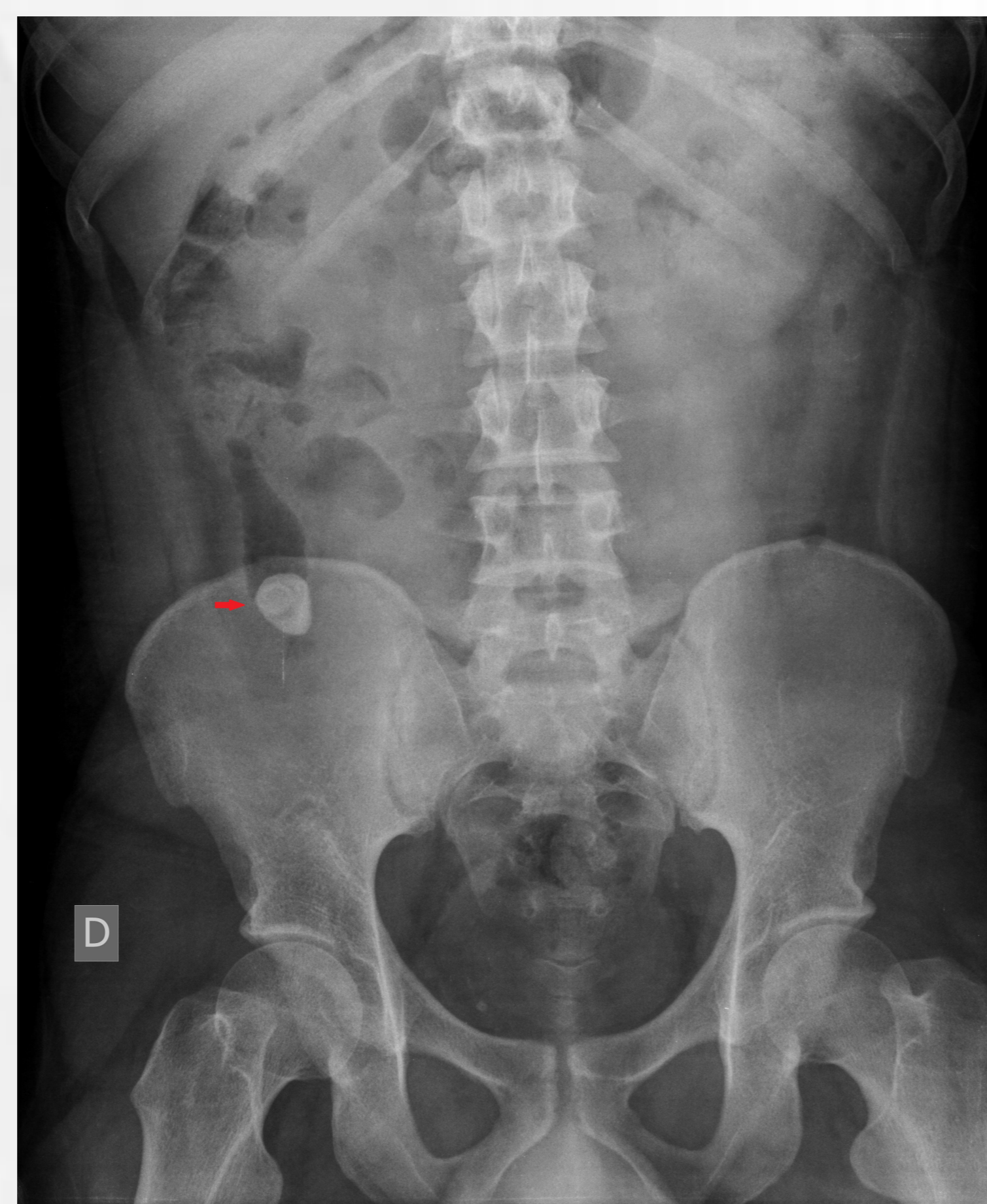
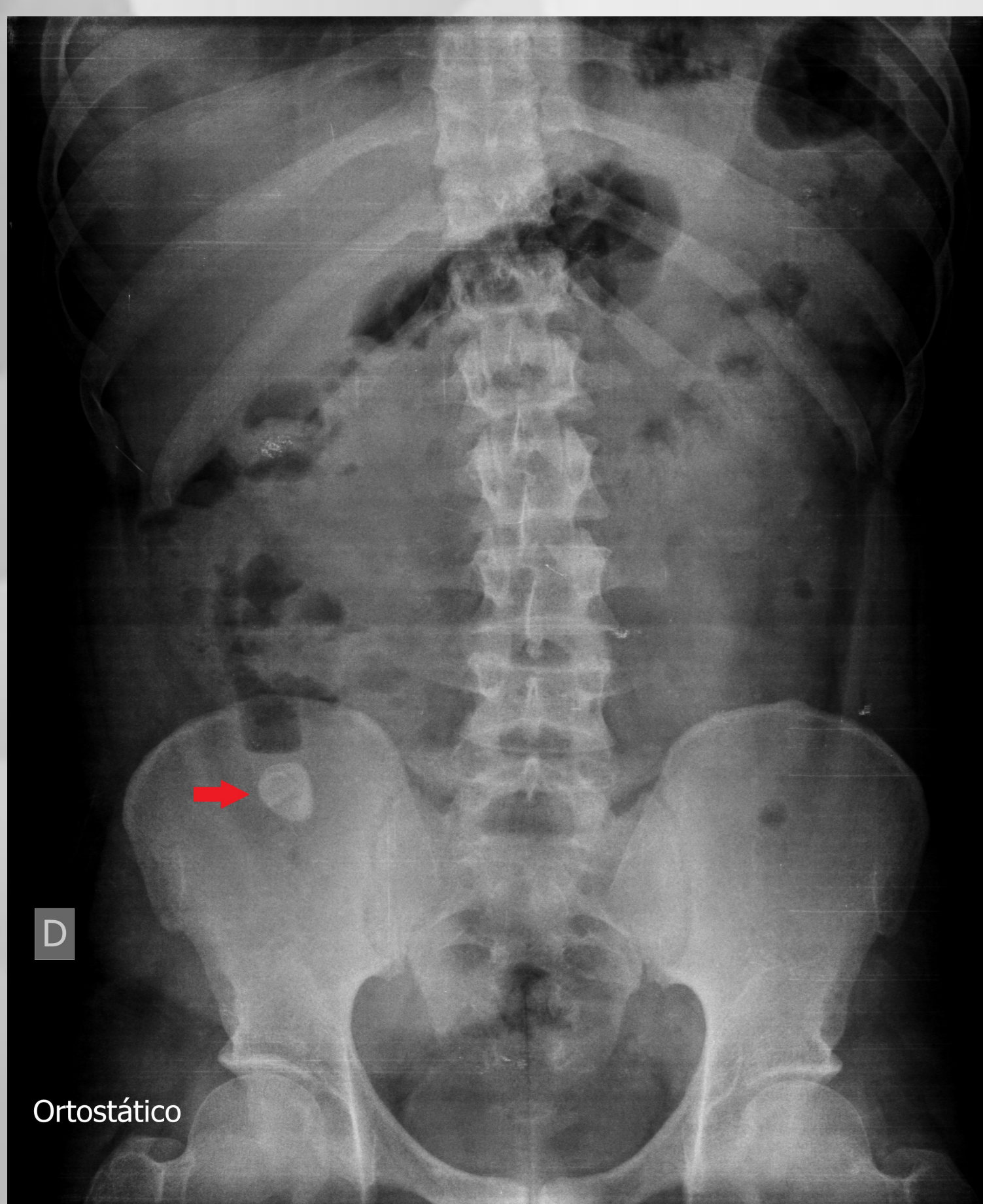
2- Sociedade Brasileira de Beneficência – Hospital Imaculada Conceição, Departamento de Cirurgia Geral – Ribeirão Preto SP

### Introdução

A apendicite aguda é uma inflamação resultante da obstrução da luz do apêndice, provocada na grande maioria das vezes, por um fecalito, hiperplasia linfóide, e mais raramente por corpo estranho, parasitas ou tumores. É definida como a principal causa de abdome agudo cirúrgico no mundo com uma prevalência em 7% da população, com uma incidência maior em homens de etnia branca, entre a segunda e a quinta década de vida. A sintomatologia clássica deferida a apendicite está presente em 60% dos casos e o diagnóstico precoce é essencial para redução da morbimortalidade. A apendicectomia, seja convencional ou videolaparoscópica, é o tratamento padrão há anos.

### Relato do caso

M.A.M.R. 20 anos encaminhado devido a quadro de dor abdominal iniciada há 3 dias, em região periumbilical e migração para a região de fossa ilíaca direita associado a náusea e hiporexia. Exame físico apresentava dor à palpação de fossa ilíaca direita com blumberg positivo. Laboratoriais: Leucócitos de 8400 u/L sem desvio e PCR de 324,8 mg/L. Pontuando 6 no escore de Alvarado optado por solicitar radiografia de abdome agudo onde foi localizado fecalito em topografia apendicular. Encaminhado para sala cirúrgica onde foi realizado apendicectomia convencional localizado, em região de base apendicular, fecalito como causa provável do processo. recebe alta no dia seguinte com melhora completa dos sintomas



### Discussão

A apendicite aguda, doença caracterizada pela inflamação do apêndice cecal, manifesta-se clinicamente com dor progressiva e gradual, inicialmente periumbilical com migração para a região de fossa ilíaca direita, desenvolvendo reação peritoneal a medida que a patologia envolve o peritônio parietal. Sinais como anorexia, febre, náusea e vômitos costumam fazer parte do quadro clínico estando presente em até 60% das vezes. Apresentação atípica geralmente se dá nos extremos da idade e na gestação.

| Variável                       | Pontuação |
|--------------------------------|-----------|
| Nausea e/ou Vômitos            | 1         |
| Febre                          | 1         |
| Anorexia                       | 1         |
| Migração da dor para FID       | 1         |
| Dor a palpação profunda de FID | 2         |
| Blumberg positivo              | 1         |
| Leucocitose                    | 2         |
| Desvio a esquerda              | 1         |

Suspeita clínica

Exames Laboratoriais

Exames de imagem

A complementação com exames de imagem muitas vezes se faz necessária quando há uma história clínica atípica e quando a pontuação no escore de Alvarado se mostra entre 4 e 6. A radiografia de abdome agudo pode ser útil e fazer parte da propedêutica inicial de investigação. Apesar de uma baixa acurácia, a presença de um fecalito (visto em até 10% das radiografias) em topografia apendicular associado a um quadro clínico típico reforça ainda mais o diagnóstico. A ultrassonografia de abdome total possui uma sensibilidade de até 94% e especificidade 95% quando em mãos experientes. A ultrassonografia transvaginal associado a um exame ginecológico se faz necessária em mulheres a fim de se afastar demais patologias pélvicas. O exame de imagem padrão ouro atualmente é a tomografia computadorizada de abdome total com contraste apresentando um valor preditivo positivo de 95 a 97% e acurácia de 98%.

No caso descrito acima o diagnóstico se deu por meio do exame físico associado ao escore de Alvarado e à realização de uma radiografia de abdome agudo.

### Referências Bibliográficas

- 1- FerrelliRS, BischoffAR, OlsenV, RibeiroMR, AlvesDO, SantosBA. Pyogenic liver abscess in Children: two cases report and literature review. Revista HCPA. 2013; 33(1): 84-7. 2- Tu JF, Huang XF, Hu RY, You HY, Zheng XF, Jiang FZ. Comparison of laparoscopic and open surgery for pyogenic liver abscess with biliary pathology. World J Gastroenterol 2011; 17 (38): 4339-43. 3- Shelati VG, Chia CLK, Yeo CSW, Qiao W, Woon W, JunnarkarLS. Pyogenic liver abscess: Does Escherichia Coli Cause more Adverse Outcomes than Klebsiella Pneumoniae. World J Surg 2015; 2535-2542. 4- Küster Filho ACC, Kruger MR, Pacheco AL, Souza Filho ZA. Abscessos hepáticos piogênicos: emprego dos recursos diagnósticos e terapêuticos. Rev. Col. Bras. Cir. 1998; 25(6): 369-374. 5- Pang TC, Fung T, Samra J, Hugh TJ, Smith RC. Pyogenic liver abscess: An audit of 10 years' experience. World J Gastroenterol. 2011;17(12):1622-1630 6-CostaSR,LimaO,AraujoSL,LoboM.Hemi-hepatectomia esquerda laparoscópica para o tratamento do abscesso hepático piogênico. Brasília Méd; 2010; 47(2): 263-7. 7- Ma KW, Chia NH, Yeung HW, Cheung MT. If not appendicitis, then what else can it be? A retrospective review of 1492 appendectomies. Hong Kong Med J. 2010; 16:12-7. 8- Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the Millennium. Radiology. 2000; 215:337-48. 9- Corso AMGT, Mendes GF, Costa DN, Menezes MR, Cerri GG. Patologias abdominais agudas que mimetizam origem ginecológica e obstétrica. São Paulo: Departamento de radiologia da Faculdade de Medicina da USP; 2010. 10- Matos, B. et al. Apendicite Aguda Rev Med Minas Gerais 2011; 21(2 Supl 4): S1-S113