

Diverticulite perforada do apêndice cecal: diagnóstico ultrassonográfico

Perforated diverticulitis of the appendix: ultrasonographic diagnosis

Rafael Burgomeister Lourenço¹, Marco da Cunha Pinho¹, Vladimir Schraibman¹, Antônio Luiz de Vasconcellos Macedo¹, Miguel José Francisco Neto¹, Marcelo Buarque de Gusmão Funari¹

RESUMO

A diverticulite do apêndice é uma patologia incomum, eventualmente confundida com a apendicite cecal, tendo, porém, maior risco de perfuração e de outras complicações. Seu diagnóstico pré-cirúrgico é raramente realizado, mas pode ser obtido pela ultrassonografia com a demonstração de um divertículo associado a sinais clássicos de apendicite. Relatamos o caso de um homem adulto em que foi possível o diagnóstico ultrassonográfico de diverticulite do apêndice cecal e revisamos os principais aspectos relacionados a essa condição.

Descritores: Apêndice; Divertículo; Diverticulite/ultrassonografia; Diverticulite/diagnóstico; Relatos de casos

ABSTRACT

Appendiceal diverticulitis is an uncommon condition, mimicking appendicitis, but with greater risk of perforation and complications. Preoperative diagnosis is rare, but can be achieved by ultrasonography as identification of the diverticulum and classical signs of appendicitis. We report a case of ultrasonographic diagnosis of a perforated appendiceal diverticulitis in an adult male and discuss this condition.

Keywords: Appendix; Diverticulum; Diverticulitis/ultrasonography; Diverticulitis/diagnosis; Case reports

INTRODUÇÃO

A diverticulite do apêndice é uma afecção pouco comum, mas não extremamente rara, que, em geral, não é detectada pelos métodos diagnósticos de imagens. O quadro clínico assemelha-se ao da apendicite, mas possui algumas diferenças com implicações no tratamento e prognóstico. Relatamos um caso de diagnóstico ul-

trassonográfico de diverticulite perforada do apêndice cecal em homem adulto e discutimos essa alteração.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 61 anos, previamente hipertenso, procurou atendimento médico com história de 36 horas de febre baixa (38,4°C), constipação e dor no quadrante inferior direito do abdome. Os exames laboratoriais demonstraram leucocitose (contagem de leucócitos igual a 15.700 células/ μ L), sem outros resultados anormais.

Foi encaminhado ao centro de imagens diagnósticas, onde foi submetido à ultrassonografia em aparelho ATL HDI 5000 (Philips Medical Systems, Erlangen) com transdutor de 7-12 MHz, de múltipla frequência em arranjo linear de alta resolução.

A ultrassonografia mostrou apêndice difusamente espessado e não compressível, com duas bolsas saculares (0,4 e 0,5 cm) projetando-se abaixo da camada muscular (Figura 1). Uma pequena perfuração e coleção líquida foi identificada adjacente ao divertículo maior. A reação inflamatória regional foi identificada pela hiperecogenicidade em “vidro fosco” do tecido adiposo e espessamento reacional do íleo terminal e ceco (Figura 2).

Foi submetido à cirurgia e o achado do procedimento foi reação inflamatória profusa em íleo distal, apêndice, ceco e cólon ascendente, associada a um pequeno abscesso. Como neoplasia maligna não podia ser excluída a partir do aspecto macroscópico, optou-se por realizar a hemicolectomia direita. O período pós-operatório não teve intercorrências, e o paciente retornou às atividades alguns dias após o procedimento. O exame anatomopatológico mostrou múltiplos divertículos do cólon, ceco

Trabalho realizado no Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

¹ Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Rafael Burgomeister Lourenço – Serviço de Medicina Diagnóstica de Preventiva – Departamento de Imagem – Hospital Albert Einstein – Rua Albert Einstein, 627/701, 4º andar – Morumbi – CEP: 05651-901 – São Paulo (SP), Brasil – Tel.: 11 3061-3009 – e-mail: rafaburgo@hotmail.com

Data de submissão: 21/8/2008 – Data de aceite: 20/12/2010

Conflito de interesse: não há.

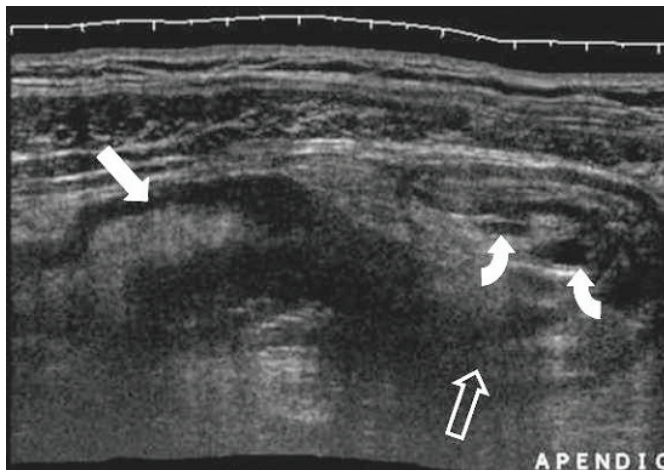


Figura 1. Imagem panorâmica parassagital à direita. Espessamento da parede do ceco (seta escura), com apêndice espessado e rígido, curvado anteriormente (seta aberta = base). Duas pequenas bolsas saculares podem ser vistas na margem do mesoapêndice (setas curvas). Observamos a hiperecogenicidade difusa em “vidro fosco” do tecido adiposo adjacente.

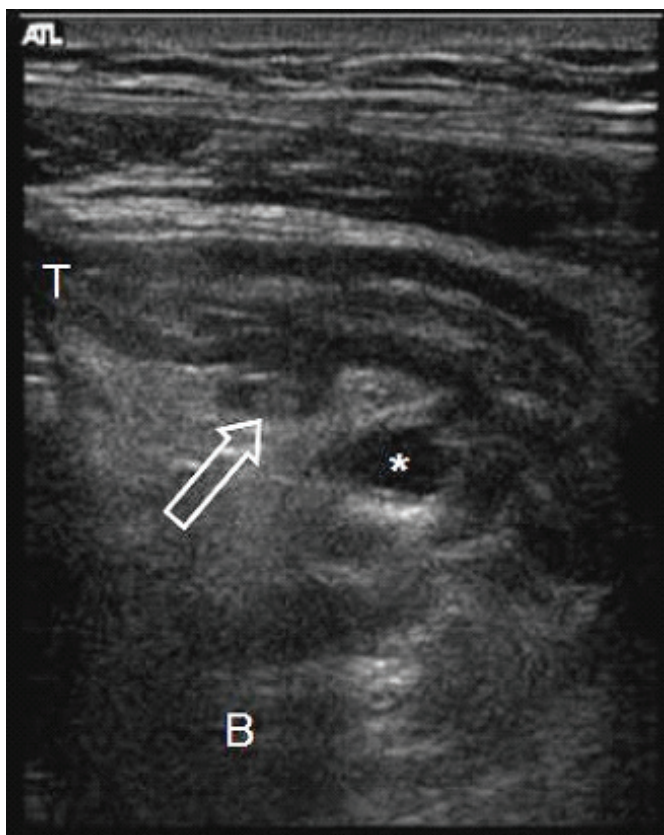


Figura 2. Imagem parassagital localizada. Pequena coleção líquida (*) adjacente ao divertículo perfurado. Outro divertículo não perfurado (seta aberta) foi identificado próximo à extremidade (T). B: base.

e apêndice. Um dos divertículos do apêndice apresentava diverticulite supurativa com perfuração e apendicite reacional. Havia também intensos sinais inflamatórios reacionais no cólon e íleo terminal, sem evidências de malignidade.

DISCUSSÃO

A diverticulite do apêndice é uma doença rara, que resulta da inflamação de um divertículo do apêndice cecal.

Os divertículos do apêndice cecal podem estar associados à diverticulose colônica ou ocorrer como um fenômeno local, sendo únicos ou múltiplos, e presentes em toda a extensão do órgão⁽¹⁾. Os divertículos congênitos (ou verdadeiros) são extremamente raros (há menos de 50 casos relatados)⁽²⁾. Os pseudodivertículos adquiridos, caracterizados pela herniação da mucosa e da submucosa por meio de um defeito na camada muscular, têm uma incidência relatada variável entre 0,04 e 2,8%^(1,3).

Embora a diverticulose do apêndice possa apresentar sintomas, como episódios recorrentes de dor vaga de resolução espontânea no quadrante inferior direito do abdome⁽⁴⁾, a maioria dos casos não apresenta sintomas até a ocorrência da inflamação aguda (diverticulite), tipicamente associada a fecalito impactado.

Os divertículos criam uma alteração estrutural no apêndice e aumentam a possibilidade de infecção. Até dois terços dos pacientes com divertículos desenvolvem diverticulite, que ocorre como um processo isolado ou associado à apendicite secundária. Alguns autores estimam que até 2% das apendicites clínicas sejam, na realidade, diverticulite do apêndice cecal com periapendicite secundária⁽⁵⁾. Alguns casos desenvolvem complicações, como perfuração e abscesso⁽⁶⁾.

A maioria dos pacientes apresenta formas atípicas de apendicite: paciente com mais de 30 anos de idade, dor abdominal mais leve, evolução clínica mais longa e antecedentes de crises anteriores^(7,8). O paciente frequentemente não procura assistência médica até que os sintomas se tornam mais acentuados, aumentando o risco de perfuração. É importante observar que os divertículos adquiridos possuem uma parede fina, que contribui para perfuração. Na verdade, a incidência de perfuração na diverticulite do apêndice cecal é quatro vezes maior do que na apendicite comum⁽⁸⁾.

A diverticulite do apêndice cecal é raramente identificada no período pré-operatório por exames de imagens. Alguns relatos de casos mostram que o enema de bário com duplo contraste pode demonstrar a diverticulose^(3,8,9), mas não a diverticulite. A tomografia computadorizada pode não detectar os divertículos, em razão do tamanho pequeno. Por outro lado, a literatura sugere que o diagnóstico possa ser realizado com ultrassonografia, especialmente por sua alta resolução espacial^(6,10).

Os achados ultrassonográficos durante a compressão graduada incluem o espessamento focal ou difuso da parede do apêndice cecal (> 3 mm) e o órgão dilatado, rígido e não compressível. Os divertículos geral-

mente aparecem como lesões arredondadas ou lesões nodulares ovaladas, hipoeóicas, bem definidas, localizadas ao lado da camada muscular do apêndice, em geral próximas à extremidade. O colo do divertículo pode ser identificado no nível do hiato vascular em condições ideais⁽⁶⁾. Uma reação inflamatória adjacente pode aparecer como tecido adiposo com aspecto ecogênico de “vidro fosco” e espessamento do ceco ou íleo terminal. A perfuração é comum, podendo ser caracterizada pela descontinuidade da parede do divertículo e pela coleção líquida. Nos casos avançados complicados, o divertículo (e até mesmo o apêndice) pode não ser mais visível.

O tratamento sugerido da diverticulite do apêndice cecal é a apendicectomia precoce, sempre que possível. Os casos complicados podem necessitar de uma abordagem mais agressiva, como no nosso caso. Os divertículos descobertos incidentalmente possuem uma abordagem controversa: alguns autores recomendam a apendicectomia eletiva⁽⁹⁾, mas esse procedimento ainda não é aceito por todos.

CONCLUSÃO

A diverticulite do apêndice cecal é uma doença pouco comum, provavelmente subestimada e, em geral, não diagnosticada. O quadro clínico é variável, manifestando-se frequentemente como forma de apendicite atípi-

ca, com maior risco de perfuração do que a apendicite isolada. O diagnóstico pré-operatório com exames de imagens é possível com a ultrassonografia. A intervenção cirúrgica precoce é o tratamento preferido para evitar as complicações.

REFERÊNCIAS

1. Esparza AR, Pan CM. Diverticulosis of the appendix. *Surgery*. 1970;67(6):922-8.
2. Phillips BJ, Perry CW. Appendiceal diverticulitis. *Mayo Clin Proc*. 1999;74(9):890-2.
3. Lawler LJ, Jackson R. Diverticulosis of the appendix: a case report. *Australas Radiol*. 1994;38(3):227.
4. Majeski J. Diverticulum of the vermiform appendix is associated with chronic abdominal pain. *Am J Surg*. 2003;186(2):129-31.
5. Bianchi A, Heredia A, Hidalgo LA, García-Cuyàs F, Soler MT, del Bas M, et al. Diverticular disease of the cecal appendix. *Cir Esp*. 2005;77(2):96-8.
6. Barc RM, Rousset J, Maignien B, Lu M, Prime-Guitton CH, Garcia JF. [Diverticula of the appendix and their complications: value of sonography (review of 21 cases)]. *J Radiol*. 2005;86(3):299-309.
7. Palmer G, Seidal T, Weibull H. Perforated diverticulum of the appendix. *Eur J Surg*. 1992;158(9):507-8.
8. Beswick JS, Desai S. Diverticular disease of the vermiform appendix and its clinical relevance. *Australas Radiol*. 1994;38(4):260-1.
9. Triadacilopoulos G. Image of the month. Appendiceal and sigmoid diverticulosis. *Gastroenterology*. 1997;113(4):1062, 1424.
10. Macheiner P, Hollerweger A, Gritzmann N. Sonographic features of diverticulitis and diverticulosis of the vermiform appendix. *J Clin Ultrasound*. 2002;30(7):456-7.