

APENDICOLITO GIGANTE VERSUS ÍLEO BILIAR: CONFUSÃO DIAGNÓSTICA

GIANT APPENDICOLITH VERSUS GALLSTONE ILEUS: DIAGNOSTIC PUZZLE

Camila Horr Zaki, AsCBC-RS¹; João Victor Vecchi Ferri¹; Lucas Kreutz Rodrigues¹; André Ricardo Pereira da Rosa, TCBC-RS¹.

RESUMO

A apendicite aguda é causa comum de abdome agudo, acometendo até 7% da população mundial. No interior do apêndice podem se formar estruturas calcificadas conhecidas como apendicolitos, compostos de fezes endurecidas e depósito mineral que, quando presentes em casos de apendicite, se associam a maior índice de perfuração e de formação de abscessos. Os apendicolitos maiores de 2 cm são extremamente raros. Apresentamos o caso de um paciente portador de apendicite aguda com apendicolito gigante.

Descritores: Apendicite. Abdome Agudo. Appendicectomy. Cálculos Biliares.

ABSTRACT

Acute appendicitis is a common cause of acute abdomen, affecting up to 7% of the world population. Within the appendix, calcified structures known as appendicoliths, hardened fecal compounds and mineral deposits, can be formed which, when present in cases of appendicitis, are associated with a higher rate of perforation and abscess formation. Appendicoliths larger than 2 cm are extremely rare. We present the case of a patient with acute appendicitis with giant appendicolith.

Keywords: Appendicitis. Abdomen, Acute. Appendectomy. Gallstones.

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é causa comum de abdome agudo, acometendo até 7% da população mundial. No interior do apêndice podem se formar estruturas calcificadas conhecidas como apendicolitos, compostos de fezes endurecidas e depósito mineral, que não necessariamente levam à apendicite aguda. Todavia, quando presentes em casos de apendicite, têm maior relação com perfuração e formação de abscesso. Por sua vez, apendicolitos maiores de 2 cm são extremamente raros¹, fato que motivou a apresentação deste caso de apendicite aguda com apendicolito gigante.

RELATO DO CASO

Paciente de 25 anos de idade, masculino, foi atendido no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em março de 2017 com dor epigástrica há quatro dias associada a náuseas e vômitos. Negava febre ou hematúria. Apresentava história médica de litíase renal assintomática e de sequelas motoras e cognitivas de paralisia cerebral. Ao exame admissional, apresentava taquipneia, taquicardia, abdome distendido e doloroso à palpação, principalmente em flanco esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal. Com a hipó-

tese diagnóstica inicial de ureterolitíase foram solicitados exames laboratoriais, ecografia de aparelho urinário e radiografia de abdome, que revelaram leucocitose (21.870 leucócitos), sem desvio à esquerda, e elevação significativa da proteína C-reativa. Ecografia evidenciou cálculo de 8 mm no polo inferior de rim esquerdo, não obstrutivo. Na radiografia de abdome (Figura 1) foram observadas, na topografia da vesícula biliar, estrutura calcificada, medindo 2,7 x 2,0 cm e na fossa ilíaca direita outra estrutura radiopaca medindo 2,6 x 2,2 cm. Diante do quadro clínico apresentado e dos resultados dos exames laboratoriais e de imagem, foi levantada a hipótese de íleo biliar. Devido à dor e à distensão abdominal persistentes, refratárias às medidas clínicas, foi solicitada tomografia computadorizada do abdome (TC) para melhor elucidação diagnóstica, que demonstrou sinais de apendicite aguda, com presença de processo inflamatório adjacente ao apêndice cecal determinando sub-oclusão intestinal e, notadamente, um volumoso apendicolito (Figura 2). Foi realizada appendicectomy através de incisão de Rockey-Davis e identificada perfuração da base do apêndice com volumoso apendicolito em seu interior. O paciente

¹Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Departamento de Cirurgia Geral, Porto Alegre, RS, Brasil.

apresentou boa evolução pós-operatória, com alta hospitalar após cinco dias.



Figura 1. Radiografia de abdome: cálculos de 2,6 cm em fossa ilíaca direita e de 2,7 cm em hipocôndrio direito.



Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome: inflamação periapendicular e apendicolito de 26 mm.

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes com apendicolitos, presentes em 3% da população geral, são assintomáticos. Sua presença não é indicativa de apendicite aguda. Porém, quando associados à apendicite aguda (10% dos casos), apresentam maior relação com complicações, como perfuração e formação de abscesso. Já os apendicolitos gigantes, considerados maiores de 2 cm, são

raros e podem estar relacionados à dor abdominal crônica^{1,2}. Acredita-se que a relação fisiopatológica entre apendicolito e inflamação do apêndice se dê pela obstrução do seu lúmen, causando secreção continuada de muco, congestão venosa, supercrescimento bacteriano, isquemia do órgão e potencial perfuração³. A obstrução de sua luz é mais comum em crianças e adultos jovens, estando possivelmente relacionada à dieta pobre em fibras.

A identificação de um apendicolito na radiografia de abdome em paciente com suspeita de apendicite aguda confirma o diagnóstico em 70% dos casos. A TC de abdome é mais sensível para o diagnóstico, detectando inclusive os apendicolitos não calcificados, aumentando em 90% a probabilidade da doença com 50% de chance de perfuração². Esse relato de caso foi motivado não só pelo tamanho incomum do apendicolito, mas também pela potencial dificuldade diagnóstica em pacientes com colelitíase associada e quadro de oclusão intestinal. A presença do cálculo no interior do apêndice cecal e sua configuração, observadas na tomografia, caracterizam um apendicolito. É importante lembrar que não havia fistula entre o trato biliar e o trato gastrointestinal. No entanto, cálculos biliares podem ser causa de apendicite complicada, como no caso de um bloqueio a base do apêndice cecal. Estes cálculos podem ser confundidos com apendicolitos⁴. No entanto, o íleo biliar ocorre predominantemente em mulheres e idosos (> 60 anos), na proporção de 4,5:1⁵. De acordo com a revisão retrospectiva de Imran *et al.*⁶, a presença do apendicolito aumenta significativamente a chance de apendicite complicada.

Dessa forma, deve ser lembrado que os apendicolitos, além de comuns e assintomáticos, podem estar associados à apendicite complicada, com necessidade de conduta célere a fim de evitar complicações potencialmente graves.

REFERÊNCIAS

1. Singhal S, Singhal A, Mahajan H, Prakash B, Kapur S, Arora PK, et al. Giant appendicolith: rare finding in a common ailment. *J Minim Access Surg.* 2016;12(2):170-2.
2. Scroggie DL, Al-Whouhayb M. Asymptomatic giant appendicolith managed conservatively. *J Surg Case Rep.* 2015;2015(11): pii: rjv149.

3. Townsend CM Jr., Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editors. Sabiston Textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016.
4. Cruz-Santiago J, Briceño-Sáenz G, García-Álvarez J, Beristain-Hernández JL. Gallstone ileus presenting as obstructive gangrenous appendicitis. Rev Esp Enferm Dig. 2017;109(2):150-1.
5. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. World J Surg. 2007;31(6):1292-7.
6. Imran JB, Mandni TD, Minshall CT, Mokdad AA, Subramanian M, Clark AT, et al. Predictors of a histopathologic diagnosis of complicated appendicitis. J Surg Res. 2017;214:197-202.

Endereço para correspondência:

João Victor Vecchi Ferri

E-mail: camilazaki@hotmail.com
jvfv17@gmail.com