



CECOSTOMIA NA APENDICITE COMPLICADA

Camila Ferreira Nogueira³; Fernanda Aquino de Oliveira¹, Messias Eustáquio Faria Filho²; Pedro Aquino de Oliveira².

1. Interna do 12º período de medicina da Universidade de Itaúna

2. Acadêmicos do 7º período da Universidade de Itaúna

3. Acadêmica do 6º período da Universidade de Itaúna

INTRODUÇÃO

Apendicite aguda é uma afecção que frequentemente determina a eclosão da síndrome de abdômen agudo de tal forma que na presença de um paciente com dores abdominais deve-se, em primeiro lugar, pensar na possibilidade de inflamação aguda do apêndice. É importante o estudo da apendicite aguda, pois já são de conhecimento geral, as graves consequências do diagnóstico tardio — principal fator responsável pela morte dos doentes acometidos por esta afecção.

A grande incidência da apendicite aguda e a imperiosa necessidade do diagnóstico precoce são razões que obrigam todo médico a conhecer detalhadamente essa patologia e manter-se sempre alerta sobre a possibilidade de tal eventualidade diagnóstica. De fato, na apendicite aguda a responsabilidade do médico é enorme, um descuido ou uma prorrogação levarão a evolução das lesões de tal maneira que, decorrido certo tempo, a intervenção finalmente realizada será tardia com apresentação de choque séptico e óbito.

RELATO DE CASO

Paciente L.P.V, branca, feminina, 64 anos, costureira, deu entrada no hospital São Vicente de Paula, Turmalina- MG com queixa de dor abdominal no quadrante inferior direito por 24 horas associada a constipação, anorexia, febre baixa, calafrios e mal-estar. Nenhum histórico médico anterior significativo foi mencionado. Na avaliação dos sinais vitais revelada pressão arterial normal, frequência cardíaca normal e temperatura corporal axilar de 38,4°C. Sem história pregressa relevante. Ao exame físico revelado Blumberg positivo inferior à direita no abdome, distensão abdominal com parada de eliminação de fezes e flatos. No quinto dia dos sintomas evoluiu com piora do quadro clínico, fácies de sofrimento, desidratação, temperatura axilar de 38,5°C e deambulando com dificuldades. Os exames laboratoriais mostraram hemoglobina: 14,5 g / dL, hematócrito: 44,7%, global de leucócitos: $22,5 \times 10^3 / \mu\text{L}$, Plaquetas: $254 \times 10^3 / \mu\text{L}$. Amilase, lipase e enzimas hepáticas estavam dentro dos limites normais. PCR 24, VHS 60mm/h. A radiografia simples de abdome AP em decúbito dorsal sugeriu dilatação do

intestino grosso na região do quadrante inferior direito, com evidências de acúmulo fecal na região do ceco. A ultrassonografia de abdome mostrou estrutura tubular com paredes espessadas e diâmetro transversal aumentado além de alteração de ecogenicidade do tecido periapendicular. Indicada laparotomia e encontrado apêndice vermiforme destruído, com enorme plastrão retocecal de aproximadamente 500 ml de pus do coto apendicular residual em bolsa, e drenagem da cavidade com dreno de penrose. Paciente evoluiu mal, apresentando distensão abdominal severa, prostrado, septicemiado, com náuseas e vômitos mesmo em dieta líquida. Fez uso no pós operatório de clindamicina, ceftroxona, medicamentos sintomáticos. Devido a piora acentuada do quadro clínico e a exame de ultrassonografia mostrando grande quantidade de líquido na cavidade abdominal, optamos já no sétimo dia de pós operatório por refazer revisão cirúrgica. Realizada laparotomia e encontrado volumoso abscesso abdominal com deiscência da sutura do coto apendicular. Optada por ampla limpeza cavidade abdominal com soro fisiológico morno e aspiração da secreção purulenta. A seguir, exteriorizada a abertura do coto apendicular, ampliando essa abertura em 3cm e realizada cecostomia. A drenagem da cavidade abdominal foi feita com 2 drenos penroses, mantida boa hidratação, mesmos antibióticos e medicação sintomática. Paciente drenou pela cecostomia e pelos drenos penrose. Ao iniciar dieta no terceiro dia optou-se pela dieta entérica padrão hospitalar, inicialmente associado com proteína isolada soja conforme discutido e orientado por nutricionista. Paciente teve ótima evolução, recebendo alta hospitalar no 12º dia de pós operatório. Realizado fechamento da cecostomia com 60 dias de pós operatório.

DISCUSSÃO

A cecostomia com cateter de valor terapêutico em determinadas situações clínicas, incluindo pseudo-obstrução colônica refratária, volvo cecal, perfuração cecal ou obstrução colônica distal. A seleção adequada do paciente, a colocação cuidadosa do tubo e o cuidado pós-operatório vigilante devem fornecer função adequada com morbidade mínima.

REFERÊNCIAS: 1- FITZ R. On perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment. New England Journal of Medicine. 1935; 213:245-8.

2- FREITAS, Eldimar Lima de; MIZUNO, Victor Yamada. Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda no Brasil: uma revisão sistemática. 2019.FIOAEWDFNIOAEW

3- FRANCINO, Raíssa Paes; FIGUEIREDO, Luís Filipe S.; NUNES, Carlos P. COMPLICAÇÕES DE UM DIAGNÓSTICO TARDIO DE APENDICITE. Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis, v. 3, n. 1, 2019.

4- MOREIRA, Luis Fernando et al. Fatores preditores de complicações pós-operatórias em apendicectomias. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 45, n. 5, 2018.