

TRATAMENTO CONSERVADOR DE APENDICITE AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO CAVITÁRIO E DRENAGEM GUIADA POR TC: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

*Glenda Alves Pereira de Oliveira¹; Fernanda Fonseca Oliveira²;
Luciano Vasconcellos Quinellato²; Luiz Carlos Moraes Richa Júcior²;
Fábio Martini Ribeiro²; Roberto Marcellus de Barros Sena².*

¹ UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

² Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ.

Introdução: A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico, atingindo cerca de 7% de toda a população. O tratamento de escolha geralmente é cirúrgico; o que não há consenso na literatura é sobre o tipo de abordagem nos casos de evolução insidiosa, onde há presença de plastrão apendicular que pode ocorrer na forma de fleimão ou abscesso cavitário.

Objetivos: Avaliar o êxito da terapia conservadora no tratamento de apendicite complicada com abscesso cavitário com maior tempo de evolução, por meio de breve revisão literária e no relato de experiência descrito.

Relato do caso: Adolescente de 13 anos, feminina, que procurou atendimento no Pronto-Socorro relatando dor abdominal difusa com início há sete dias, quando foi avaliada e medicada com sintomáticos em outro nosocômio, queixando-se posteriormente de dor localizada na fossa ilíaca direita (FID), nos últimos quatro dias. Também apresentou hiporexia, febre não aferida e abdome doloroso à palpação na FID com presença de plastrão local, mas sem sinais de irritação peritoneal. À hematimetria, observou-se discreta leucocitose, e a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome evidenciou sinais de apendicite aguda, com coprolito e imagem cística pericecal de 4 cm, compatível com abscesso. Optou-se, então, pelo tratamento conservador com uso de antimicrobiano sistêmico de largo espectro e drenagem percutânea do abscesso guiada por TC, com retirada de 33 ml de secreção purulenta enviada à cultura; no local, foi instalado um dreno túbulo-laminar. A evolução da menor foi satisfatória. O dreno foi removido no 5º dia após o controle tomográfico, não apontando coleção remanescente. A melhora do quadro clínico-laboratorial permitiu a alta da paciente no sétimo dia de internação, com uso

de antibiótico oral guiado pela cultura. O acompanhamento ambulatorial não apontou recrudescência da doença e a apendicectomia de intervalo foi considerada.

Discussão: A formação de abscesso periapendicular bloqueado é condição rara e acomete de 2% a 6% dos casos de apendicite retardada. A apresentação clínica é de intensa dor abdominal em FID e febre baixa nas primeiras 48 horas, seguida de melhora sensível dos sintomas, que tornarão a ganhar relevância após 7 a 10 dias, quando também são notados sinais de defesa e massa palpável nessa topografia. O tratamento, nesse caso, permanece controverso. Apesar de amplamente difundida, a abordagem cirúrgica imediata possui taxas de complicações que podem chegar a 36%, dentre elas, a disseminação da infecção, ocorrência de fístulas intestinais e realização de enterectomias ou hemicolectomias desnecessárias, quando há dúvida sobre o caráter inflamatório ou maligno da massa. Isso tende a aumentar o tempo de internação e a necessidade de reintervenções. Já o tratamento conservador consiste em antibioticoterapia de amplo espectro, seguida ou não de apendicectomia eletiva. Os abscessos intracavitários maiores que 4cm requerem drenagem, enquanto a aposição de dreno pode ser considerada nos abscessos com lojas bem definidas. Espera-se que após 48-72 horas do tratamento haja remissão dos sintomas. Caso contrário, a laparotomia exploradora está indicada. A recomendação de alguns autores modernos é a preferência do tratamento conservador com apendicectomia eletiva, após 6 a 10 semanas do evento agudo, quando a abordagem operatória apresenta menor dificuldade e agressividade, além de menor tempo operatório, de internação e de complicações.

Conclusão: A abordagem da apendicite aguda em sua maioria é cirúrgica, mas nos pacientes com evolução insidiosa, o tratamento conservador deve ser considerado. O uso de antimicrobiano sistêmico e exames sequenciais durante a internação norteiam a conduta. A drenagem da cavidade está indicada em alguns casos ou mesmo a laparotomia, quando há irritação peritoneal. Ainda não há um consenso sobre a apendicectomia de intervalo.

Palavras-chave: Abscesso; apendicite; drenagem.



REFERÊNCIAS

ANDERSEN, B.R.; KALLEHAVE, F.L.; ANDERSEN, H.K. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy. **Cochrane Database Syst Rev** 2005; CD001439.

FLEMING, F.J.; KIM, M.J.; MESSING, S. *et al.* Balancing the risk of postoperative surgical infections: a multivariate analysis of factors associated with laparoscopic appendectomy from the NSQIP database. **Ann Surg**, v. 252, p. 895, 2010.

MATTOX, K.L.; TOWNSEND, C.M.; BEAUCHAMP, R.D. **Sabiston**: tratado de cirurgia. 18. ed. São Paulo: Elsevier, 2010.

glenda_slp@hotmail.com