

Apendicite epiploica: relato de caso

Epiploic appendicitis: case report

Isabel Cristina de Oliveira Pinto¹, Larissa Marceles Gonçalves de Souza¹, Larissa Santos Pessoa¹, Letícia Andrade do Amaral¹, Lídia Alberoni Neves de Assis¹, Marina Moreira Scolari Miranda¹, Natália Guimarães Ribeiro¹, Natália Rodrigues Taranto Nunes¹, Leonardo Belga Ottoni Porto²

¹ Acadêmico do 10º período do curso da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Cirurgião do Hospital João XXIII, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) de Belo Horizonte, MG. Membro Associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Cirurgião do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte, MG – Brasil.

RESUMO

A apendicite epiploica é entidade inflamatória abdominal rara. Este trabalho relata paciente de 24 anos de idade, submetida à laparotomia exploradora devido a abdome agudo causado por apendicite epiploica, ressaltando a sua importância diagnóstica e de pertencer à gama diagnóstica de abdome agudo.

Palavras-chave: Doenças do Colo/diagnóstico; Doenças do Colo/etiologia; Abdome Agudo/diagnóstico; Abdome Agudo/etiologia; Dor Abdominal.

ABSTRACT

The epiploic appendicitis is an uncommon abdominal inflammatory disease. The authors present a case-report of a female, 24 years old patient submitted to exploratory laparotomy due to acute abdomen caused by epiploic appendicitis. Piploic appendagitis

Key words: Colonic Diseases/diagnosis; Colonic Diseases/etiology; Abdomen Acute/diagnosis; Abdomen Acute/etiology; Abdominal Pain.

INTRODUÇÃO

A apendicite epiploica (epiploite ou apendagite) é condição benigna e autolimitada dos apêndices epiploicos, secundária à torção ou trombose venosa espontânea de veia de drenagem da serosa do cólon.¹ A apendicite epiploica, embora rara, deve ser considerada diagnóstico diferencial de dor abdominal de início súbito, especialmente na ausência de obstrução intestinal. Permanece como desafio diagnóstico, pois frequentemente o estabelecimento de seu diagnóstico implica evitar a laparotomia.²

Este trabalho relata a evolução de apendicite epiploica como alerta para que constitua diagnóstico diferencial, por vezes esquecido, de abdome agudo.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 24 anos de idade, admitida no Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves (HRTN), com dor abdominal e diarreia há sete e dois dias, respectivamente, associadas a náuseas e vômitos e febre não mensurada. Apresentava-se com fácies de dor, anictérica, acianótica e levemente desidratada (+/4+). A dor abdominal era difusa, mais intensa em fossa ilíaca direita. Foi avaliada pela equipe de Ginecologia

Instituição:
Hospital Risoleta Tolentino Neves
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica.
Av: Professor Alfredo Balena 190, sala 246
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30130-100
Email: nati.taranto@gmail.com

do serviço, que descartou a hipótese de DIP. Foram realizados hemograma, ultrassonografia abdominal (US) e tomografia computadorizada (TC) de abdome, que revelaram: leucócitos totais – 33.500/mm³, com 6.700 bastonetes; líquido livre na pelve à US, sendo confirmado pela TC de abdome, que apurou distensão de alças de delgado proximais e líquido livre na pelve e terço inferior das goteiras parietocólicas. O exame radiológico determinou a realização de laparotomia exploradora. No momento cirúrgico, percebeu-se apêndice vermiforme e anexos uterinos de aspecto normal, além de estômago e duodeno sem alterações, afastando-se a possibilidade de abdome agudo perfurativo. Foi, ainda, evidenciada peritonite difusa e, finalmente, identificado apêndice epiploico necrótico (apendagite) no ângulo hepático do cólon transverso. Após higienização da cavidade, realizaram-se a ligadura e a retirada do apêndice necrótico, além de apendicectomia cecal. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, com boa evolução. A alta hospitalar ocorreu no quarto dia de pós-operatório. O exame anatomopatológico foi compatível com apendicite epiploica.

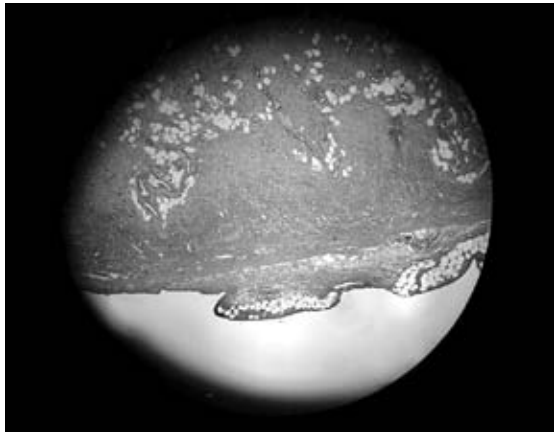


Figura 1 - Tecido adiposo revestido por membrana serosa (apêndice epiploico) apresentando depósitos de exsudato fibrino-neutrofílico, proliferação fibrovascular jovem e áreas de inundação hemorrágica.

DISCUSSÃO

Os apêndices epiploicos são saculações de gordura subserosa, localizados na borda antimesenterial do cólon, de função ainda desconhecida. Dispõem-se, em geral, longitudinalmente ao

eixo do cólon e em duas fileiras; uma na *taenia libera* e outra na *taenia omentalis*. Variam em tamanho de poucos milímetros até 15 cm. Encontram-se presos ao cólon por bases amplas ou por pedículos estreitos.³ Os apêndices epiploicos predominam nas fossas ilíacas e, quando inflamados, geram sinais e sintomas que fazem diagnóstico diferencial principalmente com a apendicite e a diverticulite. Não há consenso em relação às funções dos apêndices epiploicos, sendo sugeridas funções bacteriostáticas, absorptivas e até circulatórias. A patogênese da apendicite epiploica envolve torção, edema e isquemia, com necrose e irritação focal do peritônio.⁴

Ocorre com mais frequência entre a segunda e a quinta décadas de vida, com média de aproximadamente 38 anos de idade e incidência semelhante em ambos os sexos.¹ A principal manifestação é a dor abdominal aguda localizada em fossa ilíaca esquerda, acompanhada de febrícula. Pode mimetizar sintomatologia de abdome agudo, devendo seu diagnóstico diferencial incluir a apendicite aguda e a diverticulite.² A sintomatologia associada a náusea, vômitos ou febre (acompanhada de discreta leucocitose) pode ocorrer em até 40% dos casos, entretanto, são raras diarreia e obstrução intestinal.⁵ Os apêndices epiploicos, usualmente, não são vistos por algum método de imagem, a menos que haja quantidade suficiente de líquido intraperitoneal contrastando estas estruturas ou que estas estejam inflamadas. A TC parece ser o melhor exame na demonstração dos apêndices epiploicos, mas em muitos dos casos seu diagnóstico é dado durante o ato cirúrgico.

O tratamento consiste em medidas de cuidados gerais, repouso e analgésicos. O tratamento cirúrgico é reservado para os casos de falha no tratamento conservador ou de complicações.¹

CONCLUSÃO

A opção pela laparotomia exploratória, neste relato, foi responsável pela conclusão diagnóstica, uma vez que os métodos de imagem não evidenciaram tal doença. O reconhecimento dessa afecção inflamatória, a princípio

benigna, por meio de métodos de imagem, correlacionados com a sintomática clínica, permitiria o início do tratamento clínico medicamentoso, com antibiótico. A laparotomia exploradora ficaria reservada para os casos de piora clínica, falha do tratamento conservador ou dúvida diagnóstica. Constitui condição rara na prática cirúrgica, muitas vezes negligenciada como diagnóstico diferencial entre as condições que culminam com o abdome agudo e o diagnóstico se dá, em grande parte dos casos, no momento operatório, com a visão direta do processo inflamatório ou após a análise anatomopatológica. O conhecimento dessa condição e suas implicações diagnósticas devem ser difundidos e considerados no manejo de pacientes com sintomatologia de inflamação abdominal aguda.

REFERÊNCIAS

1. Gelrud A, Cárdenas A, Chopra S. Epiploic appendagitis. Uptodate. com [Internet]. [Cited 2011 Apr 13]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/epiploic-appendagitis?source=search_result&selectedTitle=1~3.
2. Araújo SEA, Goldstein PJG, Yamakami LYS, *et al.* Apendicite epiploica: relato de três casos e revisão da literatura. Rev Bras Coloproct. 2001; 21(4): 249-53. [Citado em 2011 Abr 25]. Disponível em: http://www.sbc.org.br/revista/nbr214/P249_253.htm.
3. Accetta I, Accetta P, Accetta AF, Duarte AJV, Torres W. Apendicite epiploica com comprometimento da serosa e estreitamento da luz do sigmóide. Relato de caso. Rev Bras Coloproct. 2008; 28(4):474-6. [Citado em 2011 abr 12]; Disponível em: http://www.sbc.org.br/revista/nbr284/p474_476.htm.
4. Legome EL, Sims C, Rao PM. Epiploic appendagitis: adding to the differential of acute abdominal pain. J Emerg Med. 1999; 17:823-6.
5. Desai HP, Tripodi J, Gold BM, Burakoff R. Infarction of an Epiploic Appendage. J Clin Gastroenterol. 1993; 16(4):323-5.