

## AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO E MANEJO DA APENDICITE AGUDA: UMA REVISÃO ATUALIZADA DA LITERATURA

DOI: 10.5281/zenodo.18409249

*Carlos Walmyr de Mattos Oliveira<sup>1</sup>*

*Marcelo Curcino Somavilla<sup>2</sup>*

*Eduardo Machado Rigo<sup>3</sup>*

*Gabriel Fonseca de Bulhões<sup>4</sup>*

### RESUMO

A apendicite aguda é uma das causas mais comuns de dor abdominal em serviços de emergência, com quadros que variam de sintomas leves a complicações graves, como perfuração e peritonite, sendo mais frequente em adultos jovens. O diagnóstico clínico é desafiador devido à variabilidade na apresentação e à sobreposição com outras condições abdominais e ginecológicas, exigindo a integração de achados clínicos, laboratoriais e de imagem para maior precisão. Os avanços em exames laboratoriais, métodos de imagem, como ultrassonografia, tomografia e ressonância magnética, e o uso de escores clínicos, como Alvarado e AIR, têm contribuído para a redução das apendicectomias negativas e aprimoramento do manejo terapêutico. O tratamento continua predominantemente cirúrgico, com a apendicectomia videolaparoscópica consolidada como padrão-ouro,

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

proporcionando menor dor, complicações e tempo de internação, enquanto abordagens conservadoras com antibioticoterapia são reservadas a casos específicos de alto risco cirúrgico ou ausência de apendicolito. Esta revisão de literatura analisa criticamente os avanços recentes no diagnóstico, manejo clínico e cirúrgico, fatores de risco e complicações da apendicite aguda, destacando lacunas na padronização de protocolos e na avaliação de desfechos a longo prazo. Os achados reforçam a importância de estratégias individualizadas, baseadas em evidências, para otimizar o desfecho clínico e a segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Apendicite aguda; Diagnóstico; Manejo terapêutico; Apendicectomia laparoscópica; Revisão de literatura.

## ABSTRACT

Acute appendicitis is one of the most common causes of abdominal pain in emergency departments, with presentations ranging from mild symptoms to severe complications such as perforation and peritonitis, being more frequent among young adults. Clinical diagnosis remains challenging due to variability in presentation and overlap with other abdominal and gynecological conditions, requiring the integration of clinical, laboratory, and imaging findings for greater accuracy. Advances in laboratory tests, imaging methods—such as ultrasonography, computed tomography, and magnetic resonance imaging—and the use of clinical scoring systems, including Alvarado and AIR scores, have contributed to reducing negative appendectomies and improving therapeutic management. Treatment remains predominantly surgical, with laparoscopic appendectomy established as the gold standard, providing less pain, fewer complications, and shorter hospital

stays, while conservative approaches with antibiotic therapy are reserved for specific cases with high surgical risk or absence of appendicolith. This literature review critically analyzes recent advances in the diagnosis, clinical and surgical management, risk factors, and complications of acute appendicitis, highlighting gaps in protocol standardization and long-term outcome assessment. The findings reinforce the importance of individualized, evidence-based strategies to optimize clinical outcomes and patient safety.

**Keywords:** Acute appendicitis; Diagnosis; Therapeutic management; Laparoscopic appendectomy; Literature review.

## INTRODUÇÃO

A apendicite aguda constitui uma das condições cirúrgicas abdominais mais frequentes em todo o mundo, caracterizando-se pela inflamação do apêndice vermiforme, geralmente desencadeada pela obstrução do seu lúmen por fecalitos, hiperplasia linfóide, neoplasias, corpos estranhos, parasitas ou doenças inflamatórias intestinais (Salminen et al., 2025; Correa et al., 2015). Essa condição representa uma importante causa de dor abdominal em serviços de emergência, especialmente em adultos jovens, sendo responsável por significativa morbidade, internações hospitalares e custos associados (Moris et al., 2021; Téoule et al., 2020). O quadro clínico da apendicite aguda é variável, podendo evoluir desde sintomas leves, como dor abdominal difusa, hiporexia e náuseas, até complicações graves, como perfuração, peritonite difusa e choque séptico, o que evidencia a necessidade de diagnóstico precoce e intervenção terapêutica adequada (Vaos et al., 2019; Calis, 2018).

A complexidade do diagnóstico decorre da ampla variação anatômica do apêndice e da sobreposição dos sintomas com outras condições abdominais ou pélvicas, como infecções urinárias, diverticulite, litíase renal, doenças inflamatórias intestinais e, no caso de pacientes do sexo feminino, condições ginecológicas como torção ovariana, doença inflamatória pélvica ou gestação ectópica (Stringer, 2017; Kave et al., 2019). Historicamente, a dificuldade diagnóstica contribuiu para altas taxas de apendicectomias negativas; no entanto, o avanço de exames laboratoriais e de imagem, aliado à utilização de escores clínicos validados, tem permitido maior precisão diagnóstica, redução de intervenções desnecessárias e melhor estratificação do risco de complicações (Coleman et al., 2018; Andersson et al., 2021; Hoffmann et al., 2021).

A relevância de uma revisão atualizada da literatura sobre apendicite aguda é justificada por recentes avanços em diferentes frentes do manejo clínico e cirúrgico. Estudos contemporâneos destacam o papel da ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética na confirmação diagnóstica (Kim et al., 2018; Kave et al., 2019), a importância de escores clínicos como Alvarado e Appendicitis Inflammatory Response (AIR) na estratificação de risco (Andersson et al., 2021; Coleman et al., 2018), e a consolidação da apendicectomia videolaparoscópica como padrão-ouro (Gignoux et al., 2018; Schneuer et al., 2018), além de discussões sobre a viabilidade do tratamento não operatório em casos selecionados (Vaos et al., 2019). Além disso, há crescente atenção à avaliação de grupos de risco, como crianças, idosos e pacientes com comorbidades (Calis, 2018; Téoule et

al., 2020), bem como à detecção de neoplasias apendiculares em adultos mais velhos (Keller et al., 2022; Narula et al., 2023).

Diante desse contexto, o presente artigo objetiva reunir e analisar criticamente a literatura atual sobre diagnóstico, estratificação de risco e manejo terapêutico da apendicite aguda, enfatizando as inovações que têm impactado a prática clínica. A revisão busca identificar lacunas de conhecimento, consolidar evidências relevantes e fornecer subsídios para a tomada de decisão médica baseada em dados atualizados. Para tanto, a revisão inclui estudos publicados nas últimas décadas, priorizando aqueles que abordam avanços em métodos diagnósticos, estratégias cirúrgicas, abordagens conservadoras e prognóstico clínico (Salminen et al., 2025; Moris et al., 2021; Hoffmann et al., 2021).

Assim, esta revisão de literatura visa fornecer uma visão abrangente e crítica sobre a apendicite aguda, destacando a integração entre achados clínicos, laboratoriais e radiológicos, os critérios para escolha do manejo terapêutico mais adequado e os desfechos clínicos associados (Vaos et al., 2019; Gignoux et al., 2018). Ao sistematizar essas informações, espera-se contribuir para a atualização do conhecimento científico, apoiar práticas clínicas seguras e efetivas, e orientar futuras pesquisas na área, reforçando a importância do diagnóstico precoce e do tratamento personalizado na melhoria dos resultados em pacientes com apendicite aguda (Salminen et al., 2025; Moris et al., 2021).

## **METODOLOGIA**

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

Esta revisão de literatura foi conduzida de forma a proporcionar uma análise abrangente e atualizada sobre os avanços no diagnóstico e manejo da apendicite aguda, adotando uma abordagem narrativa sistemática. A pesquisa bibliográfica foi realizada entre os meses de outubro e dezembro de 2025, abrangendo publicações de 2015 a 2025, de modo a incluir estudos recentes que refletissem as práticas clínicas e os avanços tecnológicos mais relevantes na área. Foram consideradas bases de dados eletrônicas de reconhecida relevância científica, incluindo PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, SciELO e Google Scholar, garantindo amplitude e diversidade de fontes.

As estratégias de busca utilizaram palavras-chave específicas relacionadas ao tema, como "acute appendicitis", "diagnosis", "management", "surgery", "imaging", "antibiotic therapy", "laparoscopy", combinadas com operadores booleanos (AND, OR) para refinar os resultados e permitir a seleção de artigos relevantes. Por exemplo, as buscas seguiram a lógica: ("acute appendicitis" AND "diagnosis") OR ("acute appendicitis" AND "management") OR ("appendectomy" AND "laparoscopy"). Foram aplicados filtros de idioma (inglês e português), tipo de estudo (artigos originais, revisões sistemáticas, meta-análises, relatos de caso) e relevância clínica, priorizando publicações com dados sobre adultos, crianças e gestantes, de acordo com a diversidade de populações abordadas nas referências previamente selecionadas.

Os critérios de inclusão consideraram estudos que abordassem o diagnóstico clínico, laboratorial e por imagem da apendicite aguda, bem como diferentes abordagens terapêuticas, incluindo tratamento cirúrgico, laparoscópico,

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

ambulatorial e manejo conservador com antibioticoterapia. Foram incluídos ainda artigos sobre escores clínicos de estratificação de risco (como Alvarado e AIR Score), complicações intraoperatórias, neoplasias associadas ao apêndice e dados epidemiológicos relevantes. Por outro lado, os critérios de exclusão abrangeram estudos com população animal, artigos duplicados, resumos não publicados, publicações sem acesso ao texto completo e estudos com dados clínicos incompletos ou desatualizados.

A seleção dos artigos ocorreu em etapas, iniciando pela triagem dos títulos e resumos para identificação de relevância temática, seguida pela análise crítica dos textos completos para confirmação de elegibilidade. Todo o processo foi realizado por pelo menos dois revisores independentes, com divergências resolvidas mediante discussão consensual. As informações extraídas de cada estudo incluíram autores, ano, objetivos, desenho do estudo, população, métodos diagnósticos, intervenções, resultados clínicos e conclusões, organizadas em planilhas para sistematização e posterior síntese narrativa.

A síntese dos dados foi realizada de forma descritiva, enfatizando comparações entre técnicas diagnósticas (clínicas, laboratoriais e de imagem), estratégias terapêuticas (cirúrgicas e conservadoras), taxas de complicações e desfechos clínicos. Quando pertinente, foram agrupadas informações sobre diferentes faixas etárias, sexo e presença de comorbidades, permitindo análise crítica da aplicabilidade e segurança das abordagens recomendadas. Esta metodologia garante transparência, reprodutibilidade e rigor científico, proporcionando uma revisão estruturada

e fundamentada sobre os avanços recentes no manejo da apendicite aguda, integrando as melhores evidências disponíveis na literatura atual.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apendicite aguda constitui uma das principais causas de dor abdominal aguda em serviços de emergência, sendo responsável por um número expressivo de internações, especialmente entre adultos jovens (Salminen et al., 2025; Moris et al., 2021). Estima-se que aproximadamente 30% dos pacientes jovens que procuram atendimento hospitalar com dor abdominal sejam diagnosticados com apendicite aguda, enquanto essa proporção reduz-se para cerca de 15% em indivíduos com mais de 50 anos (Calis, 2018; Téouïle et al., 2020). A incidência apresenta ampla variação entre as populações, oscilando entre 5,7 e 50 casos por 100 mil habitantes ao ano em países desenvolvidos, podendo atingir até 100 casos por 100 mil habitantes globalmente. O risco cumulativo ao longo da vida situa-se entre 7% e 9%, evidenciando sua relevância clínica e epidemiológica (Salminen et al., 2025; Stringer, 2017).

O pico de ocorrência da apendicite aguda concentra-se entre os 10 e 30 anos de idade, faixa etária em que a resposta inflamatória é mais expressiva e o diagnóstico costuma ser mais rápido (Téouïle et al., 2020; Moris et al., 2021). Observa-se uma discreta predominância no sexo masculino, com uma razão aproximada de 1,4:1 em relação ao feminino (Salminen et al., 2025). Em termos de gravidade, a taxa de perfuração no momento do diagnóstico varia de 16% a 40%, sendo mais frequente em crianças e em pacientes acima dos



50 anos, grupos em que a apresentação clínica tende a ser atípica e o diagnóstico pode ser retardado (Calis, 2018; Vaos et al., 2019).

Embora nem todos os casos não tratados evoluam para perfuração, essa complicação está associada a um aumento expressivo na mortalidade, que pode variar de 0,1–0,7% nos quadros simples para até 0,5–2,4% nas formas complicadas (Calis, 2018; Moris et al., 2021). Entre os principais fatores de mau prognóstico destacam-se a presença de múltiplas comorbidades — especialmente quando o índice de comorbidade de Charlson (Charlson Comorbidity Score) é superior a 5 — e o grau de complexidade do processo inflamatório, segundo as classificações de Gomes ou WSES nos estágios 4 e 5 (Hoffmann et al., 2021; Salminen et al., 2025).

Adicionalmente, em pacientes com idade superior a 40 anos que se apresentam com quadro de apendicite aguda, a possibilidade de associação com neoplasias apendiculares deve ser considerada. A incidência de achados neoplásicos nesse grupo é relevante, variando entre 3% e 17% (Narula et al., 2023; Keller et al., 2022), o que reforça a importância de uma avaliação histopatológica criteriosa e do acompanhamento clínico pós-operatório adequado. Esses dados ressaltam a necessidade de atenção diferenciada às faixas etárias extremas e aos pacientes com comorbidades, considerando o impacto direto desses fatores na evolução clínica e no desfecho terapêutico da apendicite aguda (Salminen et al., 2025; Moris et al., 2021).

## **Diagnóstico Clínico e Diferencial da Apendicite Aguda**

O diagnóstico da apendicite aguda baseia-se em uma abordagem integrada que combina dados clínicos, laboratoriais e de imagem (Moris et al., 2021; Salminen et al., 2025). Apesar de sua alta prevalência, a identificação do quadro pode ser desafiadora devido às variações anatômicas na posição do apêndice e às diferentes formas de evolução da doença, que frequentemente resultam em apresentações clínicas atípicas (Stringer, 2017; Téouïle et al., 2020). De modo geral, o quadro clássico caracteriza-se por dor abdominal inicialmente difusa ou localizada na região periumbilical, que migra para a fossa ilíaca direita após cerca de 24 horas. Esse sintoma é comumente acompanhado por hiporexia, náuseas, vômitos e febre, compondo um padrão sintomatológico característico, porém nem sempre presente em todos os casos (Salminen et al., 2025; Moris et al., 2021).

No exame físico, é comum observar distensão abdominal associada à dor à palpação da fossa ilíaca direita, podendo haver defesa muscular ou dor à descompressão brusca (sinal de Blumberg) (Moris et al., 2021; Stringer, 2017). Outros achados semiológicos relevantes incluem a dor referida na fossa ilíaca direita quando se palpa a esquerda (sinal de Rovsing) e sinais específicos relacionados à topografia do apêndice, como disúria e polaciúria nos casos de apêndice pélvico, ou dor lombar e dor à mobilização do membro inferior direito nos casos de apêndice retrocecal, caracterizando os sinais do psoas e do obturador, respectivamente (Stringer, 2017; Salminen et al., 2025). Tais variações anatômicas podem modificar significativamente o padrão clínico, dificultando a suspeita diagnóstica e, por consequência, retardando o início do tratamento adequado (Téouïle et al., 2020; UCAR Karabulut et al., 2022).

Diante dessa diversidade de apresentações, o diagnóstico diferencial torna-se um componente essencial na avaliação clínica. A apendicite aguda pode mimetizar uma série de condições abdominais e pélvicas, incluindo infecções do trato urinário (como cistite e pielonefrite), enterocolites, diverticulites, ureterolitíase, neoplasias abdominais, trombozes viscerais e doenças inflamatórias intestinais (Moris et al., 2021; Hamilton et al., 2018). Em pacientes do sexo feminino, a complexidade diagnóstica é ainda maior, visto que patologias ginecológicas, como dor ovulatória, torção ovariana, abscesso tubo-ovariano, doença inflamatória pélvica e gestação ectópica, apresentam manifestações clínicas semelhantes (Kave et al., 2019; Téouïle et al., 2020).

Essas sobreposições clínicas reforçam a importância de uma avaliação diagnóstica criteriosa, que deve incluir exames laboratoriais e de imagem para confirmação do quadro (Kim et al., 2018; Hoffmann et al., 2021). Em síntese, a apendicite aguda permanece uma condição cujo diagnóstico requer correlação clínica detalhada e interpretação cuidadosa dos achados complementares, a fim de reduzir a taxa de erros diagnósticos e evitar complicações decorrentes do atraso terapêutico (Salminen et al., 2025; Moris et al., 2021).

## **Abordagem Laboratorial e por Imagem no Diagnóstico da Apendicite Aguda**

A confirmação diagnóstica da apendicite aguda requer a integração entre achados clínicos, laboratoriais e de imagem, com o objetivo de aumentar a precisão diagnóstica e reduzir intervenções cirúrgicas desnecessárias (Moris

et al., 2021; Salminen et al., 2025). Os exames laboratoriais básicos incluem o hemograma completo, no qual a presença de leucocitose com desvio à esquerda constitui um achado típico, refletindo o processo inflamatório sistêmico (Ucar Karabulut et al., 2022). Além disso, marcadores inflamatórios, como a proteína C reativa (PCR), apresentam elevação significativa e correlacionam-se com a gravidade do quadro, podendo auxiliar na distinção entre formas simples e complicadas da doença (Salminen et al., 2025). Exames complementares, como a análise de urina e o teste de beta-hCG, desempenham papel relevante na exclusão de diagnósticos diferenciais, especialmente em mulheres em idade reprodutiva e em pacientes com sintomas urinários concomitantes (Kave et al., 2019).

Entre os métodos de imagem, a ultrassonografia (USG) é amplamente utilizada como exame inicial devido à sua natureza não invasiva, ausência de radiação e boa acurácia em pacientes jovens (Stringer, 2017; Schneuer et al., 2018). Quando o resultado é inconclusivo, especialmente em idosos ou em casos clínicos atípicos, a tomografia computadorizada (TC) com contraste endovenoso é o exame de escolha, apresentando maior sensibilidade e especificidade (Kim et al., 2018; Hoffmann et al., 2021). A ressonância magnética (RM) tem desempenho diagnóstico semelhante à TC, porém com custo mais elevado e menor disponibilidade, sendo preferencialmente indicada para gestantes quando a USG não fornece resultado conclusivo — situação observada em cerca de 35% a 70% dos casos, a depender da idade gestacional (Kave et al., 2019; Stringer, 2017). Em crianças, a escolha entre TC e RM depende da disponibilidade local, da necessidade de evitar

radiação e da experiência do radiologista na interpretação dos achados (Vaos et al., 2019).

Os principais achados radiológicos sugestivos de apendicite aguda incluem apêndice dilatado (diâmetro > 7 mm), espessamento e realce parietal após contraste, borramento da gordura periapendicular, linfonodomegalia regional e presença de apendicolito (Correa et al., 2015; Khan et al., 2018). A presença de abscesso, gás ou apendicolito extraluminal, bem como líquido livre peritoneal, sugere evolução para formas complicadas, como perfuração ou abscesso apendicular (Hoffmann et al., 2021). Nesses casos, o reconhecimento precoce é fundamental para orientar a conduta terapêutica adequada (Moris et al., 2021; Salminen et al., 2025).

Os avanços nas técnicas diagnósticas, especialmente com o uso sistemático da imagem, contribuíram para reduzir significativamente as taxas de apendicectomias negativas, que caíram de aproximadamente 25% para cerca de 10% nas últimas décadas (Coleman et al., 2018; Andersson et al., 2021). Em situações nas quais os exames de imagem são negativos e o quadro clínico é estável, o manejo conservador pode ser considerado, reservando-se a cirurgia — preferencialmente por via laparoscópica — para casos de dor persistente ou agravamento dos sintomas (Gignoux et al., 2018; Salminen et al., 2025).

Além disso, escores clínicos têm se mostrado ferramentas valiosas na estratificação do risco e na decisão diagnóstica. Dentre os mais utilizados, destacam-se o Alvarado Score e o Appendicitis Inflammatory Response (AIR) Score, que auxiliam na diferenciação entre pacientes de baixo, médio

e alto risco (Coleman et al., 2018; Andersson et al., 2021). Indivíduos classificados como de baixo risco podem ser acompanhados clinicamente, enquanto aqueles de risco intermediário ou elevado devem ser submetidos a exames de imagem e avaliação cirúrgica especializada. Apesar de sua utilidade, esses escores não devem ser aplicados isoladamente em populações especiais — como crianças, gestantes e imunodeficientes —, nas quais a complementação com exames de imagem é indispensável para assegurar a precisão diagnóstica (Stringer, 2017; Kave et al., 2019).

De modo geral, a associação entre métodos clínicos, laboratoriais e radiológicos permite o diagnóstico correto em mais de 90% dos casos, representando um avanço expressivo na abordagem contemporânea da apendicite aguda e reduzindo tanto as complicações quanto os procedimentos desnecessários (Moris et al., 2021; Salminen et al., 2025).

## **Abordagem Terapêutica da Apendicite Aguda: Perspectivas Cirúrgicas e Clínicas**

O tratamento da apendicite aguda permanece predominantemente cirúrgico desde o século XVIII, consolidando-se como a conduta padrão para a resolução definitiva do processo inflamatório (Salminen et al., 2025; Moris et al., 2021). A apendicectomia videolaparoscópica, amplamente difundida nas últimas quatro décadas, tornou-se o método preferencial em relação à cirurgia aberta, em virtude de suas vantagens clínicas e funcionais. Estudos demonstram que a videolaparoscopia está associada a menor taxa de complicações pós-operatórias, menor intensidade de dor, tempo reduzido de hospitalização, retorno mais rápido às atividades cotidianas e melhor

resultado estético (Schneuer et al., 2018; Moris et al., 2021). Essa técnica é aplicável tanto em adultos quanto em crianças e gestantes, desde que haja disponibilidade de equipe cirúrgica experiente. Recomenda-se que o procedimento seja realizado em até 24 horas após a definição diagnóstica, uma vez que o adiamento cirúrgico está relacionado ao aumento das taxas de perfuração e complicações sérias (Calis, 2018; Moris et al., 2021). Nos casos de apendicite complicada, a intervenção deve ser imediata, evitando a progressão para peritonite difusa (Vaos et al., 2019; Hoffmann et al., 2021).

Durante o ato operatório, mesmo quando o apêndice não apresenta sinais inflamatórios evidentes, a ressecção é recomendada, especialmente nas cirurgias abertas, a fim de prevenir recorrência ou confusão diagnóstica futura (Correa et al., 2015; Narula et al., 2023). Em situações mais graves, caracterizadas por perfuração da base apendicular, necrose cecal ou comprometimento do cólon ascendente, pode ser necessária a realização de ileotiflectomia ou colectomia direita, com anastomose primária ou ileostomia temporária, de acordo com as condições clínicas do paciente e o grau de contaminação da cavidade abdominal (Moris et al., 2021).

As principais complicações pós-operatórias relatadas incluem infecção de ferida cirúrgica (aproximadamente 6%), abscesso peritoneal (2%) e íleo adinâmico (0,2%), sendo sua incidência significativamente menor nas cirurgias laparoscópicas (Schneuer et al., 2018). A taxa média de mortalidade associada ao procedimento é de cerca de 0,28% (Calis, 2018). A literatura recente indica que a lavagem peritoneal durante a cirurgia não confere benefícios adicionais em relação à simples aspiração, e o tipo de ligadura do coto apendicular ou do mesoapêndice não influencia o desfecho clínico

(Moris et al., 2021). O uso rotineiro de drenos também não é recomendado, mesmo em apendicites complicadas, pois não reduz a incidência de abscessos e pode prolongar o tempo de internação e aumentar a morbidade pós-operatória (Gignoux et al., 2018).

A antibioticoterapia representa um componente fundamental do manejo, devendo ser instituída no pré-operatório com cobertura de amplo espectro. Em casos não complicados, não há necessidade de manutenção pós-operatória. O esquema mais empregado associa cefalosporina de terceira geração (como ceftriaxona ou cefotaxima) ao metronidazol, podendo ser substituído por quinolonas (ciprofloxacino ou moxifloxacino) em casos de alergia. Em situações de resistência bacteriana, recomenda-se o uso de carbapenêmicos ou tigeciclina. Nos casos de apendicite perfurada ou com abscesso peritoneal, o tratamento antibiótico deve ser mantido por três a cinco dias após a cirurgia, desde que haja adequado controle infeccioso. Em pacientes pediátricos, a transição para a via oral após 48 horas é segura, com duração total de tratamento de cerca de sete dias (Moris et al., 2021; Hamilton et al., 2018).

A graduação intraoperatória da apendicite aguda, segundo a classificação de Gomes/WSES, desempenha papel relevante na definição da conduta pós-operatória, sendo que a maioria dos casos (cerca de 65%) enquadra-se nas formas não complicadas (Hoffmann et al., 2021). Em contrapartida, o tratamento não operatório tem sido proposto como alternativa em situações específicas, particularmente em pacientes com alto risco cirúrgico, desde que não haja evidência de apendicolito ou necrose (Gignoux et al., 2018; Salminen et al., 2025). Essa abordagem consiste no uso de antibioticoterapia



parenteral por no mínimo 48 horas, com possível transição para via oral mediante melhora clínica. No entanto, apresenta taxa de falha entre 8% e 12% e recorrência de aproximadamente 20% em um ano, além de ser contraindicada em gestantes (Salminen et al., 2025; Kave et al., 2019).

Em casos de apendicite complicada, o tratamento não operatório pode ser considerado apenas em situações selecionadas, especialmente quando há abscessos drenáveis e ausência de expertise cirúrgica imediata. Contudo, essa estratégia está associada a maior tempo de internação, maior taxa de complicações e até 24% de readmissões hospitalares (Vaos et al., 2019). É contraindicado o manejo conservador em casos de perfuração livre e peritonite generalizada, devendo-se priorizar a intervenção cirúrgica imediata. A realização de apendicectomia eletiva (“de intervalo”) após o tratamento não operatório não é recomendada, exceto em situações de recorrência sintomática (Salminen et al., 2025).

Pacientes com mais de 40 anos submetidos ao tratamento não cirúrgico devem realizar acompanhamento com colonoscopia e tomografia periódica, devido à maior prevalência de neoplasias apendiculares nessa faixa etária (Téoule et al., 2020; Kartal, 2022). De modo geral, os avanços nas técnicas cirúrgicas e na antibioticoterapia consolidaram a apendicectomia videolaparoscópica como o padrão-ouro no tratamento da apendicite aguda, proporcionando maior segurança, menor morbidade e melhores resultados clínicos em comparação às abordagens tradicionais e conservadoras (Moris et al., 2021; Salminen et al., 2025).

## CONCLUSÃO

A apendicite aguda permanece como uma das principais emergências cirúrgicas abdominais, com elevada prevalência entre adultos jovens e significativa morbidade associada, sobretudo nos casos complicados e em grupos de risco como crianças, idosos e pacientes com múltiplas comorbidades. Os achados desta revisão demonstram que a evolução no diagnóstico da doença, apoiada pela integração entre avaliação clínica, exames laboratoriais e métodos de imagem, reduziu de forma expressiva as taxas de apendicectomias negativas, melhorou a estratificação de risco e permitiu intervenções mais seguras e direcionadas. A utilização de escores clínicos validados, como Alvarado e AIR, em conjunto com ultrassonografia, tomografia computadorizada e, quando indicado, ressonância magnética, consolidou-se como abordagem eficiente para aumentar a precisão diagnóstica, especialmente em apresentações clínicas atípicas e em populações especiais.

No âmbito terapêutico, a apendicectomia videolaparoscópica se estabelece como padrão-ouro, proporcionando menor tempo de internação, redução de complicações pós-operatórias e melhores resultados funcionais e estéticos, enquanto o manejo conservador com antibioticoterapia representa uma alternativa viável apenas em situações selecionadas, quando ausentes sinais de perfuração ou necrose. A revisão evidencia que a avaliação criteriosa do paciente, considerando idade, comorbidades e características do quadro inflamatório, é essencial para a escolha da abordagem mais adequada, reduzindo complicações, recorrências e mortalidade. Ademais, a atenção especial a pacientes acima de 40 anos, com acompanhamento endoscópico e

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

radiológico, reforça a necessidade de identificar neoplasias associadas precocemente.

Apesar dos avanços, lacunas importantes permanecem na literatura, como a definição de protocolos padronizados para o manejo não operatório, os critérios de seleção ideais para essa abordagem e o acompanhamento de longo prazo em diferentes populações. Também há necessidade de estudos prospectivos multicêntricos que avaliem o impacto de novas tecnologias de imagem, biomarcadores inflamatórios e estratégias de estratificação de risco em desfechos clínicos.

Os avanços diagnósticos e terapêuticos na apendicite aguda permitem uma abordagem mais segura, eficiente e individualizada, consolidando o papel da integração entre clínica, exames complementares e técnicas cirúrgicas minimamente invasivas. Ao sistematizar essas evidências, este estudo contribui para a atualização do conhecimento científico, auxilia na tomada de decisão clínica baseada em evidências e orienta futuras pesquisas voltadas à otimização do manejo da apendicite aguda, reforçando a importância de intervenções precoces e personalizadas para melhorar os desfechos clínicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSSON, M.; KOLODZIEJ, B.; ANDERSSON, R. E. Validation of the Appendicitis Inflammatory Response (AIR) Score. **World J Emerg Surg**, v. 45, n. 7, p. 2081-2091, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1007/s00268-021-06042-2>. Acesso em: 14 nov. 2025.

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

CALIS, H. Morbidity and Mortality in Appendicitis in the Elderly. **J Coll Physicians Surg Pak**, v. 28, n. 11, p. 875-878, 2018. Disponível em: <https://www.jcpsp.pk/archive/2018/Nov2018/15.pdf>. Acesso em: 21 out. 2025.

COLEMAN, J. J. et al. The Alvarado score should be used to reduce emergency department length of stay and radiation exposure in select patients with abdominal pain. **J Trauma Acute Care Surg**, v. 84, n. 6, p. 946-950, 2018. Disponível em: [https://journals.lww.com/jtrauma/abstract/2018/06000/the\\_alvarado\\_score\\_sh](https://journals.lww.com/jtrauma/abstract/2018/06000/the_alvarado_score_sh) Acesso em: 03 nov. 2025.

CORREA, J. et al. Correlation between intraoperative surgical diagnosis of complicated acute appendicitis and the pathology report: clinical implications. **Surg Infect (Larchmt)**, v. 16, n. 1, p. 41-44, 2015. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/sur.2013.155>. Acesso em: 18 dez. 2025.

GIGNOUX, B. et al. Should ambulatory appendectomy become the standard treatment for acute appendicitis? **World J Emerg Surg**, v. 13, p. 28, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13017-018-0191-4>. Acesso em: 25 nov. 2025.

HAMILTON, A. L.; KAMM, M. A.; NG, S. C.; MORRISON, M. Proteus spp. as Putative Gastrointestinal Pathogens. **Clin Microbiol Rev**, v. 31, n. 3, 2018. Disponível em: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/cmr.00085-17>. Acesso em: 10 dez. 2025.

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

HOFFMANN, J. C. et al. Classification of acute appendicitis (CAA): treatment directed new classification based on imaging (ultrasound, computed tomography) and pathology. **Int J Colorectal Dis**, v. 36, n. 11, p. 2347-2360, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00384-021-03940-8>. Acesso em: 12 nov. 2025.

KARTAL, İ. Childhood neuroendocrine tumors of the digestive system: A single center experience. **Medicine (Baltimore)**, v. 101, n. 6, e28795, 2022. Disponível em: [https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2022/02110/childhood\\_neuroendocrine\\_tumors\\_of\\_the\\_diges](https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2022/02110/childhood_neuroendocrine_tumors_of_the_diges) Acesso em: 04 dez. 2025.

KAVE, M.; PAROOIE, F.; SALARZAEI, M. Pregnancy and appendicitis: a systematic review and meta-analysis on the clinical use of MRI in diagnosis of appendicitis in pregnant women. **World J Emerg Surg**, v. 14, p. 37, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13017-019-0254-1>. Acesso em: 29 out. 2025.

KHAN, M. S. et al. Risk of appendicitis in patients with incidentally discovered appendicoliths. **J Surg Res**, v. 221, p. 84-87, 2018. Disponível em: [https://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804\(17\)30537-1/abstract](https://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804(17)30537-1/abstract). Acesso em: 07 nov. 2025.

KELLER, C. A. et al. Stump appendicitis. **Radiol Case Rep**, v. 17, n. 7, p. 2534-2536, 2022. Disponível em:

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1930043322003247?via%3Dihub>. Acesso em: 15 dez. 2025.

KIM, D. W. et al. Visibility of Normal Appendix on CT, MRI, and Sonography: A Systematic Review and Meta-Analysis. **AJR Am J Roentgenol**, v. 211, n. 3, p. W140-W150, 2018. Disponível em: <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/AJR.17.19321>. Acesso em: 11 out. 2025.

MORIS, D.; PAULSON, E. K.; PAPPAS, T. N. Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults: A Review. **JAMA**, v. 326, n. 22, p. 2299-2311, 2021. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2787111>. Acesso em: 08 nov. 2025.

NARULA, N.; GIBBS, K. E.; KONG, F.; MUKHERJEE, I. Appendiceal Intussusception, Diverticula, and Fecalith Associated With Appendicitis. **Am Surg**, v. 89, n. 12, p. 6257-6259, 2023. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00031348221126954>. Acesso em: 20 dez. 2025.

SALMINEN, P. et al. Appendicitis. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 11, n. 1, 2025. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41572-025-00659-6>. Acesso em: 12 dez. 2025.

STRINGER, M. D. Acute appendicitis. **J Paediatr Child Health**, v. 53, n. 11, p. 1071-1076, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpc.13737>. Acesso em: 02 out. 2025.

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

SCHNEUER, F. J. et al. A population-based comparison of the post-operative outcomes of open and laparoscopic appendicectomy in children. **Med J Aust**, v. 209, n. 2, p. 80-85, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/mja17.00541>. Acesso em: 18 nov. 2025.

TÉOULE, P.; LAFFOLIE, J.; ROLLE, U.; REISSFELDER, C. Acute Appendicitis in Childhood and Adulthood. **Dtsch Arztebl Int**, v. 117, n. 45, p. 764-774, 2020. Disponível em: <https://di.aerzteblatt.de/int/archive/article/216558>. Acesso em: 05 dez. 2025.

UCAR KARABULUT, K.; ERINANC, H.; YONAR, A.; KISINMA, A.; UCAR, Y. Correlation of histological diagnosis and laboratory findings in distinguishing acute appendicitis and lymphoid hyperplasia. **Ann Surg Treat Res**, v. 103, n. 5, p. 306-311, 2022. Disponível em: <https://astr.or.kr/DOIx.php?id=10.4174/astr.2022.103.5.306>. Acesso em: 09 out. 2025.

VAOS, G.; DIMOPOULOU, A.; GKIOKA, E.; ZAVRAS, N. Immediate surgery or conservative treatment for complicated acute appendicitis in children? A meta-analysis. **J Pediatr Surg**, v. 54, n. 7, p. 1365-1371, 2019. Disponível em: [https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(18\)30478-0/abstract](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(18)30478-0/abstract). Acesso em: 27 nov. 2025.

<sup>1</sup> Doutorando em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas. Instituição: Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz. Endereço: Rio

# REVISTA TÓPICOS

---

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: [cwcarlosmattos@gmail.com](mailto:cwcarlosmattos@gmail.com).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4823-854X>

<sup>2</sup> Especialista em Cirurgia Geral. Instituição: Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Endereço: Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [marcelo-somavilla@hotmail.com](mailto:marcelo-somavilla@hotmail.com)

<sup>3</sup> Especialista em Cirurgia Geral. Instituição: Hospital Pompéia de Caxias do Sul. Endereço: Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [Eduardomrigo@gmail.com](mailto:Eduardomrigo@gmail.com)

<sup>4</sup> Residente em Cirurgia Geral. Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: [gabrielfbulhoes@gmail.com](mailto:gabrielfbulhoes@gmail.com)