DIAGNÓSTICO E MANEJO DA APENDICITE AGUDA EM GESTANTES: DESAFIOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

THASSIA GOMES CAON[1]
ISABELE PINTO ALVIM[2]
CARLOS EDUARDO DO CARMO ALMEIDA[3]
RODOLFO KALIL DE NOVAES SANTOS[4]

Introdução: A apendicite aguda é a principal emergência cirúrgica não obstétrica na gestação, afetando cerca de 1 a cada 1.500 gestantes. Seu diagnóstico é desafiador porque sintomas como náuseas, vômitos e dor em fossa ilíaca direita podem ser comuns na gravidez, além de o útero gravídico deslocar o apêndice para posições superiores do abdome. O atraso no diagnóstico aumenta o risco de perfuração, peritonite e complicações fetais, como parto prematuro e óbito fetal. Objetivos: O presente estudo teve como objetivo investigar os principais desafios diagnósticos e terapêuticos da apendicite aguda em gestantes, destacando o papel dos exames de imagem e as opções de tratamento cirúrgico e conservador, com ênfase na segurança materno-fetal. Metodologia: Foi realizada uma revisão bibliográfica de estudos observacionais e diretrizes clínicas publicadas entre 2020 e 2026. A busca foi conduzida nas bases PubMed, Scopus e Web of Science, selecionando artigos que abordaram o diagnóstico por imagem, incluindo ultrassom, ressonância magnética e tomografia computadorizada, além do tratamento cirúrgico por laparoscopia ou cirurgia aberta e do uso de antibióticos isolados em gestantes com apendicite aguda não complicada. Resultados e discussões: Os estudos analisados mostram que o ultrassom é o exame de primeira linha por ser seguro e isento de radiação, embora sua acurácia diminua no terceiro trimestre gestacional. A ressonância magnética é considerada o exame de escolha quando o ultrassom é inconclusivo, apresentando alta sensibilidade e especificidade sem riscos ao feto. A tomografia computadorizada é evitada devido à radiação ionizante, sendo reservada para situações excepcionais. Em relação ao manejo, a cirurgia permanece como tratamento padrão independentemente da idade gestacional, uma vez que o risco de perfuração supera os riscos operatórios. A laparoscopia tem sido amplamente adotada por proporcionar menor tempo de internação, menos dor pós-operatória e menor taxa de complicações quando comparada à cirurgia aberta, desde que sejam respeitadas medidas de segurança, como posicionamento adequado da paciente e monitorização fetal. Estudos recentes também discutem o tratamento conservador com antibióticos isolados em casos selecionados de apendicite não complicada, sem sinais de perfuração, abscesso ou sepse. Apesar de alguns relatos

demonstrarem sucesso terapêutico, especialmente no terceiro trimestre, essa abordagem ainda não é considerada padrão devido ao risco de falha e recorrência. Diferenças regionais foram identificadas, principalmente quanto ao acesso à ressonância magnética e à cirurgia laparoscópica em centros especializados. Conclusão: Conclui-se que a apendicite aguda na gestação exige elevado índice de suspeição clínica e diagnóstico rápido. O ultrassom e a ressonância magnética constituem os principais métodos diagnósticos, enquanto a laparoscopia representa o tratamento preferencial. O tratamento conservador com antibióticos mostra-se promissor, porém ainda restrito a protocolos específicos. Investimentos em treinamento médico e ampliação do acesso a exames de imagem são fundamentais para reduzir a morbimortalidade materno-fetal.

Palavras-chave: Apendicite; Gestantes; Laparoscopia; Cirurgia Geral; Abdome Agudo.