



TRATAMENTO NÃO CONVENCIONAL DA APENDICITE EM PACIENTE COM CORONAVÍRUS

HABIB G; DUARTE B; BELTRAME E; CECILIO L; OLIVEIRA J

HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA

DIVISÃO DE MEDICINA – ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, um RNA vírus. Foi inicialmente descrita em Wuhan, na China, em dezembro de 2019 e em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde entendeu a situação como pandemia. Sabe-se também que as urgências cirúrgicas abdominais não traumáticas são muito frequentes e continuaram a aparecer nos serviços de emergência durante a pandemia COVID-19. Nesse período, o tratamento destes doentes merece uma discussão mais ampla, pois há pontos ainda não bem estabelecidos quando há concomitância da infecção pelo coronavírus, com um caso de apendicite, como aborda o trabalho em questão.

RELATO DE CASO

Paciente S.F.G.R. sexo masculino, com 14 anos, pesando 121,5 kg (IMC 34,8), sem outras comorbidades, chega a emergência com início dos sintomas há um dia e quadro de dor abdominal à descompressão dolorosa em FID, diarreia aguda estável hemodinamicamente, subfebril (37,5 °C), mas sem sintomas respiratórios. Ao exame físico se mostrava em bom estado geral e eupneico em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome pouco distendido, peristáltico, timpânico, com dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, com descompressão dolorosa. Solicitou-se exame laboratorial, teste rápido para coronavírus, tomografia de tórax e abdome. Foi evidenciado discreta leucocitose, IgM e IgG positivos para coronavírus, tomografia de tórax e abdome mostrando apêndice de diâmetro aumentado (16 mm), sem apendicolito, associado a discreto realce parietal, com obliteração dos planos adiposos e pequena quantidade de líquido na goteira parietocólica. Dessa forma, optou-se pelo tratamento conservador da apendicite aguda com Amoxicilina + Clavulanato, hidratação venosa e AINES.

O paciente evolui com melhora da dor abdominal e do leucograma, porém, se manteve subfebril e com diarreia. No sétimo dia de internação mantendo a antibioticoterapia e programada nova tomografia de abdome para reavaliação. A tomografia mostrou piora do padrão com apêndice espessado (cerca de 13 mm), com realce parietal, observando-se densificação da gordura. Duas coleções medindo respectivamente 3,5 x 2,3 x 3,3 cm, com volume estimado em 13 ml, localizada na fossa ilíaca direita, adjacente ao apêndice vermiforme, e medindo 9,8 x 9,3 x 6,8 mm, com volume estimado em 320 ml na pelve, optando-se por apendicectomia com drenagem de abscesso pélvico por videolaparoscopia e colocação de dreno de Blake no décimo dia de internação. A evolução ocorreu de forma satisfatória, obtendo alta hospitalar no terceiro dia pós operatório, com antibioticoterapia via oral até completar 21 dias, com dreno retirado ambulatorialmente.

DISCUSSÃO

A abordagem não cirúrgica da apendicite aguda já se mostrava satisfatória em cerca de 75% dos casos baseado em estudos prospectivos, justificada em tempos de pandemia pelos Guidelines do American College of Surgeons e do Journal of Pediatric Surgery. Os mesmos também mostraram altas taxas de falha no tratamento conservador (30-50%) quando complicada com abscesso ou presença de apendicolito. Essa decisão também se apóia em uma menor exposição da equipe ao vírus, defendido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, já que o paciente era um transmissor em potencial devendo a equipe tomar os cuidados específicos.



Imagem . Tomografia de abdome de 21/07/20 com apêndice espessado e duas coleções.

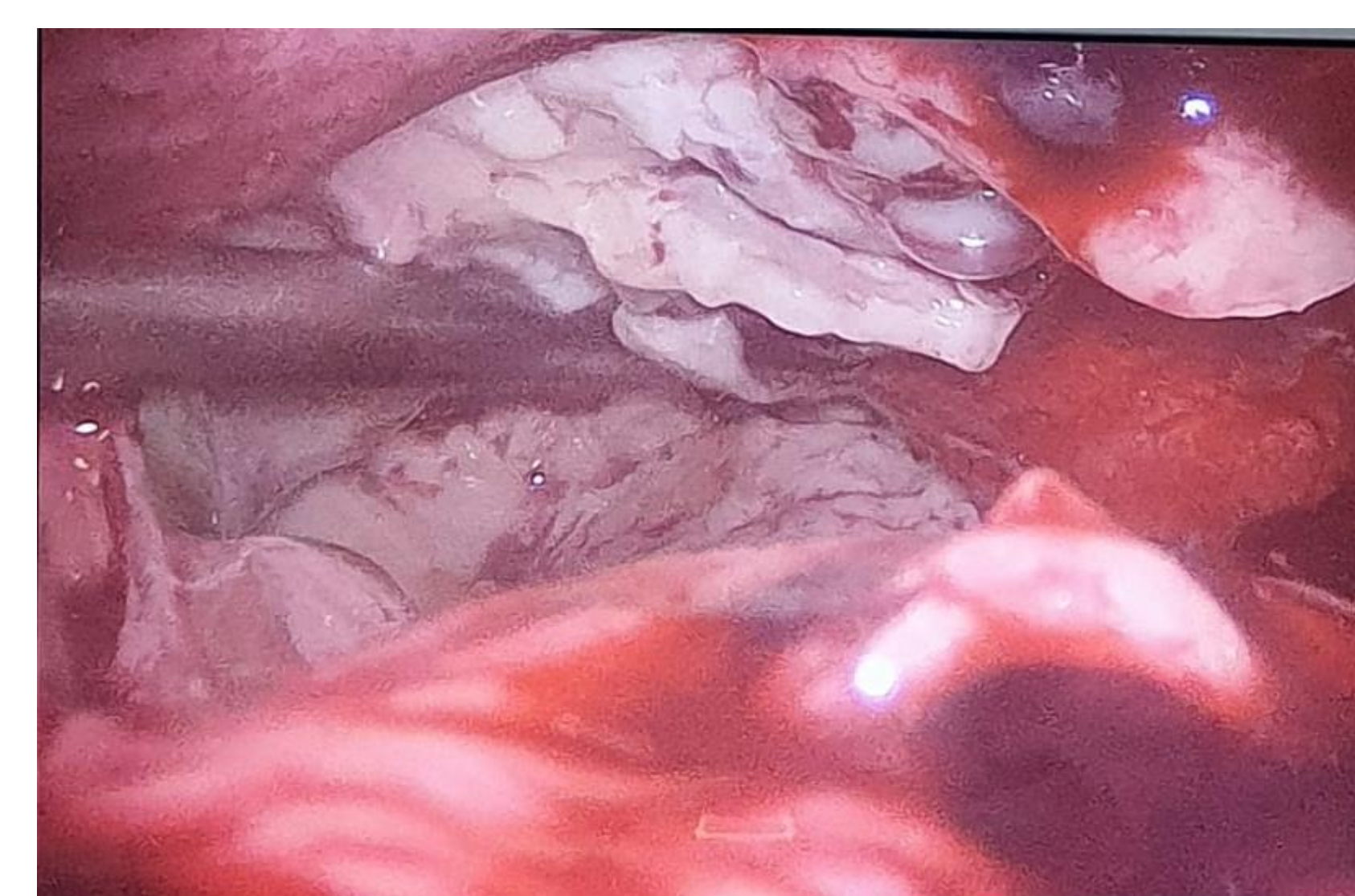


Imagem. Fibrina periapendicular

- **REFERÊNCIAS:** 1-Razee RC, Abernathy SW, Davis M, et al. Outpatient laparoscopic appendectomy should be the standard of care for uncomplicated appendicitis. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2014 Jan;76(1):79-83. doi: 10.1097/TA.0b013e3182ab0d42
2-Mahida JB, Lodwick DL, Macion KM, et al. High failure rate of nonoperative management of acute appendicitis with an appendicolith in children. J Pediatr Surg. 2016 Jun;51(6):908-11. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2016.02.056.
3-American College of Surgeons. COVID-19 Guidelines for Triage of Emergency General Surgery Patients. Disponível em: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/emergency-surgery>
4-Chia, Clement LK. Being a Surgeon in the Pandemic Era. Clement LK. Journal of the American College of Surgeons. 2020;0(0). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.010>
5-Lei Pan, MD, PhD. Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: a descriptive, cross-sectional, multicenter study. AJS, 2020 Mai; Vol 115(5): 766-773.
6-Colégio Brasileiro de Cirurgiões do Estado de São Paulo. Urgências e emergências cirúrgicas não traumáticas durante a pandemia COVID-19. CBC 2020, abr.