



APENDICITE AGUDA EM GESTANTE – RELATO DE CASO

Marília Sonda (apresentador)¹; Ana Julia Delazeri ¹; Guilherme de Araújo Gomes²;
Mariana Estacia Ambrós³

Resumo: A apendicite aguda é a mais freqüente complicação não-obstétrica que necessita de laparotomia de emergência na gestação e o diagnóstico é clínico (Blumberg em 53,8%, Rovsing em 46,2% e Giordano em 7,7%, somados às náuseas e aos vômitos), sendo que 21% dos casos há desencadeamento de trabalho de parto prematuro no pós-operatório. Mulher, 26 anos, branca, casada, 2^a gestação, 1 aborto, idade gestacional de 21 semanas, admitida no Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo-RS, com quadro de dor periumbilical irradiada para fossa ilíaca direita há 6 dias. Episódios de diarreia e vômito no início do quadro e febre não aferida. Inspeção abdominal: ruídos hidroaéreos positivos, dor à palpação em fossa ilíaca direita (FID). Sinal de Blumberg positivo e punho percussão lombar negativa. Batimentos cardíofetais presentes. Os exames laboratoriais: hemoglobina 8,5 g/dL, bastões 17%, Segmentados 75 %- 7.110 /mm³, Linfócitos 5 %- 474 /mm³. Hemácias 3,03 milhões, Hemoglobina 8,5 g/dL, Hematócrito 26,3%. Ultrassonografia de abdômen total: sem alterações significativas. Ressonância magnética: alça em fundo cego adjacente ao ceco, com borramento de gordura adjacente, paredes espessadas de aproximadamente 12 mm, presença de líquido livre na cavidade, sem sinais de perfuração. Impressão diagnóstica: apendicite aguda. Conduta: apendicectomia e antibioticoterapia. A apendicectomia aberta, sob raquianestesia e sedação, não teve intercorrências. Apêndice cecal supurado com moderada quantidade de líquido e fibrina na cavidade abdominal. Na recuperação paciente queixou-se de contrações. No leito, paciente queixou-se de dor importante em baixo ventre e náuseas. Ao exame, útero com tônus aumentado, abdomen doloroso (pós operatório), sangramento vaginal, dilatação completa, batimentos cardio-fetais não auscultados. Encaminhada ao centro obstétrico com urgência. Parto vaginal realizado imediatamente, expulsão de natimorto, sexo masculino, sem macerações, líquido amniótico claro. Peso 370g, perímetro cefálico: 17cm, perímetro torácico: 15cm, estatura: 25 cm. Mortalidade



materna e fetal serão mínimas quando, uma vez suspeitada a apendicite aguda em gestante, a laparotomia seja realizada prontamente. A mortalidade perinatal é de aproximadamente 3% na apendicite aguda não-complicada e na laparotomia negativa e chega a alcançar 20% quando ocorre a perfuração.

Palavras-chave: Radiologia. Apendicite Aguda. Gestante.

Categoria: Extensão

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Formato: Comunicação Oral

¹ Discente, acadêmicas de Medicina, 7º período, Universidade Federal Da Fronteira Sul/ Campus Passo Fundo-Rs. Contato: mariliasonda@hotmail.com;
anadelazeri@hotmail.com

²Radiologista, Hospital São Vicente de Paulo.

³Docente, Universidade Federal Da Fronteira Sul/ Campus Passo Fundo-Rs.
Radiologista, Hospital São Vicente de Paulo. Contato: mariana.ambros@gmail.com