

RELATO DE CASO

APENDICITE AGUDA OCACIONANDO HERNIA INTERNA E OBSTRUÇÃO INTESTINAL EM UM PACIENTE IDOSO

FILIFE HERSON CARNEIRO RIOS^{1*}; THYAGO HALLISSON CARNEIRO RIOS²; BRUNO DE SOUSA SOARES³; FELIPE DE LIMA MONTEIRO⁴; RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO⁵; FERNANDO HOLANDA COSTA JÚNIOR⁶.

- 1 - Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals.
- 2 - Cirurgião Geral graduado no Complexo Hospitalar Obras Sociais Irmã Dulce.
- 3 - Cirurgião Geral graduado pelo Hospital Universitário Walter Cantídio e Oncológico graduado pelo Instituto do Câncer do Ceará.
- 4 - Cirurgião Geral graduado pelo Hospital Geral Dr. César Cals e Oncológico graduado pelo Instituto do Câncer do Ceará.
- 5 - Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals e Cirurgião Geral graduado pelo Hospital Geral Dr. César Cals.
- 6 - Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals e Cirurgião Geral graduado pelo Hospital Geral Dr. César Cals.

Artigo submetido em: Ago.-Out./2023

Artigo aceito em: Dez./2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: filipi_rios@hotmail.com.

RESUMO

A apendicite é a causa mais comum de dor abdominal aguda que requer intervenção cirúrgica, com risco de desenvolvê-la ao longo da vida em torno de 7%. É uma das poucas condições cirúrgicas em que o diagnóstico pode ser suspeitado unicamente pela história e exame físico. Contudo, em alguns casos, sobretudo nos extremos de idade e em doentes debilitados, apresentações atípicas requerem o auxílio de métodos complementares. A clínica de obstrução intestinal pode estar presente na apendicite aguda, principalmente em casos atípicos. Dizemos que um quadro de obstrução intestinal encontra-se presente sempre que o conteúdo luminal do intestino é impedido de progredir distalmente de maneira habitual. A tríade clássica em um quadro de obstrução intestinal é composta por: parada de eliminação de gases e fezes, dor abdominal e distensão. As principais causas são bridas e aderências, hernias de parede abdominal e neoplasias. O tratamento depende da causa. Não há relato na literatura de apendicite aguda ocasionando formação de hérnia interna no intestino delgado e obstrução intestinal. A cirurgia foi decisiva para diagnóstico e tratamento do quadro de obstrução intestinal e apendicite aguda.

Palavras-chave: Apendicite; Obstrução Intestinal; Hérnia Interna.

ABSTRACT

Appendicitis is the most common cause of acute abdominal pain that requires surgical intervention, with a lifetime risk of developing it around 7%. It is one of the few surgical conditions in which the diagnosis can be suspected solely by the history and physical examination. However, in some cases, especially in the extremes of age and in debilitated patients, atypical presentations require complementary methods for diagnosis. The clinical appearance of intestinal obstruction may be present in acute appendicitis, especially in atypical cases. We say that a condition of intestinal obstruction is present whenever the luminal contents of the intestine are prevented from progressing distally in the usual way. The classic triad is composed of: gas and feces elimination stop, abdominal pain and distension. The main causes are adhesions, hernias and cancer. Treatment depends on the cause. There are no reports in the literature of acute appendicitis causing internal hernia in the small intestine and bowel obstruction. The surgery was decisive for the diagnosis and treatment of bowel obstruction and acute appendicitis.

Keywords: Appendicitis; Bowel Obstruction; Internal Hernia.

INTRODUÇÃO

A apendicite é a causa mais comum de dor abdominal aguda que requer intervenção cirúrgica no Ocidente, com risco de desenvolvê-la ao longo da vida em torno de 7%, sendo mais comum em adultos jovens. Seu diagnóstico precoce é essencial para reduzir a morbidade. O advento dos antibióticos e o manejo cirúrgico eficiente têm reduzido substancialmente a sua mortalidade, entretanto, ainda se associa à morte, particularmente em idosos ⁽¹⁻³⁾. Embora possa ocorrer em qualquer faixa etária, é mais encontrada entre os 10 e 30 anos de idade, com discreto predomínio no sexo masculino. É uma das poucas condições cirúrgicas em que o diagnóstico pode ser suspeitado unicamente pela história e exame físico ⁽²⁾. Contudo, em alguns casos, sobretudo nos extremos de idade e em doentes debilitados, apresentações atípicas requerem o auxílio de métodos complementares ^(1,3).

O apêndice vermiforme é composto por uma estrutura tubular, alongada, de aproximadamente 2 a 20 cm de comprimento (média de 9 cm em adultos) e que tem origem na parede posteromedial do ceco, no local onde ocorre a confluência das tênias cólicas. Apresenta um mesoapêndice que lhe confere mobilidade e no qual encontramos a artéria e a veia apendiculares, ramos dos vasos ileocólicos. A patogênese da apendicite se correlaciona com a obstrução do lúmen apendicular, sendo causas a presença de um fecalito e hiperplasia dos folículos linfóides ⁽¹⁻²⁾.

A dor é descrita, inicialmente, como cólica leve, com duração habitual de quatro a seis horas, localizada na região periumbilical ou epigástrica. À medida que a inflamação se propaga para a superfície do peritônio parietal, localiza-se no quadrante inferior direito. Em 50 a 60% das vezes surgem anorexia, náuseas e vômitos. Pode haver sintomas urinários e gastrointestinais, como disúria, diarreia e constipação, podendo apresentar, inclusive, obstrução intestinal ^(1,3).

Dizemos que um quadro de obstrução intestinal encontra-se presente sempre que o conteúdo luminal do intestino é impedido de progredir distalmente de maneira habitual. A tríade clássica em um quadro de obstrução intestinal é composta por: parada de eliminação de gases e fezes, dor abdominal e distensão. Com a progressão da obstrução, a dor que inicialmente era em cólica se torna contínua e mais intensa. Quanto às náuseas e vômitos, quanto mais proximal for a obstrução, mais comum será a presença de vômitos precoces. Em contrapartida, quanto mais distal for a obstrução, mais distensão será observada e os vômitos serão mais tardios. Outro ponto interessante em relação aos vômitos é que, com a evolução da obstrução e com o supercrescimento bacteriano, o vômito torna-se mais fecaloide, o que nos indica uma obstrução mais tardia e, geralmente, mais distal ⁽¹⁾.

As bridas ou aderências, decorrentes de manipulações cirúrgicas prévias do abdome, são a principal

causa de obstrução intestinal do adulto. Geralmente a brida obstrui por angulação ou forma verdadeira faixa que comprime a alça intestinal. São fatores de risco para o desenvolvimento de aderências pós-operatórias: infecções intra-abdominais, isquemia tissular e corpos estranhos intra-abdominais. As bridas são muito mais comuns nas cirurgias de abdome inferior (colectomia, apendicectomia e cirurgias ginecológicas) e menos frequentes nas cirurgias altas (vias biliares e estômago) ^(1,4).

As hérnias externas, como as inguinais, as femorais, as incisionais e, mais raramente, as umbilicais, também podem levar à obstrução intestinal. O reparo eletivo das hérnias tem como principal indicação a prevenção deste quadro. As obstruções intestinais completas são mais frequentemente causadas por hérnias. Pacientes com obstrução de intestino delgado, sem história de cirurgia prévia e sem evidências de hérnias externas, devem levantar suspeita clínica de hérnia interna, sendo as mais comuns as hérnias paraduodenais e obturatórias ^(1,4,5).

O câncer colorretal é a causa mais comum de obstrução do intestino grosso. As causas intraluminais de obstrução colorretal incluem impactação fecal, bário condensado e corpos estranhos. As causas intramurais, além de carcinoma, incluem inflamação (diverticulite, doença de Crohn, linfogranuloma venéreo, tuberculose e esquistossomose), doença de Hirschsprung (aganglionose), isquemia, radiação, intussuscepção e estreitamento anastomótico. As causas extraluminais incluem aderências (a causa mais comum de obstrução do intestino delgado, mas raramente uma causa de obstrução colônica), hérnias, tumores em órgãos adjacentes, abscessos e volvo ^(1,5).

A oclusão intestinal ainda desafia os cirurgiões nos tempos atuais, não apenas pela difícil determinação do momento ideal para intervenção cirúrgica, como também pelas dificuldades encontradas na realização do ato operatório em si. O número de casos com obstrução intestinal vem aumentando e isto é reflexo do maior acesso ao sistema de saúde, o aumento na expectativa de vida e o maior número de intervenções cirúrgicas com formação de bridas e aderências.

O objetivo do presente estudo consiste em relatar um caso de apendicite aguda levando a formação de uma hérnia interna e obstrução intestinal, não tendo sido encontrado na literatura relato de caso com esta evolução.

RELATO DE CASO

R.V.S., masculino, 78 anos, sem comorbidades, refere quadro de ausência de evacuações há 10 dias associado a distensão abdominal. Evoluiu há 03 dias da admissão hospitalar com parada de eliminação de flatos, piora da dor abdominal e vômitos de aspecto fecaloide. Nega febre ou perda de peso associada. Não havia história de cirurgias abdominais prévias. Ao exame físico, apresentava-se hipotenso, taquicárdico, abdomen distendido, hipertímpanico, ruídos hidroaéreos ausentes, sem

peritonite. Toque retal com ausência de fezes em ampola retal e ausência de hérnias em orifícios herniários da parede abdominal. Laboratorialmente, apresenta leucocitose (16.600) e elevação das escórias nitrogenadas (creatinina = 2.4). Radiografia de abdômen agudo com distensão e edema de alças de delgado, ausência de dilatação colônica e ausência de gás em ampola retal. (**Figura 01**).



Figura 1. Radiografia de Abomen evidenciando distensão de alças de delgado, presença de válvulas coniventes e edema de alças. Observe a ausência de distensão colônica.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Admitido na Unidade de Terapia Intensiva e iniciado medidas clínicas para abdômen agudo obstructivo. Realizado expansão volêmica, passagem de sonda nasogástrica em aspiração e sonda vesical de demora para controle de balanço hídrico rigoroso. Apesar da melhora clínica evidente após medidas iniciais, paciente manteve-se distendido após 24 horas, com débito de 750ml/24horas de aspecto fecalóide pela sonda nasogástrica. Indicado laparotomia exploradora.

No intraoperatório, evidenciado quadro de apendicite aguda com a formação de uma hérnia interna com alças de delgado a partir da firme aderência formada na extremidade distal do apêndice cecal e o mesentério. As alças de delgado apresentavam-se edemaciadas e viáveis, sendo realizado apendicectomia e redução da hérnia interna (**Figura 02 e Figura 03**).

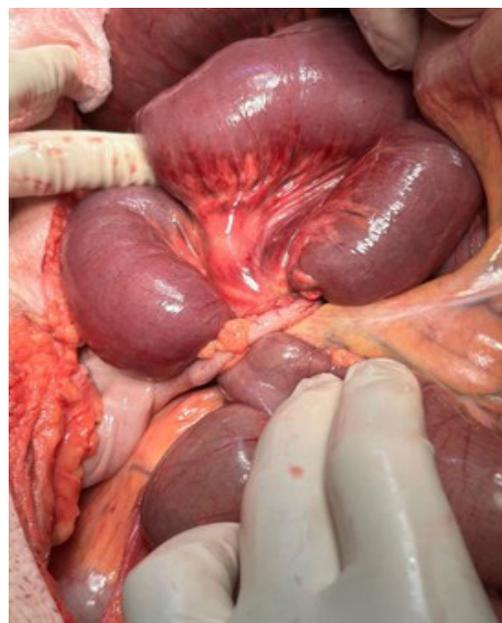


Figura 2. Apendicite Aguda com aderência firme em sua extremidade distal ao mesentério com formação de uma "brecha" e permitindo a passagem de alças de delgado pelo orifício herniário, configurando hernia interna e obstrução intestinal.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Paciente evolui no pós-operatório estável clinicamente, evoluindo gradativamente com melhora das escórias nitrogenadas, sem queixas, aceitando bem a dieta e com eliminações fisiológicas, recebendo alta hospitalar após 01 semana de pós-operatório. O laudo do anatomopatológico confirmou apendicite aguda.

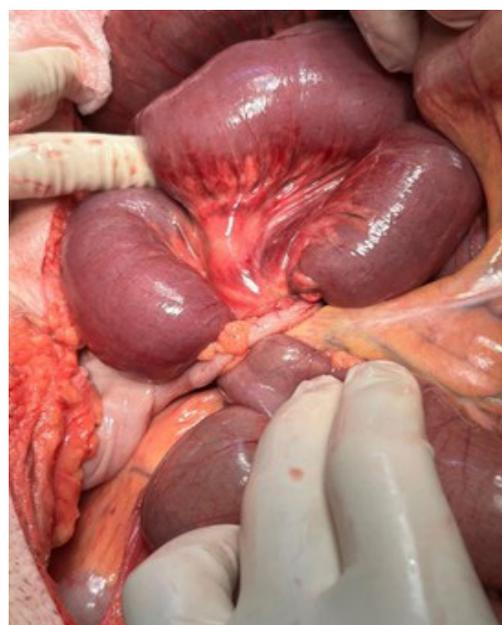


Figura 3. Apendicite Aguda com aderência firme em sua extremidade distal ao mesentério com formação de uma "brecha" e permitindo a passagem de alças de delgado pelo orifício herniário, configurando hernia interna e obstrução intestinal.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

DISCUSSÃO

O número de casos de apendicite aguda no idoso vem aumentando nos últimos anos. De acordo com os dados fornecidos pelo DATASUS, no período de 2015 a 2019, foram internados 26.616 pacientes por apendicite aguda no Brasil na faixa etária acima de 60 anos, ocorrendo um crescente aumento do número de internações nesse período, aumentando de 4.625 em 2015 para 6.385 em 2019. No período analisado foi possível observar que a faixa etária mais afetada dentre os idosos foi a de 60 a 69 anos e, no âmbito de comparação dentre os sexos, o masculino mostrou-se com maior prevalência de casos com 15.354. A apendicite é normalmente uma patologia de jovens, porém tem se tornado cada vez mais comum em idosos. Isso tudo devido a um envelhecimento populacional gerado pelo aumento da expectativa de vida e pela diminuição da taxa de fecundidade, mostrando que, conforme a demografia mundial tende a um número crescente de idosos, o número de internações de idosos e a necessidade de tratamento para essa condição patológica também aumentará ⁽⁶⁾.

No idoso, a doença é mais grave. A apresentação clínica é também atípica. A temperatura é menos elevada ou normal, e a dor abdominal é mais insidiosa, ocasionando um diagnóstico tardio, com maior incidência de perfuração e, conseqüentemente, maior mortalidade.

A clínica costuma ser mais silenciosa no idoso e a manifestação inicial pode ser de massa ligeiramente dolorida (abscesso apendicular primário) ou com obstrução intestinal produzida por aderências de perfuração apendicular não detectada previamente ⁽¹⁻³⁾. No caso apresentado, o quadro de obstrução intestinal ocorreu devido a formação de uma hernia interna devido a uma firme aderência da extremidade distal do apêndice cecal no mesentério. Essa forma de obstrução não tem relato na literatura.

Em estudo realizado em 107 doentes com idades variando entre 70 e 93 anos, observaram como principal causa de obstrução intestinal a brida pós-operatória (50%). Todavia, outros autores, que também estudaram pacientes idosos, assinalaram como causa mais comum de obstrução intestinal a hérnia inguinal, femoral ou umbilical. A segunda causa de obstrução intestinal considerada foi o câncer do colon, sendo o ceco o local mais acometido, seguido do sigmóide ^(5,6). Considerando a idade do paciente e a clínica de obstrução intestinal, a principal hipótese diagnóstica inicial foi neoplasia de cólon e hérnia interna, considerando a ausência de cirurgias prévias e hérnias de parede abdominal.

Os exames laboratoriais não foram elucidativo para o diagnóstico, embora uma leucocitose pode ser encontrada em apendicites. Nesses casos, o hemograma normalmente mostra uma variação entre 10.000 e 18.000 leucócitos, com uma média de 15.000/mm³ com desvio para a esquerda. A radiografia de abdomen pode evidenciar a presença de um nível hidroaéreo no ceco e íleo

terminal, distensão do delgado, escoliose com orientação para direita ou apagamento do psoas direito, sinais sem qualquer especificidade. Já nos casos de obstrução intestinal, a radiografia de abdomen, ao nível do intestino delgado, revela distensão de alças não ultrapassando 5 cm, com presença de válvulas coniventes, com achado clássico de empilhamento de moedas. Em obstruções colônicas, o cólon encontra-se distendido, com topografia mais periférica, podendo ser visualizado as haustrações colônicas ^(4,5,7). O paciente apresentava uma radiografia típica de obstrução de delgado, como descrito na análise da imagem. A hipótese diagnóstica foi reformulada, sendo voltada para neoplasia intra-luminal ou extra-luminal com efeito compressivo e hérnia interna.

As hernias internas, para serem formadas, faz-se necessário a formação de um óstio herniário intra-abdominal pelo qual irá se anunciar um conteúdo herniário. São dificilmente diagnosticada antes de laparotomias, o que pode gerar atrasos no diagnóstico e evoluir com estrangulamento das mesmas. As hernias internas podem ser congênitas, como as paraduodenais, transmesentéricas, transomentais, pericecais e pelo forame de Winslow, e as adquiridas, frutos de defeitos peritoneais criados após cirurgias abdominais, como as reconstruções post-gastrectomias e cirurgias bariátricas ⁽¹⁾. Hernias internas formadas em quadros de apendicite aguda não encontra precedentes na literatura.

A cirurgia foi decisiva para o diagnóstico e tratamento. A indicação cirúrgica ficou evidente com a refratariedade ao tratamento clínico da obstrução intestinal. O manejo clínico inicial é fundamental para estabilização do paciente e pode resolver a clínica de obstrução em alguns casos. Hidratação venosa, aspiração nasogástrica, dieta zero e controle sintomático são os pilares do manejo clínico. Devem ser mantido por 12-24 horas, podendo se estender por até 48 horas ⁽¹⁾. Considerando que o paciente não teve melhora em 24 horas, a indicação cirúrgica se impõe. Ademais, o paciente não apresentava gas ou fezes em ampola retal e, junto ao resíduo fecalóide pela sonda nasogástrica, sugerem obstrução completa e tardia, fortalecendo a indicação cirúrgica.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de apendicite aguda continua sendo desafiador e se revelando em diversos cenários na medicina. Sempre importante considerar a relevância desse diagnóstico diferencial no quadro de abdômen agudo, até mesmo quando o quadro clínico for de obstrução intestinal, pois é uma patologia eminentemente cirúrgica e, se não realizar um diagnóstico precoce, pode proporcionar elevada mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Townsend CM, R Daniel Beauchamp, B Mark Evers, Mattox KL, Christopher F. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2017
2. GUTIERREZ, Daiana; HALLAM, Beatriz; PINHEIRO, Fernanda; RABELLO, Rafaela; OLIVEIRA, Laira Lúcia Damasceno de. APENDICITE AGUDA: revisão de literatura. Ensaio Usf, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 60-68, 16 nov. 2022. Casa de Nossa Senhora da Paz A.S.F.
3. MATOS, Breno; SANTANA, Carolina; SOUZA, Déborah; RODRIGUES, Ednardo; GONÇALVES, Elisa; DIAS, Fabrício; MARQUES, Guilherme; PETRI, Gustavo; ABRANTES, Wilson Luiz. APENDICITE AGUDA. Rev Med Minas Gerais; 21.(2 Suppl.4):29-32, Abr/Jun, 2011.
4. HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda et al. Obstrução intestinal no idoso. Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), [S.L.], v. 20, n. 4, p. 225-229, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO)
5. Moreira Jr. H, Moreira H, Isaac RR, Curi A, Fernandes AC, Mascarenhas JCS, Moreira JPT. Obstrução Intestinal: Análise Retrospectiva da Etiologia e Morbi-mortalidade no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO). Rev bras Coloproct, 2005;25(2):137-145.
6. RABHA, Marina Diniz de Britto; MAIA, Lucineide Martins de Oliveira. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR APENDICITE AGUDA EM IDOSOS NO BRASIL, DE 2015 A 2019. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S.L.], v. 8, n. 7, p. 704-711, 30 jul. 2022. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educacao.
7. EKERE, Collins; LILLIE, Alice; MEHTA, Chaitanya; CLARKE, Andrew. A plain abdominal radiograph diagnosis of appendicitis. International Journal Of Surgery Case Reports, [S.L.], v. 4, n. 12, p. 1091-1092, 2013. Elsevier BV.