

TRATAMENTO CONSERVADOR DO PLASTRÃO APENDICULAR

CONSERVATIVE MANAGEMENT OF APPENDICEAL MASS

André Luiz Vianna, TCBC-DF¹
Paulo Mendelssonh Otero, TCBC-DF¹
Carlos Augusto Teixeira da Cruz, TCBC-DF²
Stenio Meirelles de Carvalho, TCBC-DF³
Paulo Gonçalves de Oliveira, TCBC-DF¹
Sinthia Maria Benigno Puttini⁴

RESUMO: Objetivo: O plastrão apendicular representa 6% dos casos de apendicite aguda e seu tratamento é controverso. O objetivo do presente estudo foi avaliar os resultados obtidos com o tratamento conservador do plastrão apendicular, instituído a partir de fevereiro de 1992. **Método:** Foram avaliados 36 pacientes com diagnóstico clínico, laboratorial e ultrassonográfico de plastrão apendicular atendidos no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário da Universidade de Brasília no período de 1992 a 2001. Os pacientes eram submetidos a tratamento com antibióticos e observação clínica da remissão dos sintomas. **Resultados:** O tratamento conservador foi efetivo em 33 pacientes (92%), com remissão dos sintomas e do tumor palpável, bem como da leucocitose. Após período médio de 11,5 semanas, os pacientes foram submetidos à apendicectomia eletiva e quatro pacientes apresentaram infecção superficial de sítio cirúrgico. A análise histopatológica revelou persistência do quadro agudo em sete pacientes (21%). **Conclusão:** O tratamento conservador do plastrão apendicular, seguido de apendicectomia eletiva mostrou-se efetivo na maioria dos pacientes, evitando as complicações graves da abordagem cirúrgica precoce.

Descritores: Apêndice; Apendicite; Doença aguda; Apendicectomia.

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda apresenta manifestações clínicas variadas, e a formação do plastrão apendicular indica que a infecção do apêndice foi bloqueada por processo inflamatório intenso, englobando alças intestinais, mesentério e epíplon, constituindo tumor palpável^{1,2}. Esta forma de apresentação não é freqüente, ocorre em 2 a 6% dos pacientes, e resulta de apendicite aguda com evolução insidiosa, que progride para infecção circunscrita pelas defesas peritoneais³⁻⁶.

O tratamento recomendado para a apendicite aguda é a apendicectomia imediata, com mortali-

dade de 0,1% na doença não complicada, e até 5% nos casos de doença generalizada³. As complicações pós-operatórias ocorrem em 10% a 48% dos casos, sendo comum infecção de ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula digestiva e obstrução intestinal⁷⁻¹⁰. Este elevado índice de complicações pode ser explicado, em parte, pela morbidade pós-operatória em pacientes operados na vigência do plastrão apendicular⁷⁻¹⁰.

O tratamento conservador do plastrão apendicular é uma alternativa ao tratamento cirúrgico, utilizando antibióticos e eventual drenagem de abscesso apendicular, com possibilidade de efetuar-se

1. Professor Adjunto de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da UnB.
2. Professor Adjunto de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da UnB; Chefe do Serviço de Cirurgia do Hospital Universitário de Brasília.
3. Médico da Secretaria Estadual de Saúde – DF; Mestre em Medicina.
4. Médica Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário da UnB.

Recebido em 08/05/2003

Aceito para publicação em 02/09/2003

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário da Universidade de Brasília (UnB) – DF.

apendicectomia após a remissão do quadro infeccioso, diminuindo, assim, a morbidade pós-operatória¹¹⁻¹³. Porém, outros estudos sugerem que o tratamento cirúrgico é seguro em qualquer fase de apendicite aguda, evitando nova internação para apendicectomia eletiva^{5,6}.

O objetivo do presente estudo foi avaliar os resultados do tratamento conservador do plastrão apendicular seguido de apendicectomia tardia, determinar a frequência e natureza de eventuais complicações, e avaliar as características histopatológicas do apêndice cecal.

MÉTODO

A partir de janeiro de 1992 foi instituído tratamento conservador para os pacientes com diagnóstico de plastrão apendicular, atendidos no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário da Universidade de Brasília.

O diagnóstico baseou-se na história clínica de apendicite aguda, tumor palpável em fossa ilíaca direita (FID), leucograma infeccioso e ultrassonografia abdominal com massa na FID de ecogenicidade mista e limites imprecisos.

O tratamento conservador constou de antibioticoterapia com espectro para bactérias Gram-negativas e anaeróbias por período mínimo de sete dias. Utilizou-se, gentamicina e metronidazol no período de janeiro de 1992 a novembro de 1998, e ceftriaxona associada ao metronidazol a partir desta data. Os pacientes permaneciam em jejum até a observação de boa evolução, que se caracterizava por diminuição dos sintomas, redução do tumor palpável e das alterações ultrassonográficas da FID. Aqueles que não apresentaram boa evolução com o tratamento clínico foram submetidos a operação de urgência.

Os pacientes que tiveram boa evolução receberam alta hospitalar, com acompanhamento ambulatorial. Após período de oito a 12 semanas, a apendicectomia eletiva foi realizada.

Os apêndices removidos foram examinados através de cortes histopatológicos corados pela hematoxilina-eosina e avaliados por patologista que desconhecia os dados clínicos dos pacientes.

RESULTADOS

Trinta e seis pacientes com diagnóstico inicial de plastrão apendicular, no período de janeiro de

1992 a dezembro de 2001, fizeram parte do presente estudo. Vinte e um pacientes (58%) eram do gênero feminino e a média de idade foi de 29 (\pm 17) anos.

A duração média dos sintomas antes da primeira internação foi de 10 (\pm 6) dias, sendo que nove pacientes (25%) apresentaram dor abdominal com duração de até cinco dias, nove apresentaram dor entre cinco e 10 dias, e 17 (50%) apresentaram dor abdominal com duração acima de 10 dias. As intercorrências clínicas e suas frequências são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Intercorrências clínicas mais comuns nos 36 pacientes submetidos ao tratamento conservador do plastrão apendicular.

Intercorrências clínicas	Frequência
Tumor palpável	35 (97%)
Náuseas e vômitos	26 (72%)
Febre	24 (67%)
Hiporexia	23 (64%)
Dor migratória p/ fossa ilíaca direita	22 (61%)
Alteração do hábito intestinal	20 (56%)
Tratamento prévio com antibióticos	12 (33%)
Episódio anterior de dor	9 (25%)

Os achados laboratoriais da admissão evidenciaram que oito pacientes (22%) não apresentavam leucocitose, 24 (67%) apresentavam leucocitose entre 10.000 e 20.000 células por mm³, e quatro (11%) apresentavam leucocitose acima de 20.000 células por mm³. O valor médio de leucócitos foi 14.100 células por mm³ (\pm 4.800). O exame sumário de urina revelou piúria em 10 pacientes (28%). A radiografia simples do abdome foi realizada em todos os pacientes: cinco (14%) apresentaram níveis hidro-aéreos em FID e dois (6%) apresentaram fecalitos em FID. A ultrassonografia abdominal definiu a presença de imagem de ecogenicidade mista na FID, medindo, em média, 7 cm em seu maior diâmetro, em todos os pacientes. Sete pacientes (20%) apresentavam abscesso localizado, drenado por via percutânea.

Após estabelecimento do diagnóstico de plastrão apendicular, os pacientes iniciaram antibioticoterapia com duração média de 10 (\pm 6) dias.

Três pacientes (8%) não evoluíram bem com o tratamento conservador, e persistiram com febre,

leucocitose e dor na FID. O exame do abdome e a ultrassonografia não mostravam redução do tumor inflamatório, e os pacientes foram submetidos à intervenção cirúrgica nas primeiras 48-72 horas de internação. Na evolução pós-operatória, um paciente apresentou pequeno abscesso intra-abdominal, que regrediu com antibioticoterapia.

O tratamento conservador foi bem sucedido em 33 pacientes (92%). A primeira internação durou, em média, oito (± 4) dias. Os pacientes foram submetidos à apendicectomia eletiva após período médio de 11,5 semanas. Um paciente não retornou para o acompanhamento ambulatorial, voltando ao hospital um ano após, com novo episódio de dor em FID e tumor palpável nesta região.

A apendicectomia tardia revelou apêndice edematoso em 21 pacientes (64%), perfurado e bloqueado em 10 (30%) e normal em dois (6%). O apêndice era de localização retrocecal em 10 pacientes (30%). A presença de processo inflamatório localizado foi detectado em nove casos (27%), não sendo necessário procedimento de drenagem.

No período pós-operatório, dos 33 pacientes submetidos a apendicectomia eletiva, cinco (15%) apresentaram complicações menores: quatro (12%) infecção de sítio cirúrgico e uma (3%) atelectasia pulmonar. A segunda internação durou, em média, quatro dias.

A análise histopatológica dos apêndices removidos revelou hiperplasia linfóide em quatro pacientes (12%), apendicite aguda em três (9%), apendicite crônica com microabscessos em quatro (12%) e apendicite crônica em fase de resolução em 22 (67%). Apendicite crônica era caracterizada pelo infiltrado de células mononucleares (macrófagos, linfócitos e plasmócitos), destruição tecidual e reparação tecidual com angiogênese e acúmulo de tecido conjuntivo cicatricial. A Tabela 2 mostra os achados macroscópicos e os microscópicos de acordo com o tempo decorrido do diagnóstico de plastrão apendicular até a apendicectomia.

DISCUSSÃO

O tratamento operatório para a apendicite aguda é universalmente aceito, porém o manejo do plastrão apendicular permanece controverso². Autores que defendem o tratamento conservador do plastrão apendicular referem que a apendicectomia imediata pode disseminar a infecção, então localizada, e propiciar aumento na incidência de fístulas intestinais e infecção de ferida^{1,2}. Além disso, o tumor inflamatório do apêndice pode ser confundido com um tumor maligno do ceco, e o paciente submetido a colectomia direita desnecessária⁷.

Alguns pacientes evoluem com dor abdominal por longo período e são admitidos com tumor pal-

Tabela 2 – Achados macroscópicos e microscópicos do apêndice em pacientes submetidos à apendicectomia tardia, divididos de acordo com o tempo decorrido do episódio de plastrão apendicular até a operação.

	Menos de 8 semanas	8 a 12 semanas	Mais de 12 semanas
Número de Pacientes	7 (21%)	14 (43%)	12 (36%)
Macroscopia	· Edematoso = 5 · Supurado = 2	· Edematoso = 11 · Gangrenoso = 2 · Normal = 1	· Edematoso = 7 · Gangrenoso = 2 · Supurado = 2 · Normal = 1
Microscopia	· Apendicite crônica = 6 · Apendicite com microabscesso = 1	· Apendicite crônica = 9 · Apendicite com microabscesso = 2 · Apendicite aguda = 1 · Hiperplasia linfóide = 2	· Apendicite crônica = 7 · Apendicite com microabscesso = 1 · Apendicite aguda = 2 · Hiperplasia linfóide = 2

pável na fossa ilíaca direita com diagnóstico clínico de plastrão apendicular⁷. Os exames complementares que auxiliam no diagnóstico são leucograma compatível com quadro infeccioso e ultrassonografia abdominal revelando massa de ecogenicidade mista na fossa ilíaca direita. No presente estudo, um paciente não apresentou tumoração palpável à admissão devido à obesidade mórbida, mas a ultrassonografia abdominal evidenciou alterações compatíveis com plastrão apendicular. Esta observação enfatiza a importância de tal exame no diagnóstico destes pacientes. Além disso, a ultrassonografia abdominal possibilita a identificação de abscessos e fornece orientações para a realização de drenagem percutânea⁵.

A evolução clínica dos pacientes submetidos ao tratamento conservador mostrou-se favorável em 92% dos casos, com normalização do leucograma, ausência de febre e regressão clínica e ecográfica do tumor inflamatório na fossa ilíaca direita. Relatos da literatura descrevem a regressão do tumor periapendicular em 70 a 95% dos pacientes submetidos ao tratamento conservador^{8,9}.

Evolução desfavorável com o tratamento conservador foi observada em três pacientes e caracterizou-se pela persistência do plastrão apendicular, leucocitose e febre. Nestes casos, foi indicado, então, o procedimento cirúrgico de urgência. A morbidade de 33% apresentada neste grupo de pacientes é comparável àquelas referidas por outras publicações^{8,12,13}.

O período médio entre a primeira e a segunda internações dos pacientes que foram submetidos à apendicectomia eletiva foi de 11,5 semanas, confor-

me programado inicialmente. Um paciente não seguiu a orientação de acompanhamento ambulatorial e apresentou novo episódio de plastrão apendicular um ano depois.

A indicação de apendicectomia retardada fundamenta-se na incerteza do diagnóstico etiológico e nos achados histopatológicos de infecção persistente do apêndice, mesmo transcorridos meses após o término do tratamento clínico. Observa-se, que mesmo após período superior a 12 semanas, alguns apêndices (21%) apresentaram persistência de infecção aguda, às vezes com microabscessos. Os resultados encontrados no presente trabalho, somados aos achados descritos por outros autores, favorecem a extirpação tardia do apêndice^{14,15}.

Diante dos bons resultados obtidos no presente estudo, os autores recomendam o tratamento conservador para o plastrão apendicular. A história clínica de apendicite com vários dias de evolução, o exame abdominal e a ultrassonografia com tumor na fossa ilíaca direita foram suficientes para o diagnóstico. Após 48-72 horas de tratamento com antibióticos, e drenagem de possíveis abscessos, espera-se franca remissão dos sintomas. Caso contrário, o procedimento cirúrgico está indicado por falha do tratamento conservador. Portanto, o tratamento clínico do plastrão apendicular, seguido da apendicectomia retardada, parece ser seguro e eficaz, e evita as desvantagens da abordagem cirúrgica inicial. A análise histopatológica após apendicectomia tardia demonstrou persistência da infecção e de resposta inflamatória em um grande número de pacientes.

ABSTRACT

Background: *Accute appendicitis is one of the most common causes of acute abdominal emergency. In 6% of these patients, appendiceal mass is palpable. The management of appendicitis with a palpable mass is controvertial. The present study analyses the results of conservative management of appendiceal mass in patients admitted at the University Hospital of Brasilia between 1992 and 2001. Methods:* *Thirty-six patients with clinical, laboratorial and sonography findings of appendiceal mass were evaluated and underwent conservative management based on therapy with intravenous antibiotics and close observation of appendiceal mass reduction. Results:* *The conservative management was successful in 33 patients (93%). Three patients failed to respond and underwent appendectomy. Elective appendectomy was performed after 11.5 weeks, with a complication rate of 12%. Histopathologic analysis showed persistent acute appendicitis in seven patients (21%). Conclusions:* *Conservative management of appendiceal mass followed by interval appendectomy seems to be safe and effective.*

Key Words: *Appendix; Appendicitis Acute disease; Appendectomy.*

REFERÊNCIAS

1. Condon RE, Telford G – “Apendicite”. In Sabiston DC (ed) - Tratado de Cirurgia. 14ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1993, pp. 837-849.
2. Gomez-Lorenzo E, Domínguez Sánchez J, Octavio de Toledo JM, et al. -Plaço apendicular: estudio comparativo de la apendicectomía de urgencia con el tratamiento conservador (195 casos). Rev Esp Enferm Apar Dig, 1987, 71(2): 151-155.
3. Santos Jr JCM, Matins Jr A, Féres O, et al. - Plaço apendicular: tratamento conservador com apendicectomia eletiva retardada. Rev Col Bras Cir, 1990, 17(4): 82-85.
4. Price MR, Haase GM, Sartorelli KH, et al. - Recurrent appendicitis after initial conservative management of appendiceal abscess. J Pediatr Surg, 1996, 31(2): 291-294.
5. Bagi P, Dueholm S. Nonoperative management of the ultrasonically evaluated appendiceal mass. Surgery, 1987, 101(5): 602-605.
6. Nitecki S, Assalia A, Schein M - Contemporary management of the appendiceal mass. Br J Surg, 1993, 80(1):18-20.
7. Refinetti RA, Santos EG - “Apendicite aguda”. In Vieira OM, Chaves CP, Manso JEF, et al (Eds) - Clínica cirúrgica 1 – Fundamentos teóricos e práticos. 1ª Edição. São Paulo. Editora Atheneu, 2000, pp. 513-518.
8. Vianna A, Barichello A, Mendelsson P, et al. - Apendicite aguda: 20 anos depois. Rev Bras Colo-Proctoc, 1992, 12(3): 77-82.
9. Janik JS, Ein SH, Shandling B, et al. - Nonsurgical management of appendiceal mass in late presenting children. J Pediatr Surg, 1980, 15(4): 574-576.
10. Bradley EL, Isaacs J - Appendiceal abscess revisited. Arch Surg, 1978, 113(2): 130-132.
11. Jordan JS, Kovalcik PJ, Schwab CW - Appendicitis with a palpable mass. Ann Surg, 1981, 193(2): 227-229.
12. Valiki C - Operative treatment of appendix mass. Am J Surg, 1976, 131(3): 312-314.
13. Migraine S, Atri M, Bret PM, et al. - Spontaneously resolving acute appendicitis: clinical and sonographic documentation. Radiology, 1997, 205(1): 55-58.
14. Mosegaard A, Nielsen OS - Interval appendectomy. A retrospective study. Acta Chir Scand, 1979, 145(2): 109-111.
15. Garg P, Dass BK, Bansal AR, et al. - Comparative evaluation of conservative management versus early surgical intervention in appendicular mass – a clinical study. J Indian Med Assoc, 1997, 95(6): 179-180.

Endereço para correspondência:

Dra. Sinthia Maria Benigno Puttini

SGAN 604 - Hospital Universitário de Brasília

Anexo III – Residência Médica – Quadra 10

70840-040 – Brasília – DF

E-mail: puttinismb@uol.com.br

Tels.: (61) 9971-9031 – (61) 448-5489