



RELATOS DE CASOS

Apendicite aguda grau IV após cirurgia abdominal: relato de caso*Acute appendicitis grade IV after abdominal surgery: case report***Beatriz Pereira de Oliveira¹**orcid.org/0009-0003-2018-5321
beatrizzolv@gmail.com**Larissa Dizaró Cardeal da Costa¹**orcid.org/0009-0002-5765-4868
laridcardeal@gmail.com**Janise Braga Barros Ferreira²**orcid.org/0000-0001-7480-937X
janise@fmrp.usp.br**Fernando César Ferreira Pinto¹**orcid.org/0000-0001-9444-171X
fernando.cesar@baraodemaua.br**Recebido em:** 12 fev. 2025.**Aprovado em:** 03 set. 2025.**Publicado em:** 03 nov. 2025.

Resumo: A apendicite aguda no pós-operatório mediato de cirurgia abdominal é uma complicação rara e pouco descrita na literatura. Além de ser um desafio diagnóstico, representa um fator de confusão com outras complicações relacionadas ao pós-operatório de manipulação da cavidade abdominal. Paciente feminina, 63 anos, que no pós-operatório mediato de cirurgia de reconstrução de trânsito intestinal apresentou um quadro de abdome agudo inflamatório por apendicite aguda. A apendicite aguda no pós-operatório mediato de cirurgia abdominal é um evento incomum. No entanto, ela deve ser lembrada em casos de evolução desfavorável no pós-operatório de cirurgia abdominal e como diagnóstico diferencial de complicações pós-cirúrgicas.

Palavras-chave: Apendicite, abdome agudo, relato de caso.

Abstract: Acute appendicitis in the immediate postoperative period of abdominal surgery is a rare complication that is rarely described in the literature. In addition to being a diagnostic challenge, it represents a confounding factor with other complications related to the postoperative period of manipulation of the abdominal cavity. A 63-year-old female patient who, in the immediate postoperative period of intestinal transit reconstruction surgery, presented with an acute inflammatory abdomen due to acute appendicitis. Acute appendicitis in the immediate postoperative period of abdominal surgery is an uncommon event. However, it should be considered in cases of unfavorable evolution in the postoperative period of abdominal surgery and as a differential diagnosis of postoperative complications.

Keywords: Appendicitis, acute abdomen, case report.

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda apresenta uma prevalência de aproximadamente 7% na população, sendo, no mundo, a principal causa de abdome agudo cirúrgico (1-3). O mecanismo fisiopatológico preponderante dessa condição envolve, mais comumente, a oclusão da luz apendicular por fecalito ou pelo aumento de pressão retrógrada no cólon, que pode propiciar a inflamação do apêndice, com conseqüente processo inflamatório infeccioso bacteriano, que se estende o peritônio parietal e as vísceras próximas (3). Atualmente, a etiologia também tem sido relacionada a fatores genéticos, ambientais ou infecciosos (4).

Por sua vez, a apendicite aguda no pós-operatório mediato de cirurgia abdominal é uma complicação rara e pouco descrita na literatura.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹ Centro Universitário Barão de Mauá (CUBM), Ribeirão Preto/SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

Uma questão fundamental é identificar se essa associação é resultado de relação causal ou uma coincidência.

Os erros de diagnóstico, que ocorrem aproximadamente em 20-40% dos casos de apendicite aguda, podem adiar a indicação de seu tratamento, com aumento da morbidade (5). Além de ser um desafio diagnóstico, a apendicite aguda representa um fator de confusão com outras complicações relacionadas ao pós-operatório de manipulação da cavidade abdominal, tais como: coleções intra-abdominais, deiscência de anastomose, obstrução intestinal e fistulas gastrointestinais (6). Desta forma, este estudo se justifica por recomendar a inclusão desse diagnóstico diferencial no pós-operatório mediato de cirurgias abdominais, visando à redução da morbidade e melhor manejo dessa condição. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá, com parecer consubstanciado de número 7.273.236.

RELATO DE CASO

Paciente de 63 anos, foi regulada ao serviço de cirurgia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto/SP com um quadro de dor abdominal aguda, iniciada há cinco dias, com piora progressiva. Houve o diagnóstico de abdome agudo perforativo evidenciado por tomografia computadorizada, com achados de pneumoperitônio e retropneumoperitônio esparsos, presença de conteúdo heterogêneo adjacente ao cólon descendente e sigmoide, semelhante a conteúdo fecal fora de alça e apêndice cecal sem alterações. No dia 9 de junho de 2022, a paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora. No ato cirúrgico, foi encontrado abscesso próximo ao cólon sigmoide e reto alto., realizou-se retossigmoidectomia à Hartmann e limpeza da cavidade abdominal. A paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no 3º dia de pós-operatório e orientação para seguimento ambulatorial.

O resultado do exame anatomopatológico evidenciou a presença de diverticulite aguda perforada, associada à serosite fibrino-neutrofílica, outras lesões diverticulares com focos

de processo inflamatório, além de linfonodos mesocólicos com hiperplasia linfóide, sem atípicas e mesocólon com áreas de esteatonecrose, permeadas por inflamação supurativa. Com base nesse resultado, o diagnóstico foi de diverticulose intestinal associada à diverticulite aguda perforada.

A paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial, com a realização de colonoscopia, cinco meses após, para avaliação do colo remanescente e programação de reconstrução do trânsito intestinal, que mostrou diverticulose dos cólons ascendente, transverso e descendente e protossigmoidite de desuso.

Dez meses após procedimento cirúrgico, ela retornou para reconstrução de trânsito intestinal e fechamento de colostomia, procedimento realizado sem intercorrências. Nos dois primeiros dias de pós-operatório, a paciente apresentou dor abdominal difusa e distensão abdominal, sendo mantida em jejum, com hidratação venosa e profilaxia de trombose venosa profunda. No 3º dia de pós-operatório, notou-se discreta melhora da dor abdominal, mantendo-se a distensão abdominal, dor à palpação do abdome e sem evacuação. Foi introduzida a dieta oral restrita. No 4º e 5º dias de pós-operatório, observou-se a persistência do quadro álgico abdominal difusamente, náuseas, baixa aceitação da dieta e alteração do leucograma (discreta leucocitose). A ferida cirúrgica encontrava-se em bom aspecto. Em virtude da evolução clínica desfavorável, no 5º dia de pós-operatório, realizou-se tomografia computadorizada abdominal.

O exame tomográfico do abdome evidenciou moderada quantidade de líquido livre intra-abdominal, coleção subcutânea infraumbilical à esquerda, hipodensa, com discreto realce periférico, medindo 8,2 x 2,8 cm e suspeita de seroma (**Figuras 1 e 2**), além de derrame pleural bilateral de pequeno volume. A avaliação tomográfica dos outros órgãos e estruturas abdominais não apontou nenhuma alteração significativa. Ademais, o laudo tomográfico não fez menção de critérios tomográficos característicos de apêndice aguda. Nesse momento, indicou-se antibioticoterapia e

observação da evolução clínica. Devido à piora clínica e aos parâmetros laboratoriais, no 6º dia

de pós-operatório houve a indicação de nova abordagem cirúrgica.



Figura 1. Imagem tomográfica com distensão de alças intestinais.



Figura 2. Imagem tomográfica com coleção no subcutâneo infraumbilical à esquerda.

O achado intraoperatório identificou uma apendicite grau IV e peritonite difusa. Na anastomose colorretal havia um bloqueio inflamatório, friável, e ausência de deiscência. Durante o desbloqueio desse processo inflamatório, ocorreu uma lesão da serosa. Realizou-se a apendicectomia, a adesiolise, a confecção de ileostomia em alça (para proteção da anastomose colorretal) e a limpeza da cavidade abdominal.

A paciente evoluiu de maneira satisfatória, com aceitação de dieta oral, funcionamento adequado da ileostomia, recebendo alta hospitalar no dia 5º dia após a reabordagem cirúrgica, com orientação para seguimento ambulatorial.

O resultado do exame anatomopatológico evidenciou apêndice cecal medindo 6,3 cm de comprimento e 1,5 cm de diâmetro externo, com serosa congesta e deposição de fibrina e mesoapêndice de 2 cm, com paredes acasta-

nhadas e luz contendo material fecal pastoso. A microscopia evidenciou apendicite aguda úlcero-flegmonosa e periapendicite aguda exsudativa, acometendo serosa e mesoapêndice, com ausência de neoplasia nos cortes histológicos.

A paciente foi seguida ambulatorialmente, sendo realizada uma nova colonoscopia onze meses após a reabordagem cirúrgica, a qual evidenciou a anastomose pérvia e a presença de divertículos isolados em cólons ascendente e transversos. A paciente foi submetida a fechamento da ileostomia, após doze meses da reabordagem cirúrgica, e mantém o seguimento ambulatorial, com boa evolução.

DISCUSSÃO

Individualmente, a apendicite aguda é um quadro relativamente comum na prática clínica. Em casos raros, essa doença pode ocorrer após

uma cirurgia abdominal por outros motivos, impondo um dilema se estas condições são apenas coincidências ou se a apendicite foi desenvolvida pelo trauma (manipulação da cavidade abdominal). No pós-operatório de cirurgia abdominal, a apendicite aguda trata-se de um quadro de difícil diagnóstico, visto que há outras complicações mais comuns, por exemplo, abscesso, deiscências de anastomose, obstrução intestinal e fistulas (6).

Como limitação deste estudo considera-se a não participação dos autores nos atos operatórios, o que restringiu a coleta de informações somente aos registros do prontuário. Em contrapartida, realizaram o seguimento da paciente na enfermaria e no ambulatório.

No geral, em todo quadro de dor abdominal deve-se pensar na hipótese diagnóstica de apendicite aguda, pois trata-se de um caso de resolução simples, mas com grande potencial de causar repercussões sistêmicas, como a sepse. Salienta-se que a tomografia computadorizada deve ser o exame de escolha para a avaliação de complicações, no pós-operatório de cirurgias abdominais (6). No entanto, o diagnóstico etiológico de apendicite aguda, por esse exame de imagem, no pós-operatório de cirurgias abdominais, pode estar dificultado. Deste modo, a principal contribuição deste estudo é destacar que essas ponderações devem ser realizadas no pós-operatório de cirurgias abdominais que não evoluem satisfatoriamente, para ampliar as possibilidades de acurácia diagnóstica.

A apendicite aguda no pós-operatório mediato de cirurgia abdominal é um evento incomum, uma vez que pouco foi descrito na literatura. Entretanto, esta condição cirúrgica deve ser lembrada no pós-operatório de cirurgia abdominal como diagnóstico diferencial de outras complicações pós-cirúrgicas, em casos de evolução desfavorável.

NOTAS

Apoio financeiro

Este estudo não recebeu apoio financeiro de fontes externas.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relevantes ao conteúdo deste estudo.

Contribuições dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para concepção, ou delineamento, ou aquisição, ou análise ou interpretação de dados; e redação do trabalho ou revisão crítica; e aprovação final da versão para publicação.

Disponibilidade dos dados e responsabilidade pelos resultados

Todos os autores declaram ter tido total acesso aos dados obtidos e assumem completa responsabilidade pela integridade destes resultados.

REFERÊNCIAS

- Bastos IDR, Mota HM, Fernandes ANG, Gurgel TP, Bastos Neto JSS, Souza TB, et al. Apendicite Aguda e suas complicações cirúrgicas. *Braz J Hea Rev.* 2021;4(1):2142-5. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-174>
- Lima AP, Vieira FJ, Oliveira GPDM, Ramos PDS, Avelino ME, Prado FG, et al. Clinical-epidemiological profile of acute appendicitis: retrospective analysis of 638 Cases. *Rev Col Bras Cir.* 2016;43(4):248-53. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004009>
- Matos B, Santana C, Souza D, Rodrigues E, Gonçalves E, Dias F, et al. Apendicite aguda [Internet]. *Rev Med Minas Gerais.* 2011. 2025 Jan 23;21(2 Suppl 4):29-32. Acesso em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/889>.
- Nacenta SB, Sanz LI, Lucas RS, Depetris MA, Chamorro EM. Actualización de la apendicitis aguda: hallazgos típicos y atípicos. *Radiologia de Urgencias.* 2023;65(S1):S81-S91. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2022.09.005>
- White H, Laykova AS, O'Dowd B, Wasfie T. Unusual presentation of perforated acute appendicitis: a case Report. *Am J Case Rep.* 2022;23:e935405. <https://doi.org/10.12659/AJCR.935405>
- Martins-Romeo DA, Dominguez AR. Complications after abdominal surgery. *Radiologia.* 2023;65 Suppl 1:S99-S108. <https://doi.org/10.1016/j.rxeng.2022.09.012>

Beatriz Pereira de Oliveira

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá (CUBM).

Larissa Dizaró Cardeal da Costa

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá (CUBM).

Janise Braga Barros Ferreira

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), médica e livre-docente do curso de Medicina pela USP.

Fernando César Ferreira Pinto

Mestre em Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), médico-cirurgião e professor do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá (CUBM).

Endereço para correspondência

CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ

Rua Ramos de Azevedo, 423

Jardim Paulista, 14090-062

Ribeirão Preto, SP, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela Texto Certo Assessoria Linguística e submetidos para validação dos autores antes da publicação.