

DOI: 10.35621/23587490.v10.n1.p731-743

DIAGNÓSTICO TARDIO DE APENDICITE AGUDA E SUAS RESPECTIVAS COMPLICAÇÕES

LATE DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS AND ITS RESPECTIVE COMPLICATIONS

Breno Hevert Gonçalves Urias¹
Pâmela Thayne Macêdo Sobreira²
Eulismenia Alexandre Valério³
Bruno Menezes de Carvalho⁴
Tharcio Ruston Oliveira Braga⁵
Vagner Martins⁶

RESUMO: Objetivo: Abordar a relação direta entre o diagnóstico tardio da apendicite e suas respectivas complicações. **Aspectos metodológicos:** O presente estudo se trata de uma revisão integrativa da literatura. Para elaborar o corpus da pesquisa, utilizaremos consultas às bases de dados científicos na internet: Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE e LILACS. Serão utilizados os Descritores em Ciências da Saúde: Abdome Agudo; Apendicite; Diagnóstico Tardio. Para estruturar a amostra, foram utilizados como critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra sob livre distribuição; artigos nacionais e internacionais, com publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, bem como manuais e cartilhas publicados pelo Ministério da Saúde, sendo o período de publicação da literatura de 2012 e 2022. Excluíram-se: artigos que não atendiam a temática de acordo com a leitura dos seus respectivos resumos; artigos com resumo não disponíveis; publicações que se repetem nas bases de dados; teses, monografias, revisões de literatura e trabalhos de conclusão de curso. Foram selecionados oito artigos para a construção dos resultados da pesquisa. **Resultados e discussões:** Acerca do diagnóstico tardio da apendicite aguda, salienta-se que é mais provável de acontecer no paciente com apresentação clínica atípica, isto é, com menor nível de dor na fossa ilíaca direita, ou mesmo pelo exame físico incompleto, sobretudo em casos tratados com analgesia de forma exclusiva. Correlaciona-se o diagnóstico tardio da apendicite aguda com uma fase mais avançada da doença, culminando na maior morbidade, destacando-se a

¹ Acadêmico de Medicina do Centro Universitário Santa Maria - UNIFSM.

² Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Santa Maria - UNIFSM.

³ Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Santa Maria - UNIFSM.

⁴ Docente do Centro Universitário Santa Maria - UNIFSM.

⁵ Docente do Centro Universitário Santa Maria - UNIFSM.

⁶ Docente do Centro Universitário Santa Maria - UNIFSM.

importância da avaliação clínica precoce, bem como o maior detalhamento do exame físico, amenizando as possibilidades de lacunas diagnósticas. **Conclusão:** Portanto, o diagnóstico precoce, nesse sentido, representa a mais importante conduta em termos de evolução para os pacientes, evitando a realização de procedimentos cirúrgicos desnecessários ou mesmo o tratamento tardio de condições urgentes. Métodos diagnósticos e a competência dos médicos corroboram para evitar o desenvolvimento de agravos.

Palavras-chave: Abdome Agudo; Apendicite; Diagnóstico Tardio.

ABSTRACT: Objective: To address the direct relationship between late diagnosis of appendicitis and its respective complications. **Methodological aspects:** The present study is an integrative review of the literature. To prepare the research corpus, we will use queries to scientific databases on the internet: Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE and LILACS. The Health Sciences Descriptors will be used: Acute Abdomen; Appendicitis; Late Diagnosis. To structure the sample, the following inclusion criteria were used: articles available in full and freely distributed; national and international articles, with publications in Portuguese, English and Spanish, as well as manuals and booklets published by the Ministry of Health, with the literature publication period being 2012 and 2022. The following were excluded: articles that did not meet the theme accordingly by reading their respective summaries; articles with abstracts not available; publications that are repeated in databases; theses, monographs, literature reviews and course conclusion works. Eight articles were selected to construct the research results. **Results and discussions:** Regarding the late diagnosis of acute appendicitis, it should be noted that it is more likely to occur in patients with an atypical clinical presentation, that is, with a lower level of pain in the right iliac fossa, or even due to an incomplete physical examination, especially in cases treated with analgesia exclusively. The late diagnosis of acute appendicitis is correlated with a more advanced phase of the disease, culminating in greater morbidity, highlighting the importance of early clinical evaluation, as well as greater detail in the physical examination, mitigating the possibility of diagnostic gaps. **Conclusion:** Therefore, early diagnosis, in this sense, represents the most important approach in terms of patient evolution, avoiding unnecessary surgical procedures or even late treatment of urgent conditions. Diagnostic methods and the competence of doctors help to prevent the development of diseases.

Keywords: Acute Abdomen; Appendicitis; Late Diagnosis.

INTRODUÇÃO

A apendicite pode ser considerada a causa mais comum de abdome agudo não relacionado ao traumatismo, especialmente em jovens do sexo masculino entre 10 e 30 anos de idade. Somente no estado brasileiro Rio de Janeiro, os custos com pacientes com dor abdominal superam os 800 mil reais mensais, enquanto no Brasil como um todo, cerca de 32 milhões (FRANCINO, FIGUEIREDO, NUNES, 2019).

Por definição, a apendicite representa a causa mais prevalente de abdome agudo em serviços de urgência, necessitando de intervenção cirúrgica. A incidência também é elevada, ultrapassando 48,1 casos para cada 10 mil habitantes. Nesse sentido, é caracterizada como uma obstrução apendicular, resultante, em grande parte dos casos, por corpo estranho, cálculo biliar ou fecalito, associando-se à uma infecção bacteriana (NUNES *et al.*, 2015).

Com isso, é ainda compreendida enquanto uma inflamação do apêndice situada na parede postero-medial do ceco, do tipo abdome agudo inflamatório. Em termos de fisiopatologia, engloba a obstrução da luz apendicular, evoluindo até a perfuração do órgão e peritonite difusa (ALMARAMHY, 2017).

Aponta-se que a patologia cursa, no geral, com vômitos, náuseas, cólica periumbilical, anorexia e sinais de inflamação peritoneal no quadrante inferior direito do abdome. Em termos de diagnóstico, o mesmo pode ser essencialmente clínico, sendo confirmado por meio da contagem de leucócitos, bem como por estudos radiográficos e de ultrassonografia do abdome (LIMA *et al.*, 2012).

O diagnóstico da apendicite aguda é feito por meio das análises clínicas, baseando-se no exame físico, na história clínica do paciente e nos exames laboratoriais e a imagiologia, porém, a diversidade etiológica da dor abdominal e do abdômen agudo pode propiciar atrasos em relação ao diagnóstico e tratamento, aumentando as possibilidades de complicações clínicas. Portanto, os exames laboratoriais são de fundamental importância para um diagnóstico diferencial assertivo (RIOS *et al.*, 2016).

Nos termos da literatura, quando o diagnóstico da apendicite ocorre de forma tardia, implica-se na evolução do quadro clínico, podendo resultar em inúmeras complicações para o indivíduo, como as septicemias, abscessos, infecções subcutâneas, obstrução intestinal, dentre outros. Por esse motivo, o prognóstico pode ser piorado em decorrência do diagnóstico tardio (BON *et al.*, 2014).

Considerando a terapêutica, preconiza-se a realização de intervenções cirúrgicas conforme a evolução da doença e das comorbidades relacionadas ao paciente. Aponta-se que, quanto maior o tempo de evolução, mais importante se torna o diagnóstico precoce, responsável por impedir complicações, uma vez que o diagnóstico tardio implica negativamente no prognóstico (VON-MÜHLEN *et al.*, 2015).

Justifica-se o presente estudo em decorrência da apendicite apresentar um diagnóstico que ainda pode representar um desafio, culminando no diagnóstico tardio, que por sua vez pode incidir em complicações para a saúde do paciente, corroborando para o maior tempo de internação hospitalar, desenvolvimento de complicações e pior prognóstico, destacando a importância do diagnóstico precoce.

O objetivo desse estudo é abordar a relação direta entre o diagnóstico tardio da apendicite e suas respectivas complicações.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Refere-se a uma revisão integrativa da literatura, sendo um método que possibilita a construção de conhecimento e a inclusão da aplicabilidade de resultados de estudos relevantes no campo prático (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2009).

Para produzir uma revisão integrativa, é importante seguir seis processos de elaboração, sendo eles: 1 - elaboração da pergunta norteadora; 2 - busca ou amostragem na literatura; 3 - coleta de dados; 4 - análise crítica dos estudos incluídos; 5 - discussão dos resultados; 6- apresentação da revisão integrativa (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2009).

A questão norteadora da seguinte revisão de literatura consiste em: Quais as consequências do diagnóstico tardio da apendicite aguda?

Para elaborar o corpus da pesquisa, foi utilizado a consulta nas bases de dados científicos na internet: Scientific Electronic Library Online (Scielo), MEDLINE e LILACS. Serão utilizados os descritores dos Descritores em Ciências da Saúde: Abdome Agudo; Apendicite; Diagnóstico Tardio.

Para estruturar a amostra, foram utilizados como critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra sob livre distribuição; artigos nacionais e internacionais, com publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, bem como manuais e cartilhas publicados pelo Ministério da Saúde, sendo o período de publicação da literatura de 2012 e 2022.

Excluíram-se: artigos que não atendiam a temática de acordo com a leitura dos seus respectivos resumos; artigos com resumo não disponíveis; publicações que se repetem nas bases de dados; teses, monografias, revisões de literatura e trabalhos de conclusão de curso.

RESULTADOS

QUADRO 1 - Resultados da análise dos artigos sobre o diagnóstico tardio de apendicite aguda e suas respectivas complicações.

| AUTOR/ANO | TÍTULO | PERIÓDICO | ACHADOS |
|-------------------------------|---|--------------------------------|--|
| TEIXEIRA <i>et al.</i> , 2012 | A abordagem laparoscópica na apendicite aguda | Revista Portuguesa de Cirurgia | A apendicectomia é a cirurgia mais realizada no Serviço de Urgência. A introdução da abordagem laparoscópica (AL) no tratamento da apendicite aguda não tem recebido, na comunidade cirúrgica, a mesma aceitação que obteve em outras condições agudas. Com este trabalho, os autores apresentam a crescente aceitação que os AL têm vindo a adquirir no Serviço Cirúrgico que representam, e pretendem também demonstrar as vantagens desta abordagem relativamente à abordagem laparotômica. |
| PARK <i>et al.</i> , 2013. | Accuracies of diagnostic methods for acute appendicitis | The American Surgeon. | Os objetivos foram avaliar a eficácia da ultrassonografia, tomografia computadorizada e exame físico para o diagnóstico de apendicite aguda, analisando suas precisões e taxas negativas de apendicectomia em um ambiente clínico e não de pesquisa. |

| | | | |
|--|--|---|---|
| SELLARS, BOORMAN, 2017. | Acute appendicitis | Oxford | O padrão atual de tratamento para pacientes com apendicite é a apendicectomia cirúrgica, laparoscópica ou aberta. Uma estratégia não cirúrgica com antibióticos é favorável em alguns casos e evidências emergentes sugerem que poderia haver uma aplicabilidade mais ampla. |
| SEGEV <i>et al.</i> , 2015. | Acute appendicitis in the elderly in the twenty- first century | Journal of Gastrointestinal Surgery | O presente estudo demonstrou diversas características únicas da população idosa com apendicite aguda, que incluem desfecho desfavorável e intervalos de tempo mais longos para diagnóstico e tratamento. A fim de melhorar o mau resultado da população idosa com apendicite, são necessários ensaios prospectivos. |
| AL-ABED, ALOBALID, MYINT, 2015 | Diagnostic markers in acute appendicitis | The American journal of surgery | Uma história médica adequada combinada com exame clínico geralmente é suficiente para fazer o diagnóstico de apendicite aguda. O objetivo deste estudo foi determinar o valor da contagem elevada de leucócitos (CMI), proteína C reativa (PCR) e bilirrubina como marcadores diagnósticos de apendicite aguda. |
| SVENSSON <i>et al.</i> , 2012 | A review of conservative treatment of acute appendicitis | European Journal of Pediatric Surgery | A apendicite é uma condição comum na população pediátrica e a apendicectomia tem sido o tratamento tradicional. Tanto a urgência da operação como a necessidade da apendicectomia foram recentemente contestadas. Em crianças, esta controvérsia centra-se no tratamento operatório de apendicite perfurada e abscessos de apêndice. |
| FRANCA NETO, AMORIM, NÓBREGA, 2015 | Apendicite aguda na gestação: revisão de literatura | Revista da Associação Médica Brasileira. | O diagnóstico clínico deve ser fortemente suspeitado em mulheres grávidas com achados clássicos, como dor abdominal que migra para o quadrante inferior direito. O principal objetivo da imagem é reduzir atrasos na intervenção cirúrgica decorrentes da incerteza diagnóstica. Um objetivo secundário é o de reduzir, mas não eliminar, a taxa de apendicectomia negativa. O diagnóstico diferencial de suspeita de apendicite aguda inclui patologias geralmente consideradas em pessoas não grávidas. |
| GOULART <i>et al.</i> , 2012. | Achados principais de exames laboratoriais no diagnóstico de apendicite aguda: uma avaliação prospectiva. | Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo). | Apendicite aguda é a doença abdominal cirúrgica mais comum nas unidades de emergência. Embora o diagnóstico seja clínico, a realização de exames complementares pode ser útil na dúvida diagnóstica. O objetivo do estudo foi avaliar as principais alterações de exames laboratoriais em pacientes com apendicite aguda, assim como sua relação com a fase evolutiva da doença. |

DISCUSSÃO

O apêndice cecal, anteriormente denominado apêndice ileocecal, apêndice vermicular ou, ainda, apêndice vermiforme, é um órgão que faz parte do sistema digestório, localizado na região do ceco, primeira porção do intestino grosso, situa-se abaixo da junção ileocecal ou região periumbilical. É um tubo vermicular, que se origina a partir da parede posteromedial do ceco, tem cerca de 2 a 3 cm de largura e apresenta um comprimento de até 10 cm. O apêndice está sujeito a variações quanto a sua posição, podendo apresentar-se em diferentes posições como retrocecal, pélvica, pré-ileal, pós-ileal e paracecal, devido a diferenciação do crescimento do ceco, do seu conteúdo interno e do peristaltismo intestinal (PARK *et al.*, 2013).

Histologicamente, o apêndice segue o padrão do ceco composto pelo tecido conjuntivo, submucosa com poucas células caliciformes e presença de linfonodos. Encontram-se folículos linfáticos na sua submucosa cujo número varia com a idade, aumentando desde a infância e declinando após os 30 anos. Por muitos anos, o apêndice foi considerado um órgão atrofiado e rudimentar, sem uma função elucidada e definida. Porém, estudos feitos por pesquisadores americanos, Testut e Latarjet, mostram uma relação importante com a função imunológica, destacando-se a imunidade do sistema digestório, devido à presença considerável de linfonodos no apêndice (SELLARS, BOORMAN, 2017).

A apendicite aguda é uma inflamação no apêndice e apresenta como mecanismo etiopatogênico a obstrução da luz do apêndice pela hiperplasia do folículo linfático, provocada, na maioria dos casos, por um fecalito (aglomerado de fezes calcificadas) e, raramente, por cálculo biliar, corpo estranho, parasitas e neoplasias (SEGEV *et al.*, 2015).

A etiopatogenia da apendicite aguda se inicia com a oclusão da luz do apêndice que promove o acúmulo de secreções de muco pela mucosa apendicular distal e o aumento da pressão intraluminal, pela redução do lúmen e aumento da secreção. A estimulação das fibras nervosas aferentes, causada pela distensão, produz a dor abdominal difusa, náuseas e vômitos. Em seguida, ocorre o comprometimento do

retorno venoso, pelo aumento da pressão local e diminuição do fornecimento sanguíneo, favorecendo o desencadeamento de congestão, isquemia, proliferação bacteriana e inflamação transmural com exsudação fibrinosa da parede do apêndice (AL-ABED, ALOBAID, MYINT, 2015).

A manifestação clássica da apendicite aguda é a dor abdominal difusa em cólica na região periumbilical ou epigástrica, estando presente em 95% dos casos e ocorre entre 12 a 24 horas após o surgimento dos primeiros sintomas, como dor aguda periumbilical ou epigástrica, febre e náuseas. Aparecimento da dor abdominal mal definida na região periumbilical ocorre devido a resposta mediada por fibras nervosas autônomas, seguido de uma melhora sensível desses sintomas. Após uma semana ou mais, a dor e a febre continuam podendo aumentar de intensidade e o exame físico poderá mostrar uma massa palpável na fossa ilíaca direita (SVENSSON *et al.*, 2012).

Inicialmente, a dor se apresenta como uma leve cólica na região periumbilical, com duração de quatro a seis horas e pode estar acompanhada por febre baixa, sem calafrios. A partir de 6 a 12 horas de evolução, a dor começa a migrar para o quadrante inferior direito, devido a irritação das fibras nervosas somáticas, alterando, assim, a sua localização para a fossa ilíaca direita (FRANCA NETO, AMORIM, NÓBREGA, 2015).

A localização clássica do foco da dor é no ponto de McBurney, situado na região periumbilical, podendo variar devido as variações anatômicas distintas em alguns indivíduos. O aumento na intensidade da dor pode caracterizar o sinal de Dunphy, devido ao enrijecimento da parede abdominal, levando ao indivíduo a permanecer na posição fetal. Sem tratamento cirúrgico precoce, o quadro pode evoluir para perfuração peritoneal (GOULART *et al.*, 2012).

A febre apresenta-se em torno dos 37,5 a 39°C, dependendo da fase em que a inflamação se encontra e da gravidade em que se apresenta. Os vômitos são comuns, mas não costumam ser de grande intensidade ou repetidos e acontecem em reduzidos episódios. A sintomatologia da apendicite aguda, como náuseas, vômitos, dores abdominais e anorexia, é atípica em extremos da faixa etária (crianças e idosos), na gestante pode ser confundida com queixas obstétricas, e em pacientes obesos ou em uso de fármacos como anti-inflamatórios e imunossupressores a sintomatologia pode ser minimizada ou até mesmo inibida (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Tendo em vista o diagnóstico, os exames laboratoriais que auxiliam no diagnóstico do abdômen agudo em geral são simples, rápidos e de fácil obtenção. Os exames laboratoriais comumente empregados no diagnóstico da apendicite aguda são o hemograma e análise de rotina da urina. Outros exames podem ser realizados com o intuito de investigar as causas da dor abdominal, como as provas da função hepática (Gama glutamil transferase (GGT), Fosfatase Alcalina (FAL), Alanina aminotransferase (ALT) e Aspartato aminotransferase (AST), renal (uréia e creatinina) e pancreática (amilase e lipase) que podem ser úteis na diferenciação da origem da dor abdominal aguda. Em pacientes diabéticos, os sintomas de apendicite aguda, náuseas, vômitos e dores abdominais, podem ser confundidos com a cetoacidose diabética, por isso, a realização de exames como prova da função hepática se faz necessário, visto que na apendicite aguda a função hepática não está alterada. Em mulheres, é necessário também solicitação do exame de Fração β do Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana (β -HCG), a fim de evitar quaisquer transtornos ao possível feto, ainda descartando a possibilidade de gravidez ectópica (PETROIANU, 2012).

A partir do hemograma são avaliadas a presença ou ausência de anemia e feito a contagem global e específica de leucócitos. A presença ou ausência de anemia auxilia na elucidação do diagnóstico e fornece elementos para a transfusão de sangue onde é obviamente necessário a tipagem sanguínea, quanto aos grupos ABO e RH, caso ocorra uma urgência decorrente do agravamento do quadro clínico. A contagem global e específica de leucócitos pode evidenciar a gravidade da patologia devido a elevação no número de leucócitos (leucocitose) com aumento no número de neutrófilos (neutrofilia), alta proporção de formas celulares projenitoras jovens (desvio à esquerda), ausência de eosinófilos (eosinofilia), presença de granulações tóxicas ou vacúolos nos neutrófilos e diminuição absoluta e relativa no número de linfócitos (linfocitopenia) (WRAY *et al.*, 2013).

Por sua vez, os exames de imagiologia são ferramentas que auxiliam no diagnóstico correto da apendicite aguda, conjuntamente com o exame laboratorial, não devendo substituir obviamente o diagnóstico clínico. As principais técnicas de imagem utilizadas para o diagnóstico de apendicite aguda são o raio X simples (RX),

a ultrassonografia (US) e a tomografia computadorizada (TC) (DI SAVERIO *et al.*, 2020).

O raio X simples do abdômen é um dos primeiros exames solicitados mediante a uma queixa de dor abdominal aguda. O exame de raio X requerido para investigação da apendicite aguda é uma radiografia simples de tórax na posição pósterio-anterior, ortostática e imagens do abdômen na posição vertical e horizontal. Embora, o diagnóstico de apendicite aguda não possa ser confirmado com o RX simples, muitas vezes é percebido um acúmulo fecal no ceco em radiografias de pacientes com apendicite aguda, sendo útil na diferenciação do diagnóstico de outras patologias responsáveis pelo quadro de abdômen agudo, como quadros de obstrução intestinal ou perfurações de víscera oca (SNYDER, GUTHRIE, CAGLE JR, 2018).

A ultrassonografia é um exame de imagem que tem sido usada em pacientes com suspeita de apendicite aguda. A US é de fácil realização, bem tolerada e não emite radiação ou outros efeitos adversos. Entretanto, nos casos com suspeita de apendicite aguda, este exame depende de alguns fatores como a resolução e frequência do transdutor ultra-sonográfico, o critério diagnóstico adotado e da experiência do examinador. Além disso, pode apresentar resultado insatisfatório em pacientes com obesidade, dor abdominal intensa (impedindo a compressão adequada da região do apêndice), posição atípica do apêndice e a presença de gases intestinais acumuladas, prejudicando a visualização do apêndice (MOSTBECK *et al.*, 2016).

A tomografia computadorizada é um método de investigação e diagnóstico mais específico na definição e diferenciação da etiologia do abdômen agudo, de acordo com a sua localização, e mais sensível que as radiografias na determinação da presença, do nível e da causa dos quadros obstrutivos (ERDEM *et al.*, 2013).

Acerca do diagnóstico tardio da apendicite aguda, salienta-se que é mais provável de acontecer no paciente com apresentação clínica atípica, isto é, com menor nível de dor na fossa ilíaca direita, ou mesmo pelo exame físico incompleto, sobretudo em casos tratados com analgesia de forma exclusiva. Correlaciona-se o diagnóstico tardio da apendicite aguda com uma fase mais avançada da doença, culminando na maior morbidade, destacando-se a importância da avaliação clínica precoce, bem como o maior detalhamento do exame físico, amenizando as possibilidades de lacunas diagnósticas (STRINGER, 2017).

O acompanhamento clínico de pacientes com dor abdominal aguda necessita de decisões tomadas em tempo ágil e de uma equipe multidisciplinar, tomando medidas corretas para o melhor diagnóstico. Tais decisões constituem-se de avaliação da história clínica do paciente, exames físicos, solicitação de exames laboratoriais, exames de imagiologia médica, e, em alguns casos, de intervenções cirúrgicas exploratórias, tais como: videolaparoscopia ou laparotomia (KONG *et al.*, 2012).

O diagnóstico correto é obtido a partir da interpretação de exames laboratoriais solicitados ao paciente, tais como hemograma, ureia, creatinina, AST, ALT, glicose, amilase e sumário de urina e, em caso de mulheres, é necessária também solicitação do exame da Fração β do Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana (β -HCG), a fim de evitar quaisquer transtornos ao possível feto. Além desses, existem os exames imagiológicos, como a ultrassonografia do abdome total, a radiografia e tomografia computadorizada na região do abdome, com os quais se torna possível diagnosticar com precisão o quadro clínico (SALUJA *et al.*, 2018).

Não levando em conta esses procedimentos, o diagnóstico torna-se incompleto e, portanto, incorreto e invasivo. As consequências principais do diagnóstico incorreto são a recorrência da dor abdominal, a recorrência dos retornos do paciente ao hospital e, em alguns casos, complicações graves, tais como: hemorragias, estrangulamento intestinal, infecção generalizada, falência múltipla de órgãos e óbito (KSHIRSAGAR *et al.*, 2012).

CONCLUSÃO

Portanto, o diagnóstico precoce, nesse sentido, representa a mais importante conduta em termos de evolução para os pacientes, evitando a realização de procedimentos cirúrgicos desnecessários ou mesmo o tratamento tardio de condições urgentes. Métodos diagnósticos e a competência dos médicos corroboram para evitar o desenvolvimento de agravos.

Outrossim, visando-se a prevenção de consequências graves para os casos de diagnóstico tardio de abdome agudo, podem ser realizados programas de incumbência governamental, bem como o suporte das instituições de ensino na formação médica, de forma que a qualidade na assistência abranja corretamente o diagnóstico e os sinais de complicações para os pacientes com apendicite aguda.

Em última análise, a conscientização, a educação e o diagnóstico precoce são fundamentais para garantir que os pacientes com apendicite aguda recebam o tratamento necessário a tempo, reduzindo assim o risco de complicações graves e ajudando a preservar a saúde e a vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-ABED, Yahya A.; ALOBAID, Nasser; MYINT, Fiona. Diagnostic markers in acute appendicitis. **The American journal of surgery**, v. 209, n. 6, p. 1043-1047, 2015.

ALMARAMHY, Hamdi Hameed. Acute appendicitis in young children less than 5 years. **Italian journal of pediatrics**, v. 43, n. 1, p. 1-9, 2017.

BON, Thiago de Paula *et al.* Comparativo entre pacientes com diagnóstico de apendicite aguda atendidos em unidades de pronto atendimento e hospital de emergência. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, p. 341-344, 2014.

DI SAVERIO, Salomone *et al.* Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. **World journal of emergency surgery**, v. 15, n. 1, p. 1-42, 2020.

ERDEM, Hasan *et al.* Alvarado, Eskelinen, Ohmann and Raja Isteri Pengiran Anak Saleha appendicitis scores for diagnosis of acute appendicitis. **World Journal of Gastroenterology: WJG**, v. 19, n. 47, p. 9057, 2013.

FRANCA NETO, Antônio Henriques de; AMORIM, Melania Maria Ramos do; NÓBREGA, Bianca Maria Souza Virgolino. Apendicite aguda na gestação: revisão de literatura. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 61, p. 170-177, 2015.

FRANCINO, Raíssa Paes; FIGUEIREDO, Luís Filipe S.; NUNES, Carlos P. Complicações de um diagnóstico tardio de apendicite. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, v. 3, n. 1, p. 18-35, 2019.

GOULART, Rafael Nunes *et al.* Achados principais de exames laboratoriais no diagnóstico de apendicite aguda: uma avaliação prospectiva. ABCD. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 25, n. 2, p. 88-90, 2012.

KONG, Victor Y. *et al.* Acute appendicitis in a developing country. **World journal of surgery**, v. 36, n. 9, p. 2068-2073, 2012.

KSHIRSAGAR, Ashok Yadavrao *et al.* Acute appendicitis presenting as chest pain. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 3, n. 4, p. 128-130, 2012.

LIMA, Geraldo José de Souza *et al.* Apendicectomia videoassistida por acesso único transumbilical comparada à via laparoscópica e laparotômica na apendicite aguda. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 25, n. 1, p. 2-8, 2012.

MOSTBECK, Gerhard *et al.* How to diagnose acute appendicitis: ultrasound first. **Insights into imaging**, v. 7, n. 2, p. 255-263, 2016.

NUNES, Mariana Cozimo *et al.* Apendicite aguda perfurada com complicações pós-operatórias: relato de caso. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. Supl., 2015.

PARK, Jong Seob *et al.* Accuracies of diagnostic methods for acute appendicitis. **The American Surgeon**, v. 79, n. 1, p. 101-106, 2013.

PETROIANU, Andy. Diagnosis of acute appendicitis. **International Journal of Surgery**, v. 10, n. 3, p. 115-119, 2012.

RIOS, Thamires Ferreira *et al.* Escala de Alvarado para diagnóstico clínico de Apendicite aguda. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 3, n. 2, p. 46-52, 2016.

SALUJA, Saurabh *et al.* Early versus late surgical management of complicated appendicitis in children: a statewide database analysis with one-year follow-up. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 53, n. 7, p. 1339-1344, 2018.

SEGEV, Lior *et al.* Acute appendicitis in the elderly in the twenty-first century. **Journal of Gastrointestinal Surgery**, v. 19, n. 4, p. 730-735, 2015.

SELLARS, Hannah; BOORMAN, Patricia. **Acute appendicitis. Surgery (Oxford)**, v. 35, n. 8, p. 432-438, 2017.

SNYDER, Matthew J.; GUTHRIE, Marjorie; CAGLE JR, Stephen D. Acute appendicitis: efficient diagnosis and management. **American family physician**, v. 98, n. 1, p. 25-33, 2018.

STRINGER, Mark D. Acute appendicitis. **Journal of paediatrics and child health**, v. 53, n. 11, p. 1071-1076, 2017.

SVENSSON, J. F. *et al.* A review of conservative treatment of acute appendicitis. **European Journal of Pediatric Surgery**, v. 22, n. 03, p. 185-194, 2012.

TEIXEIRA, Nuno *et al.* A abordagem laparoscópica na apendicite aguda. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, n. 23, p. 15-21, 2012.

VON-MÜHLEN, Bruno *et al.* Avaliação do escore de AIR para apendicite aguda. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 28, p. 171-173, 2015.

WRAY, Curtis J. *et al.* Acute appendicitis: controversies in diagnosis and management. **Curr Probl Surg**, v. 50, n. 2, p. 54-86, 2013.

Rodrigues Rosa, Karoliny, *et al.* "A APLICAÇÃO DA PONTUAÇÃO RÁPIDA de AVALIAÇÃO de FALHA de ÓRGÃOS SEQUENCIAIS (QSOFA) COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO NA SEPSE: REVISÃO INTEGRATIVA." **Revista Interdisciplinar Em Saúde**, vol. 6, no. 5, 25 Nov. 2019, pp. 153–171.