

# 017

## Apendicectomia

**Última revisão:** 13/06/2014  
**Estabelecido em:** 28/05/2006

### **Responsáveis / Unidade**

Sérgio Ibañez Nunes – Médico | HGBJA  
Tarcísio Versiane Filho – Médico | HJK

Disponível em [www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br)  
e intranet

## INTRODUÇÃO / RACIONAL

A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo, e portanto, a apendicectomia é a cirurgia de urgência mais comum no nosso meio. Tanto as técnicas de apendicectomia, quanto o tratamento local e sistêmico pode variar de acordo com o grau de evolução da doença.

O diagnóstico da apendicite aguda pode ser um desafio inclusive para médicos experientes. O atraso no tratamento do agravo resulta em complicações como peritonite localizada ou difusa e consequente formação de abscessos, aumentando muito a morbidade, a mortalidade, a permanência hospitalar e os custos; financeiros e emocionais.

## OBJETIVOS

1. Sistematizar o tratamento, a melhor sequência de recursos diagnósticos (laboratoriais e de imagens), bem como os materiais utilizados nesta enfermidade, nos Hospitais da Rede FHEMIG.
2. Organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com suspeita de apendicite aguda, com a melhor evidência científica disponível.

## SIGLAS

**US:** Ultrassonografia

**EDA:** Endoscopia Digestiva Alta

**AINES:** Anti-inflamatório não esteroide

**FID:** Fossa Ilíaca direita

**OMA:** Otite Média Aguda

## MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

- Médicos: cirurgião, auxiliar, anestesista, radiologista;
- Equipe de enfermagem;
- Sala de bloco cirúrgico com foco de luz, material cirúrgico para laparotomia e anesthesiologia adequados;
- Enfermeiro e técnico em enfermagem, devidamente treinados;
- Equipamento de anestesia tanto para anestesia geral quanto para bloqueios espinhais;
- Caixa instrumental cirúrgica que contenha:
  - 06 Pinças hemostáticas curvas e 06 hemostáticas retas;
  - 01 Tesoura reta e 02 tesouras curvas;
  - 01 Passa-fio;
  - 03 Pares de afastadores tipo Farabeuf: pequeno, médio e grande;
  - 02 Pinças de apreensão tipo Allis;
  - 02 Porta-agulhas;
  - 03 Pinças anatômicas ou dissecação;
  - 01 Pinça anatômica com dente;
  - 01 Pinça Fuester;
  - 06 Pinças de campo;
  - 01 Bico de aspirador de cavidade.

- Material descartável utilizado:
  - Lâmina de bisturi número 23 ou 22;
  - 01 Fio de Seda 00 sem agulha ou fio de algodão;
  - 02 Fios de poligalactina 000 ou outro fio absorvível;
  - 01 Fio de poligalactina 0;
  - 01 Fio de Nylon 000.
  
- Medicamentos:
  - Cefazolina
  - Metronidazol
  - Gentamicina
  - Ceftriaxona 2g EV 24/24 horas.
  - dipirona, AINES e morfina ou derivados.

## ATIVIDADES ESSENCIAIS

### 1. História e exame físico:

Podem ser suficientes para o diagnóstico, sem necessidade de complementação propedêutica, nos casos típicos: dor no quadrante inferior direito, dor periumbilical referida no quadrante inferior direito, defesa localizada no quadrante inferior direito, náuseas, vômitos, anorexia.

Porém, nas localizações atípicas, nas faixas etárias extremas, nas mulheres jovens ou grávidas, nos imunossuprimidos e na apendicite aguda bloqueada, este diagnóstico pode se tornar bastante difícil, sendo necessário a observação, reavaliação clínica e laboratorial. As situações mais comuns de dúvidas diagnósticas estão elencadas no **Apêndice III**.

A Propedêutica (**Apêndice I**) nos casos de suspeita de apendicite é hierarquizada em sequência de exames. Persistindo a dúvida após os primeiros resultados novos exames serão solicitados a fim de esclarecer o diagnóstico conforme a sequência:

- **Exame de urina rotina:** afasta diagnóstico de cistite/pielonefrite quando normal;
- **Hemograma:** leucocitose maior ou igual a 12.000 leucócitos/mm<sup>3</sup> sugere apendicite aguda, quando associada a dor migratória em quadrante inferior direito;
- **Radiografia:** No abdome agudo a radiografia de abdome em decúbito dorsal e em ortostatismo, bem como a radiografia de tórax em PA, afasta outras causas de dor abdominal (suspeita de perfuração visceral ou síndromes obstrutivas intestinais, nefrolitíase, pneumonias de base, com irritação do diafragma);
- **Ultrassom abdominal:** Ajuda no diagnóstico e auxilia a descoberta do grau da apendicite: apêndice com diâmetro  $\geq 6$  mm, não compressível, presença de apendicolito, ausência de gás no interior, ausência de peristaltismo, alteração da gordura periapendicular e fluxo vascular aumentado no apêndice inflamado;
- **Tomografia computadorizada:** apêndice com diâmetro  $>6$  mm, densificação dos planos gordurosos ceco-apendiculares, apendicolito, ar extraluminal, abscesso local;

- **Laparoscopia:** pode ser diagnóstica e/ou terapêutica. É um exame invasivo que necessita de anestesia geral portanto, fica reservado para os casos em que não se conseguiu esclarecimento diagnóstico com nenhum outro procedimento. Pode ser útil em pacientes do sexo feminino em idade reprodutiva - para diferenciação de patologias ginecológicas – em obesos e em dúvidas diagnósticas.

## 2. Antibioticoprofilaxia( PC 028 Antibiótico Profilaxia Cirúrgica):

- Apendicite aguda não-complicada por perfuração ou abscesso:  
Cefazolina 1 ou 2 g (paciente < 70 kg ou > 70 kg) + metronidazol 500 mg EV, na indução anestésica.
- Apendicite aguda complicada (perfuração ou abscesso):  
Gentamicina 3 mg/kg 1 vez ao dia (máximo 240 mg) + metronidazol 500 mg EV 8/8 horas. Manter esquema terapêutico por no mínimo 5 dias e 72 horas sem sinais infecciosos (febre e leucocitose).
- Em caso de insuficiência renal ou risco aumentado de insuficiência renal: substituir gentamicina por ceftriaxona 2g EV 24/24 horas.

## ITENS DE CONTROLE

1. Número de complicações após apendicectomias/Número total de apendicectomias realizadas  
Individualizar os tipos de complicações com percentual de cada uma das complicações.
2. Tempo médio de permanência em dias, dos pacientes submetidos à apendicectomia

## REFERÊNCIAS

- 
1. Lally KP, Cox Jr. CS, Andrassy RJ. Apêndice, p. 1006-1018 In: Townsend Jr CM. Tratado de Cirurgia – Sabiston – 16ª edição Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2003.
  2. Portari Filho PE, Avvad E. Apendicite Aguda, p 1091-1101 In: Petroianu A. Urgências Clínicas Cirúrgicas Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002.
  3. Schwartz SI. Apendicite Aguda, p. 1185-1196 In: Schwartz SI Princípios de Cirurgia – 6ª edição Ed. Interamericana, McGraw-Hill, México 1996.
  4. Freitas RG, Pitombo MB, Meyer ML et al em: Apendicite Aguda ( Revisão). Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ. Jan/Jun 2009 vol.8, no.1
  5. Fisher CA, Pinho MS, Ferreira S et al em: Apendicite aguda: existe relação entre o grau evolutivo, idade e o tempo de internação?. Rev. Col. Bras. Cir. vol.32 no.3. Rio de Janeiro, mai/jun 2005.
-

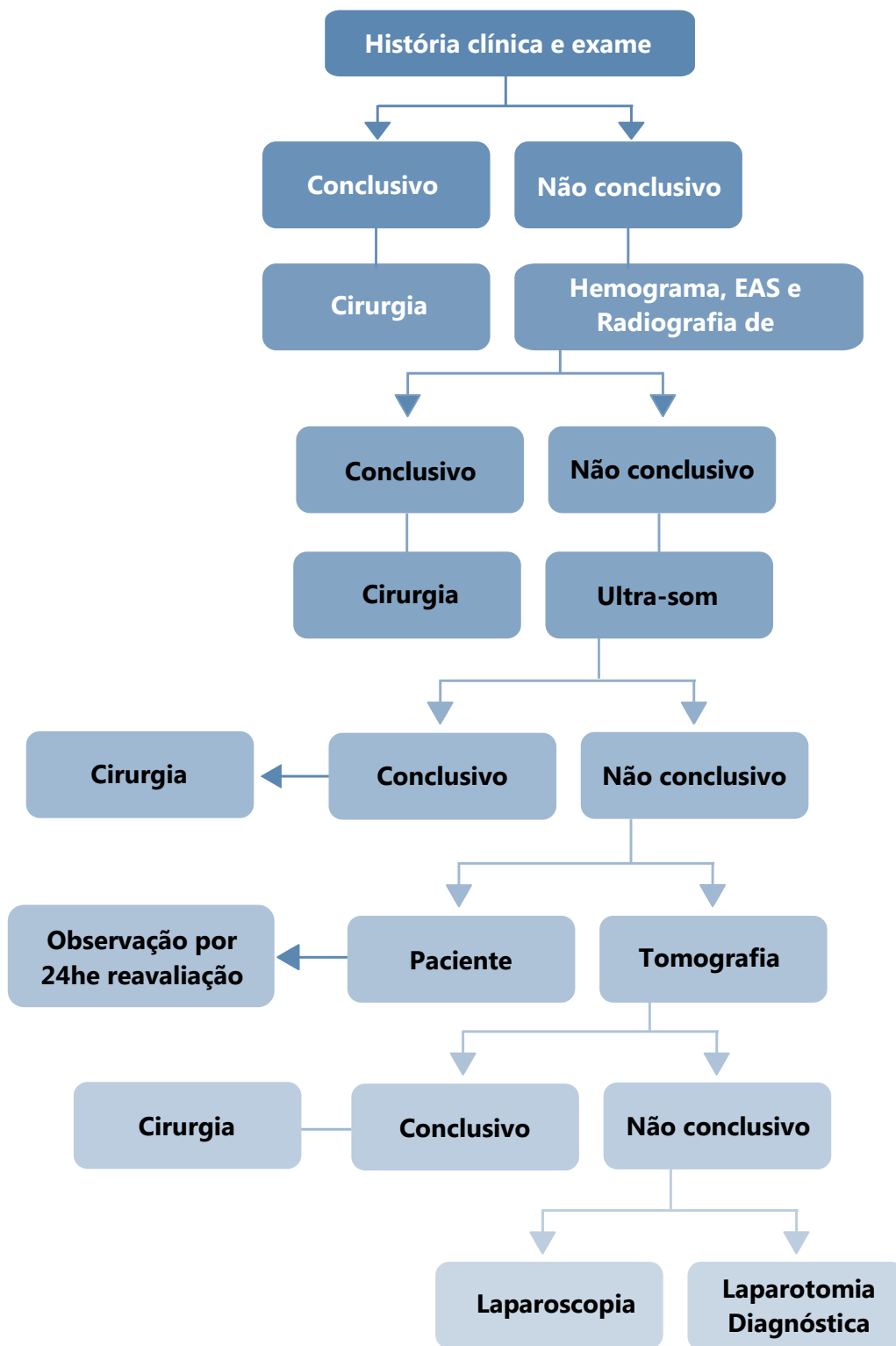
### 1. TÉCNICA CIRÚRGICA CONVENCIONAL:

- Laparotomia específica ou mediana;
- Dissecção por planos;
- Abertura da cavidade peritoneal;
- Identificação do apêndice cecal;
- Ligadura do mesoapêndice;
- Confecção da sutura em bolsa na base do ceco;
- Apendicectomia após ligadura dupla;
- Invaginação do coto apendicular;
- Revisão da cavidade;
- Síntese por planos;
- Curativo.

### 2. ACESSO VIDEOLAPAROSCÓPICO

- Incisões para colocação de trocartes;
- Colocação dos portais;
- Clipagem do mesoapêndice;
- Clipagem do apêndice ou ligadura com endoloop;
- Revisão da cavidade;
- Fechamento da pele;
- Curativo.

FLUXOGRAMA PARA ABORDAGEM DA APENDICITE



\*Alternativa em caso de desvios e ações necessárias: uso do acesso videolaparoscópico, quando disponível este equipamento.

## SITUAÇÕES MAIS COMUNS DE DIFICULDADE DIAGNÓSTICA DA APENDICITE AGUDA

- **Apendice de localização pélvica ou retrocecal**

É a forma mais comum de localização, porém, nesta posição os sinais de defesa podem estar minimizados, sendo necessário manter a suspeita de apendicite e a observação contínua do paciente. Da mesma forma o apêndice pode ter localização sub-hepática, lombar ou no flanco, simulando infecção urinária ou da vesícula.

- **Apendicite com formação de abscesso peri-apendicular bloqueado:**

Representa dez por cento dos casos. O paciente que apresenta um quadro clássico de dor e após 48 horas há uma melhora sensível dos sintomas que voltam a exacerbar até 7-10 dias depois. Pode ser notado a presença de massa com dor e defesa na FID.

- **Crianças abaixo de 2 anos:**

Nestes pacientes doenças como infecções pulmonares, meningites e OMA podem provocar desconforto e distensão abdominal, acompanhados de hiporexia, náuseas e vômitos. O ultrassom pode detectar linfadenite mesentérica nas doenças sistêmicas.

- **Adultos maior de 50 anos:**

Nesta faixa juntamente com a anterior encontramos 50% dos casos de abscesso. Entre os pacientes com mais de 65 anos, 52% deles apresentam abscesso intra-abdominal, apresentado dificuldades no diagnóstico precoce.

- **Mulheres jovens:**

A grande maioria dos falsos positivos de apendicite estão neste grupo. Os casos de salpingite no ovário direito, ovulação dolorosa com ruptura do folículo e sangramento intracavidade, endometriose, com dor ocorrendo no período menstrual. Torção ou ruptura de cisto ovariano, também pode se apresentar como diagnóstico diferencial.

- **Apendicite na gravidez:**

Ocorre em 1:2000 gestações, a dificuldade se dá entre outros fatores pela posição anômala do apêndice que no sexto mês encontra-se à altura do umbigo, e a partir do 8º mês está no gradil costal.