

MANEJO DA APENDICITE AGUDA EM ADULTOS

Camilla Maganhin Luquetti1; João Paulo Oliveira de Souza2; Beatriz Figueiredo Silva3; Michel Patrik de Sousa Arruda4; Mariana Silva De Muzio Gripp5; Rodrigo Massucato Mossambani6; Thales Andrade Coutinho7; Layane Duarte Silva8; Maurício Barros de Arruda Mendes Gonçalves9; Rolando Gutierrez Rosales10

**Introdução:** A apendicite aguda é emergência cirúrgica abdominal mais comum no mundo, com risco vitalício de 8,6% em homens e 6,9% em mulheres. Por mais de um século, a apendicectomia aberta foi único tratamento padrão. O manejo contemporâneo da apendicite é mais sofisticado e sutil: a apendicectomia laparoscópica superou a apendicectomia aberta em uso, alguns pacientes com apendicite perfurada podem se beneficiar da antibioticoterapia inicial seguida de apendicectomia intervalada, e vários ensaios até sugeriram que é viável tratar a apendicite não complicada de forma não operacional apenas com antibióticos. **Objetivo:** discutir o manejo da apendicite aguda em adultos. **Metodologia**: Revisão de literatura a partir de bases de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, de abril a junho de 2024, com descritores “Acute Appendicitis”, “Management” e “Non-operative”. Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 95), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra.

**Resultados e Discussão:** A apendicite não perfurada, também conhecida como apendicite simples ou não complicada, refere-se à apendicite aguda sem sinais clínicos ou radiográficos de perfuração (com massa inflamatória, fleimão ou abscesso). Aproximadamente 80% da apendicite não é perfurada na apresentação. Por mais de 100 anos, a apendicectomia foi a única terapia para apendicite e continua a ser o tratamento dominante mundialmente. No entanto, há evidências crescentes de antibioticoterapia não inferior à cirurgia para apendicite não perfurada em pacientes saudáveis. O tratamento não operatório é estratégia na qual os pacientes recebem antibióticos com objetivo de evitar cirurgia. Para esses pacientes, a apendicectomia é reservada para aqueles que não respondem aos antibióticos ou têm recorrência de apendicite. As contraindicações ao manejo não-operatório são: peritonite difusa; instabilidade hemodinâmica ou sepse grave; gravidez, imunocomprometidos ou histórico de doença inflamatória intestinal. A maioria dos ensaios requer antibióticos intravenosos iniciais por um a três dias, seguidos por antibióticos orais por até um total de 7 a 10 dias. As escolhas de antibióticos não são padronizadas, mas um dos regimes intravenosos para infecções intra-abdominais adquiridas na comunidade de baixo risco fornece cobertura suficiente. Um agente de longa ação como a ceftriaxona, em combinação com metronidazol, são mais usados. Em alguns casos, os pacientes podem ser tratados apenas com antibióticos orais. Os regimes orais preferidos incluem amoxicilina-clavulanato ou uma fluoroquinolona (ciprofloxacina ou levofloxacina) em combinação com metronidazol. Regimes orais alternativos incluem cefuroxima mais metronidazol ou sulfametoxazol mais metronidazol. Após o início dos antibióticos, a dor, a febre, a leucocitose e a anorexia normalmente se dissolvem dentro de 24 horas em metade dos pacientes com apendicite não perfurada e na maioria dos pacientes em 48 horas. Como tal, os pacientes geralmente são admitidos no hospital durante os primeiros um a três dias para observação próxima. Em caso de deterioração clínica, há indicação de apendicectomia de resgate imediato. Os pacientes que respondem à antibioticoterapia inicial devem ser submetidos à apendicectomia intervala após seis a oito semanas para excluir uma neoplasia do apêndice; a prevalência de neoplasia em pacientes com apendicite complicada é relatada como ser de 10 a 30%. A apendicectomia imediata é razoável para pacientes que apresentam um pequeno abscesso apêndice (≤3 cm) ou se o abscesso não for apresentável à drenagem percutânea. A apendicectomia imediata também pode ser realizada na presença de um fleigmão se o cirurgião julgar o risco de exigir que uma ressecção ileocecal seja baixa. Antes da cirurgia, os pacientes devem receber hidratação intravenosa, controle da dor e antibióticos intravenosos. Os antibióticos profiláticos são importantes para prevenir a infecção da ferida e o abscesso intra-abdominal após a apendicectomia. A flora do apêndice reflete a do cólon e inclui aeróbios e anaeróbicos gram-negativos, o que inclui opções como Cefoxitina, Cefazolina associada ao metronidazol e; em pacientes alérgicos a penicilinas e cefalosporinas, metronidazol mais um dos seguintes: ciprofloxacina, levofloxacina ou gentamicina. O momento é dentro de uma "janela" de 60 minutos antes da incisão inicial. Os antibióticos pós-operatórios são desnecessários.

A apendicite geralmente se apresenta tardia e é mais provável que se perfure nas populações de adultos mais velhos e pacientes imunocomprometidos devido a uma resposta inflamatória embotada. O manejo não cirúrgico da apendicite não perfurada não é bem estudado em nenhuma das populações; portanto, a apendicectomia pode ser oferecida sem demora. A incidência de neoplasia apêndice e cólon também é maior na população adulta mais velha, o que exige colonoscopia e apendicectomia intervalada sempre que indicado.

**Conclusão:** O gerenciamento não operacional pode oferecer certos benefícios, como recuperação acelerada e dias reduzidos de folga do trabalho ou de outras atividades. Em troca, os pacientes devem ser aconselhados e estar dispostos a aceitar maiores incertezas de possível progressão da doença, apesar dos antibióticos, recorrência da doença ou neoplasia. Se a decisão for cirúrgica, realiza-se apendicectomia dentro de 24 horas após apresentação. As apendicectomias abertas e laparoscópicas são apropriadas para todos; a escolha é por fatores do paciente e preferência do cirurgião.

**Palavras-chave:** Apendicite Aguda; Manejo; Não-operatório.

**E-mail do autor principal:** [**cmaganhinmed@gmail.com**](mailto:cmaganhinmed@gmail.com)

**REFERÊNCIAS:**

1. Körner H, Söndenaa K, Söreide JA, et al. Incidência de apendicite aguda não perfurada e perfurada: análise específica por idade e sexo. World J Surg 1997; 21:313.
2. Talan DA, Di Saverio S. Tratamento de Apendicite Aguda Não Complicada. N Engl J Med 2021; 385:1116.
3. Sartelli M, Baiocchi GL, Di Saverio S, et al. Estudo Observacional Prospectivo sobre Apendicite aguda em todo o mundo (POSAW). World J Emerg Surg 2018; 13:19.
4. CODA Collaborative, Flum DR, Davidson GH, et al. Um ensaio randomizado comparando antibióticos com apendicectomia para apendicite. N Engl J Med 2020; 383: 1907.
5. Marudanayagam R, Williams GT, Rees BI. Revisão dos resultados patológicos de 2660 espécimes de apendicectomia. J Gastroenterol 2006; 41:745.

1: Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein; cmaganhinmed@gmail.com

2: Universidade Salvador – UNIFACS; [jpoliveira3@icloud.com](mailto:jpoliveira3@icloud.com)

3: Centro Universitário IMEPAC Araguari; [bibafsilva98@gmail.com](mailto:bibafsilva98@gmail.com)

4: Faculdade de Ensino Superior da Amazonia Reunida (FESAR / AFYA); [michel\_arruda\_@hotmail.com](mailto:michel_arruda_@hotmail.com)

5: Centro Universitário IMEPAC Araguari; [marianasmgripp@gmail.com](mailto:marianasmgripp@gmail.com)

6: Centro Universitário Ingá – Uningá; [rodrigomossambani@outlook.com](mailto:rodrigomossambani@outlook.com)

7: Faculdade de Medicina de Itajubá; [thalesandradecoutinho@hotmail.com](mailto:thalesandradecoutinho@hotmail.com)

8: Hospital Santa Maria de Teresina – PI; [layaneduda01@gmail.com](mailto:layaneduda01@gmail.com)

9: Estácio(Idomed)Citta; [mauriciobamg@gmail.com](mailto:mauriciobamg@gmail.com)

10: Hospital Regional de Ceilândia -DF; [drrolandogutierrez@yahoo.com](mailto:drrolandogutierrez@yahoo.com)

