

**DIVERTÍCULO DO APÊNDICE VERMIFORME****DIVERTICULUM OF THE VERMIFORM APPENDIX**

**Fernando Costa Nunes, TCBC-MG<sup>1</sup>; Marilles Porto Mattos, TCBC-MG<sup>2</sup>;  
Alcino Lázaro da Silva, TCBC-MG<sup>3</sup>**

**INTRODUÇÃO**

Os divertículos podem ocorrer em qualquer parte do tubo digestivo. A presença de divertículos no apêndice cecal é um achado raro<sup>1</sup> originalmente descrito por Kelynack em 1893<sup>2,3</sup>. O diagnóstico pode ser efetuado durante operação, através de exame anátomopatológico de espécimes de necropsia ou de peças cirúrgicas ou, mais raramente, a partir de estudos contrastados do intestino grosso<sup>2</sup>. No entanto, a certeza diagnóstica é conferida somente pelo exame anátomopatológico.

**RELATO DOS CASOS****Caso 1**

MARML, masculino, 39 anos de idade, motorista, natural e residente em Galiléia, MG. Admitido no HC-UFGM com dor abdominal e desconforto epigástrico que migrou sucessivamente para região peri-umbilical e fossa ilíaca direita em questão de 24 horas. Ao exame: temperatura axilar 37,5 °C, abdome doloroso à palpação superficial e profunda, sinal de Blumberg presente. Exames: leucocitose 17000/mm<sup>3</sup>, radiografia simples do abdome com apagamento do psoas direito e alça sentinela em fossa ilíaca direita.

Com o diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda, foi submetido a apendicectomia de urgência: apêndice com características inflamatórias e superfície externa de aspecto serrilhado. Evolução sem intercorrências com alta no 3º DPO. O exame anátomopatológico mostrou múltiplos divertículos apendiculares.

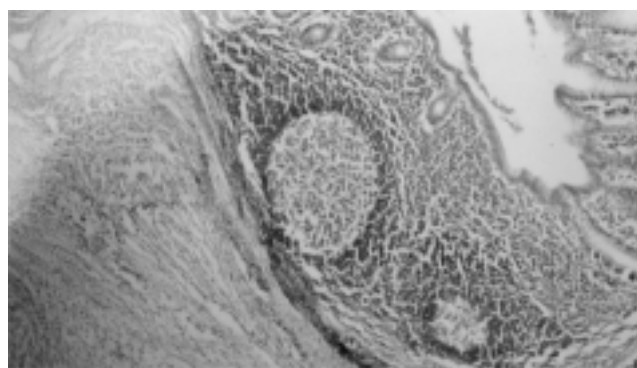
**Caso 2**

J.H.S, masculino, 57 anos de idade, branco, deu entrada no pronto socorro do Hospital da Faculdade de Medicina de Itajubá com quadro clínico de abdome agudo inflamatório, sinais de Blumberg, Rousing e Lapinski presentes; toque retal doloroso. O hemograma mostrava leucocitose com desvio para a esquerda. Foi diagnosticado como portador de apendicite aguda e indicada a celiotomia.

O achado cirúrgico revelou apêndice cecal reacional a uma diverticulite. O exame anátomopatológico mostrou apêndice cecal pesando 10 g, medindo 6,5 cm de comprimento, com diâmetro máximo de 1,3 cm, e superfície opacificada. Aos cortes, nota-se cavidade no meso apresentando comunica-

ção com o lúmen do apêndice. A 2,5 cm da extremidade proximal há dilatação luminal preenchida por muco, o qual apresentava viscosidade semelhante à da saliva.

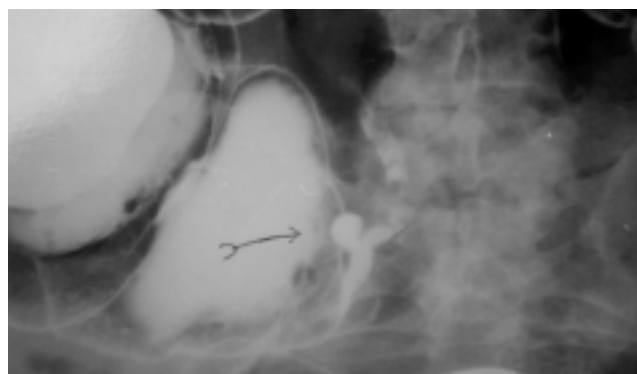
À microscopia verificou-se apêndice cecal com diverticulite, circundado por área de fibrose com congestão, hemorragia e infiltrado de linfócitos, eosinófilos e neutrófilos (Figura 1). Conclusão: diverticulite apendicular.



**Figura 1** - Cortes histológico corado pelo (HE 40x) mostrando a parede de um divertículo verdadeiro no apêndice cecal.

**Caso 3**

CRS, 74 anos de idade, feminino, dona de casa, natural e residente em Belo Horizonte, MG. Queixava-se de diarreia de pequeno volume, associada à flatulência, desconforto abdominal generalizado que se alternava com períodos de constipação. Enema opaco, revelou como única alteração a presença de divertículo no apêndice cecal (Figura 2). Com os diagnósticos de enterocolopatia funcional e diverticulose



**Figura 2** - Enema opaco evidenciando divertículo único (seta) em apêndice cecal.

1. Professor Adjunto de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de Itajubá; Mestre e Doutor em Cirurgia – UFGM.
2. Professora Adjunta da UFGM. Mestre em Cirurgia – UFGM.
3. Professor Titular de Cirurgia do Aparelho Digestivo da UFGM.

Recebido em 15/10/2003

Aceito para publicação em 21/10/2003

Trabalho realizado no Curso de Pós-Graduação em Cirurgia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

apendicular optou-se por tratamento clínico, sintomático não tendo sido indicada a apendicectomia.

## DISCUSSÃO

Segundo dados da literatura, a incidência dos divertículos de apêndice varia de 0,20% a 1,28%, sendo a frequência do achado diretamente proporcional ao cuidado na realização do estudo anatomopatológico<sup>4</sup>.

Os divertículos apendiculares são classificados, com base na presença ou ausência da camada muscular em suas paredes, em congênitos e adquiridos. Nestes, também denominados pseudodivertículos, falta a túnica muscular. Naqueles, também conhecidos por divertículos verdadeiros, há presença de todas as camadas teciduais encontradas no apêndice cecal normal: mucosa, muscular e serosa<sup>1,2,5</sup>.

Uma revisão dos 43 primeiros casos de diverticulose apendicular congênita efetuada por Trollope e Lindenauer<sup>2</sup> em 1974 revelou as seguintes características: (a) os divertículos únicos são mais comuns que os múltiplos, (b) o sexo masculino é mais acometido e (c) a idade dos pacientes era, em média, de 32 anos. Os divertículos adquiridos tendem à multiplicidade<sup>2</sup>, são mais frequentes

no sexo masculino e são diagnosticados mais comumente na 4ª década de vida<sup>2</sup>.

O quadro clínico pode variar da total ausência de sintomas até quadros bem caracterizados de abdome agudo. Geralmente, só existem manifestações clínicas quando há hemorragia (maciça, às vezes<sup>5</sup>) ou diverticulite com ou sem supuração.

A presença de dor abdominal menos intensa, intermitente às vezes e com maior tempo de evolução em paciente com faixa etária mais alta deve levantar a suspeita de diverticulite apendicular<sup>3,5</sup>.

Existe ainda relato da associação entre a presença de divertículo no apêndice com mucocele e pseudomixoma peritoneal<sup>2</sup>.

É digno de nota a dificuldade de distinção clínica entre a apendicite aguda e a diverticulite do apêndice e é importante lembrar da existência desta segunda possibilidade (ainda que ela seja muito menos freqüente que a primeira) porque apresenta supuração mais comum e mais precoce. Não há consenso a respeito da necessidade de apendicectomia preventiva em pacientes com diagnóstico de divertículo<sup>3</sup>. É possível que as estatísticas de incidência de divertículo apendicular estejam relacionadas no nível de cuidado com que o exame anatomopatológico é executado.

---

## ABSTRACT

*The authors present three cases report of appendicular diverticulum with associated diverticulitis, one of them asymptomatic. The clinical distinction between acute appendicitis and apendical diverticulitis is very difficult, the later usually with earlier suppuration. There are no consensus regarding preventive surgery for apendical diverticulitis. It is possible that incidence of appendicular diverticulum depends on careful anatomopathological exams (Rev. Col. Bras. Cir. 2004; 31(5): 342-343) - ISSN 0100-6991.*

**Key words:** *Vermiform Appendix; Acute Diverticulitis; Diverticulum.*

---

## REFERÊNCIAS

1. Ruiz Feliu B, Brotons Carreras J, Codina Barreras A, et al. – Diverticulitis apendicular: revisión de cinco casos. Rev Esp Enf Ap Digest, 1989,75(6 Pt 2):680-683.
2. Trollope ML, Lindenauer SM – Diverticulosis of the appendix: a collective review. Dis Colon Rectum, 1974,17(2):200-218.
3. eschênes L, Couture J, Garneau R – Diverticulitis of the appendix. Report of sixty-one cases. Am J Surg, 1971,121(6):706-709.
4. Künzle JE, Mendes JAM, Zilioto Júnior A – Doença diverticular do apêndice vermiforme. Rev Col Bras Cir 1996, 23(4):203-207.
5. Lock JH, Wheeler WE – Diverticular disease of the appendix. South Med J, 1990,83(3):350

Endereço para correspondência:  
Dr . Fernando Costa Nunes  
Rua Geraldo Storino, 98  
Bairro Varginha  
37500-000 Itajubá – MG  
fernandocnunes @ netfacil.biz