

Perforation of the cecal appendix in the neonatal period[☆]



Perfuração do apêndice cecal no período neonatal

Prezado Editor,

Em resposta ao colega Aduino D.M. Barbosa,¹ agradeço o interesse pelo nosso artigo e teria as seguintes colocações sobre os seus questionamentos:

1. Em nosso estudo não fazemos menção em separar do acometimento único da válvula ileocecal ou apenas do apêndice. Revisei as descrições cirúrgicas dos pacientes do estudo, esses tinham, além do comprometimento do apêndice cecal, o envolvimento da porção do íleo terminal ou ceco, conjuntamente.

Na mesma época do estudo, houve um paciente a termo com perfuração de base apendicular, que foi considerada como apendicite neonatal e não contabilizada em nossa amostra, pois pelos achados cirúrgicos e o anatomopatológico poderíamos excluir enterocolite necrotizante (ECN). Tenho o registro e a história clínica, pois pretendíamos publicar como relato de caso. Neonato de 38 semanas que evoluiu com distensão abdominal, recusa alimentar e vômitos. Aos exames de imagem evidenciamos ascite e coleções septadas. A paracentese mostrou presença de bacilos Gram negativos e junto com a pioria clínica progressiva serviu como indicação à laparotomia. No 13º dia de pós-operatório e após nova intervenção cirúrgica para lavagem da cavidade, essa criança foi a óbito.

2. Há importância em descrever o estado do apêndice cecal em estudos sobre ECN? Apendicite aguda no recém-nascido seria um mero achado ou poderia ser ECN?

No artigo de Reveenthiran,² publicado em 2015, encontramos como uma questão ainda sem resposta se o envolvimento único do apêndice poderia ser uma manifestação da ECN ou apenas uma apendicite primária. Seriam três as teorias que poderiam explicar os quadros de "apendicite neonatal": a obstrução apendicular causada pela doença de Hirschsprung (teoria de Martin e Perrin), a forma limitada de ECN com acometimento apenas do apêndice (teoria de Bax) ou a obstrução luminal por fezes espessadas em casos de íleo meconial ou fibrose cística (teoria de Wangeestienian). Nenhuma delas comprovada cientificamente.

Sabe-se que quadros de "apendicite neonatal", na imensa maioria das vezes, são diagnosticados inicialmente como ECN, em função da similaridade dos sintomas, e têm uma mortalidade que pode variar de 28 até 80% segundo os estudos atuais.³ Os sintomas inespecíficos, sugestivos de

ECN, conduzem a um tratamento conservador inicialmente, com retardo do procedimento cirúrgico, a perfuração apendicular costuma ser mais precoce nessa faixa de idade, a infecção tem propensão a disseminação mais rápida (em função da imunossupressão do recém-nascido e da falta de bloqueio da perfuração apendicular pelo epíplon). A presença de pneumoperitônio na radiografia abdominal leva mais precocemente a uma laparotomia, nessa ocasião há chance de um diagnóstico definitivo, de um tratamento mais adequado com apendicectomia e da melhoria nas chances de sobrevivência.

Alguns fatores de risco para ECN, como a hipoxemia ou a isquemia, parecem também estar associados com as "apendicites neonatais", associado ao fato de 50% dos bebês com a doença apendicular isolada serem prematuros. Fatores que sugerem fortemente que poderia se tratar de um quadro de ECN restrito ao apêndice.⁴

Apendicites primárias não tem uma distinção histológica da ECN isolada no apêndice, pode o exame anatomopatológico da peça cirúrgica não ser conclusivo de uma ou de outra doença.⁵ Há de se considerar ainda que poderia se tratar não de ECN, mas de uma perfuração única da prematuridade que acometeria apenas o apêndice cecal.

Schwartz et al.⁶ sugerem um algoritmo de investigação para casos de sepse abdominal, inicialmente suspeitos de ECN, sem melhoria clínica, devido à raridade dos casos de "apendicite neonatal" com 0,04% de incidência.³

Achamos que poderiam ser feitos estudos para melhor avaliação da etiologia dos quadros apendiculares em pacientes recém-nascidos, pois ainda não há como afirmar que se trata de casos de ECN isolada. Também concordamos que poderia em grandes séries para ECN ser avaliada a ocorrência do acometimento apenas da válvula ileocecal ou do apêndice.

Enquanto as respostas definitivas não surgem, vale lembrar a seguinte frase: "Eyes can't see what the mind doesn't know".

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Barbosa AD. Necrotizing enterocolitis and appendicitis in preterm infants. *J Pediatr* (Rio J). 2018;94:566.
2. Reveenthiran V. Neonatal appendicitis (Part 1): a review of 52 cases with abdominal manifestation. *J Neonatal Surg*. 2015; 4:4.
3. Karaman A, Cavusoglu YH, Karaman I, Cakmak O. Seven cases of neonatal appendicitis with a review of the English language literature of the last century. *Pediatr Surg Int*. 2003;19:707-9.
4. Haider F, Ayoub B, Al Kooheji M, Al Juffairi M, Al-Shaikh S. Perforated acute appendicitis with no peritonitis in a premature baby: a case report. *J Med Case reports*. 2017;11:125.
5. Bengtsson BOS, van Houten JP. Neonatal vermiform appendicopathy. *Am J Perinatol*. 2015;32:683-8.
6. Schwartz KL, Gilad E, Sigalet D, Yu W, Wong AL. Neonatal acute appendicitis: a proposed algorithm for timely diagnosis. *J Pediatr Surg*. 2011;46:2060-4.

DOIs of original articles:

<https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2018.07.003>,
<https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2018.07.002>.

[☆] Como citar este artigo: Feldens L, Souza JC, Fraga JC. Perforation of the cecal appendix in the neonatal period. *J Pediatr* (Rio J). 2018;94:567-8.

Letícia Feldens^{a,*}, João C.K. de Souza^b e José C. Fraga^a

^a *Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS),
Programa de Pós-Graduação em Medicina, Ciências
Cirúrgicas, Porto Alegre, RS, Brasil*

^b *Hospital da Criança Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil*

* Autor para correspondência.

E-mail: leticiafeldens@yahoo.com.br (L. Feldens).
2255-5536/

© 2018 Sociedade Brasileira de Pediatria. Publicado por Elsevier
Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC
BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).