

119

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

APENDICITE AGUDA. ESTUDO DE 37 CASOS.

Orientador: Dr. João de Bona Castelan Filho

Doutorandos: Paulo Roberto Webster

Vanderlei Simoni

Criciúma, Maio de 1988.

AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos especiais aos Doutores:

João de Bona Castelan Filho

Lúcio Stopazzolli

Alexandre Silvestre

Sergio Haertel Alice

João Luiz Rocha

Odilmar Figueiredo Monteiro e

Domingos Simon.

Agradecemos também ao Corpo Clínico e ao Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro do Hospital São José.

ÍNDICE

RESUMO.....	03
INTRODUÇÃO.....	04
OBJETIVOS.....	05
MATERIAL E MÉTODO.....	06
RESULTADOS.....	07
DISCUSSÃO.....	15
CONCLUSÕES.....	19
ABSTRACT.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	21

RESUMO

Os autores apresentam um estudo prospectivo de 37 casos de apendicite aguda.

Analizam a incidência por sexo e faixa etária, o quadro clínico, o tempo de evolução da doença e os resultados de leucograma e radiografias simples de abdome.

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é a mais frequente condição cirúrgica do abdome. Seu diagnóstico deve ser sempre lembrado em qualquer caso de abdome agudo não traumático.

É de reconhecimento fácil na maioria das vezes. Pode no entanto, oferecer dificuldades diagnósticas em pacientes demasiado jovens e em idosos.

As localizações e relações anatômicas menos frequentes do apêndice vermiforme podem também dificultar o diagnóstico.

O sucesso no tratamento depende do reconhecimento precoce da entidade.

OBJETIVOS

1 - Analisar a incidência de apendicite aguda com relação ao sexo e faixa etária.

2 - Relacionar os principais sinais e sintomas da apendicite aguda.

3 - Determinar o tempo decorrido entre o início da sintomatologia e a realização do ato cirúrgico, nos pacientes com apendicite aguda, que procuram o serviço de cirurgia geral do Hospital São José de Criciúma.

4 - Analisar os resultados do leucograma e Raio X simples do abdome nos quadros de apendicite aguda.

MATERIAL E MÉTODO

Durante o período de janeiro a março de 1988, foram internados no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma (SC), 41 pacientes com quadro clínico compatível de apendicite aguda.

Todos os pacientes foram submetidos a apendicectomia após realização de leucograma, exame quantitativo de urina, radiografia de tórax em incidência pósterio-anterior e radiografia de abdome em duas posições (em pé e deitado).

Os apêndices excisados foram submetidos à exame anátomo-patológico. Em 37 pacientes confirmou-se o diagnóstico de apendicite aguda, em 03 casos o apêndice apresentou-se sem alterações e em 01 caso o diagnóstico foi de apendicite crônica.

O presente estudo foi realizado com os 37 casos em que se confirmou o diagnóstico de apendicite aguda.

Foram analisados: Incidência por faixa etária e sexo, quadro clínico, tempo de evolução da doença, resultados de leucograma e de exame radiológico do abdome.

Não foram analisados o exame quantitativo de urina e o exame radiológico de tórax, pois estes se apresentaram normais em todos os pacientes.

RESULTADOS

A média de idade nos 37 casos estudados foi de 23,4 anos variando de 7 a 60 anos.

Na Tabela 1 apresentamos a distribuição por faixa etária e sexo.

TABELA 1 - Apendicite aguda.

Estudo de 37 casos.

Distribuição por sexo e faixa etária.

Idade em anos/Sexo	Masculino	Feminino	Total	%
Até 10	02	01	03	8,1
10 - 20	07	05	12	32,4
20 - 30	11	03	14	37,9
30 - 40	03	00	03	8,1
40 - 50	02	01	03	8,1
50 - 60	01	00	01	2,7
60 ou mais	00	01	01	2,7
Sub-Total	26 70,2%	11 29,8%	37	100 %

Fonte: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma.

Dor abdominal espontânea, foi em todos os pacientes, a primeira manifestação da doença.

Na Tabela 2 apresentamos as localizações de início da dor.

TABELA 2 - Apendicite Aguda.

Estudo de 37 casos.

Local de Início da dor.

Local de início da dor	Casos	%
Epigástrica e ou peri-umbilical	27	73,0
Fossa ilíaca direita	05	13,5
Fossa ilíaca esquerda	02	5,4
Hipogástrico	03	8,1
TOTAL	37	100%

Fonte: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma.

Dor na fossa ilíaca direita (FID) ocorreu na grande maioria dos pacientes. Os principais sintomas estão descritos na Tabela 3.

TABELA 3 - Apendicite aguda.
Estudo de 37 casos.
Sintomas.

Sintomas	Casos	%
Dor em FID	34	91,9
Anorexia	31	83,8
Náuseas	26	70,3
Vômitos	21	56,7
Constipação Intestinal	20	54,0
Diarréia	04	10,8

Fonte: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma.

Os principais achados de exame físico estão expressos na Tabela 4.

TABELA 4 - Apendicite Aguda.

Estudo de 37 casos.

Exame Físico.

Exame Físico	Casos	%
Dor à palpação em FID	37	100
Sinal de Blumberg	31	83,8
Febre	24	64,9
Sinal de Lenander	23	62,2
Sinal de Rovsing	21	56,7
Sinal do psoas	10	27,0
Sinal do obturador	06	16,2

Fonte: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma.

O tempo médio entre início dos sintomas e realização da cirurgia foi, nos 37 casos estudados, de 3,2 dias.

Na Tabela 5 apresentamos o tempo de evolução dos sintomas expresso em dias.

TABELA 5 - Apendicite Aguda.

Estudo de 37 casos.

Tempo de evolução em dias.

Tempo de Evolução em dias	Casos	%
Até 1	04	10,8
1 - 2	11	29,7
2 - 3	08	21,6
3 - 4	07	18,9
4 - 5	01	2,7
5 - 6	03	8,1
6 - 7	02	5,4
7 ou mais	01	2,7

Fonte: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma.

Os valores de leucograma estão expressos na Tabela 6.

TABELA 6 - Apendicite Aguda.

Estudo de 37 casos.

Valores de leucograma.

Leucócitos mil/mm ³	Casos		Total	%
	Sem desvio	Com desvio		
Até 10	04	01	05	13,5
10 - 12	03	00	03	8,0
12 - 14	05	00	05	13,5
14 - 16	04	02	06	16,2
16 - 18	02	04	06	16,2
18 - 20	01	03	04	10,8
20 ou mais	04	04	08	21,8
Sub-total	23 62%	14 28%	37	100%

Fonte: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma.

Em 04 pacientes não se observaram alterações radiológicas do abdome. As alterações radiológicas encontradas em 33 casos, estão expressas na Tabela 7.

TABELA 7 - Apendicite aguda.

< Estudo de 37 casos.

Alterações radiológicas.

Alterações Radiológicas	Casos	%
Níveis líquidos no ceco	24	64,8
Ceco dilatado	21	56,7
Borramento do músculo psoas	19	51,3
Contratura no flanco direito	16	43,2
Linha de gordura pré-peritoneal apagada	16	43,2
Empastamento da FID ou Flanco direito	14	37,8
Escoliose antálgica	13	35,1
Imagem compatível com abscesso	05	13,5
Boceladura na região ileocecal	04	10,8
Níveis líquidos no íleo	01	2,7

Fonte: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma.

Os resultados do exame anátomo-patológico estão expressos na Tabela 8.

TABELA 8 - Apendicite Aguda.

Estudo de 37 casos.

Anátomo-Patológico.

Anátomo-patológico	Sem Perfuração	Com Perfuração	Total	%
Apendicite aguda catarral	10	00	10	27
Apendicite aguda supurativa simples	17	08	25	67,6
Apendicite aguda gangrenada	01	01	02	5,4
Sub-total	28 75,7%	09 24,3%	37	100%

Fonte: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma.

DISCUSSÃO

A afecção apendicular aguda é uma doença que ocorre em todas as idades, sendo rara em lactentes e pouco frequente em idosos (7.10.12.13).

Apresenta um pico máximo de incidência entre a segunda e a terceira década de vida.

Predomina no sexo masculino. Deve-se ressaltar que antes da puberdade esse predomínio não ocorre.

O estudo efetuado mostra uma maior incidência de apendicite aguda no sexo masculino (2:1) e na segunda e terceira décadas de vida.

O quadro clínico da apendicite aguda, obedece via de regra, uma sequência cronológica de eventos fisiopatogênicos. (2,7,11,12,13).

Inicialmente ocorre obstrução do lúmen apendicular levando a um aumento da pressão intra-luminal. Tal fato ocasiona dor abdominal de caráter visceral, que se manifesta na região epigástrica e ou periumbelical.

Com o aumento progressivo da distensão apendicular, aparecem náuseas e vômitos de caráter reflexo. Na maioria das vezes, há também, parada de eliminação de fezes e gases devido a ocorrência de íleo adinâmico.

Com a estase do conteúdo apendicular, ocorre proliferação bacteriana, e o processo que inicialmente acomete apenas a mucosa

apendicular, passa a acometer as demais camadas atingindo finalmente a serosa e o peritônio parietal. Nesta fase, a dor situa-se em coincidência com a localização do apêndice.

A distensão apendicular progressiva, leva também, a um comprometimento da circulação. Inicialmente colabam-se capilares e vênulas resultando em congestão e edema do apêndice. Posteriormente há colapso da circulação arteriolar com conseqüente hipóxia tecidual. Tal fato leva a uma quebra da barreira mucosa com invasão bacteriana. Surgem também, zonas de úlcera e gangrena.

Com a morte celular, ocorre reabsorção de toxinas e produtos tissulares. Surge febre, geralmente não muito alta (37,5°C a 38,5°C).

Finalmente ocorre perfuração. O quadro algico torna-se mais intenso. A perfuração pode ser bloqueada por epíploon, tornando o processo localizado. Peritonite difusa pode ocorrer se não houver bloqueio.

Localizações atípicas do apêndice vermiforme ou variações no seu comprimento, podem alterar a localização da dor (2.7.11). Assim sendo, um apêndice em localização retrocecal produz dor lombar ou em flanco direito, um apêndice sub-hepático produz dor em topografia de vesícula biliar, um apêndice pélvico produz dor supra-púbica, um apêndice retroileal produz dor testicular, um apêndice longo com sua ponta localizada em fossa ilíaca esquerda produz dor nesta região.

Os resultados obtidos neste estudo, obedecem na sua grande maioria os eventos descritos na fisiopatogenia clássica.

Houve nítida predominância de dor epigástrica e ou periumbelical como sintoma inicial.

Dor abdominal espontânea em fossa ilíaca direita (FID) ocorreu em 100% dos casos em estudo publicado por Capella e Cols. (3).

Outros autores (8.13), relatam dor abdominal espontânea em FID em 75% dos casos. Em nosso estudo, observamos dor espontânea em FID em 91,9% dos casos.

Anorexia foi o segundo sintoma mais frequente em nosso estudo. Segundo alguns autores (10.12), a presença de fome desafia o diagnóstico de apendicite aguda.

Os hábitos intestinais são de pouco valor clínico e irrelevantes no diagnóstico (2.10.12).

O estudo mostrou uma frequência nitidamente maior de constipação intestinal em relação a diarreia. Há que se ressaltar o grande número de casos em que os hábitos intestinais se mostraram inalterados.

Assim como a dor abdominal espontânea em FID foi o principal sintoma, a dor à palpação em FID foi o mais expressivo dado de exame físico, ocorrendo em 100% dos casos. Sinal de Blumberg febre, sinal de Lenander e sinal de Rovsing também foram importantes em nossa casuística. Os sinais do psoas e do obturador foram pouco expressivos.

A perfuração apendicular ocorre segundo Wippell (13) em 24 a 48 horas após o início do quadro clínico. É pois, importante o tratamento cirúrgico precoce para diminuir as taxas de morbi-mortalidade.

Em nosso estudo, o tempo médio entre o início dos sintomas e o tratamento cirúrgico foi de 3,2 dias. Esse tempo quando comparado com o tempo obtido em outros estudos (3.8.13), foi considerado longo. A demora dos pacientes em procurar o hospital e a auto medicação prévia contribuíram para o aumento de tempo de evolução. Salientamos ainda, que o Hospital São José de Criciúma serve como referência para os demais hospitais da região, podendo haver com isso, atraso no encaminhamento dos pacientes.

Com relação ao leucograma, a despeito de alguns autores (3.8) não concordarem com sua realização em fases iniciais do processo a maioria o advoga (5.7.13).

Geralmente a contagem total de leucócitos encontra-se entre 10 e 18 mil/mm³ com desvio para formas imaturas. Em fases adiantadas o desvio à esquerda é mais acentuado. Pode, porém, o leucograma ser normal na apendicite aguda (5). Isto ocorre principalmente em pacientes idosos.

O presente estudo mostrou uma predominância de leucocitose entre 10 e 18 mil leucócitos /mm³. O desvio para formas imaturas não foi tão frequentemente observado como em outros estudos (3.5).

A radiografia simples de abdome segundo alguns autores (7.8.11) não fornece subsídios importantes ao diagnóstico. Outros estudos dão grande importância a este exame.

As radiografias de abdome realizadas neste estudo, mostraram alterações em 89,1% dos casos. Tal resultado demonstra ser este exame importante subsídio diagnóstico.

Ressalta-se ainda que os exames radiológicos de abdome e tórax, podem surpreender outras afecções que simulam apendicite aguda, como por exemplo: litíase de vias urinárias, úlcera péptica perforada, broncopneumonia de base direita, entre outras.

O exame anátomo-patológico confirma o diagnóstico de apendicite aguda.

Os resultados obtidos neste estudo mostraram que a maioria dos apêndices excisados já se encontravam com graves alterações inflamatórias. Tal fato está em concordância com o longo tempo de evolução obtido neste estudo.

CONCLUSÕES

- 1 - Apendicite aguda foi mais frequente no sexo masculino e predominou na segunda e terceira décadas.
- 2 - Dor epigástrica e ou periumbilical foi o local mais frequente do início da dor.
- 3 - Dor abdominal em FID, anorexia, náuseas e vômitos foram os principais sintomas.
- 4 - Dor à palpação em FID., febre, sinais de Blumberg e Lenander foram os principais achados de exame físico.
- 5 - O tempo médio de evolução dos sintomas foi de 3,2 dias.
- 6 - Leucocitose predominou entre 10 e 18 mil/mm³. Desvio à esquerda não foi frequente.
- 7 - Alterações radiológicas foram encontradas em 89% dos casos.

ABSTRACT

Thirty seven cases of acute appendicitis were studied prospectively.

Were analysed the sex incidence, age, clinical picture, the disease evolution during certain time, and the leucogram and simple abdomen radiograph results.

E R R A T A

1- O texto descrito na página 13 deve ser incorporado à página 14 e, de modo inverso, o texto da página 14 deve corresponder à página 13.

2- Na página 20 (Abstract), onde escreveu-se "majoroty" leia-se "majority".

O autor.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - CAFFEY, John. Pediatric X-Ray Diagnosis. Chicago, Year Book Medical Publishers Incorporated, 1973. V.I.
- 2 - CANÇADO, Joaquim Romeu. Apendicite Aguda e Outras Afecções do Apêndice. In.: DANI, Renato et alii. Gastroenterologia Clínica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981. V.I. p. 568/77.
- 3 - CAPELLA, Murillo R. et alii. Apendicite Aguda na Criança: Estudo de 100 Casos. Arquivo Catarinense de Medicina. Florianópolis, 3 (12): 153/9, set. 1983.
- 4 - CONDON, Robert E. Apendicite. In.: SABISTON, David C. Tratado de Cirurgia. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979, V.I. p. 1004/19.
- 5 - GOFFI, Fábio S. et alii. Correlação Clínica, laboratorial e anatomocirúrgica nas apendicites agudas. Revista da Associação Médica Brasileira, 16 (II): 389-92; 1970.

- 6 - MARGULIS, Alexander R. & BURHENNE, H. Joachin. Radiologia del aparato digestivo. Barcelona, Salvat Editores S/A., 1977 V.I.
- 7 - PASS, Harvey. et. alii. Inflamación del apendice. In.: HARDY James D. Cirurgia. Buenos Aires, Panamericana, 1985. p.776/83.
- 8 - PIRES, Pericles Washington de Assis et alii. Apendicite Aguda: estudo crítico e tratamento em 1.290 casos. Revista Paulista de Medicina, São Paulo, 104 (1): 11-4, jan/fev. 1986.
- 9 - POTCHEN, E. James et alii. Diagnóstico Radiológico. Barcelona Salvat Editores S/A., 1976.
- 10 - SILEN, Willian. Apendicite Aguda. In.: PETERSDORF, Robert G. et alii. Medicina Interna. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. V.2. p. 1967/9.
- 11 - SILVA, Alcindo Lázaro. Apendicite Aguda. In.: Cirurgia de Urgência. Rio de Janeiro, Medsi, 1985. p. 129/40.
- 12 - STORER, Edward H. Apêndice. In.: SCHWARTZ, Seymour et alii. Princípios de Cirurgia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. V.2. p. 1386/97.
- 13 - WIPPW^eL, Alvaro. Apendicite Aguda: estudo de 73 casos. Ars cvrandi, 19 : 38 - 42; jul. 1986.

TCC
UFSC
CC
0119

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0119
Autor: Webster, Paulo Rob
Título: Apendicite aguda : estudo de 37



972801371

Ac. 252950

Ex.1 UFSC BSCCSM