

# Dor em fossa ilíaca direita após apendicectomia: um dilema para os cirurgiões

**AUTORES:** CAROLINA SABADOTO BRIENZE<sup>1</sup>, EMILIA VIRGINIA LIMA CURVELO FONTES<sup>1</sup>, ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI<sup>1</sup>, RAUL LOURES<sup>1</sup>, ZÊMIA MARIA CÂMARA COSTA FERREIRA<sup>1</sup>, FLÁVIA ROCHA NERONE<sup>1</sup>, THEREZA CRISTINA CARVALHO KALMAR<sup>1</sup>, JOSÉ FRANCISCO MATTOS FARAH<sup>1</sup>

**INSTITUIÇÕES:** <sup>1</sup>HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL/IAMSPE

## INTRODUÇÃO

Apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico em todo o mundo. Dentre as complicações possíveis, uma extremamente rara, porém bem descrita na literatura, é a apendicite de coto apendicular. A apendicite de coto apendicular se caracteriza pela inflamação do apêndice remanescente após realização de apendicectomia. Dados da literatura apontam uma incidência de 1:50.000 casos submetidos à cirurgia. Apesar de contraditório, uma maior porcentagem dos casos relatados ocorreu após a apendicectomia aberta. Por ser uma patologia de difícil diagnóstico, devido à baixa prevalência e histórico de apendicectomia prévia, seu diagnóstico pode ser atrasado com piora no desfecho do doente.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 48 anos, deu entrada no pronto-socorro com dor periumbilical há 05 dias com migração para fossa ilíaca direita e piora progressiva associado a diarreia no início do quadro, além de hiporexia e sudorese noturna com calafrios. Sem exames endoscópicos prévios. Relatava uma apendicectomia laparotômica em 1996 feita em outro serviço. Na admissão, apresentava-se afebril, sinais vitais normais, incisão de McBurney sem alteração, com dor abdominal difusa à palpação, pior em fossa ilíaca direita com descompressão brusca positiva e massa palpável na mesma topografia. Laboratório com discreta leucocitose (11380 /mm<sup>3</sup>) e PCR aumentado (15,8 mg/dL). Em tomografia computadorizada (TC) de abdome contrastada foi evidenciado espessamento do apêndice, densificação da gordura peri-ceco-apendicular e sinais de complicação com diminutos focos de pneumoperitônio bloqueado adjacente, além de doença diverticular dos cólons. Aventou-se hipótese de apendicite de coto e diverticulite de ceco, sem complicação grave. Como paciente apresentava-se em bom estado geral, optou-se por internação e tratamento clínico com ceftriaxona 1g EV de 12/12 horas e metronidazol 500mg EV de 8/8h. Evoluiu com melhora do quadro algico e laboratorial após 24 horas, aceitando reintrodução de dieta. Realizou TC de controle 03 dias após a imagem inicial, que evidenciou densificação adiposa pericecal com aumento numérico linfonodal, sem pneumoperitônio ou coleção líquida adjacente. Devido à boa evolução, optou-se por alta hospitalar com antibioticoterapia domiciliar (ciprofloxacino 500mg VO de 12/12h e metronidazol 500mg VO de 8/8h) até retorno ambulatorial. Paciente retorna 21 dias após, em bom estado geral, sem queixas e sem dor abdominal ao exame físico. Optado por suspender antibioticoterapia. Realizada colonoscopia 06 meses após o quadro inicial, que evidenciou óstio de apêndice cecal de aspecto normal, raros óstios diverticulares distribuídos desde ceco até sigmóide, sem sinais de complicação e pólipos séssil de 3mm em sigmóide, sendo realizado polipectomia. Após 08 meses do quadro agudo, encontra-se assintomático e sem novos quadros semelhantes. Discutido com paciente sobre a possibilidade de nova crise, e no momento optou-se por manutenção de seguimento.



**Imagem 01:** Tomografia computadorizada do abdome no corte axial demonstra espessamento parietal e realce do coto apendicular, com cerca de 1,4 x 1,5 cm associado a densificação da gordura pericecoapendicular e espessamento da fásia.

**Imagem 02:** Tomografia computadorizada do abdome no corte axial a densificação da gordura pericecoapendicular e espessamento da fásia. Notam-se ainda linfonodos regionais proeminentes.



## DISCUSSÃO

Devido à apresentação clínica favorável, sem sepse ou peritonite, foi optado por tratamento conservador com boa evolução do quadro. A tomografia foi essencial para o diagnóstico e controle de evolução, bem como a colonoscopia de segmento para excluir neoplasia. Os relatos de apendicite de coto são raros: em uma recente revisão, foram coletados 132 casos, sendo 8% não operados, embora não exista dados sobre a recidiva destes casos. Além disso, o intervalo médio entre a apendicectomia inicial e a apendicite de coto foi de 20 meses, sendo no nosso caso de 25 anos. Importante ressaltar que ainda é controverso se a apendicectomia por vídeo tenha maior relação com casos de apendicite de coto. A hipótese de diverticulite aguda do cólon direito também seria factível, embora seja bastante rara no Ocidente. O tratamento não cirúrgico em geral é a recomendação, ressaltando-se que o quadro à direita tem menor gravidade quando comparado à diverticulite de sigmóide. Importante aspecto prático é que, se necessária resolução cirúrgica de urgência por quadro complicado, provavelmente seria realizado uma colectomia direita.

## CONCLUSÃO

Este caso desafiador demonstra a importância do raciocínio diagnóstico e terapêutico afim de evitar atrasos e correto manejo do doente, e que, apoiado pela complementação radiológica e seguimento adequado, teve desfecho favorável sem a necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ROBERTS, K.E. et al. Stump appendicitis: a surgeon's dilemma. *Journal of the Society of Laparoscopic Surgeons*, v. 15, p. 373-378, 2011.
- SHAH, T; SHAKYA, A. Stump appendicitis: na overview. *American Journal of Surgery and Clinical Case Reports*, v. 1, p. 1-2, 2020.
- PEREIRA, C.; TAURO, L.F. Stump appendicitis: an uncommon dilemma. *International Surgery Journal*, v. 7, p. 1324-1326, 2020.
- VAGHOLKAR, K. Stump appendicitis. *International Surgery Journal*, v. 7, p. 2461-2463, 2020.