

Abdome agudo por apendicite com apresentação atípica levando a choque em paciente obeso e hepatopata crônico

Acute abdomen due to appendicitis with atypical presentation leading to shock in an obese patient and with chronic liver disease

Alexandra Damasio Todescatto¹, Felipe Ferreira Laranjeira¹, Julia de Gasperi¹, Davyd Emaunel Fin de Lehmann¹, Bruna Schmitt de Lacerda¹, Diego Carrão Winckler², Ricardo Breigeiron³

¹ Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (FAMED-PUCRS), Membros da Liga do Trauma da FAMED-PUCRS, Porto Alegre, RS; ² Médico Residente no Serviço de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital de Pronto Socorro (HPS), Porto Alegre, RS; ³ Médico cirurgião do HPS e do Hospital São Lucas da PUCRS (HSL-PUCRS), Mestre em Medicina e Ciências da Saúde com área de concentração em Clínica Cirúrgica, Professor do Departamento de Cirurgia da FAMED-PUCRS, Preceptor da Residência de Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo do HSL-PUCRS e da Liga do Trauma da FAMED-PUCRS, Porto Alegre, RS.

RESUMO

Objetivos: Expor um caso de abdome agudo por apendicite cujo diagnóstico apresentou-se difícil e complicado devido ao perfil do paciente e suas comorbidades.

Descrição do Caso: Paciente masculino, 52 anos, superobeso, tabagista e hepatopata crônico, com queixa de dor abdominal aguda em hipocôndrio direito, vômitos e baixa diurese. Inicialmente sem sinais de irritação peritoneal, foi manejado clinicamente, mas apresentou piora do quadro, evoluindo para choque e parada cardiorrespiratória. Em investigação por laparotomia exploratória constatou-se apendicite aguda, circulação colateral e cirrose hepática.

Conclusões: O quadro de abdome agudo tem grande incidência nas unidades de pronto atendimento e, uma vez que compreende inúmeras situações clínicas, faz-se imprescindível conhecer e suspeitar de suas principais causas e de suas apresentações atípicas, de difícil diagnóstico.

DESCRIPTORIOS: DOR ABDOMINAL; ABDÔMEN AGUDO; APENDICITE; CHOQUE SÉPTICO.

ABSTRACT

Aims: To expose a case of acute abdomen due to appendicitis whose diagnosis was difficult and complicated because of the patient's profile and his comorbidities.

Case Description: Male patient, 52 years old, superobese, smoker and with chronic liver disease, complaining of acute abdominal pain in the right hypochondrium, vomiting and low diuresis. Initially with no signs of peritoneal irritation, the patient was medically managed, but presented worsening of clinical status, progressing to shock and cardiac arrest. The investigation by laparotomy found acute appendicitis, collateral circulation and liver cirrhosis.

Conclusions: Acute abdomen has great impact on emergency care and, since it comprises several clinical situations, knowing and suspecting its main causes and its atypical presentations becomes essential, mainly in cases of difficult diagnosis.

KEY WORDS: ABDOMINAL PAIN; ACUTE ABDOMEN; APPENDICITIS; SHOCK, SEPTIC.

Recebido em janeiro de 2014; aceito em abril de 2014.

Endereço para correspondência / Corresponding Author:

ALEXANDRA DAMASIO TODESCATTO
Rua Ângelo Barcelos, 29
91520-020 Porto Alegre, RS, Brasil
Tel.: (51) 8297-5383
E-mail: alexandra.todescatto@gmail.com



<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

INTRODUÇÃO

Abdome agudo caracteriza-se por uma dor abdominal aguda, cujos principais sintomas associados são vômitos, constipação e alteração da função geniturinária, sendo que sua duração, frequentemente, é de algumas horas a alguns dias, não ultrapassando uma semana. É um quadro que caracteriza o paciente como caso de urgência ou emergência, e tem alta incidência nas unidades de pronto-atendimento, representando uma emergência não traumática importante e um desafio diagnóstico e terapêutico.¹⁻⁴

Há um considerável número de doenças – inclusive algumas não cirúrgicas ou que não são intra-abdominais – que podem se manifestar como abdome agudo, sendo que a apendicite é a sua principal etiologia. A apendicite aguda é resultado da obstrução da luz do apêndice, provocada geralmente por fecalito ou hiperplasia linfoide. Essa condição responde por mais de 40.000 internações a cada ano nos hospitais ingleses e, nos Estados Unidos, cerca de 250.000 apendicectomias são realizadas por ano. O pico de incidência está entre a população mais jovem, entre 10 e 19 anos de idade, com predominância no sexo masculino.^{2,5-10}

Relatamos no presente artigo o caso de um paciente admitido ao hospital com um quadro de abdome agudo, cuja evolução foi complicada devido ao difícil diagnóstico. O relato do caso observou todos os preceitos éticos contidos na resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu aprovação para publicação pelo parecer substanciado número 506.591 do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

RELATO DO CASO

Paciente masculino de 52 anos, natural e procedente de Porto Alegre, procurou o hospital por volta das 19 horas com queixa de dor abdominal, vômitos, dor em baixo ventre e hipocôndrio direito e baixa diurese. Referia história de litíase biliar e urinária há dois anos, confirmada por ecografia. Superobeso, etilista desde os 32 anos de duas garrafas/dia, tabagista em abstinência e hipertenso em tratamento. Ao exame físico apresentava massa no epigástrico, abdome doloroso em hipocôndrio direito, sinal de piparote positivo, hipotensão arterial, palidez, sudorese, mucosas ictericas e edema de membros inferiores.

A abordagem inicial foi feita com administração endovenosa de soro fisiológico e analgésicos. Os exames laboratoriais da admissão indicavam certo grau de hepatopatia e insuficiência renal (ureia

42 mg/dl, creatinina sérica 1,8 mg/dl, bilirrubina total 4,62 mg/dl, bilirrubina direta 2,65 mg/dl, albumina 3,1 g/dl) e a ecografia abdominal mostrava sinais de esteatose e ascite leve. Foi avaliado pela equipe de cirurgia geral, a qual solicitou realização de tomografia computadorizada sem contraste e complementação por nova ecografia de abdome. Os resultados dos exames de imagem apontaram aumento do volume do fígado com leve aumento da densidade e ecogenicidade hepática compatível com esteatose, dilatação nas vias biliares intra-hepáticas no lobo esquerdo, recanalização da veia umbilical, cálculos biliares sem indicativo de colecistite, esplenomegalia e ascite (**Figura 1**). Apresentava dor à palpação, mas não havia sinais de irritação peritoneal. Os sinais vitais foram estabilizados. A equipe médica decidiu prosseguir com manejo clínico, observação e posterior reavaliação.

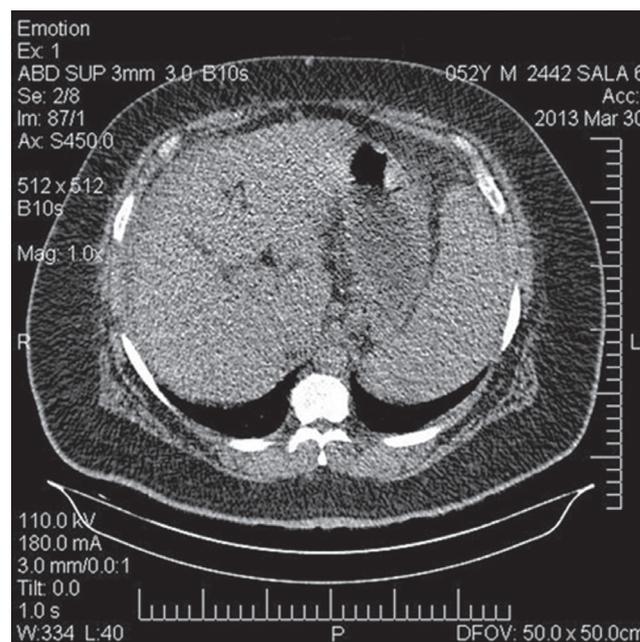


Figura 1. Corte de tomografia computadorizada de abdome, mostrando esplenomegalia e aumento da densidade hepática compatível com esteatose. Caso de abdome agudo por apendicite em paciente adulto superobeso, tabagista e hepatopata crônico.

Às 6 horas do dia seguinte o paciente apresentou novo episódio de hipotensão arterial, além de estar taquicárdico e taquipneico, mas foi caracterizado como sem patologia cirúrgica imediata e indicada a continuação do seguimento clínico. Às 10 horas, foi avaliado pela equipe de politraumatizados e realizou novos exames: gasometria arterial com pH de 7,1, creatinina sérica de 3,19 mg/dl e leucocitose, com

49% de bastonetes. Foi então encaminhado à unidade de terapia intensiva. Às 18 horas e 30 minutos o paciente sofreu uma parada cardiorrespiratória, com restauração da circulação espontânea após dois minutos de manobras de reanimação. Apresentou piora do quadro clínico geral, com acidose e 46% de saturação de oxigênio.

Em nova avaliação cirúrgica o paciente encontrava-se em choque séptico, com insuficiência renal, abdome globoso, tenso, com difícil avaliação de estruturas anatômicas internas e ruídos hidroaéreos diminuídos, sendo submetido a hemodiálise e colocado em ventilação mecânica com tubo orotraqueal. Foi encaminhado à laparotomia exploratória, na qual se evidenciou apendicite aguda, circulação colateral, ascite e fígado com característica macroscópica de cirrose. No pós-operatório, na unidade de tratamento intensivo, o paciente apresentava melhora do quadro clínico geral, abdome flácido, ferida operatória limpa e sem flogose.

DISCUSSÃO

Considerando todos os pacientes avaliados nas emergências, cerca de 5% apresentam-se com dor abdominal aguda. Além disso, do total de pacientes internados para procedimentos cirúrgicos de emergência, cerca de 50% apresentam esse sintoma, o qual é o principal elemento para o diagnóstico sindrômico de abdome agudo. Mas apesar de ser uma situação frequentemente enfrentada, aproximadamente um a cada três casos de abdome agudo não tem diagnóstico precoce definitivo, resultando em um atraso potencialmente prejudicial à evolução dos pacientes. Isso se deve principalmente ao amplo espectro de anormalidades que compõem essa manifestação, necessitando investigação minuciosa, adequada e precisa.^{2,4,6}

Ainda que se conheçam os dados epidemiológicos, a avaliação e manejo do paciente com abdome agudo

é um desafio aos profissionais principalmente em pacientes com fatores complicadores associados, como a obesidade, a qual cria obstáculos importantes para a acurácia do processo diagnóstico.³ Muitos autores descrevem alterações nos sinais e sintomas na população obesa. Nesse grupo o diagnóstico de sepse, por exemplo, é sutil, sendo que os principais achados iniciais, como taquicardia e taquipneia, são menos específicos, e a complicação geralmente é percebida com atraso, quando os sinais já são evidentes.¹¹

Em busca da acurácia do diagnóstico diferencial, deve-se aliar história clínica, exame físico, exames laboratoriais e estudos de imagem, mantendo atenção na estabilidade do paciente e na potencial natureza cirúrgica do quadro.^{2,12} A história não deve visar apenas à investigação da dor, mas também os problemas passados e sintomas associados. Além disso, deve-se estar atento às principais causas de abdome agudo, ainda que os sinais e sintomas sejam atípicos, principalmente devido ao biótipo do paciente.³

A precisão e a rapidez na identificação e atendimento de emergências não traumáticas como esta são fundamentais, uma vez que a efetividade do tratamento é maior quanto mais cedo o problema for diagnosticado. Desse modo, melhorar o atendimento e o manejo do paciente influi no seu prognóstico positivo, além de evitar procedimentos que retardem o tratamento específico, minimizando complicações possíveis e propiciando ao paciente, por conseguinte, um restabelecimento mais rápido de suas atividades normais.^{2,6}

Em virtude da alta incidência do quadro de abdome agudo nos departamentos de emergência, bem como da dificuldade diagnóstica de patologias que podem cursar com dor abdominal aguda, cabe ao profissional estar atento e apto a uma avaliação objetiva do quadro, bem como conhecer e suspeitar de suas principais causas e dos fatores que podem confundir e mascarar o fator etiológico da condição.

REFERÊNCIAS

1. Adams ID, Chan M, Clifford PC, Cooke WM, Dallos V, de Dombal FT, Edwards MH, Hancock DM, Hewett DJ, McIntyre N, et al. Computer aided diagnosis of acute abdominal pain: a multicenter study. *British Medical Journal (Clinical Research Ed)* 1986;293(6550):800-4.
2. Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen agudo. *Medicina Ribeirão Preto*. 2007;40(3):358-67.
3. Mattox KL, Townsend CM, Beauchamp RD. *Sabiston Principles of Surgery - The Biological Basis of Modern Surgical Practice – 18th Edição*. São Paulo: Elsevier; 2010.
4. Maggio AQ, Reece-Smith AM, Tang TY, Sadat U, Walsh SR. Early laparoscopy versus active observation in acute abdominal pain: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery*. 2008;6(5):400-3.
5. Markar SR, Venkat-Raman V, Ho A, Karthikesalingam A, Kinross J, Evans J, Bloom I. Laparoscopic versus open appendectomy in obese patients. *International Journal of Surgery*. 2011;9(6):451-5.

6. Toorenvliet, RB. Acute abdominal pain: considerations on diagnosis and management [tese]. [Leiden]: Department of Surgery, Faculty of Medicine, Leiden University Medical Center; 2011. 151 p.
7. Azodi OS, Lindström D, Adami J, Bellocco R, Linder S, Wladis A. Impact of body mass index and tobacco smoking on outcome after open appendectomy. *British Journal of Surgery*. 2008;95(6):751-7.
8. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. *British Medical Journal*. 2006;333(7567):530-4.
9. Talley NJ, Kane SV, Wallace MB. *Practical Gastroenterology and Hepatology: Small and Large Intestine and Pancreas*. Hoboken: Blackwell Publishing Ltd; 2010.
10. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *American Journal of Epidemiology*. 1990;132(5):910-25.
11. Byrne TK. Complications of surgery for obesity. *Surgical Clinics of North America*. 2001;81(5):1181-93.
12. Meneghelli UG. Elementos para o diagnóstico do abdômen agudo. *Medicina Ribeirão Preto*. 2003;36(2/4):283-93. 