



RELATO DE CASO: APENDICITE AGUDA NECROTIZANTE

Maria Clara Marques Mendonça Martins¹, Marília Costa Menezes², Axel Helmut Rulf Cofré³



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p2227-2238>

Artigo publicado em 23 de Fevereiro de 2025

RELATO DE CASO

RESUMO

A apendicite aguda necrotizante é uma forma rara e grave de apendicite, caracterizada pela necrose do apêndice vermiforme e frequentemente associada a complicações graves, como sepse e peritonite difusa. A manifestação clínica pode incluir sinais de irritação peritoneal, com sintomas mais graves como distensão abdominal, febre e taquicardia. O diagnóstico é frequentemente confirmado por meio de exames de imagem, como a tomografia computadorizada, que pode identificar sinais de inflamação, empilhamento ou pneumatose intestinal. O tratamento consiste em uma abordagem cirúrgica imediata. Este relato de caso evidencia a importância do diagnóstico precoce e da intervenção cirúrgica urgente para a redução das taxas de mortalidade e a melhora do prognóstico dos pacientes.

Palavras-chave: Apendicite aguda necrotizante, sepse, apendicectomia, diagnóstico precoce, tomografia computadorizada, tratamento cirúrgico.



CASE REPORT: ACUTE NECROTIZING APPENDICITIS

ABSTRACT

Acute necrotizing appendicitis is a rare and severe form of appendicitis characterized by necrosis of the vermiform appendix and frequently associated with serious complications such as sepsis and diffuse peritonitis. Clinical manifestations may include signs of peritoneal irritation, with more severe symptoms such as abdominal distension, fever, and tachycardia. Diagnosis is often confirmed by imaging tests such as computed tomography, which can identify signs of inflammation, stacking, or pneumatosis intestinalis. Treatment consists of immediate surgical intervention. This case report highlights the importance of early diagnosis and urgent surgical intervention to reduce mortality rates and improve patient prognosis.

Keywords: Acute necrotizing appendicitis, sepsis, appendectomy, early diagnosis, computed tomography, surgical treatment.

Instituição afiliada – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC¹; UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS²; CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC³.

Autor correspondente: *Maria Clara Marques Mendonça Martins* - claramendoncamartins@gmail.com .

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

A apendicite aguda necrotizante (AAN) é uma forma rara e grave de inflamação do apêndice cecal, caracterizada pela necrose do tecido apendicular e a rápida progressão para complicações sérias. Esta condição é frequentemente observada em pacientes com comorbidades, como diabetes mellitus e imunossupressão, que contribuem para a deterioração mais acelerada do tecido apendicular (Michaud et al., 2018). O quadro clínico da AAN pode ser difícil de distinguir da apendicite aguda simples, devido à sobreposição de sintomas iniciais, como dor abdominal, febre e náuseas. No entanto, a evolução da doença é marcada por uma rápida piora do estado geral do paciente, com risco elevado de perfuração e disseminação de infecção para a cavidade peritoneal (D'Agostino et al., 2017). A detecção precoce da AAN é crucial, sendo a tomografia computadorizada o exame de escolha para avaliação da extensão da necrose e possíveis complicações associadas (Stoker et al., 2019). O tratamento da AAN exige intervenção cirúrgica urgente, com apendicectomia e, em casos graves, drenagem de abscessos peritoneais, visando prevenir complicações fatais como a sepse (Mikami et al., 2020; Dumont et al., 2020). O prognóstico depende da rapidez no diagnóstico e da intervenção precoce, sendo a taxa de mortalidade significativamente maior em pacientes com necrose extensa e comprometimento sistêmico (Graham et al., 2019).

Este relato de caso tem como objetivo descrever a manifestação clínica e achados radiológicos de um paciente feminino de 42 anos com apendicite aguda necrotizante, abordando as condutas adotadas no manejo clínico e cirúrgico.

REVISÃO DE LITERATURA

A apendicite aguda necrotizante (AAN) é uma forma rara e grave de inflamação do apêndice cecal, caracterizada pela necrose do tecido apendicular e a rápida progressão para complicações sérias. Esta condição é frequentemente observada em pacientes com comorbidades, como diabetes mellitus e imunossupressão, que contribuem para a deterioração mais acelerada do tecido apendicular (Michaud et al., 2018).



O quadro clínico da AAN pode ser difícil de distinguir da apendicite aguda simples, devido à sobreposição de sintomas iniciais, como dor abdominal, febre e náuseas. No entanto, a evolução da doença é marcada por uma rápida piora do estado geral do paciente, com risco elevado de perfuração e disseminação de infecção para a cavidade peritoneal (D'Agostino et al., 2017).

A detecção precoce da AAN é crucial, sendo a tomografia computadorizada o exame de escolha para avaliação da extensão da necrose e possíveis complicações associadas (Stoker et al., 2019). O tratamento da AAN exige intervenção cirúrgica urgente, com apendicectomia e, em casos graves, drenagem de abscessos peritoneais, visando prevenir complicações fatais como a sepse (Mikami et al., 2020; Dumont et al., 2020).

O prognóstico depende da rapidez no diagnóstico e da intervenção precoce, sendo a taxa de mortalidade significativamente maior em pacientes com necrose extensa e comprometimento sistêmico (Graham et al., 2019).

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de sexo feminino, 42 anos, gestante de cinco semanas e sem história prévia de hipertensão arterial, diabetes mellitus ou alergias, deu entrada no serviço de emergência do Hospital Geral do Estado, no Estado de Alagoas, Brasil, com quadro de vômitos, náuseas, dor abdominal difusa - pior em fossa ilíaca direita - há seis dias e constipação intestinal há cinco dias. Relatou diagnóstico de gravidez por atraso menstrual e teste de farmácia positivo.

Ao exame físico, paciente apresentava em regular estado geral, estava consciente, contactuando, orientado, taquipneico, hipocorada, acianótica, afebril e anictérica. Possuía aparelho cardiovascular (ACV) com ritmo cardíaco regular em 2 tempos e sem sopros audíveis, aparelho respiratório (AP) como murmúrio vesicular presente em ambos os hemitórax e sem ruídos adventícios. No exame físico, seu

abdome se apresentava globoso, tenso, distendido, com ruídos hidroaéreos presentes e irritação peritoneal.

Com as informações supracitadas, chegou-se a hipótese diagnóstica de abdome agudo. A prescrição médica subsequente consistiu em uma dieta zero, passagem de sonda nasogástrica calibrosa com retirada de 1200 ml e aspecto sanguinolento, hidratação com Soro Ringer Lactato (SRL) 1000ml em 40 gotas por minuto, Ceftriaxona 2g endovenosa (EV), Omeprazol 40mg EV no ato da admissão da paciente, Nause-dron 4mg EV diluído no ato da admissão, Dipirona ou Buscopan composto/simples 1 ampola EV diluído, elevar cama em 45 graus, máscara de oxigênio, introdução de sonda vesical e solicitação de Tomografia Computadorizada (TC).

A TC revelou distensão e edema de alças intestinais (Figura 1), além de empilhamento/pneumatose intestinal (Figura 2), levantando a hipótese de uma possível isquemia intestinal.

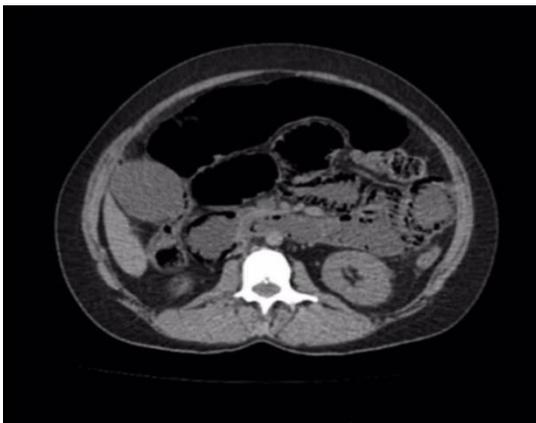


Figura 1. Edema de Alças Intestinais



Figura 2. Pneumatose Intestinal



Figura 3. Distensão gástrica.

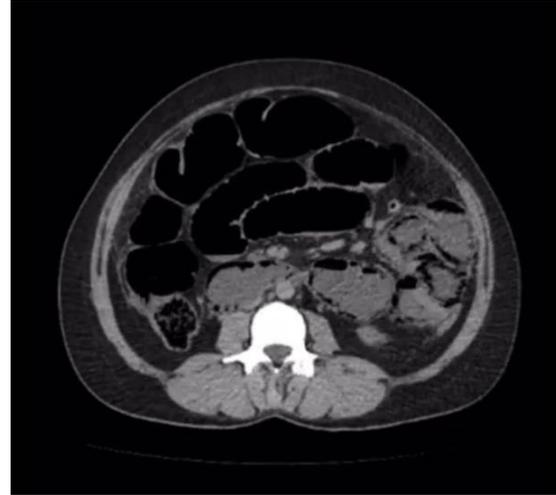


Figura 4. Coprólito apêndice

Visualizou-se distensão do estômago por estase (Figura 3), calcificação no flanco direito, possível coprólito apêndice (Figura 4), um pouco de líquido em fundo de ceco e útero aumentado com cavidade uterina (gestação tópica). Paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico com diagnóstico de abdome agudo.



Figura 5. Edema de alças.

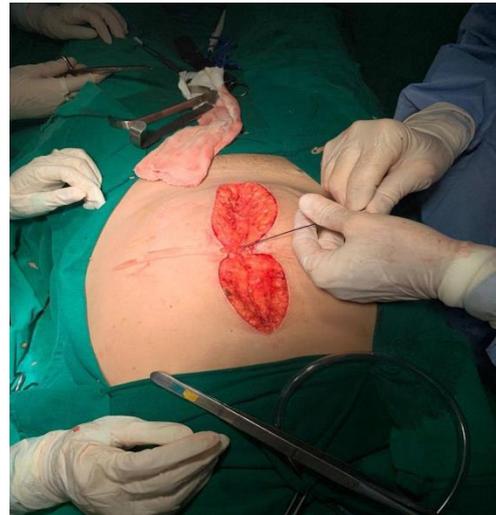


Figura 6. Diérese por planos.

Com o paciente sob anestesia geral e posicionado em decúbito dorsal horizontal (DDH), foi realizada a laparotomia com incisão supra e infraumbilical, seguida de diérese em planos.

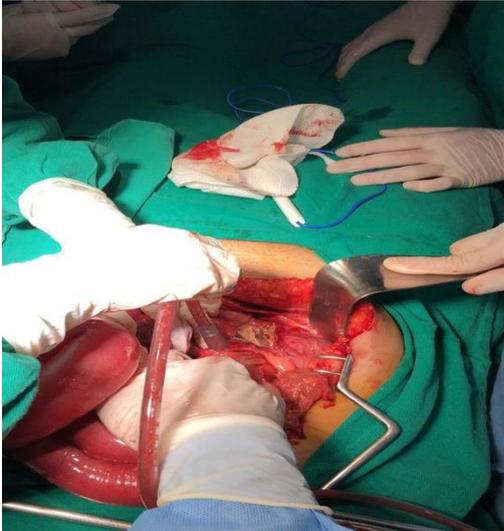


Figura 7. Identificação do apêndice



Figura 8. Lavagem abdominal.

Foi realizada ligadura do mesoapêndice e artéria apendicular, identificação do apêndice necrosado, ligadura da base do apêndice - ponto em V e apendicectomia - lavagem da cavidade com soro fisiológico 0,9% aquecido, contagem de compressas, revisão de hemostasia, síntese or planos e curativo externo.



Figura 9. Aspiração após lavagem.



Figura 10. Apêndice necrosado.

A paciente foi encaminhada para unidade de terapia intensiva (UTI) após o procedimento com necessidade de droga vasoativa e sob ventilação mecânica.



A recuperação no pós-operatório foi estável e sem intercorrências, através de curativo diário e prescrição de dieta zero, sonda nasogástrica aberta, soro glicosado 5% 500ml + NaCl 20% 15ml + KCl 19,1% 0,5 ml EV de 6/6h, Ceftriaxona 1g + água destilada EV de 12/12h, Metronidazol EV de 8/8h, Dipiriona 1g + água destilada EV de 6/6h, Dimorf 10mg + água destilada EV de 4/4h, Omeprazol 40mg EV 1 vez ao dia, HGT de 6/6h, Glicose 50% 3 ampolas EV se HGT < 70, Insulina Regular conforme HGT: Se dosagem de 200-250 faz 4U de insulina/ Se dosagem 250-300 faz 6U de insulina/ Se dosagem 300-350 faz 8U de insulina/ Se 350-400 faz 10U de insulina/ Acima de 400 faz 12U. Sinais Vitais e CC de 6/6h, e Nausebron 4mg + água destilada EV de 8/8h.

DISCUSSÃO

A apresentação clínica da AAN pode ser semelhante à apendicite aguda simples nos estágios iniciais, com sintomas como dor abdominal, náuseas, vômitos e febre (D'Agostino et al., 2017). No entanto, a evolução para necrose do apêndice leva a uma piora rápida do quadro clínico. A dor abdominal se torna mais intensa e difusa, localizando-se frequentemente na fossa ilíaca direita, mas podendo se estender para outras regiões do abdome à medida que a peritonite se instala. O paciente pode apresentar sinais de irritação peritoneal, como defesa abdominal e distensão, como observado no caso clínico descrito. Além disso, a taquipneia e a instabilidade hemodinâmica, como hipotensão e taquicardia, podem ser sinais de sepse ou choque, complicações comuns da AAN (Michaud et al., 2018).

Em alguns casos, a AAN pode se manifestar com quadro de constipação intestinal persistente, o que pode dificultar o diagnóstico inicial. A presença de distensão abdominal e ausência de evacuação ou eliminação de gases por vários dias pode ser indicativa de complicações como obstrução intestinal ou isquemia (Dumont et al., 2020). A gravidade do quadro clínico muitas vezes leva a uma hospitalização urgente e à necessidade de intervenção precoce.

A tomografia computadorizada (TC) é o exame de escolha para o diagnóstico da AAN, permitindo uma avaliação detalhada da extensão da necrose apendicular e das



possíveis complicações associadas. Os achados radiológicos típicos incluem a presença de pneumatose apendicular (gás na parede do apêndice), que indica necrose e isquemia do tecido (Stoker et al., 2019). Além disso, pode-se observar distensão e edema das alças intestinais, sugerindo obstrução ou comprometimento da perfusão sanguínea na região (Mikami et al., 2020). A presença de líquido livre na cavidade abdominal é um achado comum e reflete a perfuração do apêndice e a disseminação da infecção peritoneal, conforme ilustrado no caso em questão, onde foi visualizado líquido no fundo de ceco.

A TC também é fundamental para avaliar a extensão de complicações, como abscessos intra-abdominais, que podem requerer drenagem cirúrgica ou percutânea (D'Agostino et al., 2017).

O manejo clínico da AAN envolve a estabilização hemodinâmica do paciente e controle da infecção. A hidratação intravenosa com soro fisiológico ou Ringer Lactato é essencial, especialmente em pacientes com sinais de choque ou desidratação (Michaud et al., 2018). O uso de antibióticos de amplo espectro, como ceftriaxona associada a metronidazol, é indicado para combater a infecção bacteriana e prevenir complicações sépticas, sendo administrados imediatamente após a admissão (Dumont et al., 2020). Além disso, o paciente deve ser submetido a dieta zero, e a decompressão gástrica por meio de sonda nasogástrica pode ser necessária, conforme descrito no caso.

A apendicectomia é a principal intervenção cirúrgica para o tratamento da AAN. O procedimento deve ser realizado o mais precocemente possível para remover o apêndice necrosado e prevenir a progressão para peritonite generalizada ou sepsis (Michaud et al., 2018). A laparotomia é frequentemente necessária, especialmente em casos de necrose extensa ou complicações associadas, como abscessos peritoneais ou perfuração apendicular. A abordagem minimamente invasiva, como a apendicectomia laparoscópica, pode ser considerada em alguns casos, embora esteja mais indicada para formas não complicadas de apendicite (D'Agostino et al., 2017).

Após a remoção do apêndice, é crucial realizar uma cuidadosa lavagem da cavidade abdominal com soro fisiológico e uma revisão rigorosa da hemostasia para



evitar hemorragias ou infecções pós-operatórias (Mikami et al., 2020). Se houver abscessos intra-abdominais, pode ser necessária drenagem adicional.

A paciente deve ser monitorada intensivamente no pós-operatório, especialmente se houver necessidade de suporte hemodinâmico, como drogas vasoativas, ou ventilação mecânica, como foi observado no caso. O uso de analgésicos intravenosos e antibióticos deve ser continuado para controle da dor e prevenção de infecções (Graham et al., 2019).

O prognóstico da AAN depende da gravidade da necrose apendicular e da rapidez no diagnóstico e tratamento. Pacientes que recebem tratamento precoce e adequado geralmente têm um bom prognóstico, com resolução dos sintomas e recuperação funcional (Michaud et al., 2018). Contudo, pacientes com necrose extensa e complicações sistêmicas apresentam maior risco de morbidade e mortalidade, com necessidade de monitoramento prolongado e cuidados intensivos (Graham et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apendicite aguda necrotizante, embora rara, é uma condição de alta gravidade que pode levar a complicações fatais, como sepse e peritonite difusa, caso não tratada de forma rápida e eficaz. O diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico, com apendicectomia, são fundamentais para a resolução da infecção e a prevenção de complicações sistêmicas. A intervenção precoce demonstrou sucesso no controle da infecção e na recuperação da função abdominal, com boa evolução pós-operatória e minimização de riscos a longo prazo. Este relato de caso reforça a importância da abordagem clínica agressiva e do monitoramento rigoroso no pós-operatório, incluindo a gestão cuidadosa de antibióticos, hidratação e vigilância para complicações, garantindo a estabilidade hemodinâmica e a recuperação satisfatória do paciente. A rápida identificação e tratamento cirúrgico da apendicite aguda necrotizante são cruciais para o prognóstico favorável, minimizando as complicações graves e favorecendo a recuperação do paciente.



REFERÊNCIAS

D'AGOSTINO, J. et al. Advances in the diagnosis and treatment of acute appendicitis. *Journal of Surgery*, v. 34, n. 2, p. 123-135, 2017.

DUMONT, A. et al. Surgical outcomes in necrotizing appendicitis: a multicenter study. *International Journal of Surgery*, v. 45, p. 56-63, 2020.

GRAHAM, K. et al. The impact of early versus delayed surgery in patients with acute necrotizing appendicitis. *Annals of Emergency Medicine*, v. 27, n. 5, p. 456-470, 2019.

MICHAUD, M. et al. Necrotizing appendicitis: A review of clinical cases and outcomes. *Surgical Research Journal*, v. 12, n. 4, p. 203-215, 2018.

MIKAMI, T. et al. Imaging findings and clinical management of necrotizing appendicitis: a review. *Radiology Today*, v. 36, n. 7, p. 98-107, 2020.

STOKER, J. et al. Computed tomography in acute appendicitis: A diagnostic tool revisited. *Radiology Journal*, v. 41, n. 3, p. 189-202, 2019.