

APENDICITE CRÔNICA POR INGESTÃO DE PROJÉTIL DE CHUMBO: UMA CAUSA INUSITADA DE DOR ABDOMINAL

CHRONIC APPENDICITIS DUE TO INGESTION OF LEAD PROJECTILE: AN UNUSUAL CAUSE OF ABDOMINAL PAIN

Carlos Magno Queiroz da Cunha¹; Rafael da Silva Cunha²; Giovanni Troiani Neto¹; Antonio Gláucio de Sousa Nóbrega, ACBC-CE²; Paulo Marcos Lopes².

RESUMO

A apendicite crônica é uma entidade rara, além de ser repleta de controvérsias até os dias atuais. Representa 5% das apendicectomias realizadas, e a maioria dos pacientes possui sintomas atípicos. Relatamos caso de mulher de 19 anos, com dor abdominal crônica na fossa ilíaca direita e febre, onde os exames radiológicos demonstravam corpo estranho de densidade metálica na projeção do íleo terminal, porém com colonoscopia não elucidativa. A paciente foi submetida à laparotomia, com achado de projétil de chumbo impactado na luz apendicular. Reconhecemos no caso uma oportunidade para a discussão do diagnóstico diferencial da dor abdominal, já que a demora na elucidação e no tratamento da apendicite crônica pode levar a um desfecho trágico.

Descritores: Apendicite. Dor abdominal. Abdome Agudo. Armas. Reação a Corpo Estranho.

ABSTRACT

Chronic appendicitis is a rare entity, as well as being filled with controversy to this day. It represents 5% of the appendectomies performed, and most patients have atypical symptoms. We report a case of a 19-year-old woman with chronic abdominal pain in the right iliac fossa and fever, where the radiological exams showed a foreign body of metallic density in the projection of the terminal ileum, but with non-elucidative colonoscopy. The patient underwent a laparotomy, with the finding of an impacted lead projectile in the appendicular lumen. We recognize in this case an opportunity to discuss the differential diagnosis of abdominal pain, since delays in the elucidation and treatment of chronic appendicitis can lead to a tragic outcome.

Keywords: Appendicitis. Abdominal Pain. Abdomen, Acute. Weapons. Foreign-Body Reaction.

INTRODUÇÃO

A inflamação do apêndice cecal é a causa mais comum de abdome agudo, e suas propedêutica e terapêutica são amplamente conhecidas dentro da comunidade médica, porém a apendicite de apresentação crônica representa uma entidade pouco prevalente, além de ser repleta de controvérsias e polêmicas até os dias atuais^{1,3}.

Apendicites crônicas representam 5% das apendicectomias realizadas, e a maioria desses pacientes possuem sintomas atípicos¹. Histologicamente, ela é caracterizada pela presença de linfócitos e eosinófilos dentro da parede celular.¹

Com fisiopatologia e conduta ainda controversas, a apendicite crônica tem como teorias mais aceitas a obstrução parcial, porém persistente, da luz apendicular e a produção excessiva de muco, com acúmulo no apêndice cecal^{1,2}.

As causas mais prevalentes que ocasionam a obstrução parcial ou transitória do apêndice cecal são semelhantes àquelas já conhecidas de apendicite aguda, incluindo fecalitos, hiperplasia linfoide, corpos estranhos e neoplasias^{3,4}. Já os projéteis, como o deste caso relatado, são um raro motivo de obstrução do lúmen apendicular, representando cerca de 0,005% desses casos⁵.

É importante ressaltar que, quando ingeridos, a maioria dos corpos estranhos passam pelo trato gastrointestinal sem intercorrências, ficando o tratamento cirúrgico reservado para apenas 1% dessa população^{5,6}.

RELATO DO CASO

Paciente de 19 anos, sexo feminino, procurou ambulatório de Cirurgia Geral apresentando dor abdominal há dois meses. Relatou que, no início do quadro, a dor

¹ Universidade de Fortaleza, Curso de Medicina, Fortaleza, CE, Brasil.

² Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, Serviço de Cirurgia Geral, Fortaleza, CE, Brasil.

na fossa ilíaca direita era associada a náuseas, vômitos, diarreia e febre diária (temperatura máxima de 38°C). Nega dor abdominal, febre, alterações do hábito intestinal ou quaisquer queixas antes do início do quadro. Após 10 dias, a dor e febre persistiram, porém com melhora dos outros sintomas.

Negava alterações no ciclo menstrual, corrimento, dispareunia, alterações urinárias, histórico de neoplasias na família, comorbidades ou cirurgias prévias. Ao exame físico, apresentava dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, sem defesa abdominal ou piora da dor à descompressão brusca.

Realizou rotina radiológica para abdome agudo (Figura 1A) que evidenciou a presença de imagem radiopaca na topografia do quadrante inferior direito. Quando questionada sobre a ingestão de objetos ou quaisquer corpos estranhos, a paciente negou. Porém relatou que seu pai era caçador esportivo de animais silvestres, os quais levavam eventualmente para alimentação da família.



Figura 1. A: Radiografia abdominal evidenciando objeto radiopaco em quadrante inferior direito.

Foi internada para investigação diagnóstica, sendo realizados exames laboratoriais gerais, incluindo nível sérico de chumbo, com resultados normais. Tomografia computadorizada de abdome com contraste (Figura 1B) identificou corpo estranho na projeção do íleo terminal, com densidade metálica, medindo 9x6mm. Também foi realizada colonoscopia, com achado de ileíte terminal leve, edematosa, sem outras anormalidades.

Assintomática, a paciente recebeu alta. No entanto, após um mês, procurou

emergência cirúrgica com dor abdominal semelhante à descrita acima, sendo submetida à laparotomia mediana infraumbilical, onde foi identificada protrusão na parede do apêndice cecal.

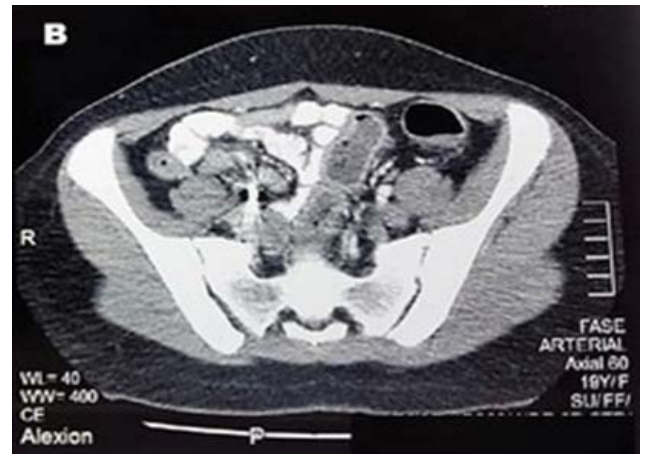


Figura 1. B: Tomografia computadorizada apresentando corpo estranho (9x6mm) no íleo terminal, com densidade metálica.

Realizada apendicectomia, identificou-se macroscopicamente projétil de chumbo (Figura 2), e no histopatológico, processo inflamatório crônico, com hiperplasia linfóide folicular, eosinófilos em perimeio e congestão vascular. Após dois meses da cirurgia, a paciente apresenta-se assintomática.

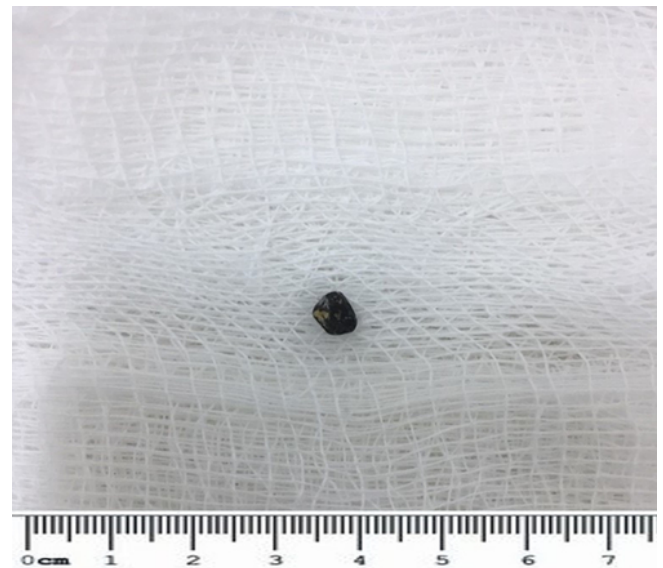


Figura 2. Projétil retirado do apêndice cecal (gaze ao fundo).

DISCUSSÃO

A abordagem terapêutica da apendicite crônica, diferentemente de sua apresentação aguda, aquela não corresponde obrigatoriamente a uma urgência cirúrgica,

podendo ser tratada muitas vezes com o uso de antibioticoterapia, analgésicos, anti-térmicos e anti-inflamatórios^{2,7,8}. Porém, apesar da eventual melhora das condições clínicas com a abordagem conservadora, esses pacientes podem voltar a apresentar dor abdominal de mesma causa, o que provavelmente possa ter ocorrido com a paciente do caso, visto que já havia sido avaliada por outros serviços e profissionais os quais adotaram tais medidas de maneira empírica com controle apenas parcial dos sintomas.

Ressalta-se que, quando o diagnóstico é tardio ou equivocado, essa afecção pode levar a complicações e desfechos negativos ao paciente de forma semelhante ao quadro de caráter agudo (abscessos, perfuração de alça e peritonite localizada ou difusa)⁶.

Quando a apendicite crônica ocorre por corpo estranho, deve-se tentar a retirada deste por colonoscopia. Não havendo sucesso na alternativa endoscópica, indica-se a apendicectomia laparoscópica, podendo-se optar também pela via laparotômica caso não seja possível realizar a videocirurgia devido à falta de recursos materiais ou pela topografia apresentada nos exames de imagem⁶⁻⁸.

No presente caso, a paciente permaneceu dois meses com o quadro de dor abdominal sem diagnóstico definido devido à ausência de sintomas clássicos de obstrução do lúmen apendicular e de achados típicos em exames complementares, podendo a paciente ter evoluído com complicações secundárias ao atraso na definição da etiologia da dor e da tomada de terapêutica adequada. Diante disso, nosso relato busca chamar a atenção para potenciais negligências diagnósticas que podem ocasionar complicações evitáveis quando se executa a terapêutica adequada em tempo hábil, devendo sempre se lembrar das condições menos prevalentes como o do relato em questão, mas que podem culminar em desfechos desfavoráveis se desconhecidas ou menosprezadas durante a propedêutica desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Kothadia JP, Katz S, Ginzburg L. Chronic appendicitis: uncommon cause of chronic abdominal pain. *Therap Adv Gastroenterol*. 2015;8(3):160-2.
2. Whorwell PJ. The continuing dilemma of chronic appendicitis. *Therap Adv Gastroenterol*. 2015;8(3):112-3.
3. Cunha CMQ, Troiani Neto G, Brasil AC, Menezes FJC, Brilhante AVM, Reinaldo RRP. Correlation of clinical data and the Alvarado's Score as predictors of acute appendicitis. *J Coloproctol (Rio J)*. 2018;38(2):95-8.
4. Gonçalves EL, Almeida FML, Cunha CMQ, Cavalcante JSVN, Simões MFJ. Torção anexial por cisto dermoide como diferencial de apendicite aguda. *Relatos Casos Cir*. 2016;4(4):1-2.
5. Nagem RG. An unexpected cause of gastric submucosal lesion. *Einstein*. 2017;15(1):112-3.
6. Shah SS, Gaffney RR, Dykes TM, Goldstein JP. Chronic appendicitis: an often forgotten cause of recurrent abdominal pain. *Am J Med*. 2013;126(1):e7-8.
7. Antonacci N, Labombarda M, Ricci C, Buscemi S, Casadei R, Minni F. A bizarre foreign body in the appendix: A case report. *World J Gastrointest Surg*. 2013;5(6):195-8.
8. Ozkan OV, Muderris V, Altintoprak F, Yagmurkaya O, Yalkin O, Celebi F. An unusual cause of abdominal pain: three lead pellets within the appendix vermiformis. *Case Rep Surg*. 2015;2015:496372.

Recebido em: 15/08/2018

Aceito para publicação: 20/08/2018

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

Carlos Magno Queiroz da Cunha

E-mail: carlosmagnoqc@gmail.com