

Revista Brasileira de Saúde

Data de aceite: 24/07/2025

INDICAÇÕES E TÉCNICAS DE APENDICECTOMIA: UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Maria Beatriz Aparecida Orru

Nathalia Minuncio Nogueira



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

RESUMO: Introdução: A apendicectomia é o tratamento padrão da apendicite aguda, uma das principais causas emergenciais no mundo. Essa técnica se divide em duas abordagens principais: a apendicectomia aberta (AA) e a laparoscópica (AL), cuja escolha depende de critérios clínicos e estruturais e da experiência da equipe. **Objetivos:** Caracterizar as indicações e técnicas cirúrgicas da apendicectomia e as analisar comparativamente, com foco no contexto de cirurgia geral e emergência. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico, selecionando artigos publicados entre 2009 e 2025, considerando estudos que abordassem indicações cirúrgicas da apendicite aguda, técnicas operatórias, comparação entre abordagens e avanços tecnológicos, com enfoque no contexto nacional. **Resultados e discussão:** A AA continua sendo amplamente utilizada, principalmente em centros com recursos limitados, sendo a escolha para casos complicados. Já a AL tem sido difundida como a abordagem de preferência por apresentar menor trauma, menor dor pós-operatória, melhor resultado estético e de recuperação. Entretanto, necessita de um tempo operatório maior, equipamentos específicos e equipe treinada. Estudos indicam que a AL tende a substituir a abordagem aberta, apresentando desfechos semelhantes ou superiores. Ainda assim, obstáculos como os gastos com instrumentos e manutenção, e a necessidade de capacitação contínua, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS), persistem. **Conclusão:** Ambas as técnicas são eficazes, e a escolha deve ser individualizada ao paciente e seu contexto clínico, considerando, além disso, os recursos disponíveis e a capacitação profissional. A AL tende a se consolidar como a principal abordagem terapêutica da apendicite aguda no Brasil, a depender dos investimentos adequados e das políticas públicas que incentivem sua adoção e treinamento dos profissionais.

Palavras-chave: apendicectomia aberta; apendicectomia laparoscópica; indicações; técnicas.

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo inflamatório (Radd *et al.*, 2023; Stahelin *et al.*, 2020) em todo o mundo, com incidência aproximada de 233 casos por 100.000 habitantes ao ano. Essa condição ocorre mais em homens entre a segunda e terceira décadas de vida (Rodrigues *et al.*, 2025; Stahelin *et al.*, 2020), com uma proporção de 1,4 homens acometidos por 1 mulher (Stahelin *et al.*, 2020). Clinicamente, a apendicite aguda se apresenta como um quadro clássico envolvendo dor abdominal, que se inicia na região periumbilical e migra para fossa ilíaca direita (FID), associada, ou não, a anorexia, náuseas e vômitos. Entretanto, o local, a intensidade e a localização da dor podem se alterar de acordo com a posição anatômica do apêndice cecal, que pode variar entre os pacientes (Radd *et al.*, 2023). Ainda que a antibioticoterapia possa ser considerada para o tratamento em alguns casos, a abordagem cirúrgica é o método terapêutico de escolha para apendicite aguda, a fim de minimizar complicações e prevenir a progressão da gravidade do quadro (Souza *et al.*, 2024). A apendicectomia consiste no procedimento cirúrgico de remoção do apêndice inflamado, sendo considerada, portanto, o tratamento padrão da apendicite aguda (Sena Filho *et al.*, 2024; Souza *et al.*, 2024).

A cirurgia pode ser realizada por via aberta ou laparoscópica, e a seleção da técnica depende de fatores como o grau de apendicite, a clínica do paciente e a experiência da equipe cirúrgica (Radd *et al.*, 2023; Sena Filho *et al.*, 2024).

Historicamente, a primeira remoção cirúrgica do apêndice foi realizada pelo britânico Claudius Amyand, em 1735, durante uma cirurgia de hérnia inguinal. No entanto, a apendicectomia via laparotômica, como tratamento de apendicite propriamente dito, foi

descrita apenas em 1886 por Reginaldo Fitz (Stahelin *et al.*, 2020), e amplamente difundida por Charles McBurney, em 1889 (Lucena *et al.*, 2024; Narvarini *et al.*, 2009), consolidando-se como padrão terapêutico por mais de um século (Lucena *et al.*, 2024; Souza *et al.*, 2024). A técnica videolaparoscópica foi introduzida pela descrição de Kurt Semm, entre 1982 e 1983, e marcou um avanço na história da cirurgia minimamente invasiva ao oferecer benefícios como menor trauma cirúrgico, melhor recuperação pós-operatória e maior possibilidade diagnóstica, especialmente em casos de dúvida, como pacientes obesos e mulheres em idade fértil (Jurema; Mostardeiro; Menezes, 2020; Narvarini *et al.*, 2009; Stahelin *et al.*, 2020).

Contemporaneamente, observa-se uma tendência crescente da videolaparoscopia (VLP), por ser um método mais seguro e menos invasivo, sendo realizada inclusive em casos de apendicite não complicada e situações de emergência (Radd *et al.*, 2023; Stahelin *et al.*, 2020; Sena Filho *et al.*, 2024).

Tanto a AA quanto a AL seguem etapas cirúrgicas de preparação do paciente, identificação e remoção do apêndice, controle de sangramentos e fechamento das incisões, de forma semelhante, bem como os cuidados pós-operatórios (Sena Filho *et al.*, 2024).

Além das vantagens diagnósticas, a AL permite o acesso por meio de pequenas incisões para o uso dos equipamentos. A princípio, devido à falta de cirurgiões treinados e à carência de recursos em alguns países, sua adoção foi restrita. Contudo, com o tempo, a literatura científica demonstrou seus benefícios em relação à via aberta, como a menor ocorrência de infecções no sítio cirúrgico, menor taxa de complicações e óbitos, melhor e mais rápida recuperação e maior segurança, além do auxílio à confirmação diagnóstica em casos duvidosos, o que vem consolidando a VLP como abordagem preferencial em muitos serviços de saúde, apesar do ligeiro tempo operatório superior (Souza *et al.*, 2024).

JUSTIFICATIVA

A apendicite aguda corresponde a uma das principais urgências abdominais tratadas em serviços de emergência, e proporciona uma elevada taxa de internações e intervenções cirúrgicas no mundo. Diante disso e levando em conta o cenário da cirurgia geral e de urgência e emergência, dominar as formas de tratamento cirúrgico torna-se essencial na prática médica.

A VLP se mostrou como uma alternativa minimamente invasiva e com benefícios significativos em relação à cirurgia aberta tradicional. No entanto, a adesão à AL ainda pode ser limitada por fatores como a disponibilidade de recursos financeiros e tecnológicos, capacitação profissional e variabilidade nos protocolos institucionais. Com o avanço do acesso a tecnologias minimamente invasivas e ao treinamento de cirurgiões, é necessário reforçar a importância da VLP como técnica preferencial nos casos de apendicite aguda, inclusive em emergências. A comparação entre as abordagens cirúrgicas disponíveis, considerando suas indicações, técnicas e desfechos clínicos, favorece o embasamento na tomada de decisão médica de forma segura.

Dessa forma, a presente revisão se justifica pelo valor clínico, epidemiológico e cirúrgico da apendicite aguda, bem como pela necessidade de se compreender, com embasamento científico, os benefícios e desafios da videolaparoscopia em relação à técnica tradicional. Esta pesquisa foi feita a fim de elaborar um material de apoio e atualização não apenas para a formação acadêmica, mas também para a qualificação cirúrgica frente a uma das condições mais comuns de abdome agudo inflamatório.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Demonstrar as indicações e técnicas das abordagens cirúrgicas da apendicite aguda e analisar comparativamente, com foco no contexto de cirurgia geral e emergência.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar as indicações tanto para AA quanto para AL;
- Descrever as técnicas cirúrgicas da AA e da AL;
- Discutir pontos comparativos entre ambas as abordagens;
- Expor as perspectivas futuras e atuais da apendicectomia.

METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho, foi feito um levantamento bibliográfico, com foco na abordagem cirúrgica da apendicite aguda, priorizando pesquisas que comparassem a AA e a AL, principalmente com relação a suas indicações, vantagens, desfechos clínicos e limitações das técnicas. Os critérios de inclusão selecionaram artigos e documentos científicos que discutem aspectos clínicos, terapêuticos e históricos da apendicectomia no contexto da cirurgia geral.

A busca foi realizada por meio do acesso eletrônico às bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico, considerando publicações entre os anos de 2009 e 2025, nos idiomas português e inglês. Foram selecionados estudos que tivessem relação direta com o tema da apendicite e suas abordagens cirúrgicas, sendo descartados aqueles que não abordassem especificamente o assunto ou que se referissem a contextos externos como pediatria exclusiva. Os principais descritores usados foram: “apendicite aguda”, “tratamento”, “abordagem cirúrgica”, “técnica”, “apendicectomia laparoscópica”, “apendicectomia aberta”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

INDICAÇÕES PARA APENDICECTOMIA

A apendicectomia é indicada para tratamento da apendicite aguda, considerada uma das principais cirurgias realizadas em contexto de urgência e emergência. A definição da via, laparotômica ou laparoscópica, é feita de acordo com vários critérios, como a experiência do cirurgião, os recursos disponíveis e as condições clínicas do paciente (Freire *et al.*, 2024; Radd *et al.*, 2023).

Estudos apontam que os principais determinantes na escolha da técnica a ser realizada são a disponibilidade de equipamentos e a capacitação dos profissionais. A AA se mantém como primeira opção de abordagem terapêutica em estabelecimentos com estruturas limitadas ou sem credenciamento para procedimentos laparoscópicos (Lima *et al.*, 2012; Stahelin *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2024).

Além da infraestrutura, a escolha técnica também deve levar em conta fatores como o estágio clínico do quadro, a presença de comorbidades e o histórico prévio de cirurgia do paciente (Freire *et al.*, 2024; Radd *et al.*, 2023). Quando o quadro é complicado, com a presença de perfuração ou abscesso, pode ser necessário adaptar a abordagem, com maiores incisões na AA ou com especificações de técnicas na AL, com o objetivo de drenar e remover adequadamente o material infeccioso (Freire *et al.*, 2024).

A despeito dessas condições, é notório a crescente adesão à preferência da via laparoscópica, dado o fato de ser uma intervenção menos invasiva, com melhores recuperação e resultados pós-operatórios e menor tempo de internação hospitalar (Radd *et al.*, 2023). Contudo, o sucesso dessa técnica é diretamente proporcional à capacitação do cirurgião. Isso é demonstrado pelos estudos de Rodrigues *et al.* (2025), que descreveram que o treinamento laparoscópico adequado e a maior

experiência do profissional proporcionam resultados igualmente satisfatórios ou até superam os da técnica convencional.

Assim, a escolha da técnica deve ser individualizada, por meio de uma avaliação criteriosa das condições clínicas do paciente e das capacitações da equipe cirúrgica e do serviço. O avanço das tecnologias cirúrgicas, associado à prática clínica cientificamente embasada, tem proporcionado a maior adesão de meios menos invasivos, priorizando a segurança do paciente e a otimização dos resultados clínicos (Freire *et al.*, 2024).

TÉCNICA LAPAROTÔMICA

A AA é uma técnica tradicional e muito utilizada no tratamento da apendicite aguda, principalmente em casos de inflamação significativa, abscesso ou incerteza diagnóstica (Sena Filho *et al.*, 2024; Stahelin *et al.*, 2020). Essa abordagem pode ser feita sob anestesia geral ou local e envolve uma incisão comumente localizada sobre o ponto de McBurney, na parte inferior direita do abdome, também podendo ser feita sobre a massa inflamada palpável (Ballehaninna, 2023; Freire *et al.*, 2024). A escolha do tipo de incisão costuma depender da preferência do cirurgião e as mais comuns são a de McBurney-McArthur, Davis-Rockey, Lanz e Pararectus (Ballehaninna, 2023; Stahelin *et al.*, 2020). Em casos de fleimão ou peritonite difusa, é preferível a via mediana infraumbilical (Lima *et al.*, 2012; Stahelin *et al.*, 2020).

A incisão é cuidadosamente realizada com dissecação romba das camadas musculares e subsequentes até que o peritônio seja exposto, seguindo os planos anatômicos com utilização de instrumentos específicos, como pinças Kelly e afastadores Roux. Quando atinge o peritônio, deve ser feita a abertura desta cavidade, a fim de permitir o acesso ao apêndice, cuja remoção pode ser feita por técnica anterógrada ou retrógrada, a depender da posição

e da condição do órgão (Ballehaninna, 2023). A ligadura do mesoapêndice, com a artéria apendicular, deve ser feita com precisão, e o coto apendicular é tratado, geralmente, com ligadura simples de poliglactina (Ballehaninna, 2023; Freire *et al.*, 2024).

Após a remoção do apêndice, deve ser feita a verificação da presença de sangramento ou complicações antes de fechar a incisão. O fechamento pode ser realizado em camadas com fios absorvíveis e suturas subcuticulares, ou com grampos, conforme o caso (Ballehaninna, 2023; Sena Filho *et al.*, 2024). Em situações potencialmente contaminadas, pode-se optar por deixar a ferida aberta para cicatrização secundária ou usar drenagem com Penrose ou por sucção fechada. A eficiência da drenagem abdominal, entretanto, permanece controversa; a literatura indica que sua utilização pode não reduzir as chances de abscessos e pode prolongar a internação e aumentar os custos (Ballehaninna, 2023).

Quanto aos cuidados pós-operatórios, é necessário um monitoramento hospitalar, controle de dor e cuidados com a cicatriz. Podem ocorrer, ainda que seja raro, complicações como infecção da ferida operatória, sangramento ou lesão de órgãos adjacentes (Sena Filho *et al.*, 2024). Apesar da progressiva adoção da laparoscopia, a AA permanece sendo uma abordagem segura e eficaz, ainda mais em casos complicados ou quando os recursos cirúrgicos minimamente invasivos não estão disponíveis (Freire *et al.*, 2024; Sena Filho *et al.*, 2024).

TÉCNICA LAPAROSCÓPICA

A AL consiste é realizada através de pequenas incisões abdominais, pelas quais são inseridos o laparoscópio e instrumentos específicos, viabilizando uma visão detalhada e ampliada das estruturas abdominais em tempo real (Radd *et al.*, 2023; Sena Filho *et al.*, 2024).

O procedimento segue uma sequência padronizada, da mesma forma que a AA. Inicialmente, o paciente é posto em decúbito dorsal, geralmente sob anestesia geral (Lima *et al.*, 2012; Radd *et al.*, 2023). Para que seja possível ter um bom campo de visão intra-abdominal, é necessário criar uma cavidade com ar: o pneumoperitônio, que é instaurado por meio de um trocar de 12 mm na região umbilical. Em seguida, devem ser inseridos mais dois trocartes de 5 mm cada: um no quadrante inferior esquerdo e outro na região suprapúbica, conforme a técnica de triangulação (Radd *et al.*, 2023; Souza *et al.*, 2024).

Durante a cirurgia, o apêndice é identificado e mobilizado; as eventuais aderências devem ser desfeitas com cuidado, para evitar que as estruturas retroperitoneais, como o ureter e vasos ilíacos, sejam lesionadas (Radd *et al.*, 2023). A seguir, com auxílio de pinças, o apêndice é tracionado e seu meso é dissecado meticulosamente, para realizar a hemostasia da artéria apendicular. A dissecação completa do apêndice acontece com sua clampagem, para que, assim, ele seja removido através do acesso umbilical, envolto em invólucro estéril para evitar que a incisão seja contaminada (Radd *et al.*, 2023; Souza *et al.*, 2024).

Uma variante dessa técnica é a apendicectomia videoassistida por acesso único transumbilical, na qual se realiza uma incisão semicircular de 12 mm na cicatriz umbilical para inserção de uma óptica com canal operatório. O apêndice é identificado e exteriorizado da cavidade abdominal por esse mesmo acesso, sendo dissecado com ligaduras convencionais, semelhante à AA. Depois disso, é necessário que seja feita uma revisão da cavidade abdominal com a óptica, verificando a hemostasia e as estruturas internas (Lima *et al.*, 2012).

A VLP propicia diversos benefícios, como menor trauma operatório, menor dor pós-procedimento, menor risco de complicações

e menor período de hospitalização, além de uma melhor recuperação e resultado estético mais aceitável (Cherif *et al.*, 2023; Freire *et al.*, 2024; Sena Filho *et al.*, 2024). Essas vantagens fazem com que a técnica seja preferida em muitos centros, principalmente em pacientes jovens e saudáveis, embora a escolha da técnica dependa da avaliação criteriosa do cirurgião e das condições clínicas de cada paciente (Cherif *et al.*, 2023; Sena Filho *et al.*, 2024).

Apesar de sua segurança e eficácia, como todo procedimento cirúrgico, ainda podem ocorrer complicações, com uma taxa variando entre 8,2% e 31,4%. Os efeitos adversos mais comuns incluem infecção do sítio cirúrgico ou da ferida operatória e abscesso intra-abdominal (Radd *et al.*, 2023). Todavia, essa técnica tem sido cada vez mais adotada, tendendo à substituir a abordagem aberta (Freire *et al.*, 2024; Sena Filho *et al.*, 2024).

COMPARAÇÃO ENTRE AS ABORDAGENS

A fim de comparar as técnicas aberta e laparoscópica da apendicectomia, diversas pesquisas e meta-análises têm sido realizadas nas últimas décadas. Entretanto, a literatura permanece divergente em seus resultados, não havendo consenso definitivo sobre a melhor abordagem (Stahelin *et al.*, 2020). Apesar disso, é amplamente reconhecido que a VLP apresenta vantagens relevantes, como menores taxas de infecção de ferida operatória, tempo de hospitalização reduzido, melhor resultado estético e retorno mais precoce às atividades laborais (Cherif *et al.*, 2023; Narvarini *et al.*, 2009; Rodrigues *et al.*, 2025; Stahelin *et al.*, 2020).

Entretanto, algumas pesquisas apontam que a técnica laparoscópica pode estar associada a maior incidência de abscessos intra-abdominais, maior tempo cirúrgico e custos mais elevados quando comparada à abordagem aberta (Narvarini *et al.*, 2009; Stahelin

et al., 2020). Além disso, embora a AL tenha sido introduzida há mais de trinta anos, a AA ainda é predominante no Brasil, sendo realizada em mais de 90% dos casos (Stahelin *et al.*, 2020).

A pesquisa de Narvarini *et al.* (2009) demonstrou que a VLP não apresentou resultados inferiores à técnica aberta em nenhum dos desfechos analisados, reforçando sua eficácia. De forma semelhante, o estudo de Jurema, Mostardeiro e Menezes (2020) evidenciou um aumento no número de ALs realizadas, associando essa técnica a menor mortalidade e maior custo por internação em comparação à abordagem convencional. Os autores não identificaram diferença significativa entre as técnicas no que diz respeito ao tempo médio de internação, mas destacaram os benefícios assistenciais e econômicos da VLP no Sistema Único de Saúde (SUS), defendendo investimentos em equipamentos e capacitação profissional para ampliar seu uso.

Pacientes obesos e mulheres em idade fértil apresentam benefícios mais consolidados com a videolaparoscopia, dadas suas particularidades anatômicas, clínicas e os múltiplos diagnósticos diferenciais envolvidos nessas populações (Narvarini *et al.*, 2009). Portanto, a decisão quanto à abordagem cirúrgica deve considerar, prioritariamente, a experiência do cirurgião e as características clínicas individuais de cada paciente (Freire *et al.*, 2024; Narvarini *et al.*, 2009; Radd *et al.*, 2023; Sena Filho *et al.*, 2024).

A conversão da técnica laparoscópica para a aberta pode ser necessária em determinadas condições. Fatores preditivos identificáveis no pré-operatório, como inflamação intensa, apendicite gangrenosa ou perfurada, aumentam a complexidade do procedimento e dificultam a realização da VLP, exigindo que o cirurgião avalie cuidadosamente qual técnica será mais benéfica para o paciente (Cherif *et al.*, 2023).

Em relação ao tempo operatório, a AL pode ser ligeiramente mais demorada, especialmente devido à necessidade de insuflação abdominal e ao uso de instrumentos específicos (Rodrigues *et al.*, 2025). Contudo, essa diferença tende a diminuir, ou até desaparecer, ao passo que o cirurgião adquire maior experiência com a técnica (Damous *et al.*, 2020; Rodrigues *et al.*, 2025).

Ainda que envolva maiores custos iniciais, a AL apresenta um melhor custo-benefício a longo prazo, devido a menor incidência de complicações e redução no tempo de internação (Rodrigues *et al.*, 2025). Quanto à eficácia terapêutica, ambas as técnicas demonstram resultados semelhantes a longo prazo; a diferença é identificada no processo de recuperação pós-operatória (Cherif *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2025).

PERSPECTIVAS ATUAIS E FUTURAS

Há hospitais públicos nacionais e países em desenvolvimento que ainda apresentam alguns desafios para firmar a adoção da VLP como primeira opção; o principal deles tem sido o custo do laparoscópico. Além de garantir o acesso ao equipamento, é necessário que haja uma garantia de manutenção dos instrumentos pela equipe de engenharia (Damous *et al.*, 2023).

Nas últimas décadas, houve uma considerável evolução na prática cirúrgica quanto ao tratamento da apendicite aguda, principalmente com a consolidação da VLP em diversas instituições hospitalares e com o aprofundamento das noções patológicas dessa condição. A AL, antes limitada por quesitos envolvendo disponibilidade de recursos e capacitação profissional, configura-se, atualmente, como a via de preferência no manejo da apendicite por conta de seus benefícios. O aprimoramento de ferramentas de ligadura vascular e das abordagens técnicas do coto apendicular têm se mostrado crucial no processo de minimizar as complicações e contribuir para a recuperação e internação (Freire *et al.*, 2024).

Apesar dessa evolução, ainda persistem alguns desafios quanto à inserção definitiva da VLP em alguns centros cirúrgicos. A AL requer um tempo cirúrgico maior quando comparada à AA, o que requer mais tempo de ocupação de salas cirúrgicas e mais gastos com equipes de anestesia (Damous *et al.*, 2023). No entanto, conforme a experiência profissional, esse tempo tende a reduzir (Damous *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2025). Outro obstáculo a ser destacado nessa discussão também envolve requisitos financeiros e consiste no investimento contínuo nos instrumentos laparoscópicos, por conta da necessidade de manutenção e da aquisição de tecnologias e equipamentos modernos, para acompanhar o avanço da técnica. Isso é ainda mais desafiador em serviços de urgência e emergência, devido à complexidade dos horários cirúrgicos, exigindo manutenção disponível 24 horas, o que não é observado em centros que têm suas cirurgias eletivas, com horários previsíveis (Damous *et al.*, 2023).

Outro aspecto inovador corresponde à laparoscopia de incisão única, que mostrou potenciais benefícios estéticos e funcionais. No entanto, sua eficácia e custo-efetividade comparados à AA ainda são discutidos, exigindo mais evidências que justifiquem sua adoção rotineira (Freire *et al.*, 2024).

Por fim, o quesito que não se altera e se mantém como um fator determinante para uma AL de sucesso é a experiência técnica e profissional do cirurgião. Rodrigues *et al.* (2025) avaliaram estudos que indicaram o treinamento adequado e a habilidade profissional como esses pontos decisivos e vantajosos. In-

clusive, com a maior experiência, o cirurgião é capaz de obter resultados semelhantes e até superiores aos da técnica convencional (Rodrigues *et al.*, 2025).

CONCLUSÃO

A apendicectomia, aberta ou laparoscópica, é o tratamento padrão para a apendicite aguda, e a escolha da técnica depende de inúmeros fatores. A AA, apesar de tradicional e eficiente, possui desvantagens quando comparada à AL, principalmente no que diz respeito à recuperação pós-operatória. Por isso, a abordagem laparoscópica tem tido uma crescente aceitação por viabilizar melhores resultados pós-operatórios e alta precoce.

Apesar dos benefícios da VLP, sua adoção universal ainda enfrenta obstáculos, especialmente em hospitais públicos e com recursos limitados, visto os custos com equipamentos, manutenção e necessidade de treinamento profissional adequado. Sua consolidação como abordagem de escolha depende de fatores como investimentos em infraestrutura e treinamento profissional, e políticas públicas de maior acesso à tecnologia, principalmente no âmbito do SUS.

Portanto, as duas abordagens apresentam devido mérito e eficácia, cuja decisão cirúrgica depende da avaliação singular de cada paciente, sempre levando em conta sua segurança clínica, os recursos disponíveis e a experiência profissional da equipe cirúrgica. Com a evolução tecnológica e organizacional, a AL tende a ser cada vez mais acessível e consolidada como a principal via cirúrgica para o tratamento da apendicite aguda.

REFERÊNCIAS

Ballehaninna, U. K. **Appendectomy Technique**. *Medscape*, 2023. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/1582203-technique>. Acesso em: 10 de junho de 2025.

Cherif, M. *et al.* **Laparoscopic appendectomy: risk factors for conversion to laparotomy**. *ABCD*, arq. bras. cir. dig., São Paulo, 36, e1737, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-672020230019e1737>

Damous, S. H. B. *et al.* **Barreiras na implementação da apendicectomia laparoscópica como tratamento de escolha para apendicite aguda: experiência de 15 anos em hospital terciário no Brasil.** *Rev. do Col. Bras. de Cir.*, São Paulo, 50, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233527>.

Freire, R. J. B. *et al.* **Análise das indicações e técnicas cirúrgicas para tratamento da apendicite.** *Revista Contemporânea*, [S.l.], v. 4, n. 4, p. e3848, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N4- 003.

Jurema, H. G. de M.; Mostardeiro, L. R.; Menezes, L. O. de. **Apendicectomia convencional versus videolaparoscópica pelo SUS: estudo descritivo e transversal sobre as internações hospitalares no Brasil.** *Rev. Saúde* (Sta. Maria), v. 46, n. 2, e45310, 2020. DOI: 10.5902/2236583445310

Lima, G. J. de S. *et al.* **Apendicectomia videoassistida por acesso único transumbilical comparada à via laparoscópica e laparotômica na apendicite aguda.** *ABCD*, arq. bras. cir. dig., São Paulo, v. 25, n. 1, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202012000100002>.

Lucena, G. dos S. J. *et al.* **Comparativo entre diferentes técnicas cirúrgicas na apendicite aguda.** *REAS* (ISSN 2178-2091), v. 24, n. 12, 2024.

Navarini, D. *et al.* **Apendicectomia Laparoscópica versus Aberta: análise retrospectiva.**

Rev. HCPA, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 115-119, 2009

Radd, L. G. A. *et al.* **Apendicite Aguda: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e a apendicectomia videolaparoscópica como manejo.** *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 9639–9652, 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n3-051. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/57842>. Acesso em: 7 jun. 2025.

Rodrigues, F. *et al.* **Apendicectomia Minimamente Invasiva: Análise dos métodos cirúrgicos e seus resultados clínicos.** *Journal of Medical and Biosciences Research*, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 429–437, 2025. DOI: 10.70164/jmbr.v2i2.610. Disponível em: <https://www.journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/610>. Acesso em: 9 jun. 2025.

Sena Filho, C. A. da C. *et al.* **Comparação entre Apendicectomia Aberta e Laparoscópica.** *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* [S.l.], v. 6, n. 4, p. 163-179, 2024.

Stahelin, A. H. da S. *et al.* **Apendicectomia aberta versus apendicectomia videolaparoscópica: uma análise a curto prazo.** *Archives of Health Sciences* [S.l.], v. 27, n. 1, p. 2-5, 2020

Souza, I. P. *et al.* **Implicações do uso da videolaparoscopia na cirurgia de apendicectomia: revisão bibliográfica.** *Anais da Semana Universitária da UNIFIMES*, Trindade, v. 1, n. 1, 31 jan. 2024. Disponível em: <https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/anais-semana-universitaria/article/view/3561>. Acesso em: 10 jun. 2025.