

Heloisa Rodrigues Soares da Silva, Júlia do Carmo Santos, Diego Naziasene de Almeida, Bruno Quintino Domingos
Instituição: Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage Siqueira (HUGOL)

Introdução

A apendicite aguda em indivíduo com situs inversus totalis (SIT) é de difícil diagnóstico. Cerca de 50% dos pacientes com apendicite do lado esquerdo apresentam dor no lado direito. Nesses casos a laparoscopia é indicada, pois os achados clínicos e de imagem podem ser confusos, devido as alterações anatômicas. Relatamos aqui um caso incomum de SIT com apendicite aguda que se apresentou com dor abdominal no quadrante inferior direito.

Relato de caso

Paciente T.F.S.R., sexo feminino, 20 anos, admitida no Pronto Socorro com queixa de dor abdominal, irradiando para fossa ilíaca direita (FID), acompanhado de vômitos e dificuldade para urinar. Ao exame físico o abdome encontrava-se doloroso à palpação profunda, sem demais achados. Exames laboratoriais com PCR aumentada isoladamente. A tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou situação de lateralidade invertida de órgãos abdominais, compatível com "Situs Inversus", apêndice cecal longo, retrocecal e lateralmente ao músculo psoas direito com leve espessamento parietal e calibre levemente aumentado (8,0 mm), sugestivo de apendicite aguda (Figura 1). A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico videolaparoscópico. Na avaliação intra operatória foi visualizado apêndice hiperemiado e edemaciado a esquerda, além de líquido seroso em goteira parietocólica e em pelve, sem outras anormalidades. O procedimento foi realizado sem intercorrências. A paciente recebeu alta no 2º dia de pós-operatório. Cinco dias após o procedimento a paciente retornou com queixa de dor abdominal de forte intensidade, associada a febre e vômitos, apresentando abdome levemente distendido, doloroso difusamente, sem peritonite e com ferida operatória sem sinais flogísticos e sem sinais de deiscência. A TC de abdome revelou presença de coleção líquida na pelve com volume 128,0 cm³; líquido livre e pneumoperitônio (Figura 2), sendo indicada laparotomia exploradora. Durante o intra operatório foi identificado abscesso útero retal, ceco móvel e inflamado e coto apendicular com sinais de necrose e deiscência de sutura pregressa, com orifício de saída de secreção entérica.

Foi realizado desbridamento da lesão cecal, rafia em dois planos, limpeza da cavidade e alocação de dreno túbulo laminar na goteira parietocólica esquerda para vigilância de fístula. Paciente evoluiu bem clinicamente e recebeu alta após 5 dias de internação.



Figura 1. Tomografia de abdome corte coronal e axial na fase portal, evidenciando lateralidade invertida e com imagem sugestiva de apendicite aguda.



Figura 2. Tomografia de abdome corte coronal e axial na fase portal, com presença de coleção líquida na pelve e pneumoperitônio

Discussão

A videolaparoscopia ajuda a identificar e tratar emergências cirúrgicas agudas de maneira rápida e eficiente, quando os estudos clínicos e de imagem são de difícil interpretação, como no situs inversus. O método laparoscópico apresenta taxas de infecção incisional menor quando comparado com a laparotomia. Entretanto, quando se refere a infecção da cavidade abdominal essa relação se inverte. No caso apresentado houve infecção de cavidade, com formação de abscesso como complicação pós operatória, em concordância dos resultados da literatura.

Referências bibliográficas:

1. Campos Lr, Magrini Gc, Vilagra Smbw. Situs inversus totalis: Relato de caso. Revista De Saúde. 2017; 8(1 S1), 97.
2. Santos F, Cavasana Gf, Campos T. Perfil das apendicectomias realizadas no Sistema Público de Saúde do Brasil. Rev. Col. Bras. Cir. 2017. 44(1), 4-8.
3. Oh JS, Kim KW, Cho HJ. Left-sided appendicitis in a patient with situs inversus totalis. J Korean Surg Soc. 2012, Sep;83(3):175-8. SHOGILEV DJ, DUUS N,
4. Odom Sr, Shapiro NI. Diagnosing appendicitis: evidence-based review of the diagnostic approach in 2014. West J Emerg Med. 2014 Nov;15(7):859-71.