

# APENDICITE AGUDA GANGRENOSA PERFURADA COMPLICADA COM ABSCESSO ÍSQUIO-RETAL E DRENAGEM ESPONTÂNEA PELO RETO

*Acute gangrene perforated appendicitis with complicated ischio-rectal abscess and spontaneous drainage through the rectum*

Tiago Luiz **MIOLO**, Bruno Luiz **MIOLO**, Marília Simões **BIANCHINI**

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Sul Fluminense, Universidade Severino Sombra, Vassouras, RJ, Brasil.

## Correspondência:

Tiago Luiz Miolo, e-mail:tiago.miolo@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 13/05/2010

Aceito para publicação: 17/02/2011

## INTRODUÇÃO

A denominação "apendicite" é atribuída ao cirurgião-anatomista Reginald Fitz em 1886<sup>3</sup>. Foi também o primeiro a propor tratamento eminentemente cirúrgico, consistindo na retirada completa do apêndice inflamado o mais precocemente possível<sup>1</sup>. Data do século XVI a primeira menção do apêndice enegrecido e margeado por uma coleção purulenta ao qual denominou "peritiflite"<sup>2</sup>.

A infecção aguda é a mais frequente do apêndice vermiforme e a principal causa de operação abdominal de urgência. Foi responsável por altos níveis de mortalidade no passado, matando mais pessoas do que muitas outras doenças reunidas. No presente, apesar de todo progresso da medicina e da cirurgia em especial, ainda tem mortalidade de 2% quando não tratada<sup>3</sup>.

## RELATO DO CASO

Menor de 12 anos, estudante, negro procurou atendimento médico por queixa de dor abdominal iniciada há cerca de 12 dias. Relatava durante o período episódios de diarreia, náuseas e vômitos. O exame físico demonstrava dor, sinais de desidratação e febre (38°C). O exame abdominal tinha peristalse débil, tenso, doloroso à palpação superficial e profunda com sinais de peritonite difusa e presença de massa palpável em fossa ilíaca direita. Demais aparelhos e sistemas sem alterações. Os exames laboratoriais mostraram hematócrito de 30%, hemoglobina de 10, hematimetria de 3.64, contagem de leucócitos de 20.300 (segmentados: 85, bastonetes: 6, eosinófilos: 0,

linfócitos: 4, monócitos: 5). Exame radiológico mostrou níveis hidroaéreos em intestino delgado e cólon e apagamento de gordura pré-peritoneal (Figura 1).



FIGURA 1 - Radiografia simples de abdome evidenciando níveis hidroaéreos

Foi feita indicação de laparotomia exploradora e realizada operação com incisão infraumbilical mediana. O inventário da cavidade demonstrou presença de um volumoso abscesso pélvico associado à coleção purulenta livre além de uma lesão em expansão compatível com abscesso ísquio-retal. O apêndice vermiforme demonstrava áreas de gangrena e perfuração associado à uma lesão em serosa de jejuno terminal sugerindo isquemia. Realizada apendicectomia clássica seguida por irrigação copiosa da cavidade peritoneal com soro fisiológico morno e saneamento da topografia onde se localizava o abscesso ísquio-retal. Durante a operação observou-se a saída espontânea de coleção purulenta através do canal anal. Foi realizado então exame proctológico que evidenciou uma possível fístula entre o abscesso ísquio-retal e o reto sendo a responsável pela drenagem do material

purulento. Optou-se por confecção de sigmiodostomia em alça. O paciente apresentou boa evolução clínica no pós-operatório com ostomia funcionante a partir do 3º dia do pós-operatório, ferida operatória sem sinais de infecção, boa aceitação da dieta no 2º dia. Foi instituída antibioticoterapia com gentamicina e metronidazol durante seis dias. Obteve alta hospitalar em boas condições clínicas.

No quinto dia pós-alta, o paciente retornou ao pronto socorro apresentando dor abdominal associada à distensão e febre contínua não aferida sendo reinternado. A tomografia computadorizada de abdome e pelve revelou reformação de abscesso pélvico. Foi, então, submetido à raquianestesia e colocado em posição de litotomia. Procedeu-se a um novo toque retal onde foi identificado o orifício fistuloso previamente formado, drenando prontamente quantidade abundante de secreção purulenta. Permaneceu por mais nove dias internado

sem intercorrências, fazendo uso de ampicilina, metronidazol e gentamicina suspensos no sétimo dia de internação. Após oito meses em uso de colostomia em alça e evoluindo sem intercorrências clínicas ou cirúrgicas, foi reabordado cirurgicamente para decolostomia evoluindo satisfatoriamente no pós-operatório, tendo alta após três dias de internação hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. Aquino JLB, Cordeiro F, Toledo JC, Reis Neto JA. Avaliação clínica e terapêutica da apendicite aguda no paciente idoso. *Rev. Bras. Med.* 1999; 51(1-2): 12-13.
2. Netto AC. *Clínica cirúrgica*. 4ª ed., São Paulo, editora Sarvier 1988 reimpressão 1994 cap 51; vol. 4; págs de 514 a 522 .
3. Sabiston JR. *Tratado de cirurgia*. 17ª ed., Rio de Janeiro, editora Elsevier; vol II, editora elsevier, 2005; sessão 10 cap. 47.