Exame Físico

Sinal de Blumberg	Dor à descompressão brusca no ponto de McBurney (FID)
Sinal de Rovsing	Dor na FID ao palpar a FIE
Sinal de Lennander	Temperatura retal > Temperatura axilar
Sinal de Summer	Hiperestesia na FID
Sinal de Lapinski	Dor à compressão da FID ao elevar MID
Sinal de Dunphy	Dor abdominal ao tossir
Sinal do Obturador	Dor durante rotação interna passiva da coxa direita flexionada
Sinal do Psoas	Dor na flexão ativa da coxa direita contra resistência (paciente em decúbito lateral esquerdo)
Punho Percussão	Dor na FID a punho percussão do calcâneo
Sinal de Ten Horn	Dor ao tracionar testículo

Ponto de McBurney = terço lateral em linha imaginária entre umbigo e espinha ilíaca anterossuperior; FID = Fossa Ilíaca Direita; FIE = Fossa Ilíaca Esquerda; MID = Membro Inferior Direito

Classificação Laparoscópica

0	Normal
1	Hiperemia e edema
2	Exsudato fibrinoso
3	Necrose segmentar
4a	Abcesso
4b	Peritonite regional
4c	Necrose na base do apêndice
5	Peritonite difusa

4**a** = **a**bcesso; 4**b** = **b**lumberg; 4**c** = **c**onfusão

Fases

I	Edematosa	Distensão e edema
II	Úlcera-flegmosa	Inflamação de estruturas adjacentes
III	Fibrino-purulenta	Abcesso (geralmente < 5cm)
IV	Perfuração ou necrose	Peritonite generalizada

Diagnóstico

Paciente com história típica e exame físico típico, já fecha diagnóstico clínico, não preciso de pedir qualquer exame de imagem

Se não tiver, posso pedir exames de imagem

Ver adiante "Escore de Alvarado" para informações mais objetivas sobre necessidade de exame

Na prática, solicita-se exame de imagem na maioria das vezes

TC

Exame de imagem de escolha

Apenas nos pacientes que não fecha critério para diagnóstico clínico

USG

Apêndice aumentado, imóvel e não compressível

Diâmetro > 6mm

Espessamento da parede do apêndice > 2 mm (imagem em alvo)

Borramento da gordura periapendicular = Hiperecogenicidade da gordura mesenterial

Visualização de fecalito

Líquido livre ou coleções

Aumento da vascularização do apêndice

Sem gás ou material líquido espesso no interior do apêndice

1ª escolha para gestantes e crianças
A não visualização do apêndice na USG **não** descarta apendicite aguda

Escore de Alvarado

A	Anorexia	1 pt
L	Leucocitose	2 pt (+ 1pt se desvio a E)
V	Vômitos e náuseas	1 pt
A	Algia a DB de FID	1 pt
R	Reação febril	1 pt
A	Algia que migra para FID	1 pt

By **Ana Paula** (AnaPLopes)
cheatography.com/anaplopes/

Published 9th August, 2022.
Last updated 14th April, 2024.

Sponsored by **Readable.com**
Measure your website readability!
https://readable.com

Escore de Alvarado (cont)

Do	Dor e defesa em em FID	2 pt

***PS** - Só tem 2 que pontua 2, o 2º (leucocitose) e o que tem 2 letras (dor e defesa FID)*

Estima probabilidade do paciente ter apendicite aguda

1-4 pt: POUCO PROVÁVEL → Investigar outro diagnóstico

5-6pt: PROVÁVEL → Pedir exame de imagem OU Observação 12 hrs (se continuar com mesmo escore após 12 hrs, cirurgia)

≥7pt: MUITO PROVÁVEL → Cirurgia

Apendicite em Gestantes

Mais comum no 2º trimestre

No 3º trimestre tem maior risco de peritonite difusa

Exame de imagem: 1º USG; se ainda tiver dúvidas, solicitar RM sem contraste

Tratamento: apendicectomia

Tratamento

Apendicectomia

Antibiótico (associado à cirurgia): cefoxitina (apendicite não complicada) ou quinolona + metronidazol (apendicite complicada)

Se necrose alcança base do apêndice, tenho de fazer apendicectomia com sutura de Parken-Kerr (maior)

Se dor abdominal com laparotomia normal e não encontro nenhuma causa para a dor, faço apendicectomia

Se identifiquei outra causa, não faço apendicectomia

Sponsored by **Readable.com**
Measure your website readability!
https://readable.com