

## PSEUDOAPENDICITE AGUDA POR *YERSINIA PSEUDOTUBERCULOSIS*

### ACUTE PSEUDOAPPENDICITIS BY *YERSINIA PSEUDOTUBERCULOSIS*

Bruno Amantini Messias, TCBC-SP<sup>1</sup>; Jaques Waisberg, TCBC-SP<sup>2</sup>; Érica Rossi Mocchetti<sup>3</sup>; Thaís Montero<sup>3</sup>.

#### RESUMO

A apendicite aguda é a afecção cirúrgica mais comum nos serviços de urgência. Acomete principalmente paciente jovem e apresenta baixa taxa de mortalidade em casos não complicados. Seu diagnóstico continua desafiador devido à ampla variedade de apresentações. Nesse artigo, relatamos um caso raro de pseudoapendicite por *Yersinia pseudotuberculosis* em um paciente jovem que foi submetido a tratamento cirúrgico por apendicite aguda.

**Descritores:** Apendicite. *Yersinia pseudotuberculosis*. Apendicectomia. Diagnóstico Diferencial.

#### ABSTRACT

Acute appendicitis is the most common surgical condition in emergency services. It mainly affects young patient and presents low mortality rate in uncomplicated cases. The diagnosis remains a challenging due the wide variety of presentations. In this article we report a rare case of pseudoappendicitis by *Yersinia pseudotuberculosis* in a young patient who underwent surgical treatment for acute appendicitis.

**Keywords:** Appendicitis. *Yersinia pseudotuberculosis*. Appendectomy. Diagnosis, Differential.

#### INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é a emergência cirúrgica mais atendida nos setores de urgência dos hospitais<sup>1</sup>. É uma afecção típica dos adolescentes e adultos jovens, e incomum após os 50 anos<sup>2</sup>.

Apresenta taxa de mortalidade global em torno de 0,7%, variando de 0,5% em pacientes com apendicite não complicada até 2,5% em pacientes com perfuração do apêndice<sup>1,3</sup>.

Esse trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente jovem com apendicite aguda por *Yersinia pseudotuberculosis*, uma associação extremamente rara e pouco relatada na literatura.

#### RELATO DO CASO

Paciente masculino, 19 anos, deu entrada no pronto socorro do Hospital Geral de Carapicuíba com queixa de dor periumbilical há quatro dias com migração para fossa ilíaca direita associada a episódio de fezes escurecidas. Negava febre e outros sintomas associados. Previamente hígido, sem história de cirurgias anteriores,

relatava que trabalhava em uma rede de *Fast Food* e apresentava maus hábitos de higiene (2 a 3 banhos semanais, não higienização das mãos tanto no trabalho como no domicílio e precária condição sanitária domiciliar). Ao exame físico apresentava dor e plastrão palpável em fossa ilíaca direita com manobra de descompressão brusca positiva.

Realizado exames laboratoriais e de imagem. O leucograma evidenciou leucocitose (10,2/mm<sup>3</sup>) com desvio à esquerda, proteína C reativa de 16 mg/L e a ultrasonografia de abdômen foi sugestiva de apendicite aguda. Com base nesses achados, foi optado pela indicação da cirurgia.

Durante o procedimento foi identificado tumorção endurecida em região do ceco com áreas de necrose e intenso bloqueio de alças intestinais, além da presença de abscesso bloqueado pericecal, não sendo possível a identificação do apêndice cecal. Optado por conversão para laparotomia mediana com incisão supra e infra-umbilical. No inventário da cavidade observou-se tumorção próxima à válvula íleo-

<sup>1</sup> Hospital Geral de Carapicuíba, Serviço de Cirurgia Geral, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> IAMSPE, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Centro Universitário São Camilo, Curso de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

cecal e presença de divertículo de Meckel sem sinais inflamatórios. Devido aos achados intraoperatório, foi optado pela realização de colectomia direita com anastomose íleo-transverso grampeada látero-lateral.

Durante o pós-operatório, o paciente evoluiu sem intercorrências. O anatomopatológico apontou intenso edema de parede, congestão vascular e serosite fibrinoleucocitária em segmento de íleo terminal e cólon; apendicite granulomatosa agudizada e perforada e linfadenite granulomatosa, com aspecto histológico compatível com infecção por *Yersinia pseudotuberculosis*.

## DISCUSSÃO

A apendicite aguda foi citada inicialmente em 1711, quando o cirurgião alemão Lorenz Heister descreveu um caso de apendicite em uma necropsia. A primeira apendicectomia foi realizada por Claudius Amyand em 1735 e o termo apendicite só foi definido em 1886 pelo professor de Harvard Reginald Fitz<sup>2</sup>.

Sua apresentação clínica é bastante variada e o sintoma clássico de dor abdominal migratória para a fossa ilíaca direita ocorre em apenas 50 a 60% dos pacientes. Além da dor abdominal, náuseas, vômitos, hiporexia e febre são sintomas geralmente relatados<sup>2,4</sup>. Seu diagnóstico é clínico, baseado na história e no exame físico. Exames laboratoriais estão indicados na avaliação de pacientes graves e com comprometimento sistêmico, sendo a leucocitose (contagem de células brancas do sangue > 10.000 células/mm<sup>3</sup>) um achado presente na maioria dos pacientes<sup>5</sup>.

O diagnóstico tardio influencia desfavoravelmente no desfecho dos pacientes<sup>2,3</sup>, uma vez que as taxas de complicações podem chegar a 30% nas apendicectomias complicadas<sup>1</sup>. Esse atraso no diagnóstico pode levar ao desenvolvimento de complicações como massa inflamatória periapendicular em até 10% dos casos e perfuração em 20% dos casos<sup>3</sup>. Essa apresentação é mais frequente nas evoluções superiores a 24 horas<sup>1</sup>, como no relato descrito.

A massa inflamatória apendicular é definida como um bloqueio do epíplon as alças de delgado, peritônio parietal e até mesmo outras vísceras, originando um pseudotumor (Figura 1). Nesses casos, o hábito intestinal permanece inalterado na maioria dos pacientes<sup>3,6</sup>. O achado de massa palpável em fossa ilíaca direita também deve

levantar suspeita para outras patologias, que podem cursar com este tipo de achado no exame físico, como as neoplasias de apêndice, doença inflamatória intestinal ou tuberculose intestinal<sup>3</sup>.



Figura 1. Imagem tomográfica em corte axial apresentando nas setas imagem de massa inflamatória apendicular.

No caso de dúvida diagnóstica, exames de imagem como ultrassonografia e tomografia computadorizada podem ser empregados. A tomografia computadorizada ainda continua sendo o principal exame utilizado para confirmar o diagnóstico de apendicite aguda<sup>1,3</sup>.

O tratamento cirúrgico da apendicite aguda continua sendo o padrão ouro<sup>1,2</sup>, entretanto, apesar de várias controvérsias na literatura, o manejo não operatório apenas com uso de antibióticos vem sendo cada vez mais empregado<sup>1</sup>. O tratamento da apendicite pseudotumoral ular é bastante controverso. Três opções terapêuticas são descritas na literatura: tratamento conservador, tratamento conservador seguido de cirurgia eletiva e abordagem cirúrgica imediata. É prudente avaliar as comorbidades associadas, estado clínico e faixa etária antes de definir a conduta a ser seguida<sup>3,6</sup>.

O tratamento conservador consiste em internação, antibioticoterapia de amplo espectro e hidratação endovenosa. Prossegue-se a apendicectomia eletiva após melhora clínica e redução do processo inflamatório. Esta opção terapêutica promove um tempo cirúrgico menos traumático e reduz as complicações. O tratamento totalmente conservador é indicado para pacientes jovens e sem comorbidades. Por outro lado, nesse tipo de abordagem a recorrência

da apendicite não é desprezível, além de não permitir o diagnóstico diferencial com outras patologias<sup>6</sup>.

A abordagem cirúrgica imediata é o método mais utilizado na prática médica e tem como vantagem a eliminação da recorrência da doença e diagnóstico precoce de outras patologias. Entretanto, há uma maior probabilidade de disseminação da infecção e formação de fistula intestinal. Nesse tipo de abordagem pode-se confundir o processo inflamatório apendicular com tumor de cólon direito e elevar dessa maneira o risco de uma colectomia direita desnecessária<sup>6</sup>.

Neste caso descrito, após identificação intraoperatória de um tumor apendicular, foi optado pelo tratamento cirúrgico imediato e a realização de colectomia direita com anastomose primária. A análise anatomopatológica, como referida anteriormente, apontou apendicite granulomatosa agudizada e perfurada com aspecto histológico compatível com infecção por *Yersinia pseudotuberculosis*.

A *Yersinia pseudotuberculosis* é uma enterobactéria gram-negativa<sup>7</sup> que foi descrita pela primeira vez em 1883 e denominada bacilo da tuberculose zooglea. Só em 1965 recebeu a atual denominação<sup>9</sup>. É transmitida principalmente através de alimentos frescos e da água contaminada por fezes de animais que pode ser diretamente consumida ou utilizada para irrigação de plantações<sup>8</sup>. Poucos países realizam vigilância nacional para infecções dessa bactéria e sua epidemiologia ainda é pouco conhecida. A *Yersinia pseudotuberculosis* é considerada um patógeno alimentar, entretanto, essa associação ainda não está bem esclarecida. A alface foi um dos primeiros alimentos relacionados com essa infecção<sup>8</sup>. Nosso paciente trabalhava em uma rede de *fast-food* e era responsável pela manipulação alimentar. Essa infecção poderia estar relacionada com sua atividade laboral.

A disseminação ocorre através dos linfonodos mesentéricos e placas de Peyer<sup>7</sup> promovendo infecções gastrointestinais caracterizadas por febre e dor abdominal<sup>8</sup>. A yersiniose aguda geralmente se apresenta como pseudoapendicite em pacientes acima de cinco anos, com clínica muito semelhante ao quadro típico de apendicite aguda, porém seu tratamento pode ser feito por um grande número de antibióticos como as

cefalosporinas de terceira geração, aminoglicosídeos e trimetropim-sulfametoxazol<sup>9</sup>.

Apesar da apresentação clínica semelhante, a associação entre apendicite aguda e o patógeno *Yersinia pseudotuberculosis* é extremamente rara. O diagnóstico de pseudoapendicite deve ser lembrado em pacientes com massas inflamatórias em fossa ilíaca direita associada com maus hábitos de higiene.

## REFERÊNCIAS

1. Sartelli M, Baiocchi G, Di Saverio S, Ferrara F, Labricciosa F, Ansaloni L, et al. Prospective Observational Study on acute Appendicitis Worldwide (POSAW). *World J Emerg Surg.* 2018;13:19.
2. Freitas RG, Pitombo MB, Maya MCA, Leal PRF. Apendicite aguda. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto.* 2009;8(1):38-51
3. Martin M, Lubrano J, Azizi A, Paquette B, Badet N, Delabrousse E. Inflammatory appendix mass in patients with acute appendicitis: CT diagnosis and clinical relevance. *Emerg Radiol.* 2014;22(1):7-12.
4. Martin RF. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. UpToDate [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 19]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis>
5. Smink D, Soybel DI. Management of acute appendicitis in adults. UpToDate [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 19]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults/print>
6. Abdelrahman TM, Mourgi MA, Karam RA, Alfaar FS, Alosaimi AM, Alasiri SM. A survey of management of appendiceal mass among surgeons: what is best practice? *Int Surg J* [Internet]. 2018 Jun [cited 2018 Nov 19];4(6):1850-5. Available from: <https://www.ijurgery.com/index.php/isi/article/view/1266>
7. He YX, Ye CL, Zhang P, Li Q, Park CG, Yang K, et al. *Yersinia pseudotuberculosis* exploits CD209 recep-

- tors for promoting host dissemination and infection. *Infect Immun.* 2018 ;87(1). pii: e00654-18.
8. Falcão J, Falcão DP. Importância de *Yersinia enterocolitica* em microbiologia médica. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2006;27(1):9-19.
  9. Nuorti J, Niskanen T, Hallanvuo S, Mikkola J, Kela E, Hatakka M, et al. A Widespread outbreak of *Yersinia pseudotuberculosis* O:3 infection from iceberg lettuce. *J Infect Dis.* 2004;189(5):766-74.

Recebido em: 20/11/2018

Aceito para publicação: 23/01/2019

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

**Endereço para correspondência:**

Érica Rossi Mocchetti

E-mail: [erica\\_mocc@hotmail.com](mailto:erica_mocc@hotmail.com)