

## Apendicite recorrente

### *Recurrent appendicitis*

Itamar Diniz **LINHARES-JUNIOR**<sup>1,2</sup>, Fernanda Marcondes **RIBAS**<sup>2</sup>, Jurandir Marcondes **RIBAS-FILHO**<sup>2</sup>

**PALAVRAS-CHAVE:** Apendicite recorrente. Apendicite crônica. Apendicite aguda. Dor abdominal recorrente.

**KEYWORDS:** Recurrent appendicitis. Chronic appendicitis. Acute appendicitis. Recurrent abdominal pain.

### INTRODUÇÃO

A literatura reconhece que é possível se deparar com casos de apendicite em que a história e a evolução clínica são distintas do habitual. Há estudos que sustentam que a apendicite pode ocorrer não só na forma aguda, mas também crônica e recorrente. Observa-se que, até o começo do século XXI, havia grande ceticismo quanto a existência das formas crônica e recorrente da doença. Diversos autores realizaram estudos acerca da controvertida apendicite crônica, em casos atípicos de dor abdominal. Viu-se que pequeno número de pacientes cursa com quadro diferenciado, com dor recorrente, porém semelhante à forma aguda.<sup>3,5</sup> A forma aguda é amplamente conhecida, assim como os seus critérios diagnósticos, sintomas e sinais ao exame físico.

A apendicite é altamente prevalente, principalmente em adultos jovens. A forma aguda representa cerca de 90% dos casos, caracterizando-se pelo seu padrão de evolução, com abdominal de início insidioso, predominando em região epigástrica e mesogástrica, evoluindo em algumas horas com aumento da intensidade e migração da dor para a fossa ilíaca direita, dor à descompressão brusca na FID, indicando irritação peritoneal local. É comum a queixa de hiporexia e eventualmente febre.

Apesar de menos comum, existem pacientes com evolução clínica distinta, como os casos de apendicite recorrente, que se caracteriza por surtos recorrentes de dor no quadrante inferior direito do abdome, com ou sem outros sintomas. A forma recorrente representa na literatura cerca de 10% dos casos.<sup>6</sup>

A etiopatogenia da apendicite crônica e recorrente ainda não é completamente compreendida, porém o conceito do mecanismo de obstrução intermitente ou parcial do lúmen apendicular é bem aceito. Os exames laboratoriais normalmente revelam leucograma normal, sem outras alterações específicas, e não são

submetidos aos exames complementares que podem mostrar apendicolito com dimensões variáveis, e ser visto na radiografia simples de abdome como área de calcificação na topografia apendicular.<sup>4</sup>

É consensual em toda a literatura sobre o assunto que o único tratamento definitivo, em todos os casos de apendicite. Nesses casos, devido a intervenção geralmente tardia, o cirurgião encontra alterações intraoperatórias. Alguns pacientes apresentam sintomas recorrentes durante anos até receberem diagnóstico e tratamento definitivos, geralmente durante agudização do quadro clínico ou desenvolvimento de alguma complicação.

No caso relatado o médico cirurgião foi inicialmente surpreendido com o diagnóstico radiológico de apendicite, em razão da dor ser referida como recorrente, de longa data e sem agudização importante e, também, pela história de melhora mediante uso de analgésicos, sem antibióticos.

### RELATO DO CASO

Homem de 27 anos foi atendido inicialmente com queixa de dor abdominal recorrente há cerca de 7 anos, iniciando de forma difusa e insidiosa, evoluindo com aumento de intensidade e localização no quadrante inferior direito, principalmente na região paraumbilical. Também se associava a náuseas e diarreia. Devido à intensidade da dor, procurou atendimento médico de urgência recebendo analgesia e prescrição de analgésicos, anti-inflamatórios, e eventualmente antibióticos, para uso domiciliar. Os sintomas reduziam-se gradativamente, desaparecendo em 5-7 dias. Referia que esses quadros ocorreriam inicialmente com pouca frequência, com intervalos de até 6 meses. Porém, vinham aumentando em frequência, tendo ocorrido pelo menos 1 vez a cada mês. O último quadro algíco tinha sido

há 4 dias, e orientado para uso de analgésico e anti-inflamatório. Disse que procurou atendimento porque o aumento da frequência dos quadros de dor abdominal estava comprometendo sua regularidade no trabalho, e sua renda. Não tinha comorbidades ou operações prévias, mas uso quase diário de cerveja. O exame clínico era normal, com abdome plano, normotenso e doloroso a palpação profunda no quadrante inferior direito, mas sem sinais de irritação peritoneal.

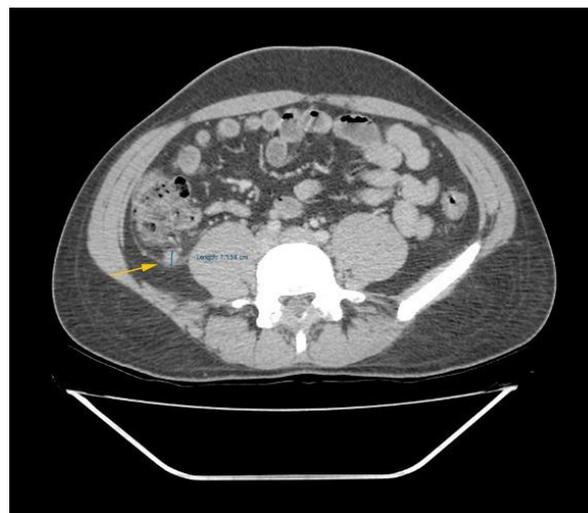
Ultrassonografia de abdome não mostrou alterações. Devido às várias hipóteses diagnósticas, foram solicitados exames complementares habituais (sangue, tomografia de abdome e endoscopia digestiva alta). Foi prescrito lansoprazol e dipirona e orientado para dieta sem glúten e abstinência de bebidas alcoólicas.

Retornou 10 dias após a primeira consulta dizendo que, em relação à consulta anterior, a dor abdominal havia reduzido para apenas dor leve, pouco frequente, em pontada, no QID após as refeições. Estava em uso das medicações prescritas e seguindo parcialmente as orientações quanto a dieta (retirada do álcool e do glúten). Ao exame apresentava bom estado geral, abdome discretamente doloroso na palpação profunda no QID do abdome. Aparentemente havia redução da dor em relação ao exame anterior. Hemograma, exames de função renal, hepática, glicemia, amilase e perfil lipídico foram normais. Endoscopia digestiva alta indicava gastrite endoscópica enantematosa moderada de corpo *H. pylori* positivo; contudo, a tomografia abdominal mostrou achados compatíveis com apendicite aguda não complicada (Figura 1).



**FIGURA 1** - Tomografia mostrando apendicite aguda não complicada

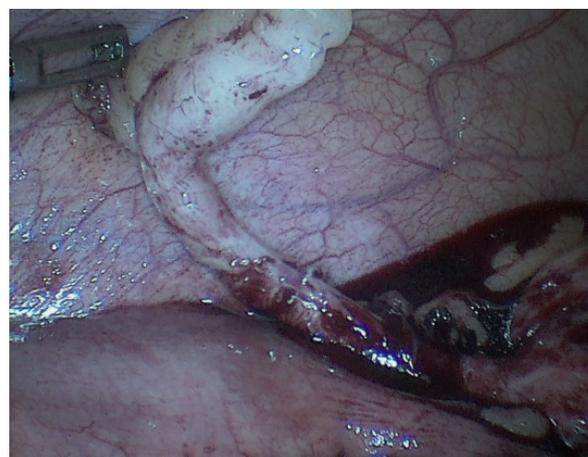
Diante do quadro clínico inicial não compatível com apendicite e da melhora clínica nos últimos 10 dias, mesmo sem uso de antibióticos, foi considerada a possibilidade de erro no diagnóstico tomográfico, embora como possibilidade de diagnóstico de apendicite recorrente/crônica. Novo hemograma e nova tomografia foram feitos no dia seguinte, sendo que a tomografia indicou novamente sinais de apendicite aguda não complicada (Figura 2).



**FIGURA 2** - Laudo tomográfico: "Apêndice retrocecal de diâmetro aumentado, com 10 cm de diâmetro, densificação periapendicular e espessamento discreto de reflexão peritoneal. Após uso do meio contraste há realce parietal apendicular associado. A possibilidade de apendicite aguda não complicada deve ser considerada no diagnóstico diferencial. Não observo alterações significativas relativamente ao estudo anterior realizado neste serviço"

Com ambos os exames tomográficos com 6 dias entre eles indicando apendicite, foi considerado o diagnóstico de apendicite recorrente como provável e indicado tratamento cirúrgico.

No dia seguinte foi realizada apendicectomia laparoscópica, onde observou-se apêndice ileocecal edemaciado e hiperemiado, endurecido e com calibre aumentado na sua metade distal (Figura 3).



**FIGURA 3** - Apêndice ileocecal edemaciado e hiperemiado, endurecido e com calibre aumentado na sua metade distal

O paciente recebeu alta hospitalar no dia seguinte. Teve boa evolução e não apresentou novos quadros de dor abdominal. O resultado histopatológico do espécime cirúrgico indicou apêndice com sinais de inflamação crônica e aguda. O diagnóstico final como de apendicite recorrente.

## DISCUSSÃO

A apendicite é a doença inflamatória abdominal, de tratamento operatório, mais prevalente em todo o

1-6 No Brasil temos 48 casos novos a cada ano para cada grupo de 10 mil habitantes. A literatura relata apendicite crônica e recorrente como responsáveis por cerca de 10% das apendicites; porém, esse diagnóstico parece estranho a quase todos os cirurgiões.

Considerando que no Brasil são realizadas cerca de 100 mil apendicectomias por ano, pode-se inferir que cerca de 10 mil casos têm diagnóstico de apendicite recorrente ou crônica anualmente, mas quase nunca identificadas anteriormente. Esse atraso de meses, ou até anos, gera sofrimento e custos, com a tratamento cirúrgico tardio e risco aumentado de complicações. Provavelmente a maioria dos médicos que atendem pacientes com apendicite já ouviu de alguns pacientes que aquela dor, diagnosticada naquele momento como apendicite, já tinha ocorrido outras vezes. Talvez a grande maioria dos médicos tenha explicado que apendicite é doença aguda e que a dor ocorrido no passado não era apendicite, e que apesar de parecida deveria ter sido alguma infecção intestinal de evolução benigna autolimitada.

Assim, como mensagem final, deve-se ficar sempre alerta com as queixas de dor abdominal crônica ou recorrente. Lembrar que pode se tratar de apendicite recorrente porque a forma aguda, apesar de mais comum, não é a única.

Trabalho realizado no

<sup>1</sup>Hospital Municipal Nossa Senhora do Rosário, Guarantã do Norte, MT, Brasil;

<sup>2</sup>Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil.

**Correspondência:**

Jurandir Marcondes Ribas-Filho

Email: ribas6015@gmail.com

Conflito de interesse: Nenhum

Financiamento: Nenhum

Recebido em: 01/04/2023

Aceito em: 13/06/2023

**Contribuição dos autores**

Conceituação: Itamar Diniz Linhares-Junior

Metodologia: Jurandir Marcondes Ribas-Filho

Redação (revisão e edição): Itamar Diniz Linhares-Junior, Jurandir Marcondes Ribas-Filho

**Como citar:**

Linhares-Junior ID, Ribas FM, Ribas-Filho JM. Apendicite recorrente. Rev. BioSCIENCE 2023;81(1):

## REFERÊNCIAS

1. Arendi FP, Casanova AB, et al. A verdade sobre a apendicite crônica: relato de caso e revisão bibliográfica. Rev Biblioteca Em Saúde Virtual. [Internet]. [acesso em 28 Mar 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-256721>.
2. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. [acesso em 13 Mar 23]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>.
3. Casanova AB, Arend FP, Guimarães MET. A verdade sobre a apendicite crônica: relato de caso e revisão bibliográfica. Rev cient AMECS. 1999;60-3.
4. Orozco AFM, Anderson AJG, Junior NB. Apendicite crônica: diagnóstico pré-operatório. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2006;8(2):25-27.
5. Rocha JJR, Aprilli F, Féres O. Apendicite crônica e apendicite recorrente: artigo de revisão e apresentação de casuística. Med (Ribeirão Preto). 2001;34(3/4):292-296.
6. Tavares FM. Apendicite aguda, crônica e recorrente. [Internet]. [acesso em 27 Mar 2023]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/apendicite-aguda-cronica-e-recorrente/>.