



Apendicectomia incidental complicada em paciente com doença inflamatória intestinal: Relato de caso

Complicated incidental appendectomy in a patient with inflammatory bowel disease: Case report

DOI: 10.56238/isevjhv3n1-004

Recebimento dos originais: 11/12/2023

Aceitação para publicação: 29/12/2023

Ricardo Budtinger Filho

Residente de Cirurgia Geral - Universidade Federal de Mato Grosso

Leonardo Cesar Suita Fornari

Acadêmico de Medicina - Universidade Federal de Mato Grosso

Laura Beatriz Firmino Werner

Residente de Cirurgia Geral - Universidade Federal de Mato Grosso

Lucas Giacomelli

Residente de Cirurgia Geral - Universidade Federal de Mato Grosso

Thainara Missassi Heller

Residente em Cirurgia Oncológica - Hospital de Câncer de Mato Grosso

Eduarda Ambrosi

Acadêmica de Medicina - Universidade Federal de Mato Grosso

Palavras-chave: Apendicectomia, Doença de Crohn, Retocolite Ulcerativa.

1 INTRODUÇÃO

A doença inflamatória intestinal (DII) é uma desordem imunomediada do trato gastrointestinal, que abrange condições crônicas resultantes em inflamação na região.¹⁻³ Suas formas prototípicas, a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RU), são influenciadas por interações genético-ambientais, e sua incidência tem apresentado aumento devido à ocidentalização dos padrões alimentares, registrando cerca de 7 milhões de casos em 2017.^{1,4} Tanto a DC quanto a RU são caracterizadas por inflamação crônica, sendo que a DC pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, desde a boca até o ânus, apresentando inflamação intermitente propensa a complicações como estenoses e fístulas.^{1,2} Já a RU afeta predominantemente o cólon e o reto, exibindo inflamação contínua que pode culminar em úlceras e sangramento.^{1,2}

Ambas as condições compartilham sintomas como dor abdominal, diarreia, perda de peso e fadiga, sendo a DII uma condição crônica frequentemente debilitante que requer monitoramento



médico regular.^{1,2} O tratamento da DII geralmente segue uma abordagem multidisciplinar, incluindo medicamentos imunossupressores, modificações na dieta, suplementação nutricional e, em determinados casos, intervenções cirúrgicas.^{1,3,4} Essa complexidade e multifatorialidade da DII envolvem interações entre fatores genéticos, imunológicos e ambientais, destacando a importância de uma abordagem abrangente para gerenciar eficazmente essa condição médica crônica.¹ A relação entre a apendicectomia e a doença inflamatória intestinal (DII) tem sido objeto de estudo e análise em pesquisas epidemiológicas.^{2,5} Alguns estudos sugerem que a apendicectomia pode estar associada a um risco aumentado de desenvolvimento de doença de Crohn.^{2,3} No entanto, outros estudos indicam que a apendicectomia pode estar relacionada a um risco reduzido de desenvolvimento de colite ulcerativa, outra forma de DII.^{1,2} Esse trabalho objetiva relatar complicações de um quadro inconclusivo de DII com abordagem cirúrgica devido sangramento uterino anormal (SUA), com apendicectomia incidental.

2 RELATO DE CASO

J.S., feminino, 32 anos, com diagnóstico não conclusivo de DII e história de retossigmoidectomia há 2 anos, sem acompanhamento especializado. Devido sangramento uterino anormal, foi realizada histerectomia abdominal e apendicectomia incidental com lise de bridas intestinais no intraoperatório. Evoluiu com distensão abdominal e necessidade de laparotomia 22 dias após, sendo evidenciadas inúmeras fístulas, realizada rafia, colostomia e ileostomia em alça. Admitida em nosso serviço em terapia intensiva depois de 4 dias, com queixa de náuseas e dor abdominal intensa, taquicardia (FC 130BPM), abdome plano com dor intensa a percussão. Cicatriz cirúrgica mediana drenando conteúdo fecalóide, ileostomia funcionante à direita e colostomia não funcionante à esquerda. Realizada laparotomia exploradora, evidenciando-se peritonite fecal, conteúdo entérico em cavidade abdominal, bloqueio de alças de intestino delgado e múltiplas fístulas entéricas, além de coágulos e sangue em região pélvica, sendo realizadas lavagem abundante, rafia das fístulas e confeccionada peritoneostomia. Devido ao alto débito das fístulas, iniciado nutrição parenteral total e limpeza diária de ferida operatória no centro cirúrgico. Optado por iniciar dieta de alta absorção via enteral, mas apresentou novas fístulas enteroatmosféricas. Após 3 meses de tratamento intensivo, evoluiu com choque séptico refratário de foco abdominal, sem possibilidade de intervenções cirúrgicas e óbito.

3 DISCUSSÃO

A relação entre a apendicectomia e a doença inflamatória intestinal (DII) tem sido alvo de



investigações epidemiológicas, e diversos estudos apresentam resultados divergentes quanto ao impacto desse procedimento no desenvolvimento de formas específicas da DII.^{1,2} Os estudos sugerem uma associação complexa entre apendicectomia e DII, destacando a variabilidade nas conclusões.¹⁻⁴ Enquanto alguns indicam um aumento do risco de DC após a apendicectomia, outros apontam uma possível redução no risco de desenvolvimento de RU.¹⁻³ Essa dualidade de resultados ressalta a necessidade de uma análise mais aprofundada, considerando fatores como a idade do paciente no momento do procedimento, a temporalidade dos eventos e a influência de outros elementos contextuais.^{2,3}

A fisiopatologia subjacente à associação entre apendicectomia e o surgimento da CD permanece uma área de debate teórico.¹⁻³ A alteração na resposta imunológica do trato gastrointestinal é uma teoria proposta, sugerindo que a apendicectomia pode desencadear mudanças na microbiota intestinal e na regulação imunológica.¹⁻³ Essas alterações, por sua vez, podem contribuir para respostas inflamatórias que predisporiam indivíduos geneticamente suscetíveis ao desenvolvimento da DC.^{1,3} No entanto, é crucial reconhecer a complexidade desse processo, uma vez que as evidências disponíveis são frequentemente contraditórias, ressaltando a necessidade de pesquisas adicionais para uma compreensão mais completa dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes.¹⁻³ Enquanto a relação entre apendicectomia e RU também é objeto de controvérsia, alguns estudos indicam uma possível associação inversa, sugerindo um efeito protetor da apendicectomia contra a colite ulcerativa.^{1,3,5} A idade do paciente no momento da apendicectomia emerge como um fator relevante, influenciando os resultados.¹⁻³ Esta descoberta reforça a complexidade da interação entre apendicectomia e diferentes formas de DII, destacando a necessidade de estudos mais abrangentes e estratificados para compreender adequadamente essa dinâmica.^{2,3}

Diversas teorias foram propostas para explicar a fisiopatologia entre apendicectomia e o surgimento da CD.³ A disbiose intestinal, a possível função imunológica do apêndice na regulação do sistema imunológico intestinal e a localização específica da inflamação, especialmente no íleo terminal, são aspectos relevantes que merecem consideração.³ Essas propostas, no entanto, indicam a complexidade do cenário fisiopatológico e a necessidade de pesquisas adicionais para validar e aprofundar essas teorias.³

4 CONCLUSÃO

A relação entre apendicectomia e DII é multifacetada, apresentando desafios para uma compreensão abrangente. As evidências disponíveis sugerem associações diferentes para DC e



RU, exigindo uma análise cuidadosa dos contextos específicos. A fisiopatologia proposta destaca a influência de fatores genéticos, imunológicos, ambientais e microbianos, enfatizando a complexidade subjacente a essa associação. Futuras pesquisas são essenciais para consolidar e expandir o conhecimento nessa área, contribuindo para avanços significativos na compreensão e manejo clínico da relação entre apendicectomia e DII. Dessa forma, no caso apresentado, é possível ligar a hipótese de DII prévia com a evolução rápida do quadro de fístulas intestinais pós apendicectomia incidental, o que abre dúvidas quanto à sua realização em pacientes com DII, especialmente quando não é possível caracterizar entre seus protótipos.



REFERÊNCIAS

Kaplan, G. G. *et al.* The risk of developing Crohn's disease after an appendectomy: a population-based cohort study in Sweden and Denmark. *Gut* 56, 1387–1392 (2007).

Piovani, D. *et al.* Environmental Risk Factors for Inflammatory Bowel Diseases: An Umbrella Review of Meta-analyses. *Gastroenterology* 157, 647-659.e4 (2019).

Zhang, L. *et al.* Association between prior appendectomy and the risk and course of Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol.* 47, 102090 (2023).

Kaderli, R. Gelegenheitsappendektomie: Standard oder ungerechtfertigtes Risiko? *Ther. Umsch.* 71, 753–758 (2014).