
DOENÇA DE CRÖHN E APENDICITE

EILSON GURGEL DO AMARAL
MAURÍCIO PRADO RIBEIRO
LINO LUÍS SANCHES LARANGEIRA
MAGALY GEMIO TEIXEIRA
CARLOS BRUNETTI
ANGELITA HABR-GAMA

AMARALEG, RIBEIRO MP, LARANGEIRA LLS, TEIXEIRA MG, BRUNETTI C & HABR-GAMA A - Doença de Cröhn e apendicite. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(3): 91-93.

RESUMO: Foram estudados 94 pacientes com doença de Cröhn, dos quais 11 (11,7%) apresentaram quadro sugestivo de apendicite e comparados a uma população controle na qual a incidência de apendicite foi de 11%. Três doentes apresentaram quadro de apendicite precedendo o diagnóstico da doença de Cröhn, com média de 17 anos. Todos foram submetidos a apendicectomia. Em três doentes o quadro de apendicite foi simultâneo ao diagnóstico. Dois destes doentes foram submetidos a apendicectomia e um a ressecção do íleo terminal e ceco com anastomose primária. Em cinco doentes o quadro de apendicite foi ulterior ao diagnóstico da doença de Cröhn, em média de 5,8 anos. Quatro doentes foram submetidos a apendicectomia e um a ressecção do íleo terminal e ceco com anastomose primária. Todos os doentes operados por suspeita de apendicite, independente da conduta cirúrgica, apresentaram evolução sem intercorrência. Os autores concluíram que a incidência de apendicite em doença de Cröhn foi similar à da população controle e que tanto a apendicectomia como a ressecção intestinal são opções seguras neste grupo de doentes.

UNITERMOS: doença de Cröhn; apendicite

A doença de Cröhn é enfermidade granulomatosa que pode comprometer qualquer segmento do trato digestivo. Foi descrita em 1932, por Cröhn et al. (7), os quais a definiram como "enfermidade do íleo terminal, afetando principalmente adultos jovens, caracterizada por inflamação necrotizante subaguda ou crônica desta região". Coube a Meyerding e

Bertram (19), em 1953, a descrição do primeiro caso de doença de Cröhn limitada ao apêndice.

O acometimento isolado ou concomitante do apêndice cecal pela doença de Cröhn pode trazer dificuldade para estabelecimento do diagnóstico diferencial com a apendicite aguda. A conduta cirúrgica nestes casos é controversa. Acharmos oportuno divulgar a incidência de quadros sugestivos de abdome agudo inflamatório que foram diagnosticados como apendicite aguda, a conduta cirúrgica adotada e a evolução pós-operatória entre os 94 doentes com doença de Cröhn por nós acompanhados.

CASUÍSTICA

Foram estudados 94 pacientes com doença de Cröhn atendidos no ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Serviço de Cirurgia do Cólon, Reto e Ânus da Disciplina de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de setembro de 1984 a abril de 1991. O diagnóstico da doença de Cröhn foi estabelecido por dados da anamnese e exame físico, corroborados por achados radiológicos, enema opaco e trânsito intestinal, ultra-sonográficos, endoscópicos, retossigmoidoscopia e colonoscopia. Em 68% houve confirmação histológica para a doença de Cröhn.

Cinqüenta e sete doentes eram do sexo feminino e 37 do masculino, com idade média, por ocasião do início da sintomatologia, de 32,1 anos, variando de nove a 66 anos. Setenta e oito doentes eram brancos, cinco pretos, nove pardos e dois amarelos. O tempo médio de seguimento foi de 6,8 anos.

Avaliou-se a incidência de abdome agudo inflamatório sugestivo de apendicite, correlacionando-se este quadro com o início da sintomatologia sugestiva de doença de Cröhn, o tipo de conduta adotada e a ocorrência de complicações pós-operatórias.

Foram entrevistados 100 doentes, sem afecção intestinal, que freqüentavam o ambulatório de Cirurgia do mesmo hospital quanto a ocorrência de apendicite, tipo de conduta adotada e complicações pós-operatórias.

RESULTADOS

Onze doentes apresentaram quadro sugestivo de apendicite. Em três doentes, a apendicite precedeu entre três e 30 anos, os sintomas sugestivos de doença de Cröhn. Todos foram tratados por apendicectomia. Dois doentes apresentaram doença de Cröhn localizada no intestino delgado e um no intestino grosso.

Em três doentes houve coincidência entre o quadro sugestivo de apendicite e o aparecimento de sintomas e diagnóstico da doença de Cröhn. Dois doentes foram submetidos a apendicectomia, sendo que um destes apresentou confirmação da doença de Cröhn no apêndice. Um doente foi submetido a ressecção do íleo terminal e ceco com anastomose primária. A doença de Cröhn está localizada no cólon em dois doentes e no intestino delgado em um.

Cinco doentes apresentaram quadro sugestivo de apendicite em média 5,8 anos após o início da sintomatologia da doença de Cröhn. A doença de Cröhn localizava-se no intestino delgado em um, no cólon em um e no intestino delgado e grosso em três doentes. Quatro doentes foram submetidos a apendicectomia e um a ressecção do íleo terminal e ceco com anastomose primária.

No grupo de 100 doentes considerados como grupo controle, 11 haviam sido submetidos a apendicectomia.

Todos os doentes, tanto do grupo controle como os portadores de doença de Cröhn, tiveram evolução pós-operatória sem intercorrências.

DISCUSSÃO

A apendicite aguda é a causa mais freqüente de abdome agudo inflamatório na população em geral (26). Entre 7% e 12% dos indivíduos terão em algum momento de sua vida quadro sugestivo de apendicite (26). Incide principalmente na segunda e terceira décadas da vida e o principal sintoma é a dor no quadrante inferior do abdome à direita (4, 23, 26). Aproximadamente 20% dos doentes estudados por Ricci et al. (23) com diagnóstico presuntivo de apendicite aguda relatavam episódios de dor abdominal recorrente. A doença de Cröhn pode ter início com dor abdominal localizada no quadrante inferior direito, recorrente, associada ou não a alterações do hábito intestinal. A faixa etária mais acometida é superponível à da apendicite aguda (1-3, 5-22, 24-31).

A porcentagem de pacientes com doença de Cröhn que desenvolveram quadro sugestivo de apendicite aguda em nossa casuística (11, 7%) foi similar à incidência no grupo controle (11%). Nos três doentes que apresentaram apendicite precedendo o quadro da doença de Cröhn, pelo intervalo de tempo decorrido, 17 anos em média, provavelmente não houve correlação entre as patologias.

A taxa de 8,5% encontrada para o grupo em que o quadro de apendicite coincidiu ou foi ulterior ao aparecimento dos sintomas da doença de Cröhn correspondeu à referida na literatura que oscila entre 6% e 12,8% (16, 33). Este aspecto deve servir de alerta para o cirurgião que deve pesquisar cuidadosamente a existência de sintomatologia intestinal que possa sugerir doença de Cröhn antes de indicar tratamento

cirúrgico. Apesar de nesta série não ter havido fístulas pós-operatórias, esta eventualidade não pode ser afastada em doentes com Cröhn.

Os casos de doença de Cröhn interpretados inicialmente como apendicite representam 0,4% dos doentes encaminhados à cirurgia, porém a exata incidência de doença de Cröhn restrita ao apêndice é desconhecida (3). Desde a primeira descrição por Meyerding e Bertram (19), em 1953, até 1991 foram descritos na literatura 94 casos (1-3, 5-22, 24, 31, 32). A maioria dos doentes pesquisados por Ruiz et al. (25), em 1990, foi tratada por apendicectomia (64%), e 31% por ressecção do íleo terminal e ceco. A morbidade referida por este autor foi de 19% e a mortalidade, nula. Jacobson (15) descreveu dois casos em que houve fistulização após apendicectomia, sendo que a fístula não surgiu no coto apendicular e sim no íleo terminal devido à progressão da doença. O mesmo autor propõe que sejam mantidos em alimentação parenteral prolongada os doentes apendicetomizados em que haja suspeita de doença de Cröhn.

A análise dos dados da literatura sugere que a apendicectomia pode ser realizada com segurança nos casos de doença de Cröhn restrita ao apêndice com baixa morbimortalidade (8, 12, 16, 21, 25, 28, 30, 33), assim como a ressecção do íleo terminal e ceco (8, 16, 25, 27). A recorrência da doença de Cröhn em outros segmentos do trato digestivo é baixa, em torno de 16% nos casos limitados ao apêndice (25) contra 34% a 58% nas demais formas da doença de Cröhn tratadas cirurgicamente (33).

O exame anatomopatológico das peças de doença de Cröhn limitada ao apêndice revela que este geralmente tem paredes espessadas, com diâmetro entre 1,5 e 2 cm e evidência de serosite fibrosante (25, 33). Ao exame microscópico quase 80% dos casos descritos por Yang et al. (25) apresentavam granulomas. Na presente série, apenas um doente apresentava granulomas no apêndice cecal e dois na peça resultante da ressecção intestinal.

Deve ser especialmente lembrada a possibilidade da associação entre doença de Cröhn e apendicite nos jovens com história de alteração do hábito intestinal previamente ao quadro de abdome agudo e naqueles com história de dor abdominal prolongada (25). Se, no entanto, o diagnóstico da doença de Cröhn for obtido apenas no intra-operatório, tanto a apendicectomia quanto a ressecção do íleo terminal e ceco, quando acometidas, parecem ser opções seguras.

CONCLUSÕES

1. A incidência de quadro sugestivo de apendicite em pacientes com doença de Cröhn foi similar à do grupo-controle e às referidas na literatura.

2. As apendicectomias tiveram evolução pós-operatória satisfatória.

3. As ressecções do íleo terminal e ceco com anastomose primária, nos casos em que o comprometimento intestinal era intenso e, provavelmente, responsável pelo quadro sugestivo de apendicite, também tiveram evolução pós-operatória satisfatória.

AMARAL EG, RIBEIRO MP, LARANGEIRA LLS, TEIXEIRA MG, BRUNETTI C & HABR-GAMA A - Crôhn's disease and appendicitis.

SUMMARY: Ninety-four patients with Crohn's disease, evaluated from September 1984 to April 1991, were followed-up for an average time of 6.8 years. Eleven presented clinical symptoms suggestive of appendicitis, three of them prior to the manifestations of Crohn's disease. Three had symptoms suggestive of appendicitis and Crohn's disease coincidentally. Two of them were submitted to appendectomy and one to resection of terminal ileum and cecum. Five patients developed symptoms suggestive of appendicitis, in average 5.8 years, after the onset of symptomatology of Crohn's disease. Four underwent appendectomy and one resection of ileum and cecum. There were no complications. The incidence of appendicitis was similar to the control population. The authors conclude that both appendectomy and intestinal resection can be safe procedures for patients with Crohn's disease with symptoms suggesting appendicitis.

KEY WORDS: Crôhn's disease; appendicitis

REFERÊNCIAS

1. Allen DC, Biggart JD. Granulomatous disease of the vermiform appendix. *J Clin Pathol* 1983; 36: 632-638.
2. Aufses AH. The surgery of granulomatous inflammatory bowel disease. *Curr Probl Surg* 1983; 20: 755-826.
3. Bak M, Andersen JC. Crohn's disease limited to the vermiform appendix. *Acta Chir Scand* 1987; 153: 441-446.
4. Brey J Jr, Mali RA. Appendicitis near its centenary. *Ann Surg* 1984; 200: 567-574.
5. Brown WK, Peters RW. Crohn's disease of the appendix presenting as lower intestinal hemorrhage and cecal mass. *Am J Gastroenterol* 1976; 65: 349-352.
6. Cohen WN, Denbesten L. Crohn's disease with predominant involvement of the appendix. *Gastroenterology* 1970; 110: 361-363.
7. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Regional ileitis a pathologic and clinical entity. *JAMA* 1932; 99: 1323-1329.
8. Early CK, Kouti S. Granulomatous disease of the appendix manifesting as a cecal mass: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 421-431.
9. Ewen SWB, Anderson J, Galloway S, Miller J, Kyle J. Crohn's disease initially confined to the appendix. *Gastroenterology* 1971; 60: 853-857.
10. Fallis JC. Granulomatous appendicitis: a case report. *Can J Surg* 1968; 11: 449-451.
11. Geerken RG, Gibbons RB. Isolate Crohn's disease of the appendix: case report. *Milit Med* 1973; 139: 215-217.
12. Green GI, Broadrick GL, Collins JL. Crohn's disease of the appendix presenting as acute appendicitis. *Am J Gastroenterol* 1976; 65: 74-77.
13. Hall JH, Heller MD. Crohn's disease of the appendix presenting as acute appendicitis. *Br J Surg* 1969; 56: 390-392.
14. Hobson RW, Howard E, Tuttle J, Jenis E. Crohn's disease of the appendix. *An Surg* 1973; 39: 349-351.
15. Jacobson S. Crohn's disease of the appendix manifested as acute appendicitis with post-operative fistula. *Am J Gastroenterol* 1979; 71: 592-597.
16. Lindhagen T, Ekelung G, Leandroer L, Hildell J, Lindström C, Wenckert A. Crohn's disease confined to the appendix. *Dis Colon Rectum* 1981; 25: 805-808.
17. MacEachern AG. Crohn's disease of the appendix. *J Coll Surg Edinb* 1985; 20: 320-324.
18. Meyer JH. Regional enteritis (Crohn's disease) limited to the appendix. *Int Surg* 1976; 61: 532-533.
19. Meyerding EV, Bertram HF. No-specific granulomatous inflammation (Crohn's disease) of the appendix. *Surgery* 1953; 34: 891-894.
20. Murphy JJ, O'Conner JB. Crohn's disease of the appendix. *Ir Med J* 1977; 70: 229-231.
21. Nivatvongs S. Crohn's disease of the appendix: report of case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 361-363.
22. Ovrum E. Right ureteral occlusion due to isolated Crohn's disease of the appendix. *Scan J Urol Nephrol* 1979; 13: 123-125.
23. Ricci MA, Trevisani MF, Beck WC. Acute appendicitis. A 5-year review. *Am Surg* 1991; 57: 301-305.
24. Ring AM. Isolated regional enteritis of the appendix. *Int Surg* 1970; 54: 290-294.
25. Ruiz V, Unger SW, Morgan J, Wallack MK. Crohn's disease of the appendix. *Surgery* 1990; 107: 113-117.
26. Schrock TR. Appendicitis Aguda in Enfermedades Gastrointestinales. Ed 3, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1985: 1558-1567.
27. Threatt B, Appelman H. Crohn's disease of the appendix presenting as acute appendicitis: report of three cases with a review of the literature. *Radiology* 1974; 110: 313-317.
28. Vanek VW, Spirtos G, Awad N, Badjatia N, Bernat D. Isolated Crohn's disease of the appendix. *Arch Surg* 1988; 123: 85-87.
29. Wang TK, Tolnai G, Campbell J, Sirois J, Liepa E. Crohn's disease of the appendix. *Can Med Assoc J* 1972; 106: 233-236.
30. Weiss Y, Durst AL. Crohn's disease of the appendix: presentation of a case with review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1975; 63: 333-339.
31. Wilodarski FM, Trainer TD. Granulomatous oophoritis and salpingitis associated with Crohn's disease of the appendix. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 122: 527-528.
32. Whelan TJ, Rast MF. Unusual lesions of the appendix. *Arch Surg* 1959; 79: 838-846.
33. Yang SS, Gibson P, McCaughey PS, Arcari FA, Brnstein J. Primary Crohn's disease of the appendix: report on fourteen cases and review of the literature. *Ann Surg* 1979; 189: 334-339.

Endereço para correspondência:

Magaly Gemio Teixeira
R. Pensilvânia, 520 - ap. 210
Brooklin Novo
04564-001 - São Paulo - SP