

DIVERTICULITE DE APÊNDICE CECAL. RELATO DE UM CASO

ADOLAR NICOLUZZI
ANTÔNIO KATSUMI KAI
MARI KAI
JOÃO EDUARDO NICOLUZZI
MARCOS LEAL BRIOSCHI
SABURO SUGISAWA

NICOLUZZI A, KAI AK, KAI M, NICOLUZZI JE, BRIOSCHI ML & SUGISAWA S - Diverticulite de apêndice cecal. Relato de um caso. *Rev bras Colo-Proct*, 1995; 15(3): 124-125

RESUMO: Os autores apresentam o relato de um caso de diverticulose apendicular com diverticulite associada, comentando os tipos histológicos de divertículo, suas formas clínicas, uma comparação entre diverticulite aguda e apendicite aguda e tratamento.

UNITERMOS: apêndice; diverticulite aguda; diverticulose

O divertículo de apêndice vermiforme é uma entidade clínica extremamente rara, com uma incidência de 0,20 a 0,66%, a qual sobe a 1% se todas as peças cirúrgicas forem cuidadosamente examinadas^(2, 3).

Normalmente é achado de necrópsia ou de estudo anatomopatológico mais criterioso.

O divertículo em si não é responsável por nenhum sintoma específico, mas sim sua inflamação aguda que em algumas circunstâncias pode levar a sérias complicações.

A diverticulite de apêndice tem uma apresentação clínica praticamente igual à apendicite aguda, diferenciando apenas a faixa etária, o comportamento da dor abdominal e os achados peri-operatórios^(3, 5, 7), porém na prática, a maioria dos autores conclue ser indistinguível o quadro clínico destas patologias, não sendo possível efetuar um diagnóstico de diverticulite pré-operatório^(1, 2, 4, 6, 8).

Relato de caso

Paciente R.R.R., masculino, cor branca, 46 anos, casado, contador, natural de Curitiba, com prontuário no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba nº 93.978.

Em tratamento para hipertensão arterial sistêmica com furosemda, clorotalidona e captopril desde 1974, deu en-

trada em nosso serviço no dia 04/06/1986, apresentando quadro de dor aguda há mais de 12 horas, de média intensidade na FID, negando episódios de náuseas ou vômitos.

Exame físico: paciente obeso, pesando 117 kg, 1,61 m, estado geral bom, abdome globoso, flácido, com dor à palpação profunda na FID, sem presença de massa palpável. Bloomberg positivo, presença de hérnia umbilical e temperatura de 37°C PA: 180 x 100 mmHg, FC: 90 bpm, FR: 20 ipm.

Não foram realizados exames pré-operatórios.

Submetido à cirurgia de urgência no mesmo dia de sua entrada, com diagnóstico clínico pré-operatório de apendicite aguda.

No exame da cavidade, verificou-se um apêndice com divertículos múltiplos (Fig. 1); foi submetido à apendicectomia simples, sem drenagem da cavidade abdominal.

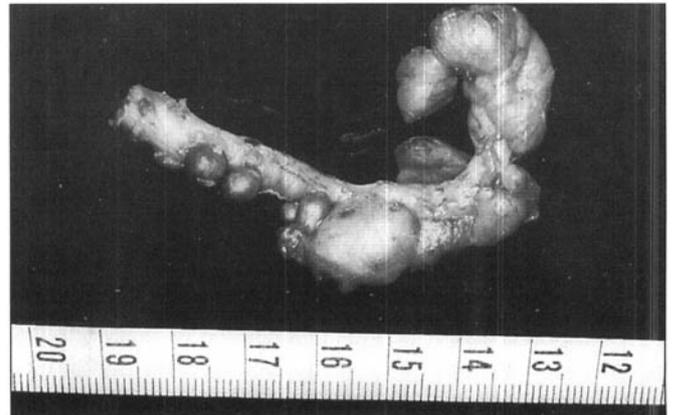


Fig. 1

No pós-operatório foi instaurado tratamento antibiótico com gentamicina.

Não houve complicações durante seu internamento.

O exame anatomopatológico demonstrou múltiplas formações diverticulares, representadas por inclusões da mucosa através da muscular. O diagnóstico dado pelo patologista foi de:

1. apendicite aguda,
2. diverticulose apendicular com diverticulite aguda e crônica (Fig. 2).

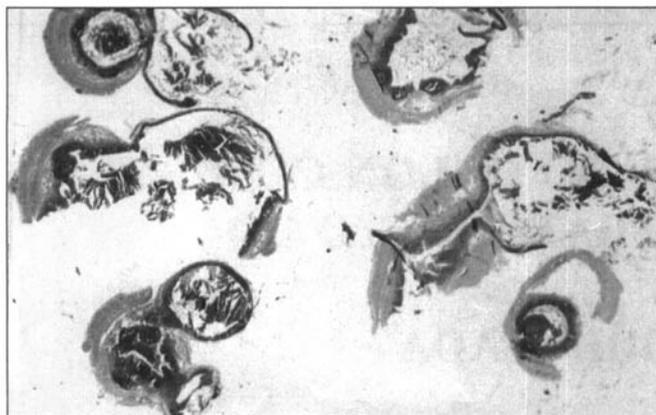


Fig. 2

Alta hospitalar: 10/06/1986. Boas condições. Realizado enema opaco em 03/07/1986, revelando a presença de dois divertículos no cólon ascendente com ausência de outras alterações significativas.

DISCUSSÃO

Os divertículos podem ser congênitos ou adquiridos. Os congênitos, muito menos freqüentes, representam de 1 a 6,6% (4) dos divertículos apendiculares e também do ceco. Possuem as três camadas da parede apendicular^(1, 2, 4-7) e sugere-se que sua etiopatogenia esteja associada à trissomia de Favara^(4, 6).

Os divertículos adquiridos, pseudodivertículos ou falsos, contém apenas mucosa e submucosa⁽¹⁻⁷⁾. São os mais freqüentes e acredita-se que sejam resultado de herniação através de áreas de fraqueza da muscular, onde ela é atravessada por vasos sanguíneos^(2, 4-8). Esta teoria é reforçada por um grande número de divertículos se situarem na borda mesentérica⁽⁵⁾.

A doença diverticular do apêndice pode se apresentar de cinco formas segundo o estudo de Deschênes e cols.⁽³⁾:

- 1) Diverticulite aguda primária à apendicite aguda (61 casos);
- 2) Diverticulite aguda secundária à apendicite aguda (sete casos);
- 3) Divertículo sem inflamação (16 casos);
- 4) Divertículo com apendicite aguda (cinco casos);
- 5) Peridiverticulite crônica com apendicite aguda (um caso).

Apesar da maioria dos autores^(1, 2, 4, 6), do ponto de vista clínico, concordarem que o diagnóstico pré-operatório de diverticulite é uma utopia, porque se manifesta como uma apendicite aguda, Deschênes e cols., baseados em uma comparação entre 61 casos de diverticulite primária e 61 de apendicite aguda, têm insistido na existência de três dados que em teoria poderiam permitir o diagnóstico diferencial pré-ou perioperatório em relação à apendicite aguda^(3, 5, 7). E seriam eles:

1. *Faixa etária*: a diverticulite atinge pessoas com idade média de 38,8 anos; enquanto a apendicite aparece em torno de 19,5 anos;

2. *Comportamento de dor abdominal*: a diverticulite se apresenta insidiosa, recorrente, com uma evolução mais longa. No estudo 44% dos pacientes com diverticulite tiveram história de mais de sete dias, enquanto que na apendicite a maioria dos pacientes foram diagnosticados e operados em menos de 48 horas;

3. *Achados operatórios*: Muitas vezes pela própria reação inflamatória e tamanho dos divertículos, é muito difícil a visualização dos mesmos. Portanto ao ser observada extensa reação inflamatória periapendicular, com comprometimento do meso desproporcional ao do apêndice, deve ser considerada pelo cirurgião a possibilidade de diverticulite.

TRATAMENTO

Consiste na apendicectomia. No caso de achado casual de divertículo não complicado, está indicada a apendicectomia profilática, por considerá-lo como um local de elevado risco de complicações inflamatórias e também por ser um ponto de maior fraqueza com risco considerável de perfuração.

NICOLUZZIA, KAI AK, KAIM, NICOLUZZI JE, BRIOSCHI ML & SUGISAWA S - Diverticulitis of cecal appendix. A case report.

SUMMARY: The authors present a case report of appendicular diverticulosis with associated diverticulitis commenting histological types of diverticula, clinical forms, a comparison between acute diverticulitis and acute appendicitis and treatment.

KEY WORDS: appendix; acute diverticulitis; diverticulosis

REFERÊNCIAS

1. Aramburu SL et al. Diverticulosis y diverticulitis apendicular. Rev Esp Enf Ap Diges 1988; 74(4-1): 363-4.
2. Bertoldo V, Alberguina A, Sanfelici G, Galligani R. Diverticolosi e diverticolite dell'appendice vermiforme. Min Chir 1988; 43: 1079-82.
3. Deschênes L, Couture J, Garneau R. Diverticulitis of the appendix: Report of 61 cases. Am J Surg 1971; 121: 706-9.
4. Feliu BR et al. Diverticulitis apendicular: Revisión de cinco casos. Rev Esp Enf Ap Digest 1989; 75(6-II): 680-83.
5. Lock JH, Wheeler WE. Diverticular disease of the appendix. South Med J 1990; 83(3): 350.
6. Molinero RM et al. Diverticluosis diverticulitis del apêndice ileocecal. Rev Esp Enf Ap Diges 1987; 72(2): 147-50.
7. Skaane P, Strom EH. Peridiverticulitis of the appendix: an unusual ultrasonic target lesion. J Clin Gastroenterol 1990; 12(3): 353-6.
8. Thompson JE, Bennion RS, Schmit PJ. Cecal diverticulitis: A continuing diagnostic dilemma. World J Surg 1991; 15: 367-371.