

# FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA COMO COMPLICAÇÃO DE APENDICECTOMIA NA ADOLESCÊNCIA: RELATO DE CASO

## ENTEROCUTANEOUS FISTULA AS COMPLICATION OF APPENDICECTOMY IN ADOLESCENCE: CASE REPORT

ANDRESSA MACHADO COSTA<sup>1</sup>, CYNTHIA NEVES VASCONCELOS<sup>2</sup>

1. Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Ingá; 2. Médica Cirurgiã e Preceptora do Ensino dos Acadêmicos do HONPAR – Hospital Norte Paranaense.

\* HONPAR – Hospital Norte Paranaense - PR 218 Km 01, Jardim Universitário, Arapongas, Paraná, Brasil. CEP: 86702-670. [biblioteca@honpar.com.br](mailto:biblioteca@honpar.com.br)

Recebido em 03/01/2017. Aceito para publicação em 10/03/2017

### RESUMO

A principal causa de cirurgias abdominais realizadas na infância é a apendicite. Esta condição acomete crianças entre 4 a 15 anos, mais frequentemente as do sexo masculino. Neste artigo, relatamos um caso de um paciente masculino de 14 anos que deu entrada no Hospital Norte Paranaense (HONPAR) com queixa de secreção em ferida operatória, de coloração amarelada e espessa, mas sem odor fétido ou febre, 12 dias após cirurgia inicial de apendicectomia. O paciente havia desenvolvido uma fistula enterocutânea, indicativa de diagnóstico tardio de apendicite. Duas intervenções cirúrgicas, seguidas de tomografia computadorizada de controle, foram necessárias para o acompanhamento do fechamento da fistula e das secreções acumuladas, as quais foram desaparecendo ao longo do tempo. O presente caso demonstra a importância do diagnóstico precoce de apendicite em pacientes pediátricos, visto que com o passar do tempo aumenta-se o índice de morbimortalidade devido ao alto risco de complicações.

**PALAVRAS-CHAVE:** apendicite, apendicectomia, complicações, fistula enterocutânea

### ABSTRACT

Appendicitis is the main reason for abdominal surgeries performed in childhood. This condition affects children between 4 and 15 years, more often males. In this article, we report a case of a 14-year-old male patient who was admitted to Hospital Norte Paranaense (HONPAR) presenting a yellowish, thick secretion in a surgical wound, but without fetid odor or fever, 12 days after initial appendectomy surgery. The patient had developed an enterocutaneous fistula indicative of late appendicitis diagnosis. Two surgical interventions, followed by control computed tomography, were necessary to follow up the closure of

the fistula and the accumulated secretions, which disappeared over time. The present case demonstrates the importance of early appendicitis diagnosis in pediatric patients, since the morbidity and mortality rate tends to increase over time due to the high risk of complications.

**KEYWORDS:** appendicitis, appendectomy, complications, enterocutaneous fistula.

### 1. INTRODUÇÃO

A apendicite é a condição que mais comumente submete crianças a realizarem cirurgias abdominais. A chave para que se tenham bons resultados nesses casos é o diagnóstico precoce com cirurgia imediata, antes que haja gangrena ou perfuração do órgão. Quando se trata de crianças, as de maior idade tem quadros clínicos semelhantes ao dos adultos e as de menos idade tem clínica inespecífica, o que pode levar ao retardo no diagnóstico<sup>1</sup>.

No que diz respeito à anatomia do apêndice, ele surge do ceco, que se localiza na parte inferior direita do abdome na maioria das crianças, podendo estar do lado esquerdo naquelas portadoras de anomalias congênitas de posição intersinal<sup>1</sup>. Possui variação de 2 a 20cm, sendo sua posição mais comum a retrocecal<sup>2</sup>.

A apendicite aguda ocorre devido a uma obstrução não específica do lúmen do apêndice<sup>1,2</sup>. Essa obstrução pode ser por material fecal, alimentos não digeridos, outros materiais estranhos, hiperplasia linfóide, entre outros<sup>1</sup>. Após a obstrução há crescimento bacteriano local, com consequente ruptura de barreira mucosa, invasão de parede, inflamação, isquemia e gangrena, evoluindo eventualmente para perfuração<sup>1</sup>.

O acometimento maior encontra-se no sexo masculino

(3:2) com maior incidência entre os familiares. Nas crianças a faixa etária mais comum varia de 4 a 15 anos e os primeiros anos de vida são raramente acometidos<sup>3</sup>.

As complicações provenientes da apendicectomia são as causas principais de morbimortalidade<sup>3</sup>. O diagnóstico na idade pediátrica pode ser particularmente difícil nos estágios iniciais, devido às variações anatômicas e a inespecificidade dos sintomas<sup>1,4</sup>. Aproximadamente 90% dos pacientes menores de cinco anos de idade já possuem complicações no momento do exame<sup>3</sup>.

A apresentação clássica de apendicite aguda inclui anorexia, dor abdominal inicialmente periumbilical que migra para o quadrante inferior direito em cerca de 24 horas de evolução, dor à movimentação (ao caminhar, alongar-se ou mudar de decúbito na cama), vômitos, febre 24 a 48 horas após início dos sintomas, sinais de peritonite localizada ou generalizada<sup>1</sup>.

O exame de imagem mais usados na faixa etária infantil é a ultrassonografia, visto que ela não é um exame invasivo, nem expõe a criança a possíveis radiações. Já para os adultos o exame de escolha é a tomografia computadorizada, com sensibilidade de 90% e especificidade de 80 a 90%, especialmente nos idosos, os quais podem ter diagnóstico diferencial mais demorado e quadro clínico não tão específico<sup>2</sup>.

A maioria dos pacientes com apendicite aguda são tratados com remoção imediata do apêndice via cirúrgica, a literatura ainda questiona se a via laparoscópica é mais eficiente quando comparada à via aberta. Acredita-se que a laparoscopia possa funcionar para aqueles pacientes que o diagnóstico é ainda inconclusivo, ajudando na pesquisa da apendicite e também de outras possíveis causas de dor<sup>2</sup>.

O objetivo desse trabalho é abordar um relato de caso, ocorrido no Hospital Norte Paranaense (HONPAR), de um paciente que evoluiu com fístula enterocutânea após apendicectomia. Este ressalta a importância do diagnóstico precoce de apendicite aguda na prevenção de complicações no pós-operatório, especialmente em pacientes jovens, faixa etária mais acometida.

## 2. RELATO DE CASO

J.C.S, 14 anos, sexo masculino, procedente de Itambaracá-PR, foi atendido no pronto socorro do Hospital Norte Paranaense no dia 02/08/2016 com queixa de saída de secreção em ferida operatória, de coloração amarelada, espessa mas sem odor fétido, negou febre. Estava no 12º dia após cirurgia para rafia de fístula enterocutânea, realizada no dia 21/07/2016 neste mesmo serviço. A fístula em questão formou-se após cirurgia inicial de apendicectomia.

Após alta da primeira cirurgia feita no serviço da HONPAR, paciente evoluiu com vômitos incoeríveis e hiporexia, sendo então readmitido no serviço. Nova fístula havia se formado, esta em região umbilical. O

paciente não possuía nenhuma comorbidade e relatava que há cerca de 1 ano e 6 meses procurou atendimento médico com quadro de dor abdominal difusa associada à febre, porém apenas 20 dias depois do início do quadro recebeu o diagnóstico de apendicite aguda e passou por uma cirurgia de retirada do apêndice. Em sua história familiar constava que seu pai era hipertenso em tratamento, sua irmã era asmática, sua avó materna faleceu aos 45 anos por acidente vascular cerebral, seu avô materno faleceu aos 53 anos, era etilista crônico e seu avô paterno faleceu aos 54 anos devido à infarto agudo do miocárdio.

No dia 02/08/2016 paciente foi reoperado, devido à fístula de alto débito de conteúdo entérico. Realizou-se laparotomia exploradora onde foi visualizado alças de intestino delgado aderidas, caracterizando abdome selvagem, realizado lise de bridas, identificado massa aderida formada por alças em região de íleo terminal próxima à anastomose prévia. Fez-se ressecção da mesma e realizou-se anastomose latero-lateral, sutura por planos e curativo com dreno tubulo-laminar.

No dia 11/08/2016 foi executado tomografia computadorizada de abdome superior de controle, a qual evidenciou volumosa coleção líquida com conteúdo homogêneo e gasoso no seu interior, realce periférico, localizada no flanco/hipocôndrio esquerdo, mantendo contato com o pâncreas, cólon descendente, corpo gástrico e alças intestinais delgadas regionais. Medindo cerca de 15,2 x 10,8 x 9,9 cm, com volume estimado em 845cm<sup>3</sup> e coleção líquida de paredes espessas, com realce pelo meio de contraste e conteúdo homogêneo, localizada no retroperitônio, à esquerda, espaço pararenal anterior e goteira parietocólica, mantendo contato e sem plano de clivagem com algumas alças jejunais de permeio, em contato com músculo psoas, medindo cerca de 8,5 x 7,7 x 7,9 cm, com volume estimado em 268cm<sup>3</sup>. Optou-se por uma conduta expectante no tratamento das coleções, as quais ao longo do tempo foram desaparecendo.

## 3. DISCUSSÃO

O apêndice é derivado do intestino médio, e suprido pela artéria apendicular, que trata-se de um ramo da artéria ileocólica. Tem por comprimento de 2 a 20cm, em média 9cm em adultos. Sua localização mais comum é retrocecal, dentro da cavidade peritoneal, podendo ser pélvica em 30% e retroperitoneal 7% da população<sup>2</sup>.

A mais comum etiologia de apendicite aguda é proveniente de uma obstrução não específica do lúmen do apêndice<sup>1,2</sup>. Fecalito ou apendicolito, hiperplasia linfoide, matéria vegetal ou sementes não digeridos, parasita, neoplasma, curvatura ou torção do próprio órgão podem ser as causas dessa obstrução<sup>1,2</sup>. O que funciona como fator colaborador para o crescimento bacteriano local e a secreção aumentada de muco, levando à uma distensão intraluminal e aumento da pressão na parede<sup>2</sup>. Outras

causas que podem ser atribuídas, além da obstrução mecânica, são a baixa ingestão de fibras na alimentação e a predisposição familiar<sup>5</sup>.

A dor em região umbilical, normalmente referida pelos pacientes, está associada a esse aumento de pressão na parede do apêndice. Pode haver ainda uma isquemia da mucosa, gerado pelo dano na circulação venosa e linfática<sup>2</sup>.

Em resumo, todos esses achados conjuntamente podem levar à inflamação, podendo evoluir para gangrena e perfuração, quando peritônio adjacente é atingido leva à dor localizada em quadrante inferior direito. Após 48 horas de evolução dos sintomas, pode ocorrer a perfuração do apêndice acompanhada de abscesso<sup>2</sup>.

Em forma mais rara, pode acontecer uma perfuração livre do apêndice na cavidade peritoneal, podendo ser acompanhada de peritonite e choque séptico, e complicada com formação de múltiplos abscessos intraperitoneais. Apendicite perfurada é mais comum em áreas com difícil acesso à cuidados médicos, esses pacientes podem ficar muito doentes e necessitar de horas de reposição volêmica antes da indução anestésica<sup>2</sup>.

Com relação à bacterioscopia a flora normal do apêndice é similar à do cólon, com bactérias aeróbias e anaeróbias facultativas. As mais comuns encontradas são: *Escherichia coli*, *Streptococcus viridans* e espécies de *Bacterioides* e *Pseudomonas*<sup>2</sup>.

Apendicite é um dos mais comuns indicadores de cirurgia abdominal na infância, sendo diagnosticada em 1 a 8% das crianças avaliadas com dor abdominal de urgência<sup>1,4,6,7</sup>. Pouco menos de 5% dos pacientes diagnosticados tem 5 anos ou menos e o sexo mais comumente acometido é o masculino, como o caso em questão<sup>1,4</sup>. Cerca de 57% dos casos de doença avançada ocorrem em paciente com menos de 6 anos, isso pode ser explicado pela frequência de sintomas inespecíficos nessa faixa etária<sup>4</sup>.

O diagnóstico precoce ainda é o mais importante nos casos de apendicite aguda e ele pode ser feito baseado na história e exame físico do paciente. Quando tardio, predispõe a graves complicações como peritonite, abscesso pélvico ou subfêrnico e obstrução intestinal<sup>2,6</sup>. Outro problema que se relaciona diretamente ao retardo no diagnóstico é a errada interpretação de exames laboratoriais. Isso, por consequência, tende a aumentar o número de casos que evoluem para perfurações dos apêndices cecais, formações de abscessos intraperitoneais e aumento da morbimortalidade. Não existindo nenhum tipo de exame, seja ele clínico, laboratorial ou de imagem, 100% confiável na acurácia diagnóstica, a elaboração de uma história clínica extremamente cuidadosa, juntamente com exame físico detalhado faz-se essencial<sup>4</sup>.

Tipicamente, o quadro clínico inicia-se com dor periumbilical, causada pela ativação de neurônios aferentes viscerais, seguida de anorexia e náuseas. Evolui

para dor em quadrante inferior direito conforme há envolvimento do peritônio parietal sobrejacente do apêndice. Surge febre, seguida de leucocitose, com mais de 75% de neutrófilos na maioria dos pacientes, sendo que em 10% dos casos, a contagem de leucócitos é normal<sup>2</sup>.

Deve-se ficar atento para possíveis sinais de irritação peritoneal localizada ou generalizada, tais como; rigidez muscular involuntária à palpação abdominal; sinal de Rovsing positivo (dor em quadrante inferior direito com a palpação do lado esquerdo); sinal do Obturador (dor na flexão e rotação interna do quadril direito, que está presente quando o apêndice inflamado encontra-se na pelve, causando irritação do músculo obturador interno); sinal Iliopsoas (dor à extensão do quadril direito, encontrado em apêndice retrocecal); sinal de Blumberg (dor à descompressão brusca em região de quadrante inferior direito). Em se tratando de crianças jovens os sinais de Rovsing, Obturador e Iliopsoas são difíceis de serem encontrados<sup>1</sup>.

As características clínicas costumam variar de acordo com a idade, no que diz respeito aos adolescentes (>12 anos), do qual faz parte este caso, as características clínicas são semelhantes às dos adultos, muitas vezes incluindo achados comuns, como febre, anorexia, dor abdominal periumbilical migrando para o quadrante inferior direito e vômitos. Rigidez involuntária e sinal de Blumberg estão presentes com mais frequência nos casos de apêndice perfurado. O início da dor ocorre mais comumente antes dos vômitos, sendo um indicador sensível de apendicite<sup>1</sup>. Deve-se atentar sobre a história menstrual e pré-menstrual das meninas nessa idade, bem como sobre a atividade sexual, para que assim possa fazer a distinção de distúrbios ginecológicos com apendicite<sup>1,6</sup>.

Outros achados, menos relevantes no diagnóstico de apendicite, podem também ser encontrados, tais como: a febre baixa (38 a 38,5<sup>0</sup>C) ou temperatura instável nos recém-nascidos; a dificuldade de deambulação, especialmente nas crianças com apendicite avançada; letargia ou irritabilidade, mais em recém-nascidos e lactentes jovens e a dor pélvica do quadrante direito ou massa abdominal palpável ou exame de toque retal<sup>1</sup>.

A análise laboratorial tem capacidade limitada na descoberta de causas de dor abdominal, porém algumas buscas são realizadas em crianças com suspeita de apendicite, como a contagem de glóbulos brancos com diferencial contagem de neutrófilos absolutos, proteína C reativa e urinálise<sup>1</sup>.

Em se tratando de exames radiográficos, a radiologia simples pode mostrar sinais inespecíficos de infecção e inflamação do abdome inferior que, em crianças de idade pré-escolar, podem simular imagens de processos abdominais obstrutivos<sup>4</sup>.

A tomografia computadorizada (TC) é comumente usada para pacientes adultos, com sensibilidade de 90% e especificidade de 80% a 90%. Fala-se que em paciente

jovem, de sexo masculino, com dor em quadrante inferior direito típica e sensibilidade com sinais de inflamação, a TC é desnecessária, perde-se tempo e expõe-se o paciente a riscos de reação alérgica ao contraste, nefropatia, pneumonite por aspiração e radiação ionizante, sendo essa última mais em crianças, as quais tem uma taxa de câncer induzida por radiação após uma TC abdominal de 0,18%. Por isso, a ultrassonografia passa a ser o exame de escolha nesses casos<sup>2,8</sup>. Pacientes cujo primeiro ultrassom seja equivocado para o diagnóstico de apendicite deve-se repetir o exame físico e num segundo momento realizar novo ultrassom, naqueles com sinais persistentes de apendicite, podendo assim reduzir significativamente o número de crianças submetidas a TC<sup>8</sup>.

“Resultados de um estudo randomizado recente sugeriram que o uso de TC com multidetectores de alta resolução (64-MDCT) com ou sem contraste oral ou retal resulta em mais de 95% de precisão no diagnóstico de apendicite aguda<sup>29</sup>”

Achados comuns na TC são distensão do apêndice em mais de 7mm de diâmetro e espessamento circunferencial da parede e realce, que pode aparentar ser um halo ou alvo<sup>2</sup>.

A ultrassonografia (USG) em pacientes com dor abdominal tem sensibilidade de 85% e especificidade maior que 90% para diagnóstico de apendicite aguda, o que a faz assumir papel importante nos últimos anos, principalmente naqueles casos onde há dúvida diagnóstica<sup>2,4</sup>. A literatura mostra que há até 93% de acertos, podendo em alguns casos inclusive prestar informações sobre a gravidade do grau de comprometimento apendicular<sup>4</sup>. Os achados compatíveis com apendicite aguda são, um apêndice de 7mm ou mais de diâmetro anteroposterior, uma estrutura luminal não compressível e de parede espessada vista em secção cruzada, referida como lesão-alvo, ou a presença de um apendicolito. Tem como vantagem ser não invasiva e que não exige preparação do paciente, evitando exposição à radiação. Por esse motivo é comumente usada em crianças e em gestantes quando há suspeita de apendicite. A desvantagem é que se trata de um exame operador-dependente e há dificuldades na interpretação das imagens por aquele que não é operador<sup>2</sup>.

Crianças em idade escolar tem como mais comum simulador de apendicite aguda a linfadenite mesentérica, a qual pode ser causada por várias infecções entéricas. A USG pode ser útil para identificar linfonodos hipertrofiados na região do mesentério ileal, em conjunção com o espessamento da parede ileal e um apêndice normal. É válido ressaltar que a linfadenomegalia mesentérica também pode ser resultado de apendicite aguda e a doença inflamatória intestinal deve ser suspeitada em crianças, principalmente naquelas em que há um histórico importante de dor abdominal<sup>2</sup>.

A realização de ressonância nuclear magnética (RNM)

ao invés de TC é limitada a centros de especialidades pediátricas, devido à problemas que se relacionam com o custo, disponibilidade, experiência limitada e a necessidade de sedação em crianças mais novas<sup>8</sup>.

O diagnóstico diferencial sempre deve ser feito em pacientes previamente hígidos e que iniciaram com dor abdominal, devendo ser diferenciado de crise nefrótica, peritonite primária ou por uso de drogas, sendo elas corticosteróides, antibióticos e quimioterápicos<sup>2,6</sup>. No caso de crianças, algumas outras situações devem ser usadas para diagnóstico diferencial, como obstrução intestinal, má rotação intestinal, intussuscepção, gravidez ectópica, torção ovariana, torção de testículo e torção de omento ou situações que não necessitam de cirurgia como, síndrome hemolítico urêmica, cetoacidose diabética e peritonite primária, entre outros<sup>1</sup>.

Uma vez que a apendicite é diagnosticada, o tratamento é exclusivamente cirúrgico, seja na criança ou no adulto<sup>6,9</sup>. Sugere-se que o paciente tenha o apêndice precocemente removido pois assim impede-se a progressão para a ruptura com peritonite em algumas crianças, além de ser um tratamento curativo<sup>9</sup>.

Toda criança com diagnóstico confirmado recebe reposição volêmica, de acordo com seu grau de desidratação, antibióticos intravenosos e analgesia<sup>9</sup>. Antibióticos são usados antes e após procedimentos cirúrgicos, sendo que para pacientes com apendicite não perfurada uma única dose pré-operatória de antibiótico reduz as infecções pós-operatórias de ferida e a formação de abscesso intra-abdominal. Já nos portadores de apendicite perfurada ou gangrenosa, é realizado antibiótico intravenoso após a cirurgia até que o paciente fique afebril<sup>1</sup>. Em casos de apendicite perfurada, antibióticos de amplo espectro contra anaeróbios e aeróbios do intestino são iniciados precocemente. Em crianças, a via laparoscópica parece reduzir os casos de infecção após a cirurgia, associada à menores custos e menor tempo de internamento.

Pacientes com abscessos grandes (4 a 6cm), em especial aqueles que tem abscesso associado a febre alta, devem ser submetidos à drenagem do abscesso, pois tem bons resultados. Já aqueles que tem abscessos menores ou flegmão podem se beneficiar com o tratamento clínico, usando antibióticos. Se o paciente evoluir bem, pode aguardar algum tempo para a apendicectomia e aqueles que permanecerem com febre e leucocitose depois de dias, podem precisar de uma apendicectomia durante o tratamento<sup>2</sup>.

A apendicectomia permite o exame patológico do apêndice e diagnóstico de outras patologias, tais como tumor carcinóide e se trata de um procedimento seguro, com crianças em taxas de morbidade menores que os adultos<sup>9</sup>.

Hoje a via aberta de cirurgia é comparada com a laparoscópica e acredita-se que a laparoscópica seja mais

vantajosa pois diminui risco de infecção nos casos de apendicite perfurada, melhora a qualidade de vida do paciente após a cirurgia, porém tem um custo mais elevado, que é contrabalançado pela diminuição da permanência do paciente no hospital. Além disso, a laparoscopia diagnóstica permite a exploração do abdome naqueles casos em que houve dúvida diagnóstica. Em contrapartida, não houveram comprovações de diminuição de complicações pós-operatórias em apendicectomias por via laparoscópica<sup>2,9</sup>.

No que diz respeito às complicações após apendicectomia, a literatura traz que quanto mais tardio for o diagnóstico, maior a chance de complicações<sup>4,5,6</sup>. No caso relatado acima, o paciente recebeu tardiamente o diagnóstico de apendicite, isso pode ter sido uma das causas que o levou a desenvolver complicações. A mais comum delas é a infecção de ferida cirúrgica, mas também podem acontecer abscessos intracavitários, abdome agudo obstrutivo, broncopneumonias, peritonite, fistula cecal, fistula diafragmática, empiema, abscesso de parede, evisceração, eventração, hemorragias e sepse. Alguns ainda podem necessitar de reoperação ou evoluir para óbito<sup>4,5</sup>. Porém desde o advento dos antibióticos no tratamento pré-operatório e a remoção precoce, o índice de mortalidade diminuiu drasticamente e hoje é extremamente raro<sup>9</sup>. As complicações pós-operatórias mais comuns da apendicectomia se relacionam com o grau de inflamação do apêndice, por isso é importante levar em consideração o tempo desde o início do quadro e o momento da cirurgia<sup>5</sup>. Existem raros casos já relatados de fistulas apendicocutâneas ou apendicovesicais após apendicectomia nos casos de apendicite perfurada. As fistulas para a pele geralmente cicatrizam-se depois do correto tratamento de qualquer infecção local<sup>2</sup>. Conforme o caso, o paciente evoluiu após a cirurgia de apendicectomia com uma fistula enterocutânea.

Um estudo retrospectivo, realizado na Unidade de Emergência Dr. Armando Lages, em Maceió, AL, Brasil avaliou 107 pacientes apendicetomizados e comprovou um índice de complicações em 17% deles. Desses, 13% evoluíram com infecção de ferida operatória, 12,5% com abscesso de parede e 8% com peritonite. Apenas um caso foi encontrado de cada uma das complicações: fistula cecal, fistula diafragmática, pneumonia, empiema, sepse e abscesso intracavitário. Dos que precisaram ser reoperados fazem parte 0,9%. Com relação ao sexo, o masculino teve maior índice de complicações, evoluindo em 22% do seu total de pacientes. Quanto à faixa etária, nenhum caso em menores de 1 ano foi observado. A maior quantidade de casos esteve entre a faixa etária de escolares e adolescentes (5 a 19 anos), sendo 51,4% do total de casos e desses 10% complicaram. Falava-se também em tempo de aparecimento das complicações, sendo que a maior parte delas esteve entre os que

complicaram após 4 dias de pós-operatório<sup>5</sup>.

Sobre o paciente acima relatado, ainda não foi descoberta nenhuma causa primária para a formação da fistula. Acredita-se, baseado nos dados citados de literatura, que ele tenha evoluído com complicação após a apendicectomia devido ao diagnóstico tardio da apendicite aguda.

#### 4. CONCLUSÃO

A apendicite é uma condição extremamente comum em crianças e adultos jovens e uma das causas mais importantes de dor abdominal nessa faixa etária, devendo sempre ser usada como diagnóstico diferencial nos pacientes que chegam ao pronto socorro com quadro clínico semelhante. O tratamento de escolha é a apendicectomia imediata, mais vantajosa quando por via laparoscópica se comparada à aberta. O surgimento de fistulas como complicação após apendicectomia é infrequente, porém está ligado diretamente ao diagnóstico tardio em quadros de apendicite, o que torna a análise da história e exame físico do paciente extremamente relevantes, sobressaindo-se aos exames de imagem, os quais são complementares.

#### REFERÊNCIAS

- [01] Wesson, D. E. *et al.* Acute appendicitis in children: clinical manifestations and diagnosis. UpToDate (em linha) (consultado em 21/10/2016).
- [02] Townsend CM, *et al.* Sabiston, Tratado de Cirurgia. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015; 1255-1254.
- [03] Borges PSGN, *et al.* "The Alvarado score validation in diagnosing acute appendicitis in children and teenagers at the Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP." Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2003; 3.4:439-445.
- [04] Vital Junior PF, Martins JL. "Estado atual do diagnóstico e tratamento da apendicite aguda na criança: avaliação de 300 casos." Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 2005.
- [05] Nutels DBA, *et al.* "Perfil das complicações após apendicectomia em um hospital de emergência." ABCD Arq Bras Cir Dig. 2007; 20(3):146-9.
- [06] Vicente YA de MVA, *et al.* Urgências abdominais não traumáticas na criança. Medicina, Ribeirão Preto, 1995; 28(4):619-24.
- [07] Becker T, *et al.* "Atypical clinical features of pediatric appendicitis." Academic emergency medicine. 2007; 14.2: 124-129.
- [08] Taylor GA, Wesson DE. "Acute appendicitis in children: diagnostic imaging." UpToDate (em linha) (consultado em 21/10/2016)
- [09] Wesson DE, *et al.* "Acute appendicitis in children: Management" UpToDate (em linha) (consultado em 21/10/2016).