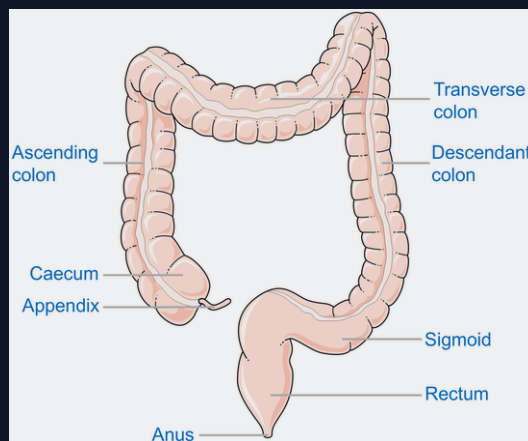

É apendicite?

De que lado dói, como se confirma e quando ir ao pronto-socorro



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

É apendicite?

De que lado dói, como se confirma e quando ir ao pronto-socorro

AUTOR	Dr. Mateus Antunes Nogueira
REGISTRO	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
ESPECIALIDADE	Cirurgia do Aparelho Digestivo
SÉRIE	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 23
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

1. O apêndice, e a dor que muda de endereço	5
1.1 Um tubo com o fundo fechado	5
1.2 Por que a dor muda de endereço	6
1.3 Quem tem apendicite	8
2. Quando é pronto-socorro e quando é ambulância	9
2.1 Três níveis, três condutas	9
2.2 Quando é ambulância	10
2.3 O que evitar enquanto espera	11
3. A ordem dos sinais, e as dores que imitam	12
3.1 A sequência típica	12
3.2 O que a dor da apendicite faz	13
3.3 As dores que imitam	13
4. Dentro do pronto-socorro: exames, sangue e imagem	16
4.1 A ordem das coisas	16
4.2 O que cada exame responde	17
4.3 Os escores, e o que eles não são	18
4.4 Por que às vezes pedem para você ficar	19
5. Perfuração, abscesso e peritonite	20
5.1 Os quatro estados	20
5.2 O que os números dizem sobre a espera	21
5.3 O que isso não quer dizer	23
6. Criança, gestante e pessoa idosa	24
6.1 A criança	24
6.2 A gestante	24
6.3 A pessoa idosa	26
7. Operar ou tratar com antibiótico	28
7.1 O que mudou, e o que não mudou	28
7.2 O que os ensaios encontraram	29
7.3 Como essa escolha se faz na prática	31
8. Quem cuida disso: as funções da equipe	32
8.1 As funções, uma a uma	32
8.2 Para onde ir com a dor	33

9. As perguntas para levar ao atendimento	34
9.1 Como usar esta lista	34
9.2 O que dizer sem que perguntem	35
Glossário	36
Referências	38
Sobre o autor	40
Transparência e licenças	41

O apêndice, e a dor que muda de endereço

EM UMA FRASE

A apendicite quase nunca começa doendo onde ela está. Esse intervalo entre o lugar do aviso e o lugar da doença é o que mais engana.

1.1 Um tubo com o fundo fechado

O intestino grosso começa embaixo, do lado direito da barriga, numa bolsa larga chamada ceco. Da parede dessa bolsa sai um apêndice: um tubo fino, de poucos centímetros, com a ponta cega. Ele não tem entrada e saída como o resto do intestino. Tem uma porta só. Ela dá para o ceco.

Essa porta única explica quase tudo o que vem depois. Um tubo aberto nas duas pontas esvazia sozinho. Um tubo de porta única depende de essa porta continuar aberta.

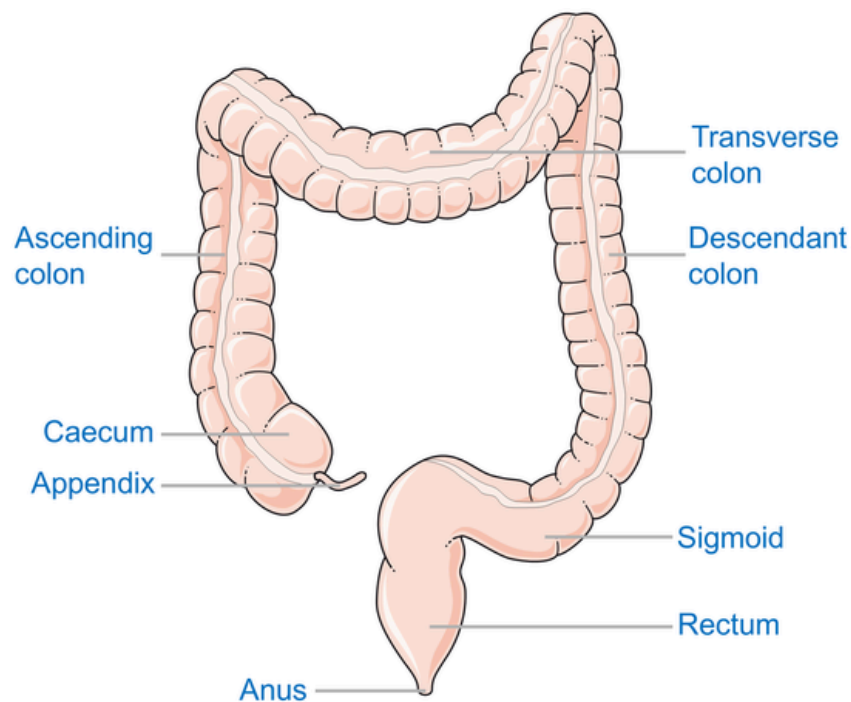


FIGURA 1.1

Onde fica o apêndice, no corpo e no desenho do intestino grosso. O tronco aparece visto de frente, de modo que o lado direito de quem lê está à esquerda da página.

Elaborado pelo autor.

A Figura 1.1 situa esse ponto na barriga. Guarde a posição.

**FIGURA 1.2**

O intestino grosso em desenho anatômico, com o ceco e o apêndice à esquerda da imagem. Os rótulos estão em inglês, no original: *caecum* é o ceco e *appendix* é o apêndice.

Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0

Na Figura 1.2 aparece o tamanho real da peça. O apêndice é a estrutura mais fina do desenho inteiro. Entope com pouco.

1.2 Por que a dor muda de endereço

A parede do intestino tem nervos que avisam mal. Eles reconhecem estiramento e pressão, sem saber dizer o ponto exato. Quando o apêndice incha, o recado que chega ao cérebro sai vago e aparece em volta do umbigo, longe de onde a coisa acontece. Horas depois, a inflamação alcança a membrana que forra a barriga por dentro. Essa membrana tem endereço. A dor larga o meio da barriga e se instala embaixo, à direita, num ponto que a pessoa aponta com um dedo. Piora ao tossir. Piora também ao pular do degrau.

Entender isso muda o que você conta no atendimento. Dizer “começou em volta do umbigo e foi descendo para a direita” vale mais do que qualquer adjetivo sobre a intensidade da dor, porque descreve um percurso que quem examina reconhece na hora.

**FIGURA 1.3**

Por que a dor começa no meio e depois vai para a direita. Esquema de leitura: as proporções são simplificadas.

Elaborado pelo autor.

A Figura 1.3 acompanha essa mudança de endereço em três quadros.

TABELA 1.4 — ONDE ESTÁ CADA ASSUNTO NESTE GUIA

SE A SUA DÚVIDA É	VÁ PARA
Estou com dor agora e quero saber se corro	O capítulo do pronto-socorro e da ambulância, com os três níveis de alerta.
Quero entender por que dói do jeito que dói	Este capítulo, e o desenho da dor que muda de endereço.
Quero saber o que vão fazer comigo no hospital	O capítulo dos exames, do sangue e da imagem.
Tenho medo de esperar demais	O capítulo da perfuração, do abscesso e da peritonite.
Já sei que é apendicite e vou operar	O volume irmão desta série, sobre operar de apendicite.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 1.4 diz por onde começar, conforme a sua pressa.

1.3 Quem tem apendicite

Acontece em qualquer idade. O pico fica entre a adolescência e os trinta e poucos anos. Homens e mulheres adoecem, embora nas mulheres a lista de causas possíveis para a mesma dor seja mais longa, o que costuma atrasar a conclusão.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Em 2015, a Sociedade Mundial de Cirurgia de Emergência reuniu em Jerusalém um grupo de cirurgiões para escrever recomendações sobre apendicite; a versão de 2020 atualiza aquele trabalho (DI SAVERIO et al., 2020). O documento abre registrando o tamanho do problema: no mundo inteiro, poucas causas de dor de barriga repentina aparecem com a frequência dela. E admite, na primeira linha, que fechar esse diagnóstico continua difícil. É uma confissão de peso, vinda de quem escreve a recomendação.

Fonte: DI SAVERIO et al., 2020

SINAIS DE ALERTA

Se você está lendo isto com dor agora, comece por aqui.

- Barriga dura, que não afunda quando se aperta, com dor que piora ao andar: **pronto-socorro ou 192, agora.**
- Dor que começou perto do umbigo e foi se fixando embaixo à direita, com enjoo: **pronto-socorro hoje**, sem esperar melhorar.
- Dor que vai e volta há semanas, sempre igual, sem febre: **consulta marcada**, com calma.

O capítulo seguinte abre essa lista por inteiro.

Essa lista curta resolve a pergunta mais urgente. A versão completa dela vem agora: o que manda ir ao pronto-socorro, e o que manda chamar a ambulância.

Quando é pronto-socorro e quando é ambulância

EM UMA FRASE

Há dor de barriga que assusta e espera. Há dor discreta que corre. O que orienta aqui é uma lista de sinais, cada um com a sua conduta.

2.1 Três níveis, três condutas

Saber que a dor do apêndice muda de endereço ajuda a reconhecê-la. Falta o que fazer com essa informação.

O primeiro nível exige atendimento imediato. Nele cabem os sinais de que a inflamação saiu do apêndice, ou de que o corpo inteiro está reagindo mal. O segundo reúne o que pede atendimento no mesmo dia, quando examinar cedo costuma mudar o desfecho. O terceiro guarda o que espera consulta marcada.

**FIGURA 2.1**

Dor na barriga em três níveis de urgência, com os sinais de cada um. Lista de orientação do autor; para a equipe do hospital, o guia de apendicite da Sociedade Mundial de Cirurgia de Emergência traz dois fluxogramas de decisão separados, um para adultos e outro para menores de 16 anos (DI SAVERIO et al., 2020). Vale guardar esta página no celular.

Elaborado pelo autor.

A Figura 2.1 traz a lista inteira, na forma em que ela serve: para consultar às três da manhã, sem ler o guia todo.

2.2 Quando é ambulância

Chamar o 192 deixa de ser exagero quando a pessoa não tem condição de ir por conta própria. Desmaio. Confusão mental. Pele fria e suada, respiração curta. Nesses casos o transporte precisa ter socorro dentro dele, e o mesmo vale para quem mora longe de hospital ou está sozinho em casa. Quem está com dor forte não dirige.

TABELA 2.2 — CARRO OU AMBULÂNCIA

SITUAÇÃO	COMO IR	POR QUÊ
Dor forte, pessoa acordada e alguém disponível para dirigir	Carro, direto ao pronto-socorro	O deslocamento costuma ser mais rápido do que esperar a ambulância chegar.
Desmaio, confusão mental, pele fria e suada, ou respiração curta	Ambulância, pelo 192	O socorro começa dentro do veículo, e não na porta do hospital.
Pessoa sozinha em casa, ou longe de qualquer hospital	Ambulância, pelo 192	Ninguém com dor forte na barriga deve dirigir.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 2.2 resolve essa escolha em três linhas.

2.3 O que evitar enquanto espera

Sobre analgésico, quem decide é a equipe que vai examinar você; se já tomou alguma coisa em casa, conte o quê e a que horas. A automedicação com antibiótico atrapalha muito: pode amenizar o quadro sem tratá-lo, e adia o atendimento. Laxante e chá para “soltar o intestino” também entram na lista do que evitar diante de dor forte na barriga. Comer e beber tem consequência prática. O jejum é combinado no hospital, e chegar de estômago cheio adia a cirurgia.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Eu tomei remédio em casa. Isso muda o que vocês vão encontrar no exame?
- Se eu for para casa hoje, em que situação eu preciso voltar?

Saber o que não pode esperar é metade do caminho. A outra metade é reconhecer a sequência em que os sinais chegam, e separá-la das dores que a imitam.

A ordem dos sinais, e as dores que imitam

EM UMA FRASE

Na apendicite, a ordem dos fatos diz mais que cada fato isolado. Falta de apetite, dor vaga, enjoo, dor que se fixa: nessa ordem.

3.1 A sequência típica

A lista que separa o pronto-socorro da ambulância resolve a urgência. Aqui olhamos para o relógio.

Primeiro some o apetite. É um sinal banal demais para levantar suspeita sozinho, e quase ninguém o menciona sem ser perguntado. Depois vem um incômodo em volta do umbigo, difícil de apontar. O enjoo chega na sequência, às vezes com um ou dois vômitos. Só então a dor se muda para baixo e para a direita, e passa a ter endereço. Vale dizer com clareza que essa sequência não é regra de ouro. Quem mais foge dela são as crianças pequenas e as gestantes. Nas pessoas idosas a fuga é ainda maior, e por isso há um capítulo próprio adiante. Ainda assim, quando a sequência aparece inteira, ela pesa na avaliação de quem examina.

**FIGURA 3.1**

A ordem em que os sinais costumam aparecer, e o que muda em cada etapa.

Elaborado pelo autor.

A Figura 3.1 põe essa sequência numa linha de horas. Nela aparece o detalhe que mais custa caro a quem espera em casa: a febre, quando vem, vem tarde, e usá-la como gatilho para procurar atendimento deixa passar justamente as horas em que o apêndice ainda está inteiro.

3.2 O que a dor da apendicite faz

Ela piora com movimento. Quem tem apendicite anda devagar, com o tronco curvado. Tossir dói. A pessoa evita. Ela também não alivia depois que sai gás ou fezes, e essa é a diferença prática em relação à dor de intestino preso.

O que ela raramente faz: mudar de lado ou sumir em minutos. Bolsa de água quente não resolve.

3.3 As dores que imitam

Aqui está a razão de o pronto-socorro examinar tanto antes de decidir. Várias outras coisas doem no mesmo lugar.

TABELA 3.2 — O QUE MAIS COSTUMA IMITAR UMA APENDICITE

O QUE PODE SER	O QUE COSTUMA PARECER DIFERENTE	QUEM COSTUMA CUIDAR DISSO
Gases e prisão de ventre	A dor muda de lugar, alivia quando sai gás ou fezes e não piora ao andar.	Clínico geral, na consulta.
Infecção urinária	Arde para urinar, a vontade vem a toda hora e a dor fica mais embaixo, no meio, ou nas costas.	Clínico geral ou urologista.
Cisto ou torção do ovário	A dor começa forte de uma vez, tem relação com o ciclo e o ultrassom olha direto o ovário.	Ginecologista.
Gastroenterite	Vômito e diarreia vêm antes da dor. A dor é em cólica, espalhada, sem ponto fixo.	Pronto atendimento ou clínico geral.
Dor da parede da barriga	Piora ao contrair a barriga e dói ao apertar a pele, não o fundo.	Clínico geral ou cirurgião, na consulta.

Fonte: Elaborado pelo autor — orientação clínica do autor, para acompanhar o raciocínio da equipe.

A Tabela 3.2 existe para você acompanhar o raciocínio da equipe. Classificar-se sozinho em casa é outra história, porque a mesma queixa, contada por duas pessoas diferentes, leva a caminhos diferentes.

TABELA 3.3 — ONDE CADA DOR DE BARRIGA COSTUMA BATER

DE ONDE VEM	ONDE COSTUMA BATER	O QUE A ACOMPANHA
Apêndice	Começa em volta do umbigo e se fixa embaixo, à direita.	Falta de apetite, enjoo, e febre baixa que chega tarde.
Ovário	Embaixo, de um lado só, e forte desde o primeiro minuto.	Relação com o ciclo menstrual.
Rim ou ureter	Nas costas, descendo para a virilha.	Ardência para urinar e urina escura.
Vesícula	No alto da barriga, à direita, subindo para as costas.	Costuma piorar depois de refeição gordurosa.
Parede do abdome	Superficial, no ponto em que se aperta a pele.	Piora ao contrair a barriga, e sem febre.

Fonte: Elaborado pelo autor — orientação clínica do autor, para acompanhar o raciocínio da equipe.

A Tabela 3.3 mostra onde cada uma costuma bater.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha dor tem o desenho da apendicite, ou pode estar vindo de outro lugar?
- Vale examinar também o que não é o apêndice, no meu caso?
- Quanto tempo faz sentido observar antes de decidir?

Reconhecida a suspeita, começa a parte que costuma cansar mais do que doer: os exames de sangue e de imagem, dentro do pronto-socorro.

Dentro do pronto-socorro: exames, sangue e imagem

EM UMA FRASE

Nenhum exame fecha o diagnóstico de apendicite sozinho. Quem decide é a soma, e somar leva tempo.

4.1 A ordem das coisas

Separada a apendicite das dores que a imitam, vem o que o hospital faz com essa dúvida.

Na triagem, a enfermagem mede os sinais vitais e pergunta a dor de zero a dez. Dor forte na barriga tem prioridade na fila. Quase sempre. Depois vem o exame do médico. É o exame que orienta tudo o que vem depois: as mãos apalpa a barriga, pedem que você tussa, observam onde o corpo trava. Só então saem os pedidos de sangue e de imagem.



A Figura 4.1 mostra esse percurso com as horas aproximadas de cada etapa. As horas variam com o movimento do serviço.

TABELA 4.2 — O QUE DIZER NA TRIAGEM, EM QUATRO FRASES

O QUE CONTAR	COMO CONTAR
A hora	A dor começou a tal hora de tal dia, de relógio, e não “ontem”.
O percurso	Começou aqui e foi para ali; hoje dói mais neste ponto.
O que veio junto	Enjoo, vômito, febre medida, última evacuação e última menstruação.
O que você tomou	Nome e horário de tudo, inclusive o que comprou sem receita. Se usa remédio para afinar o sangue, diga isso logo: muda o preparo e o horário da operação.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 4.2 cabe em quatro frases, e economiza perguntas.

4.2 O que cada exame responde

TABELA 4.3 — O QUE CADA EXAME RESPONDE — E O QUE ELE NÃO RESPONDE

EXAME	O QUE RESPONDE BEM	O QUE NÃO RESPONDE	COSTUMA SER PEDIDO QUANDO
Exame de sangue	Mostra se há inflamação no corpo e serve de contrapeso ao exame das mãos.	Não diz onde está a inflamação, e pode estar normal no começo do quadro.	Sempre, já na primeira coleta.
Ultrassom	Olha o apêndice sem radiação nenhuma e ainda examina ovário, útero e rim.	Depende de quem faz e da barreira de quem é examinado. Não encontrar o apêndice não afasta a doença.	Primeiro exame na criança, na pessoa jovem e magra e na gestante.
Tomografia	Em adulto, encontra a doença em cerca de 97 de cada 100 que a têm, e ainda mostra abscesso.	Usa radiação e contraste, e não decide sozinha a operação.	Quando o ultrassom não resolveu a dúvida, e no adulto com quadro pouco típico.
Ressonância	Olha o apêndice sem radiação e sem contraste iodado.	Demora mais, não está disponível em todo pronto-socorro e nem todo serviço tem quem a interprete a qualquer hora.	Na gestante, quando o ultrassom não resolveu a dúvida.

Fonte: Elaborado pelo autor. Os números de acerto do ultrassom e da tomografia vêm de (ARRUZZA et al., 2022); a preferência pelo ultrassom como primeiro exame na criança, de (BADLIS et al., 2024). As demais linhas são orientação do autor.

A Tabela 4.3 explica por que ninguém sai do pronto-socorro com resposta em vinte minutos. Nem em uma hora.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão australiana juntou 31 estudos de tomografia e 10 de ultrassom em adultos com suspeita de apendicite (ARRUZZA et al., 2022). Traduzido para pessoas. Entre 100 adultos que realmente têm a doença, a tomografia a encontra em cerca de 97; o ultrassom, em cerca de 82. Entre 100 que não têm a doença, a tomografia acerta o descarte em cerca de 96; o ultrassom, em 86. Um detalhe interessa a quem teme radiação. A tomografia de dose baixa teve números próximos aos da comum. E há um alerta que os próprios autores fazem sobre o ultrassom — quando os exames inconclusivos saem da conta, o desempenho dele parece maior do que é na vida real. Em criança, uma revisão posterior recomenda começar mesmo pelo ultrassom, pela ausência de radiação, e reservar a tomografia para os casos em que a dúvida persiste (BADLIS et al., 2024).

Fonte: ARRUZZA et al., 2022; BADLIS et al., 2024

4.3 Os escores, e o que eles não são

Talvez você ouça a equipe citar o escore de Alvarado, ou algum parente dele. São somas de sinais, sintomas e resultados de sangue, criadas para ordenar a conversa entre profissionais.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão italiana examinou o que esses escores entregam de fato (PODDA et al., 2021). O achado útil é assimétrico. Pontuação baixa serve bem para **afastar** a apendicite, com sensibilidade que chega perto de 99%. Isso permite mandar para casa, com orientação, quem tem risco pequeno. Pontuação alta não funciona ao contrário. Quando o escore aponta risco alto num paciente jovem, a chance de ser mesmo apendicite fica perto de 90 em 100 — e, com uma chance dessas, um exame de imagem que não vê o apêndice ainda deixa a suspeita de pé. A conclusão prática do texto é que a imagem deve ser usada seletivamente. Nada disso funciona quando a soma é feita em casa: os itens do escore incluem achados que dependem de alguém examinar a sua barriga.

Fonte: PODDA et al., 2021

4.4 Por que às vezes pedem para você ficar

Internar para observar é conduta com método, e quem a propõe já sabe o que vai procurar algumas horas depois. Algumas apendicites só mostram a cara depois de um tempo, e reexaminar a barriga no fim do dia resolve uma parte das dúvidas sem submeter ninguém a uma operação desnecessária.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O que vocês estão procurando com este exame, e o que ele não vai responder?
- Se ficar em dúvida, vale observar aqui por algumas horas?
- Quanto tempo costuma demorar até o resultado?

Toda essa espera tem um custo, e ele tem nome. A perfuração do apêndice e o abscesso que vem dela são o assunto do capítulo seguinte.

Perfuração, abscesso e peritonite

EM UMA FRASE

O apêndice inflamado raramente se resolve sozinho. Ele segue um caminho, e cada degrau desse caminho torna o tratamento maior.

5.1 Os quatro estados

Os exames do pronto-socorro terminam numa espera. Vale saber o que ela significa por dentro.

O primeiro estado é o apêndice inflamado com a parede inteira: a apendicite simples. Se a pressão lá dentro não cede, um ponto da parede acaba se rompendo. O conteúdo escapa. A partir daí o corpo reage de duas maneiras possíveis. Às vezes consegue cercar o vazamento e formar uma bolsa de pus colada ao intestino, o abscesso. Às vezes não consegue, e o conteúdo se espalha pela barriga inteira, quadro que se chama peritonite.



FIGURA 5.1

Os quatro estados, do apêndice inflamado à peritonite. O que separa um quadro do seguinte é, sobretudo, tempo.

Elaborado pelo autor a partir de (DI SAVERIO et al., 2020).

A Figura 5.1 desenha esses quatro estados lado a lado. Não existe relógio comum a todos. Há quem perfure em doze horas e quem passe de três dias com o apêndice inteiro. O que a evidência mostra é a direção da conta.

5.2 O que os números dizem sobre a espera

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um serviço em Shenzhen acompanhou 255 adultos operados de apendicite entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2019, e os separou por quantas horas de sintoma tinham na hora da cirurgia (JIANG et al., 2021). Quarenta e nove chegaram com o apêndice já perfurado, cerca de 19 em cada 100. A proporção de perfurados subiu conforme o tempo de sintoma aumentava. A operação também ficou mais demorada. Na análise que ajusta os outros fatores, quem chegou com 48 horas ou mais de sintoma teve quase cinco vezes a chance de apêndice rompido em relação a quem chegou entre 24 e 48 horas. O intervalo de confiança de 95% ficou entre 1,76 e 12,27: faixa larga, que mostra a incerteza da estimativa, e que não atravessa o valor de nenhuma diferença. Quem chegou perfurado ficou mais dias internado. Nesse grupo houve também mais conversão para cirurgia convencional e mais infecção de ferida. O recado do estudo é sobre horas de sintoma, e não sobre horas de espera dentro do hospital.

Fonte: JIANG et al., 2021

**GRÁFICO 5.2**

Quantas pessoas já chegam com o apêndice rompido, em cada 100 operadas naquela série. A proporção muda de serviço para serviço e não descreve o seu caso.

Elaborado pelo autor a partir de (JIANG et al., 2021).

O Gráfico 5.2 põe esse número em pessoas. Dezenove figuras escuras em cem: é assim que um risco de 19% se parece.

TABELA 5.3 — O QUE MUDA QUANDO O APÊNDICE JÁ SE ROMPEU

O QUE MUDA	EM QUE DIREÇÃO	POR QUÊ
Tempo de operação	Mais longo	A inflamação apaga os planos entre os tecidos e a dissecação fica mais demorada.
Dias de internação	Mais dias	O antibiótico segue por mais tempo, e a alta depende de a febre ceder.
Terminar em corte maior	Mais frequente	Quando a visão pelos furos deixa de ser segura, a equipe converte a operação.
Infecção da ferida	Mais frequente	O conteúdo que vazou contamina o caminho por onde o apêndice sai.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (JIANG et al., 2021).

A Tabela 5.3 lista o que muda na prática.

5.3 O que isso não quer dizer

Duas leituras erradas nascem daqui, e vale desarmar as duas.

A primeira é achar que perfurar significa morrer. A apendicite perfurada é tratável e tem caminho definido. A maior parte das pessoas se recupera bem, e o volume irmão deste guia, sobre operar de apendicite, descreve esse caminho em detalhe.

A segunda é achar que qualquer minuto de espera dentro do hospital é perigoso. O relógio que os estudos mediram é o das horas de sintoma, contadas desde que a dor começou em casa. Já o adiamento de algumas horas dentro do hospital — para completar um exame, para reexaminar a barriga, para organizar a sala — é decisão que a equipe toma caso a caso, e é dela que você deve ouvir o motivo.

SINAIS DE ALERTA

Procure atendimento **agora** se, esperando em casa, aparecer:

- Dor que se espalha por toda a barriga, com a parede dura ao toque.
- Febre alta com tremor de frio.
- Vômito que impede beber água desde a véspera.
- Sonolência, confusão mental ou desmaio.
- Coração acelerado em repouso, com pele fria e suada.

Nenhum desses sinais melhora sozinho em casa, e todos eles combinam com inflamação fora do apêndice.

O relógio corre diferente na criança pequena e na gestante, e mais ainda na pessoa idosa. É o capítulo seguinte.

Criança, gestante e pessoa idosa

EM UMA FRASE

Nesses três grupos, a apendicite fala baixo. A doença é a mesma; o que chega trocado são os sinais de sempre.

6.1 A criança

A perfuração e o abscesso chegam mais cedo em quem demora. Em criança pequena, esse tempo escorre ainda mais rápido.

Criança de colo não localiza dor. O que aparece é recusa de comida e choro ao trocar a fralda. Some a energia de sempre. Crianças maiores costumam apontar a barriga inteira, e o detalhe que os pais notam primeiro é o modo de andar: a criança com apendicite anda devagar e curvada. Não corre.

Na avaliação, o ultrassom vem primeiro, para poupar radiação em quem ainda tem muita vida pela frente. Reavaliar em poucas horas resolve boa parte das dúvidas.

6.2 A gestante

O útero cresce e empurra o intestino para cima e para trás. A dor da apendicite pode aparecer mais alta que o esperado, às vezes do lado direito perto das costelas. Enjoo, prisão de ventre e desconforto abdominal são tão comuns na gravidez que servem de disfarce.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um hospital universitário argentino revisou 63 gestantes operadas por laparoscopia com suspeita de apendicite (CHWAT et al., 2021). O achado que mais interessa a quem está grávida agora é o do relógio. Entre as operadas com menos de 48 horas de sintoma, 11% tinham o apêndice perfurado; entre as operadas com 48 horas ou mais, 31%. A diferença foi estatisticamente significativa. As complicações após a operação também se concentraram no grupo de espera mais longa, e quem teve complicação passou, em média, o dobro de dias internada. Sobre tratar a gestante só com antibiótico, uma revisão que juntou cinco estudos comparativos encontrou menos trabalho de parto prematuro no grupo do antibiótico, com razão de chances de 0,63, e mais complicações nesse mesmo grupo, com razão de chances de 1,79 (CANDRAWINATA et al., 2023). Os autores olham para esse excesso e pedem cautela: para eles, o antibiótico não deve ser a conduta de partida na gestante. Nenhum dos cinco estudos era randomizado, o que limita a leitura.

Fonte: CHWAT et al., 2021; CANDRAWINATA et al., 2023

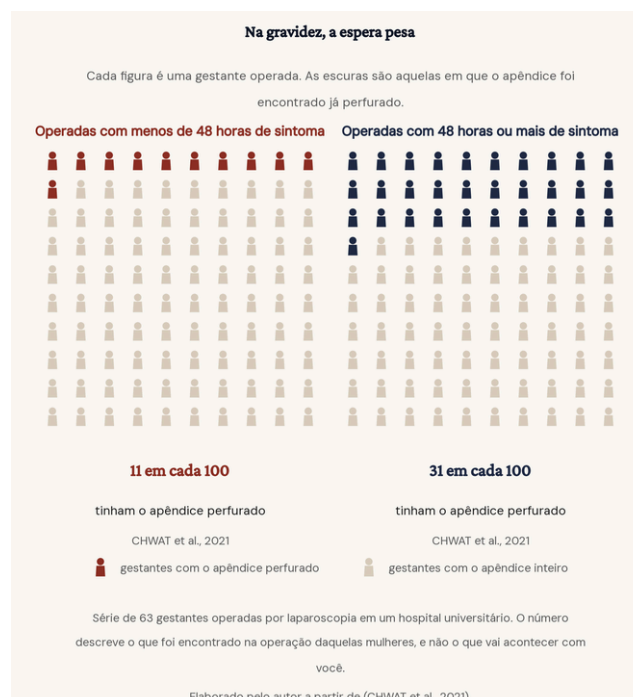


GRÁFICO 6.1

Na gravidez, a espera pesa: quantas gestantes daquela série tinham o apêndice perfurado, conforme o tempo de sintoma até a operação.

Elaborado pelo autor a partir de (CHWAT et al., 2021).

O Gráfico 6.1 compara os dois grupos daquela série. Vale repetir o que ele é: uma fotografia de 63 mulheres num hospital. Nenhuma previsão sobre você sai dali.

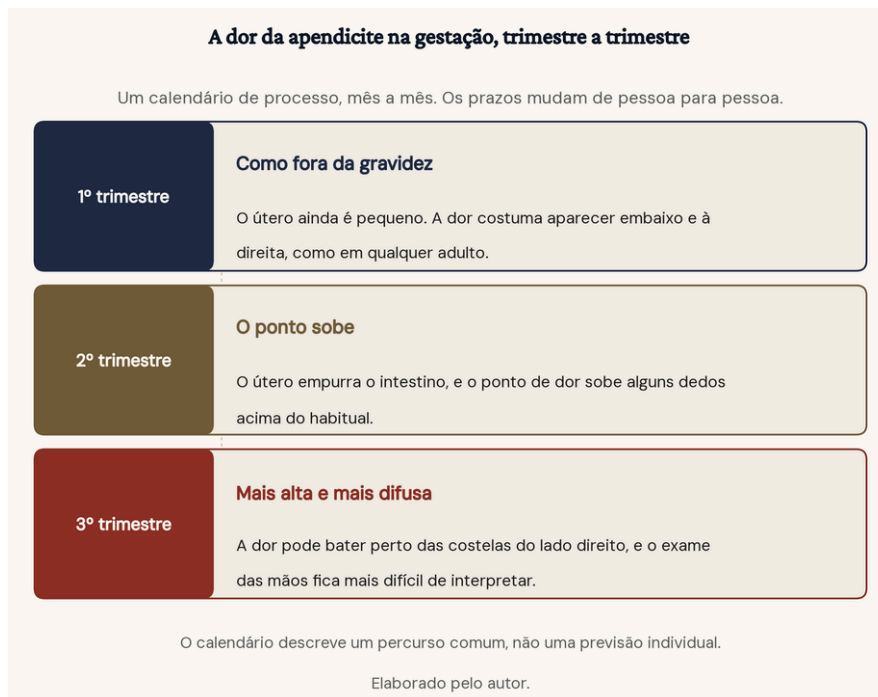


FIGURA 6.2

A dor da apendicite na gestação, trimestre a trimestre. O ponto de dor sobe conforme o útero cresce.

Elaborado pelo autor.

A Figura 6.2 acompanha esse deslocamento.

6.3 A pessoa idosa

Aqui a armadilha é o silêncio. A febre pode não vir. A dor pode ser fraca. O exame de sangue pode enganar. E o apêndice pode estar rompido assim mesmo.

Quem convive com uma pessoa idosa precisa levar a sério mudanças pequenas: comer menos, ou parar de levantar da cama. A equipe costuma pedir tomografia mais cedo nesse grupo e internar para observar com mais facilidade, porque o custo de subestimar é alto.

TABELA 6.3 — O QUE MUDA NA CRIANÇA, NA GESTANTE E NA PESSOA IDOSA

QUEM	O QUE COSTUMA SER DIFERENTE	O QUE A EQUIPE FAZ DE DIFERENTE
Criança	Fala pouco sobre a dor e a doença anda mais depressa. Recusar comida e ficar quieta no colo já é sinal.	Ultrassom como primeiro exame, para poupar radiação, e reavaliação em poucas horas quando a dúvida continua.
Gestante	O útero empurra o intestino para cima, e a dor pode aparecer mais alta. Enjoo e prisão de ventre confundem o quadro.	Ultrassom primeiro e ressonância quando a dúvida continua. O que mais pesa no resultado é a demora até decidir.
Pessoa idosa	Pode não ter febre nem dor forte e mesmo assim estar com o apêndice rompido. Confusão mental às vezes é o único aviso.	Tomografia mais cedo e internação para observar, mesmo quando o quadro parece brando.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (CHWAT et al., 2021), (CANDRAWINATA et al., 2023) e (BADLIS et al., 2024).

A Tabela 6.3 resume as três diferenças lado a lado.

Confirmado o diagnóstico, resta a decisão do próximo capítulo: operar, ou tratar com antibiótico.

Operar ou tratar com antibiótico

EM UMA FRASE

Antibiótico funciona em muita gente, no primeiro ano. A pergunta que os ensaios responderam é o que acontece do segundo em diante.

7.1 O que mudou, e o que não mudou

Na criança e na gestante a pressa é maior, e na pessoa idosa também. Feita a avaliação, a conversa passa a ser sobre tratamento.

Durante décadas, apendicite significava cirurgia. Sem discussão. Vale reconhecer a força dessa conduta: ela resolve o problema em uma vez só, e é praticada em qualquer hospital com centro cirúrgico. O que se acrescentou, sem substituir, é a possibilidade de tratar parte dos casos sem perfuração apenas com antibiótico. Isso vale para casos escolhidos: imagem que exclua perfuração e abscesso, e um caminho combinado de reavaliação. Quando há bolsa de pus ou peritonite, a conversa não existe.

TABELA 7.1 — CIRURGIA E ANTIBIÓTICO, COM O CONTRA DE CADA UM

CA-MI-NHO	A FAVOR	CONTRA	COSTUMA SER CONSIDERADO QUANDO
Cirurgia	Resolve de uma vez: o apêndice sai, e aquela apendicite não volta. É o caminho com que os serviços têm mais prática.	É uma operação, com anestesia, riscos próprios e uma recuperação a cumprir. Em parte dos casos o apêndice retirado se mostra normal.	Maior parte dos casos, e sempre que houver perfuração, abscesso ou peritonite.
Antibiótico	Evita a operação em boa parte das pessoas no primeiro ano, e não há ferida para infectar.	A apendicite volta com frequência, e a operação pode vir meses ou anos depois. Exige retorno, reavaliação e acesso a hospital.	Casos escolhidos de apendicite sem perfuração, discutidos um a um com o cirurgião.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (CODA COLLABORATIVE, 2020), (SALMINEN et al., 2018) e (DOLEMAN et al., 2024).

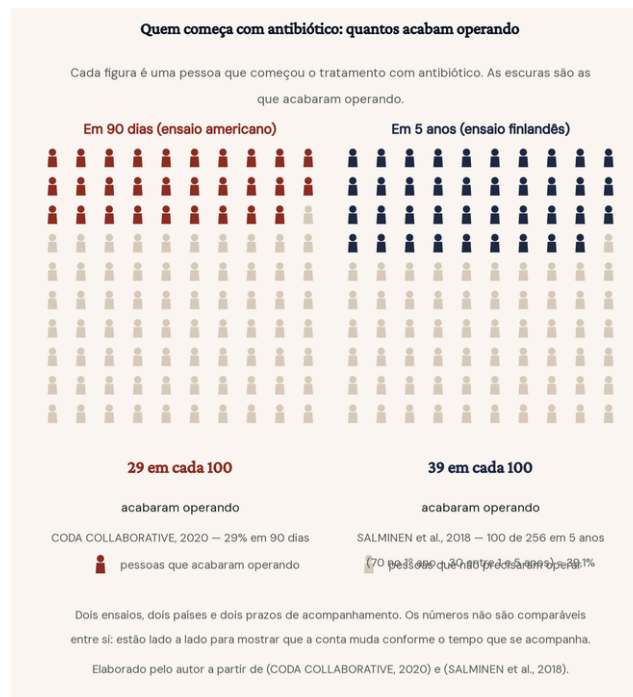
A Tabela 7.1 põe os dois caminhos lado a lado, com o contra de cada um pesando igual.

7.2 O que os ensaios encontraram

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Dois ensaios grandes estruturam essa discussão. O americano sorteou 1.552 adultos com apendicite entre dez dias de antibiótico e cirurgia, em 25 centros (CODA COLLABORATIVE, 2020). Medindo a qualidade de vida aos 30 dias, o antibiótico não ficou atrás da cirurgia. Aos 90 dias, porém, 29% do grupo do antibiótico já tinha operado, e esse número se parte em dois conforme a imagem mostre ou não um apendicolito, aquele pedaço endurecido de fezes entupindo a entrada: com ele, 41% operaram; sem ele, 25%. As complicações também foram mais frequentes no grupo do antibiótico, 8,1 contra 3,5 por 100 participantes, e esse excesso se concentrou de novo em quem tinha apendicolito. O ensaio finlandês acompanhou por mais tempo. Ele sorteou 530 adultos com apendicite confirmada por tomografia, e no primeiro ano 27,3% do grupo do antibiótico acabou operando (SALMINEN et al., 2015). Os autores registram que o antibiótico não atingiu o critério de não inferioridade que eles próprios haviam fixado. Cinco anos depois, a conta acumulada de apendicite que voltou chegou a 39,1% (SALMINEN et al., 2018). No mesmo seguimento, as complicações somadas foram de 24,4% no grupo operado, que fez cirurgia convencional, contra 6,5% no grupo do antibiótico.

Fonte: CODA COLLABORATIVE, 2020; SALMINEN et al., 2015; SALMINEN et al., 2018

**GRÁFICO 7.2**

De cada 100 pessoas que começaram o tratamento com antibiótico, quantas acabaram operando. Dois ensaios diferentes, com prazos de acompanhamento diferentes.

Elaborado pelo autor a partir de (CODA COLLABORATIVE, 2020) e (SALMINEN et al., 2018).

O Gráfico 7.2 põe os dois ensaios lado a lado. São gentes diferentes, acompanhadas por prazos diferentes — e é justamente por isso que a pergunta “em quanto tempo?” precisa entrar na conversa.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Três sínteses reuniram esses ensaios. A revisão Cochrane de 2024 juntou 13 estudos, com 1.675 pessoas sorteadas para antibiótico e 1.683 para cirurgia (DOLEMAN et al., 2024). Ao fim de um ano, 30,7% do grupo do antibiótico tinha operado, e os autores fazem questão de dizer a mesma coisa pelo lado positivo: mais de dois terços não operaram naquele ano. Eles também classificam essa evidência como muito incerta. O antibiótico pode reduzir a infecção de ferida, o que é esperado em quem não tem ferida. E provavelmente aumentou o número de apendicectomias em que o apêndice retirado estava normal, com risco relativo de 3,16. Uma metanálise na *JAMA Surgery* mediu outra coisa — quanta apendicite voltou — e encontrou incidência acumulada mediana de 18% (DE ALMEIDA LEITE et al., 2022). Uma metanálise em rede anterior encontrou 18,2% de recidiva (POPROM et al., 2019).

Fonte: DOLEMAN et al., 2024; DE ALMEIDA LEITE et al., 2022; POPROM et al., 2019

7.3 Como essa escolha se faz na prática

Nenhum desses números decide sozinho. O antibiótico evita a operação em boa parte das pessoas no curto prazo, e perde terreno conforme o tempo passa. A presença de um apendicolito na imagem desloca a balança para a cirurgia. Pesa muito. E a operação, por sua vez, tem uma recuperação e riscos que este guia não minimiza.

O que pesa na conversa real inclui o que os ensaios não mediram: a que distância você mora de um hospital, e se consegue voltar depressa ao piorar. Essa parte não sai de estudo nenhum. Sai da consulta.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O meu exame mostrou apendicolito? Isso muda a conversa no meu caso?
- Se eu escolher o antibiótico, qual é o plano de acompanhamento?
- Que sinal me faz procurar atendimento antes do retorno combinado?
- O meu quadro tem sinal de perfuração ou de abscesso?

Escolhido o caminho, sobra uma dúvida prática que quase ninguém faz em voz alta: quem cuida disso, e qual é a função de cada um na equipe.

Quem cuida disso: as funções da equipe

EM UMA FRASE

Apendicite não é doença de um médico só. Saber quem faz o quê poupa tempo, e tempo aqui tem valor.

8.1 As funções, uma a uma

A decisão de operar ou de tratar com antibiótico passa por mais de uma pessoa, quase sempre em sequência.

Quem recebe você é o médico do pronto-socorro. Ele examina, pede os exames, trata a dor e decide se o caso precisa de cirurgião naquele momento. É também quem reexamina a barriga algumas horas depois, quando a decisão é observar. O cirurgião entra quando a suspeita se firma. Ele confere a indicação por conta própria, conversa sobre o caminho de tratamento, opera quando é o caso e acompanha os dias seguintes, e em muitos hospitais esse profissional é o cirurgião geral de plantão, enquanto em outros é um cirurgião do aparelho digestivo.

O radiologista faz e interpreta a imagem. Você raramente o vê. O laudo dele muda o rumo do atendimento.

TABELA 8.1 — QUEM CUIDA DE CADA PARTE DISSO

QUEM	O QUE ESSA PESSOA RESOLVE	QUANDO VOCÊ A ENCONTRA
Médico do pronto-socorro	Examina, pede os exames e decide se o caso é cirúrgico naquele momento.	Na hora da dor, sem marcar consulta.
Cirurgião do aparelho digestivo ou cirurgião geral	Confirma a indicação, opera e acompanha o pós-operatório.	Chamado pelo pronto-socorro, e depois no retorno.
Radiologista	Faz e interpreta o ultrassom, a tomografia e a ressonância.	Dentro do próprio atendimento, sem que você precise procurá-lo.
Pediatra ou obstetra	Acompanha a criança e a gestante junto da equipe de cirurgia.	Sempre que o paciente for criança ou estiver grávida.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 8.1 organiza esse elenco.

**FIGURA 8.2**

Do pronto-socorro ao retorno: quem entra em cada etapa do caminho.

Elaborado pelo autor.

A Figura 8.2 desenha esse percurso.

8.2 Para onde ir com a dor

Com suspeita de apendicite, procure um pronto-socorro que tenha cirurgião de plantão. Exame de imagem no local também conta. Consultório não resolve dor aguda de barriga, e clínica de exames sem retaguarda cirúrgica tampouco.

Se a dor for daquelas que vão e voltam há meses, o caminho é outro: consulta marcada, investigação feita com calma, consultório em vez de fila.

Falta a parte que você leva na mão. O último capítulo é uma lista de perguntas para usar durante o atendimento.

As perguntas para levar ao atendimento

EM UMA FRASE

Perguntar bem não atrasa o atendimento. Costuma encurtá-lo, porque a equipe passa a saber o que você já entendeu.

9.1 Como usar esta lista

Saber quem cuida de cada parte termina aqui: com quem falar, e o que dizer. Esta página foi feita para ser fotografada e lida durante a espera.

Escolha as perguntas que cabem no seu momento.

TABELA 9.1 — O QUE PERGUNTAR, POR MOMENTO DO ATENDIMENTO

MOMENTO	O QUE VALE PERGUNTAR
Ao ser atendido	O que vocês estão procurando com estes exames? Quanto tempo costuma demorar a resposta? Posso beber água enquanto espero?
Quando o exame fica em dúvida	O que ainda falta para decidir? Vale repetir o exame daqui a algumas horas? Se eu for para casa, o que me faz voltar correndo?
Se a indicação for operar	Por qual caminho vocês pretendem operar? O meu apêndice já está perfurado? Quem estará na sala comigo?
Se a indicação for antibiótico	Qual é a chance de eu precisar operar depois? Quando é o retorno? Que sinal me faz voltar antes dele?

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 9.1 separa as perguntas por momento, porque a pergunta certa na hora errada se perde.

TABELA 9.2 — O QUE LEVAR NA BOLSA

O QUE	DETALHE QUE COSTUMA FALTAR
Documentos	Identidade, cartão do convênio e o cartão do SUS, quando for o caso.
Remédios	A lista do que você toma, com as doses, ou as próprias caixas.
Exames	Os últimos exames de sangue e de imagem, se estiverem em mãos.
Uma pessoa	Alguém que possa ficar, ouvir junto e dirigir na volta.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 9.2 lembra o que levar na bolsa.

9.2 O que dizer sem que perguntem

Algumas informações mudam a avaliação e quase nunca aparecem espontaneamente. Diga a hora exata em que a dor começou, de relógio. Conte o que tomou em casa, incluindo o que comprou sem receita. Acrescente a data da última menstruação, quando for o caso, e mencione as cirurgias que você já fez na barriga e as doenças que trata continuamente, porque quem chega com essas informações organizadas economiza uma volta inteira de perguntas e, às vezes, um exame.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Vocês concluíram que é apendicite, ou ainda é suspeita?
- O que exatamente o exame de imagem mostrou?
- Qual é o plano para as próximas horas?
- Se eu for liberado, quando é o retorno e com quem?

EM UMA FRASE

A apendicite cobra decisão em tempo curto, tomada por quem examinou você. Este guia serve para você chegar informado ao pronto-socorro; o que acontece na sala de cirurgia e nos dias seguintes é o assunto do volume irmão, sobre operar de apendicite e se recuperar disso.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Apêndice

Um tubo curto e fino, com o fundo fechado, que sai do começo do intestino grosso, embaixo e à direita da barriga.

Ceco

O primeiro trecho do intestino grosso, uma bolsa larga onde o intestino delgado desemboca. O apêndice sai da parede dele.

Apendicite

A inflamação do apêndice, que começa quando a entrada dele fica obstruída e a pressão lá dentro sobe.

Apendicolito

Um pedaço endurecido de fezes que entope a entrada do apêndice. Aparece em parte dos exames de imagem e muda a conversa sobre o tratamento.

Apendicite simples

O quadro em que o apêndice está inflamado e a parede dele continua inteira.

Apendicite complicada

O quadro em que a parede já se rompeu, formou bolsa de pus ou espalhou o conteúdo pela barriga.

Perfuração

O ponto em que a parede do apêndice cede e deixa escapar o que estava dentro.

Abscesso

Uma bolsa de pus que o corpo cerca e isola, para conter o vazamento num lugar só.

Peritonite

A inflamação da membrana que forra a barriga por dentro, quando o conteúdo se espalha por ela.

Apendicectomia

A operação que retira o apêndice.

Laparoscopia

Técnica em que a operação é feita por furos pequenos, com uma câmera e instrumentos finos, em vez de um corte único maior.

Hemograma

O exame de sangue que conta as células de defesa e ajuda a medir a inflamação.

Ultrassonografia

Exame de imagem feito com som, sem radiação, encostando um aparelho na barriga.

Tomografia

Exame de imagem feito com raios X em fatias, que mostra a barriga inteira com detalhe.

Ressonância magnética

Exame de imagem feito com ímã e ondas de rádio, sem radiação, usado sobretudo na gestante.

Escore de Alvarado

Uma pontuação que soma sinais, sintomas e exames de sangue para estimar a chance de o quadro ser apendicite. Serve à equipe que examina você; somada em casa, engana.

Tratamento não operatório

A conduta de tratar a apendicite com antibiótico, sem retirar o apêndice.

Recidiva

O retorno da apendicite em quem foi tratado sem operar.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor-data e remetem a esta lista.

- ARRUZZA, E. et al. Diagnostic accuracy of computed tomography and ultrasound for the diagnosis of acute appendicitis: A systematic review and meta-analysis. **Radiography**, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 1127-1141, 2022. DOI: 10.1016/j.radi.2022.08.012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.radi.2022.08.012>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 36130469.
- BADLIS, M. et al. Ultrasound and computed tomography in differentiating between simple and complicated appendicitis in pediatric patients. **Pediatric surgery international**, [S. l.], v. 40, n. 1, p. 299, 2024. DOI: 10.1007/s00383-024-05880-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00383-024-05880-0>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 39520568.
- CANDRAWINATA, V. et al. Antibiotic versus surgery in the treatment of acute appendicitis in the pregnant population: A systematic review and meta-analysis. **F1000Research**, [S. l.], v. 12, p. 188, 2023. DOI: 10.12688/f1000research.129906.2. Disponível em: <https://doi.org/10.12688/f1000research.129906.2>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 38919838.
- CHWAT, C. et al. Laparoscopic treatment for appendicitis during pregnancy: Retrospective cohort study. **Annals of medicine and surgery**, [S. l.], v. 68, p. 102668, 2021. DOI: 10.1016/j.amsu.2021.102668. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102668>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 34408866.
- CODA COLLABORATIVE. A Randomized Trial Comparing Antibiotics with Appendectomy for Appendicitis. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 383, n. 20, p. 1907-1919, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2014320. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2014320>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 33017106.
- DE ALMEIDA LEITE, R. M. et al. Nonoperative vs Operative Management of Uncomplicated Acute Appendicitis: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA surgery**, [S. l.], v. 157, n. 9, p. 828-834, 2022. DOI: 10.1001/jamasurg.2022.2937. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2022.2937>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 35895073.
- DI SAVERIO, S. et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. **World journal of emergency surgery: WJES**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 27, 2020. DOI: 10.1186/s13017-020-00306-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00306-3>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 32295644.
- DOLEMAN, B. et al. Appendectomy versus antibiotic treatment for acute appendicitis. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. CD015038, 2024. DOI: 10.1002/14651858.CD015038.pub2. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015038.pub2>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 38682788.
- JIANG, L. et al. Does the time from symptom onset to surgery affect the outcomes of patients with acute appendicitis? A prospective cohort study of 255 patients. **Asian journal of endoscopic surgery**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 361-367, 2021. DOI: 10.1111/ases.12870. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ases.12870>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 32996273.
- PODDA, M. et al. Diagnosis of acute appendicitis based on clinical scores: is it a myth or reality?. **Acta bio-medica: Atenei Parmensis**, [S. l.], v. 92, n. 4, p. e2021231, 2021. DOI: 10.23750/abm.v92i4.11666. Disponível em: <https://doi.org/10.23750/abm.v92i4.11666>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 34487066.

- POPROM, N. et al. The efficacy of antibiotic treatment versus surgical treatment of uncomplicated acute appendicitis: Systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trial. **American journal of surgery**, [S. l.], v. 218, n. 1, p. 192–200, 2019. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2018.10.009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.10.009>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 30340760.
- SALMINEN, P. et al. Antibiotic Therapy vs Appendectomy for Treatment of Uncomplicated Acute Appendicitis: The APPAC Randomized Clinical Trial. **JAMA**, [S. l.], v. 313, n. 23, p. 2340–8, 2015. DOI: 10.1001/jama.2015.6154. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.6154>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 26080338.
- SALMINEN, P. et al. Five-Year Follow-up of Antibiotic Therapy for Uncomplicated Acute Appendicitis in the APPAC Randomized Clinical Trial. **JAMA**, [S. l.], v. 320, n. 12, p. 1259–1265, 2018. DOI: 10.1001/jama.2018.13201. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.13201>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 30264120.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

MÉDICO · CRM-SP 97.070 · CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO · RQE 46345

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345.

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade. Trato de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula, do pâncreas e da parede do abdome.

Este guia nasceu de uma cena que se repete. Alguém chega ao pronto-socorro com dor na barriga, passa horas esperando exames e sai dali sem ter entendido metade do que aconteceu. Escrevi para ser lido no sofá ou na sala de espera, e para que a conversa com quem examina você renda mais.

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Figura 1.1	Onde fica o apêndice, no corpo e no desenho do intestino grosso. O tronco aparece visto de frente, de modo que o lado direito de quem lê está à esquerda da página.	Figura_1.1_onde-fica-o-apendice.png	Elaborado pelo autor.
Figura 1.2	O intestino grosso em desenho anatômico, com o ceco e o apêndice à esquerda da imagem. Os rótulos estão em inglês, no original: *caecum* é o ceco e *appendix* é o apêndice.	Figura_1.2_ceco-e-apendice-servier.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 1.3	Por que a dor começa no meio e depois vai para a direita. Esquema de leitura: as proporções são simplificadas.	Figura_1.3_a-dor-que-se-muda.png	Elaborado pelo autor.
Figura 2.1	Dor na barriga em três níveis de urgência, com os sinais de cada um. Lista de orientação do autor; para a equipe do hospital, o guia de apêndice da Sociedade Mundial de Cirurgia de Emergência traz dois fluxogramas de decisão separados, um para adultos e outro para menores de 16 anos (DI SAVERIO et al., 2020). Vale guardar esta página no celular.	Figura_2.1_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor.
Figura 3.1	A ordem em que os sinais costumam aparecer, e o que muda em cada etapa.	Figura_3.1_ordem-dos-sinais.png	Elaborado pelo autor.
Figura 4.1	O caminho dentro do pronto-socorro, da triagem à decisão.	Figura_4.1_caminho-no-pronto-socorro.png	Elaborado pelo autor a partir de (DI SAVERIO et al., 2020).
Figura 5.1	Os quatro estados, do apêndice inflamado à peritonite. O que separa um quadro do seguinte é, sobretudo, tempo.	Figura_5.1_quatro-estados.png	Elaborado pelo autor a partir de (DI SAVERIO et al., 2020).
Gráfico 5.2	Quantas pessoas já chegam com o apêndice rompido, em cada 100 operadas naquela série. A proporção muda de serviço para serviço e não descreve o seu caso.	Grafico_5.2_perfuracao-frequencia-natural.png	Elaborado pelo autor a partir de (JIANG et al., 2021).
Gráfico 6.1	Na gravidez, a espera pesa: quantas gestantes daquela série tinham o apêndice perfurado, conforme o tempo de sintoma até a operação.	Grafico_6.1_gestante-tempo-de-espera.png	Elaborado pelo autor a partir de (CHWAT et al., 2021).
Figura 6.2	A dor da apendicite na gestação, trimestre a trimestre. O ponto de dor sobe conforme o útero cresce.	Figura_6.2_gestacao-trimestre-a-trimestre.png	Elaborado pelo autor.

Gráfico 7.2	De cada 100 pessoas que começaram o tratamento com antibiótico, quantas acabaram operando. Dois ensaios diferentes, com prazos de acompanhamento diferentes.	Grafico_7.2_antibiotico-quantos-operam.png	Elaborado pelo autor a partir de (CODA COL-LABORATIVE, 2020) e (SALMINEN et al., 2018).
Figura 8.2	Do pronto-socorro ao retorno: quem entra em cada etapa do caminho.	Figura_8.2_do-pronto-socorro-ao-retorno.png	Elaborado pelo autor.

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

Conflitos de interesse

O autor declara não ter recebido patrocínio, amostra de cortesia, honorário de palestra ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de equipamentos, instrumentais, próteses ou medicamentos citados nesta obra. Nenhum hospital, operadora, indústria ou fabricante patrocinou esta obra. As ilustrações de terceiros vêm do acervo da Servier Medical Art, sob licença Creative Commons BY 4.0, creditadas nas legendas.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

Colofão. Composto em Crimson Pro (títulos) e DM Sans (texto), da identidade visual do autor. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.