

A VIDEOLAPAROSCOPIA NA APENDICITE AGUDA NA MULHER EM IDADE FÉRTIL

THE VIDEOLAPAROSCOPY IN ACUTE APPENDICITIS IN WOMAN OF CHILDBEARING AGE

Cláudio de Oliveira Chiari Campolina¹

Antônio Sérgio Alves, ACBC-MG²

Álvaro Vieira Júnior³

Cláudio Almeida de Oliveira⁴

José Luiz Campelo de Mello Vianna, ACBC-MG⁵

Marcos Eduardo Valadares Meirelles M. Costa, ACBC-MG⁶

RESUMO: O diagnóstico de apendicite aguda na mulher em idade fértil é um desafio para o cirurgião devido ao alto índice de explorações cirúrgicas negativas. O objetivo deste trabalho foi estabelecer um índice de probabilidade diagnóstica e o valor da videolaparoscopia nestes casos. Foram analisadas, prospectivamente, 34 mulheres em idade fértil referendadas para o serviço com diagnóstico de apendicite aguda. As pacientes foram submetidas à videolaparoscopia de urgência, e o tratamento cirúrgico, quando indicado, foi realizado por videolaparoscopia sempre que possível. Entre as 34 pacientes, 17 apresentaram apendicite aguda à videolaparoscopia, sendo que 15 delas foram operadas por esta via. As 17 pacientes que apresentaram outro diagnóstico à videolaparoscopia não necessitaram de qualquer tratamento cirúrgico em 13 casos, sendo que quatro pacientes foram submetidas a operação por via aberta. O quadro clínico foi medido por um índice de probabilidade para apendicite aguda, e os resultados videolaparoscópicos foram relacionados a este índice. A conclusão é que a videolaparoscopia é um instrumento importante na abordagem propedêutica e terapêutica do abdome agudo da mulher em idade fértil, possibilitando uma maior precisão diagnóstica nestes casos e evitando laparotomias não terapêuticas.

Unitermos: Abdome agudo; Videolaparoscopia; Apendicite aguda.

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda na mulher em idade fértil muitas vezes deixa o cirurgião em dúvida com relação ao diagnóstico diferencial com doenças ou afecções ginecológicas.

O índice de retiradas de apêndices normais nestas situações pode atingir até 48%.^{1,2,3} Nestes casos, os sintomas, os dados do exame físico e os exames laboratoriais não são bastante sensíveis ou específicos para o diagnóstico diferencial.^{3,4}

As complicações pós-operatórias das apendicectomias nas quais o apêndice é normal não são desprezíveis, bem como

os custos hospitalares destes procedimentos.^{2,4,5} Alguns estudos mostram que a laparoscopia pode diminuir tal ocorrência.^{2,4-7} e que muitos casos de abdome agudo na mulher em idade fértil podem ser tratados pela cirurgia videolaparoscópica.⁸

O objetivo do trabalho é estabelecer um índice de probabilidade diagnóstica para a apendicite aguda e, baseado neste índice, avaliar a importância da videolaparoscopia na precisão diagnóstica do abdome agudo da mulher em idade fértil e, conseqüentemente, sua indicação nestes casos. Outro objetivo a ser avaliado é o valor terapêutico do procedimento videolaparoscópico.

1. Médico Residente da Clínica Cirúrgica II do Hospital Felício Rocho.
2. Doutor em Cirurgia pela UFMG, Cirurgião do Hospital Felício Rocho, Professor Assistente da FCMMG.
3. Cirurgião do Hospital Felício Rocho, Professor Assistente da FCMMG.
4. Chefe da Clínica Cirúrgica II do Hospital Felício Rocho, Professor Titular do Departamento de Cirurgia da FCMMG.
5. Cirurgião do Hospital Felício Rocho, Professor Assistente da FCMMG.
6. Cirurgião do Hospital Felício Rocho.

Recebido em 10/3/97

Aceito para publicação em 9/10/97

Trabalho realizado no Hospital Felício Rocho – Belo Horizonte – MG.

MATERIAL E MÉTODOS

No período de novembro de 1995 até dezembro de 1996 foram analisadas, prospectivamente, 34 pacientes do sexo feminino, em idade fértil, encaminhadas ao serviço com diagnóstico provável de apendicite aguda. O período fértil foi definido pelo período compreendido entre a menarca e a menopausa. Todas foram submetidas à videolaparoscopia diagnóstica de urgência, e o tratamento cirúrgico, quando indicado, foi realizado por via videolaparoscópica quando possível.

O quadro clínico – anamnese, exame físico e exames laboratoriais – foi graduado por um índice de probabilidade por pontos que variou de 1 a 10 (Tabela 1), e, a partir dos resultados, as pacientes foram divididas em três grupos (Tabela 2): baixa, média e alta probabilidade de apresentarem apendicite aguda. Os resultados videolaparoscópicos obtidos foram então relacionados com os grupos de probabilidade para apendicite aguda.

Tabela 1
Índice de probabilidade para apendicite aguda

1. Dor abdominal difusa com localização posterior na fossa ilíaca direita	2 pontos
2. Náuseas e/ou vômitos	1 ponto
3. Anorexia	1 ponto
4. Descompressão dolorosa na fossa ilíaca direita	2 pontos
5. Febre	1 ponto
6. Dor à palpação do baixo abdome	1 ponto
7. Leucograma com mais de 10.000 leucócitos/mm ³	1 ponto
8. Leucograma com mais de 600 bastonetes/mm ³	1 ponto
Total	10 pontos

Tabela 2
Graus de probabilidade para apendicite aguda

A. Índice de 1 a 4 pontos	Baixa probabilidade
B. Índice de 5 a 7 pontos	Média probabilidade
C. Índice de 8 a 10 pontos	Alta probabilidade

Tabela 3
Achados videolaparoscópicos

Diagnóstico	Número de casos	Porcentagem
Apendicite aguda	17	50%
Salpingite	6	17%
Cisto ovariano	5	15%
Exame normal	3	9%
Endometriose	2	6%
Necrose de cólon	1	3%
Total	34	100%

A idade variou de 13 a 51 anos com uma média de 28,3 anos. O diagnóstico de apendicite aguda foi confirmado em 50% dos casos (17 pacientes) à videolaparoscopia e também pelo exame anatomopatológico. As outras 17 pacientes apresentaram outros diagnósticos: salpingite em seis; cisto ova-

riano em cinco, duas destas com sangramento ativo no momento da laparoscopia; três não apresentaram qualquer alteração nas vísceras abdominais ou pélvicas; duas apresentaram focos de endometriose e uma apresentou alterações inflamatórias de sigmóide (Tabela 3).

RESULTADOS

As pacientes que apresentaram apendicite aguda foram submetidas à apendicectomia, sendo que 15 foram realizadas por via videolaparoscópica e duas por via aberta. As conversões para a via aberta ocorreram devido à dificuldade em identificar com segurança as estruturas para que o ato cirúrgico fosse realizado por via videolaparoscópica.

Nos 17 casos em que se evidenciou outro diagnóstico que não apendicite aguda, 13 não necessitaram de tratamento cirúrgico após a videolaparoscopia, e nos outros quatro foram realizadas operações por via aberta.

As pacientes que apresentaram salpingite foram submetidas à antibioticoterapia empírica (gentamicina+ metronizadol) inicialmente, e posteriormente adequada ao resultado da cultura do líquido peritoneal. Não foi necessário tratamento cirúrgico em nenhum destes casos.

Nas cinco laparoscopias que evidenciaram cisto ovariano havia sangramento ativo em dois casos que foram convertidos para a via aberta para hemostasia; um caso mostrava cisto ovariano grande e de aspecto neoplásico, também convertido para a via aberta, e o exame anatomopatológico posteriormente revelou tratar-se de um cistoadenoma ovariano. Em outras duas não havia sangramento ativo no momento do exame e não houve necessidade de tratamento cirúrgico.

Os casos que apresentaram exame normal evoluíram com melhora da dor abdominal, sendo que o diagnóstico etiológico da dor não ficou esclarecido durante a internação.

Nos exames nos quais se evidenciou endometriose, houve resolução do quadro abdominal com o uso de analgésicos.

A paciente que apresentou alterações inflamatórias no sigmóide foi submetida, posteriormente, à cirurgia aberta, após adequada preparação do colo, e ressecção do segmento alterado. O exame anatomopatológico mostrou sofrimento vascular do segmento ressecado além de alterações inflamatórias agudas no mesmo.

De acordo com o índice de probabilidade, dez pacientes apresentavam baixa probabilidade (índice de 1 a 4), 12, média probabilidade (índice de 5 a 7), e 12, alta probabilidade (índice 8 a 10) de apresentarem apendicite aguda.

No grupo de baixa probabilidade, oito pacientes não apresentaram apendicite e duas sim. No grupo de alta probabilidade, nove apresentaram apendicite e três não. O erro diagnóstico foi de 80% no grupo de baixa probabilidade, 50% no grupo de média probabilidade e 25% no grupo de alta probabilidade (Tabela 4).

As 13 pacientes que não necessitaram de qualquer tratamento cirúrgico após a videolaparoscopia estavam assim

distribuídas nos grupos de probabilidade: seis com baixa probabilidade, quatro com média probabilidade e três com alta probabilidade de apresentarem apendicite aguda (Tabela 5).

Tabela 4

Distribuição dos pacientes com diagnóstico de apendicite aguda com o grau de probabilidade

Probabilidade	Pacientes	Apendicite	% de erro
Baixa	10	2	80%
Média	12	6	50%
Alta	12	9	25%
Total	34	17	100%

Tabela 5

Distribuição dos pacientes que não necessitaram de tratamento cirúrgico de acordo com o grau de probabilidade

Probabilidade	Pacientes	Sem operação	% de erro
Baixa	10	6	60%
Média	12	4	33%
Alta	12	3	25%
Total	34	13	100%

DISCUSSÃO

O abdome agudo da mulher em idade fértil permanece um tema controverso ao longo dos anos, principalmente pelo alto índice de erro diagnóstico e também pela morbidez gerada devido à exploração cirúrgica não terapêutica nestas situações. O índice de explorações não terapêuticas no abdome agudo da mulher em idade fértil varia enormemente nas publicações da literatura,^{1,3,5,6,7} situando-se em torno de 25%. As complicações pós-operatórias das explorações não terapêuticas não são desprezíveis e ocorrem aproximadamente em 15% dos casos, acarretando prolongamento e aumento do custo da internação hospitalar.^{1,2,5}

O diagnóstico diferencial inclui doenças ginecológicas inflamatórias ou não, muitas com quadro clínico bastante semelhante à apendicite aguda, e é este fator que torna o diagnóstico de certeza difícil de ser atingido. A doença mais encontrada nas situações de dúvida diagnóstica, depois da apendicite aguda, é a salpingite ou doença inflamatória pélvica,^{2,3,4,7} e não há nenhum dado do exame clínico e/ou laboratorial que estatística e seguramente diferencie as duas doenças.^{3,4}

A laparoscopia diagnóstica mostra índices de sensibilidade e especificidade que podem chegar a 100% em casos de abdome agudo inflamatório, onde o diagnóstico de certeza

é imperativo.⁹ A laparoscopia diagnóstica no abdome agudo da mulher em idade fértil mostra uma diminuição no índice de explorações não terapêuticas,^{2,4,5,7} e as pacientes submetidas apenas à laparoscopia apresentaram um tempo de internação hospitalar menor que as que foram submetidas à laparotomia não terapêutica.^{2,4}

A partir da segunda metade da década de 80, com o aprimoramento dos aparelhos de laparoscopia, a introdução da videolaparoscopia e o início da cirurgia videolaparoscópica, a abordagem do abdome agudo da mulher em idade fértil por esta via pôde se tornar também terapêutica e não mais somente propedêutica. Em alguns centros onde o abdome agudo não traumático é explorado inicialmente por videolaparoscopia de rotina, e a cirurgia videolaparoscópica é feita sempre que necessário e possível, o índice de pacientes que não são submetidos à operação aberta chega a 73%.⁸

A apendicectomia videolaparoscópica já é realizada com segurança em vários centros, e alguns autores defendem que ela seja superior à técnica aberta por apresentar um período menor de internação hospitalar, menos dor pós-operatória e uma taxa menor de infecção da ferida operatória, além do retorno mais rápido às atividades habituais.^{10,11,12} Existem alguns autores que não aprovam a abordagem do abdome agudo por via laparoscópica em todos os pacientes, por entenderem que não há diferença estatisticamente significante entre os métodos, no que se refere a complicações, tempo de internação, custo e retorno às atividades habituais, além de acreditarem que o tempo operatório é maior na técnica videolaparoscópica.¹³

A videolaparoscopia é uma técnica útil na abordagem do abdome agudo na mulher em idade fértil, e nosso trabalho permite-nos concluir pela sua indicação naqueles casos de alta e média probabilidades para apendicite aguda, já que nestes o índice de erro diagnóstico foi de 25% e 50% respectivamente. A videolaparoscopia, além de propedêutica, foi terapêutica em 44% das pacientes, reservando a cirurgia aberta para apenas 12% das pacientes.

A dúvida fica na abordagem das pacientes com baixa probabilidade para apendicite aguda, já que nestas apenas 20% apresentaram este diagnóstico, e acreditamos que uma observação clínica mais prolongada seria de menor morbidez que a abordagem imediata por via laparoscópica, sem comprometer de maneira significante a precocidade diagnóstica. Novas pesquisas devem esclarecer esta dúvida, e a evolução da videolaparoscopia com certeza criará novas fronteiras para o cirurgião moderno.¹⁴

ABSTRACT

In fertile women the diagnosis of acute appendicitis is a challenge for the surgeon. A negative surgical exploration of the abdomen is not uncommon. The purpose of our study was two fold: to establish a probability diagnostic index of acute abdomen for fertile women and the value of the videolaparoscopy of the abdomen for the diagnosis and therapeutic in this

group of patients. Thirty-four women with clinical and laboratory data suggesting acute appendicitis were divided into three groups according to the probability of having the disease: high, medium and low probability. Following that, all thirty-four patients were submitted to videolaparoscopic evaluation of the abdomen. If necessary, an appendectomy was carried out with the same procedure. According to our probability index, we observed: ten patients were classified as being low probability, twelve as being medium probability and twelve as being high probability. The results showed that in the low probability group only two patients (20%) had confirmed appendicitis. In the medium probability group, six patients (50%) had confirmed acute appendicitis. In the high probability group, nine patients (75%) had the diagnosis confirmed. From our study we concluded that fertile women who fit the high and medium probability group should have an immediate laparoscopic evaluation of the abdomen. Fertile women who fit the low probability group, will not be jeopardized if a period of clinical observation is undertaken.

Key Words: Acute abdome; Videolaparoscopy; Acute appendicitis.

REFERÊNCIAS

1. Dunn EI, Moore EE, Elerding SC, et al – The unnecessary laparotomy for appendicitis – Can it be decreased? *Am Surg* 1982;48:320-323.
2. Deutsch AA, Zelikovsky A, Reiss R – Laparoscopy in the prevention of unnecessary appendectomies: a prospective study. *Br J Surg* 1982; 69:336-337.
3. Nakhgevanly KB, Clarke LE – Acute appendicitis in women of child-bearing age. *Arch Surg* 1986;121:1.053-1.055.
4. Spirtos NM, Eisenkop SM, Spirtos TW, et al – Laparoscopy – A diagnostic aid in cases of suspected appendicitis. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:90-94.
5. Paterson-Brown S – Emergency laparoscopy surgery. *Br J Surg* 1993; 80:279-283.
6. Whitworth CM, Whitworth PW, Sanfillipo J, et al – Value of diagnostic laparoscopy in young women with possible appendicitis. *Surg Gynecol Obstet* 1988;167:187-190.
7. Olsen JB, Myrén CJ, Haahr PE – Randomized study of the value of laparoscopy before appendectomy. *Br J Surg* 1993;80:922-923.
8. Navez B, Cambier E, Richir C, et al – Laparoscopy for management of nontraumatic acute abdomen. *World J Surg* 1995;19:382-387.
9. Rodrigues FCM, Rahal F, Soldá SC, et al – Laparoscopia diagnóstica no doente de alto risco. *Rev Col Bras Cir* 1995;22:79-82.
10. McAnena OJ, Austin O, Hederman WP, et al – Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective evaluation. *Br J Surg* 1992; 79: 818-820.
11. Frazee RC, Roberts JW, Symmonds RE, et al – A prospective randomized trial comparing open versus laparoscopic appendectomy. *Ann Surg* 1994;219:725-731.
12. Ortega AE, Hunter JG, Peters JH, et al – A prospective, randomized comparison of laparoscopic appendectomy with open appendectomy. *Am J Surg* 1995;169:208-213.
13. Martin LC, Puente I, Sosa JL, et al – Open versus laparoscopic appendectomy - A prospective randomized comparison. *Ann Surg* 1995;222:256-262.
14. Apelgren KN, Cowan BD, Metcalf Am, et al – Laparoscopic appendectomy and the management of gynecologic pathologic conditions found at laparoscopy for presumed appendicitis. *Surg Clin North Am* 1996;76:469-482.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Cláudio Oliveira Chiari Campolina
Rua Pe. João Crisóstomo, 141/201
30535-510 – Belo Horizonte – MG