Apendicite com intussuscepção e endometriose: um relato de caso

Appendicitis with intussusception and endometriosis: a case report

Alan Costa dos Santos[1], Renan Lemos[2], Leonardo Andre Menegatti[3], Maurício Castro Pilger[4]

RESUMO

A intussuscepção do apêndice é uma condição rara (1) e de difícil diagnóstico radiológico (2). Várias são as causas primárias da intussuscepção do apêndice, como apendicite, neoplasia e endometriose (2). A apendicite, na sua forma aguda, é a causa mais comum de abdome agudo de tratamento cirúrgico (3). É uma doença típica dos adolescentes e adultos jovens e incomum antes dos cinco e após os 50 anos. O objetivo deste trabalho é o de relatar o caso de uma paciente do sexo feminino, 39 anos, que procurou o serviço de emergência do município de Pelotas com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita há vários dias e com exame de imagem sugerindo apendicite. Quando submetida à apendicectomia, foi constatado que seu apêndice estava totalmente invaginado para o ceco e, no exame anatomopatológico, foi constatado endometriose no apêndice cecal. A partir do relato desse caso, foi realizada uma revisão da literatura pertinente para debater a relação entre endometriose e intussuscepção de apêndice.

UNITERMOS: Apendicite, Endometriose, Intussuscepção.

ABSTRACT

Intussusception of the appendix is a rare condition (1) of difficult radiological diagnosis (2). There are several primary causes of intussusception of the appendix, such as appendicitis, cancer and endometriosis (2). Appendicitis, in its acute form, is the most common cause of acute surgical abdomen (3). It is a typical disease of adolescents and young adults and unusual before 5 and after 50 years. The aim of this study is to report the case of a female patient, 39, who came to the emergency department of the municipality of Pelotas with abdominal pain in the right iliac fossa for several days and imaging suggesting appendicitis. When subjected to appendectomy, it was found that her appendix was totally invaginated into the cecum, and histopathological examination showed endometriosis in the cecal appendix. From the report of this case, a literature review was performed to discuss the relationship between endometriosis and intussusception of appendix.

KEYWORDS: *Appendicitis, Endometriosis, Intussusception.*

INTRODUÇÃO

A intussuscepção de apêndice é uma condição rara (1), sendo considerada de difícil diagnóstico radiológico (2) e clínico (4). Apesar de já terem sido registrados mais de 200 casos de intussuscepção de apêndice, sua associação com endometriose permanece obscura, com apenas 15 casos descritos na literatura (5). O presente caso aborda um quadro de intussuscepção de apêndice secundário a endometriose e apresenta uma revisão de literatura sobre esta condição.

RELATO DO CASO

S.S.P., 39 anos, feminino, natural de Pelotas, portadora de Lupus Eritematoso Sistêmico há 8 anos em uso de Prednisona e Cloroquina, com laqueadura há 11 meses e amamentando, deu entrada no Pronto Socorro Municipal de Pelotas (PSM) dia 24/11/2014 por dor iniciada e localizada em fossa ilíaca direita associada a náuseas e inapetência há 3 dias. Ao exame físico, havia dor à palpação profunda em FID, mas não existiam sinais de irritação peritoneal, febre,

[1] Médico Cirurgião Geral. Plantonista do Pronto Socorro Municipal de Pelotas.
[2] Médico Residente em cirurgia geral do Hospital Universitário São Francisco de Paula da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).
[3] Discente do curso de Medicina da UCPel. Doutorando no Pronto Socorro Municipal de Pelotas.
[4] Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Interno do Pronto Socorro Municipal de Pelotas.

nem positividade aos sinais de Rovsig e do psoas. Em relação aos exames laboratoriais, a paciente apresentava leucograma sem alterações. A paciente trouxe consigo uma ultrassonografia não esclarecedora realizada no mesmo dia, que apontava líquido livre na cavidade e dificuldade de visualizar o apêndice. Devido à inespecificidade do quadro clínico, foi concedida alta para a paciente com tratamento sintomático e orientado retorno em caso de piora. No dia 28/11/2014, a paciente retornou apresentando piora da dor e positividade para o sinal de Blumberg. Assim, foi submetida à laparotomia por suspeita de apendicite e em busca de outras possíveis causas de abdômen agudo. No ato cirúrgico, foi encontrado cisto de ovário direito de grande tamanho e apêndice inflamado e invaginado completamente para o ceco. Foi possível realizar evaginação manual das camadas mucosa, submucosa e muscular do apêndice, sendo que a camada serosa teve de ser desinvaginada em um segundo momento cirúrgico, devido às aderências com o ceco, como demonstra a imagem 1. O apêndice apresentava terço distal necrótico e foi possível sua exérese, assim como do cisto ovariano. Ambas as peças foram encaminhadas para exame anatomopatológico, cujo resultado constatou Hidátide de Morgani em relação ao anexo uterino retirado, endometriose estromal e glandular de padrão misto na parede intestinal em apêndice cecal e, no mesoapêncide, periapendicite aguda fibrino-leucocitária, sendo que todas as peças não apresentavam indícios morfológicos de malignidade, e o apêndice media 0,78cm. Ademais, a paciente foi encaminhada para a enfermaria cirúrgica, evoluindo sem intercorrências, recebendo alta hospitalar em 29/11.

DISCUSSÃO COM REVISÃO DE LITERATURA

A prevalência de intussuscepção do apêndice é de cerca de 0,01% da população (6), sendo que mais da metade dos casos ocorre antes dos 15 anos de vida (7), além de acontecer 5 vezes com mais frequência no sexo masculino (5). O diagnóstico pré-operatório da intussuscepção ocorre na minoria dos casos (4), não apenas por se tratar de uma condição rara, mas também por ser considerada de difícil diagnóstico através da ultrassonografia (US) e da tomografia computadorizada (TC) (2), podendo o enema baritado e a colonoscopia também serem úteis no diagnóstico casual (8). Apesar da US e TC serem os exames de escolha para realizar o diagnóstico pré-operatório de apendicite, não foi encontrado, na literatura, o quanto a intussuscepção do apêndice inflamado influencia na sensibilidade e na especificidade de ambos os exames. Ainda assim, ressalta-se a importância do diagnóstico diferencial pré-operatório de um apêndice invaginado, tendo em vista evitar procedimentos desnecessários e suas complicações: um apêndice invaginado pode ser confundido com um pólipo e, assim, ser submetido a polipectomia colonoscópica, resultando em perfuração e peritonite (9); pacientes podem ser submetidos a hemicolectomia por suspeita de malignidade (10).

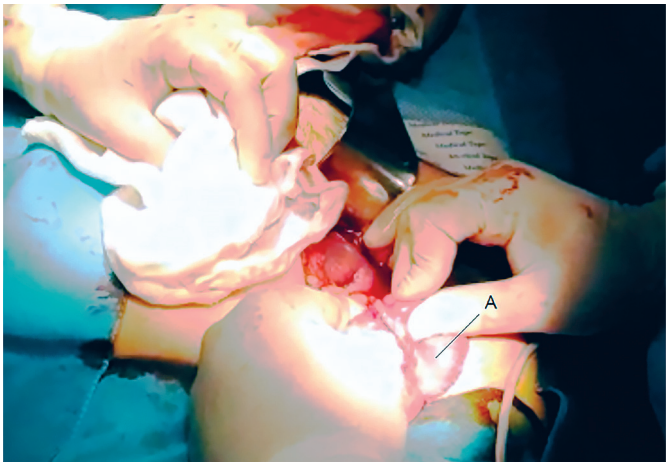


Figura 2 – Manobras de desintussuscepção manual do apêndice A: Ceco.

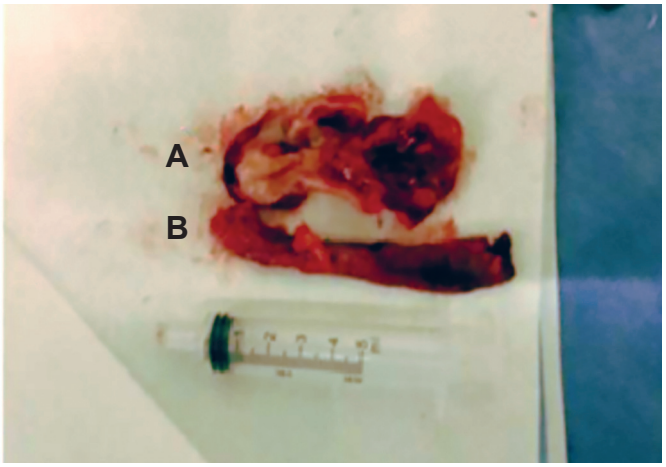


Figura 1 – A: camadas serosa e muscular do apêndice vermiforme B: camadas mucosa e submucosa do apêndice vermiforme.

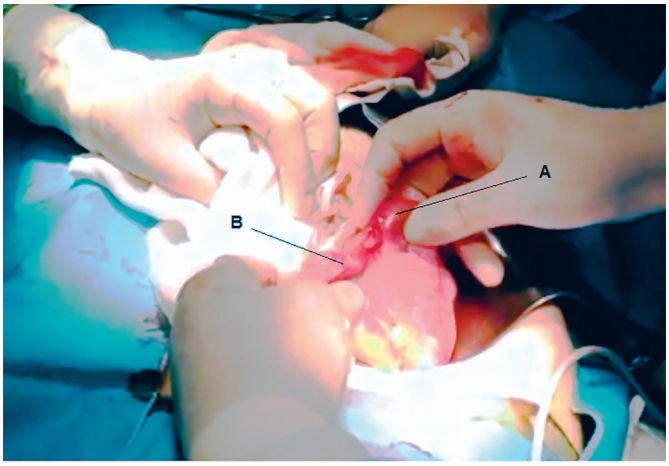


Figura 3 – A: Ceco. B: Apêndice desintussusceptado.

A tomografia computadorizada tem sido defendida como o método de imagem mais utilizado e acurado para o diagnóstico de intussuscepção por apresentar uma sensibilidade em torno de 93,3% e uma especificidade em torno de 97,1% (11). Esse exame demonstra uma área central de baixa atenuação envolvida por uma camada de padrão estratificado, produzida pelas listras intercaladas de baixa e alta atenuação.

Estudos apontam que a ultrassonografia apresenta sensibilidade de 78% e especificidade de 47% (12) e, portanto, menor do que a encontrada para o TC para diagnosticar apendicite. Isso se explica, em parte, pelo acúmulo de gases intestinais, que obscurecem a visão do apêndice e por se tratar de um exame operador-dependente. Quando inflamado, o apêndice se apresenta como uma estrutura em fundo cego, imóvel, não compressível, com lúmen anecoico, mucosa ecogênica, parede muscular espessada e hipoecoica ao seu longo, adjacente ao ceco, com diâmetro de 0,6 cm ou mais. No corte transversal, é vista uma imagem em alvo com a luz do órgão circundada pela parede espessada. O exame ultrassonográfico apresenta, entretanto, muitas vantagens, como ser de baixo custo, não provocar irradiação, podendo ser usado com segurança em grávidas e crianças, e, além da apendicite, diagnosticar patologias pélvicas de origem ginecológica, muito comum, nos quadros abdominais agudos das mulheres, o que justifica sua escolha como exame inicial na avaliação de uma suspeita de apendicite, como ocorreu neste caso.

O mecanismo mais aceito para explicar a invaginação do apêndice são os movimentos peristálticos resultantes de uma irritação local (13). Em adição, a patogênese da intussuscepção do apêndice pode ter origem anatômica ou patológica (14). As causas anatômicas são: a) apêndice completamente móvel, sem fixação pelas pregas peritoneais congênitas ou adesões inflamatórias; b) parede apendicular móvel, capaz de apresentar peristalse ativa; c) mesoapêndice delgado, livre de gordura e com base estreita; d) lúmen apendicular largo, com o lúmen proximal de diâmetro maior que o da porção distal; e) ceco do tipo fetal (em formato de funil). No presente caso, a base estreita e a delgacidade do mesoapêndice foram facilmente identificadas, assim como o lúmen proximal superior em diâmetro em relação ao lúmen distal. Já as possíveis causas patológicas são: a) corpo estranho – fecalitos ou parasitas; b) inflamação – endometriose ou hiperplasia folicular linfoide; c) neoplasia – tumor carcinoide, carcinoma, mucocele, pólipo, papiloma, fibroma, lipoma, cistos ou adenocarcinoma cecal; d) invaginação do coto apendiceal após apendicectomia (1). No presente caso, a intussuscepção foi secundária à endometriose. Apesar de sabermos que em torno de 2,8% dos casos de endometriose acometem o apêndice (15), a falta de estudos que avaliem a prevalência de apêndices não invaginados inflamados com endometriose nos limita a apontar se há relação entre a invaginação do apêndice e o fato de haver endometriose no mesmo.

A maioria dos casos de apêndice intussusceptado é sintomática, embora exemplos de casos assintomáticos já tenham sido registrados (5). Os sintomas descritos são variados e inespecíficos. Classicamente, sua sintomatologia pode ser dividida em quatro grupos: assintomáticos; com sintomas de intussuscepção intestinal, cujo quadro clínico é de dor abdominal e vômitos com duração de vários dias, podendo estar associados à constipação, diarreia ou melena; ataques recorrentes de dor abdominal intensa no quadrante inferior direito, geralmente com vômitos e melena; simulando apendicite aguda (13), como no presente caso.

O tratamento da apendicite é cirúrgico e deve ser efetuado tão logo o diagnóstico estiver estabelecido. Caso a redução do apêndice durante o ato cirúrgico seja impossível, uma ressecção parcial do ceco é necessária (14). No presente caso, a desinvaginação do apêndice foi possível manualmente, o que acarretou na preservação do ceco.

COMENTÁRIOS FINAIS

O presente caso aborda uma condição clínica rara e com poucos relatos e estudo na literatura, o que requer a combinação e análise conjunta com outros casos para, possivelmente, determinarmos condutas específicas para diagnóstico e tratamento de intussuscepção do apêndice.

REFERÊNCIAS

1. Franco LLS, Rolim CS, Garcia RA, Utiyama EM, Birolini C, Mitteldorf CATS, Albertotti F, Menezes MR, Albertotti CJ, *et al.* Qual o seu diagnóstico? Radiologia Brasileira, São Paulo, vol 36, n. 5, outubro, 2003.
2. Miranda FC, Corpa MCE, Kim MH, Silva MRC, Mendes GF, Garcia RF, Lourenço RG, Fleming FCF, Francisco Neto MJ, Funare MBG. Programa de informações médicas UD – Departamento de Imagem, Hospital Israelita Albert Einstein, 2008.
3. Feres O, Parra RS. Abdômen Agudo. Medicina Ribeirão Preto, 2008, 41 (4): 430-6.
4. Duncan JE, DeNobile JW, Sweeney WB. Colonoscopic diagnosis of appendiceal intussusception: case report and review of the literature. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgens, 9.4, 2005: 488-490.
5. Jevon GP, Daya D, Qizilbash AH. Intussusception of the appendix: a report of four cases and review of the literature. Arch Pathol Lab Med 1992;116:960-4.
6. Collins DC. Seventy-one thousand humans appendix specimens: a final report summarizing forty years study. Am J Proctol 1963;14:365-81.
7. Ravin CE, Bergin D, Bisset GS. Image interpretation session: 2000. RadioGraphics 2001;21:267-87.
8. Levine SL, Trenker SW, Herlinger H. Coiled-spring sign of appendiceal intussusception. Radiology. 1985;155:41-44
9. Fazio RA, Wickremesinghe PC, Arsura EL. Endoscopic removal of an intussuscepted appendix mimicking a polypan endoscopic hazard. Am J Gastroenterol. 1982;77(8):556-558
10. Wirtschafter SK, Kaufman H. Endoscopic appendectomy. Gastrointest Endosc. 1976;22:173-174
11. Wijetunga R, Tan BS, Rouse JC, Bigg-Wither GW, Doust BD. Diagnostic accuracy of focused appendiceal CT in clinically equivocal cases of acute appendicitis. Radiology 2001;221:747-53.
12. Coral RP, Stein AT, Chazan M, Coral RV, Campos CW. O valor ultrassonográfico no diagnóstico de apendicite aguda. Revista da AMRIGS, 51 (3): 203-205, 2007.

13. Fink VH, Santos AL, Goldberg SL. Intussusception of the appendix. Case reports and review of the literature. Am J Gastroenterol. 1964;42:431-440
14. Genell S. Intussusception of the appendix caused by an adenovillous papilloma. Ann Chir Gynaecol 1976;65:187-90.
15. Gustofson RL, Kim N, Liu S, Stratton P. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature. Fertil Steril 2006;86:298-303.

✉ Endereço para correspondência
Maurício Castro Pilger
Rua Senador Mendonça, 311/301/bl. A
96.015-200 – Pelotas, RS – Brasil
☎ (53) 8126-1013
💻 mauriciopilger@gmail.com

Recebido: 17/2/2015 – Aprovado: 2/3/2015