

Corpo estranho como causa de apendicite

Foreign body as a cause of appendicitis

Rubem Alves da SILVA JÚNIOR*, Helisandro Montenegro BRANDÃO**, Thiago da Silveira PAIVA**,
Julio Francisco Azevêdo FLORES*** e Denise CAMELO***

Introdução

A apendicectomia continua sendo uma das intervenções mais realizadas pelo cirurgião geral. Nos EUA, são realizadas cerca de 550 mil apendicectomias/ano, sendo 54% dos casos por apendicite aguda.

A apendicite aguda, em sua forma clássica é facilmente diagnosticada, entretanto nas crianças, idosos e, principalmente, em mulheres jovens, o diagnóstico pode-se tornar difícil. Em serviços de referência, a exploração é negativa em cerca de 20% dos casos e, na mulher jovem essa falha pode chegar a 45% dos casos¹⁻⁵.

Corpos estranhos são causas pouco frequentes de apendicite. Renner et al⁶ afirmaram que a maioria dos corpos estranhos ingeridos são excretados sem incidentes. Esses evoluem mais comumente para apendicite, quando, apresentam características peculiares, como rígidos, finos, longos e de extremidades pontiagudas necessitando nessas situações, de manejo clínico e/ou cirúrgico peculiar.

Relato de caso

R.R.S., sexo masculino, 62 anos, natural e procedente do meio rural do interior do Estado do Amazonas, relata início

de quadro clínico há 5 meses, com dor em fossa ilíaca direita, evoluindo para dor abdominal difusa, bem como episódios de vômitos, febre e anorexia. Procurou, no mês de março de 2002, o Serviço de Cirurgia Geral ambulatorial onde foi submetido a exames laboratoriais e radiológicos. Os exames laboratoriais não caracterizaram inflamação ou infecção, contudo a radiografia simples do abdome,

indicou corpo estranho - anzol, em topografia fossa ilíaca direita (FIG. 1).

A análise do enema opaco foi sugestivo, de localização intra-apendicular (FIG. 2).



Figura 1. Radiografia simples de abdômen, evidenciando corpo estranho em fossa ilíaca direita

* Prof. Colaborador de Depto. Clínica Cirúrgica - ICSUBAM, Oeste da Grunja

** Residente do Serviço de Cirurgia Geral, HUGA/UFAM, ICBC

*** Acadêmica de Medicina, - UFAM



Figura 2. Enema opaco sugerindo localização do anzol em região intrapendicular

No intra-operatório, foi evidenciado, apêndice edemaciado, aumento de volume, com sua luz preenchida por fecalito e anzol de aproximadamente 3 cm, sem perfuração (FIG. 3 e 4). A histopatologia relata ectasia luminal, infiltrado eosinofílico em mucosa e submucosa e ausência de malignidade;



Figura 3. Apêndice cecal com inflamação crônica e anzol em sua luz.



Figura 4. Apêndice cecal com anzol retirado, mostrando com detalhes o fecalito a seu redor.

Discussão

Apendicite e suas complicações constituem um problema comum, afetando diversas faixas etárias. Nos dias atuais, a presença de corpo estranho em apêndice é estimada em 0,005%, causando, comumente, perfuração e inflamação os objetos longos e pontiagudos, sendo a maioria desses radiopacos^{5,6,7,8}.

A literatura relata que em dez anos de experiência, 101 pacientes ingeriram corpos estranhos, de idades variáveis entre 9 meses a 87 anos de idade, revelaram que 46% tiveram passagem espontânea do corpo estranho. A remoção do corpo estranho por meios endoscópicos foi realizada em 43% e a operação foi requerida em apenas 12%. Se o corpo estranho atingisse o estômago, 80% desses passavam subsequentemente, enquanto 20% eram submetidos à endoscopia ou à cirurgia para remoção. Os corpos estranhos mais comuns são moedas (15%) ou ossos (15%)^{9,10}.

Estudo em 71.000 casos de apendicite, realizado por Collins, mostrou que 36.777 (51,8%) constava um corpo estranho, 32.850 desses eram fecalito ou vermes parasitas; 3.927 (5,5%) eram "corpos estranhos incomuns". Muitos destes corpos estranhos resultavam em obstrução da apêndice e, subsequentemente, apendicite^{11,12}.

Klingler et al⁷ relataram um caso de ingestão de prótese dentária de um homem de 70 anos, alcançando a luz apendicular, com insucesso durante a colonoscopia para retirada do corpo estranho, sendo indicado procedimento cirúrgico⁷.

O anzol apresenta grandes riscos de perfuração da parede apendicular pela colonoscopia, sendo, neste caso, a indicação precoce da retirada por meio cirúrgico^{7,13}.

O manejo clínico no paciente após ingestão de corpo estranho segue as seguintes linhas gerais: endoscopia digestiva alta, sem resolução, efetua-se a radiografia seriada para acompanhamento da excreção; em caso de

impactação em topografia de quadrante inferior direito, realiza-se colonoscopia, caso não haja resolução, procede-se ao tratamento cirúrgico convencional ou laparoscópico^{7,10}.

Abstract - Appendectomy continues to be one of the most common interventions in General Surgery. In opposite, foreign bodies are responsible for a small number of appendicitis. The authors report a case of chronic appendicitis, caused by a fishing hook, in a man of 62 years of age, with a 5 months evolution, with diffuse abdominal pain, followed by fever, nausea, vomits and anorexy. The simple abdominal x ray evidenced foreign body (hook) in the lower right quadrant topography, following opaque enema that suggested intra-appendicular localization, not being indicated colonoscopy and carried through conventional appendectomy in which was observed the hook involved by fecalito. Management and indication for surgery of foreign bodies in the appendix are discussed.

Descriptors: Appendicitis; appendectomy; foreign bodies.

Referências

1. PAUL G, BUYSSCHAERT M, DeCANNERE I, TRIGAUD JP, DOUCKIER J, COCHE E. Liver abscess and appendicular foreign body. **Gastroenterol Clin Biol**, 15:762-5, 1991.
2. BOULMONT M, FARRAN M, DEBAIZE JP. Appendicite aiguë sur corps étranger. **Rev Med Brux**, 16:135-6, 1995.
3. ABBEY RK, GUPTA R, SHARMA RK, SOOD PC. Acute appendicitis: an usual cause. **Indian J Med Sci**, 53: 108-10 1999.
4. RENNERT K, HOLZER B, HOCHWARTER G, WEISHBECK E, SCHIESSEL R. Needle perforation of the appendix. **Dig Surg**, 17: 413-4, 2000.
5. KLINGLER PJ, SMITH SL, ABENDSTERN BJ, BRENNER E, HINDER RA. Management of ingested foreign bodies within the appendix: a case report with review of the literature. **Am J Gastroenterol**, v.92: 2295-8, 1997.
6. BROOKES MJ. Coin ingestion, an unexpected finding at colonoscopy: Case report. **Medscape General Medicine**, 2003, v. 5.
7. KLINGLER PJ, SEEJIG MH, DeVAULT KR, WESTSCHERGER J, FLOCCI NR, BRANTON SA, HINDER RA. Ingested foreign bodies within the appendix: A 100 year review of literature. **Dig Dis**, 16: 308-14, 1998.
8. LARSEN A, BLANTOM RH. Appendicitis due to bird shot ingestion: a case study. **Am Surg**, 66:589-91, 2000.
9. SUKHOTNIK L, KLIN B, SIPLOVICH I. Foreign-body appendicitis. **J Pediatr Surg**, 30:1515-6, 1995.
10. MILLER GG, FRASER GC, JEVON G. Pilonidal appendicitis or the hair of the dog: an unusual case of foreign body perforation of the appendix. **J Pediatr Surg**, 31: 703, 1996.
11. CONTI F, GENTILI S, MAURI A. Decubito da corpo estraneo non causa di appendicite acuta. **Minerva Chir**, 48:713-6, 1993.
12. HORBY-PETERSEN J, KRISTIANSEN T, JELNES R. Acute appendicitis caused by metallic foreign body (bullet). Case Report. **Acta Chir Scand**, 153: 697-8, 1987.

13. THOMSEN L, APPLETON SS, ENGSTROM HI. Appendicitis induced by an endodontic file. **Gen Dent**, 37: 50-1, 1999.
14. LOSANOFF JE, JONES JW, RICHMAN BW. Acute appendicitis resulting from intraluminal shotgun pellets. **J ANZ Surg**, 72: 168, 2002.

Correspondência para:

Dr. Rubem Alves da Silva Júnior
Serviço de Clínica Cirúrgica - HUGV
Rua Apuriná, 4, Praça 14
69020-170 - Manaus-AM