

Apendicite epiploica, uma breve revisão da literatura

Appendicitis epiploica, a brief review of the literature

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

RESUMO

Os apêndices epiploicos são divertículos de gordura subserosa, localizados na borda antimesenterial do cólon. A apendicite epiploica resulta da torção ou trombose venosa espontânea das veias que drenam essas saculações. Manifesta-se por dor abdominal aguda localizada principalmente em quadrante inferior esquerdo e tem como diagnóstico diferencial apendicite aguda e a diverticulite. Embora infrequente, acomete homens e mulheres na terceira e quarta décadas de vida. Atualmente, o melhor método diagnóstico é a tomografia computadorizada de abdome. O tratamento é primariamente conservador, em ambulatório e consiste na administração de analgésicos, antibióticos e anti-inflamatórios.

Palavras-chave: Doenças do Colo/diagnóstico; Doenças do Colo/etiologia; Abdome Agudo/diagnóstico; Abdome Agudo/etiologia; Dor Abdominal; Tomografia Computadorizada por Raios-X.

ABSTRACT

The epiploic appendix are outpouchings of fat-filled, serosa-covered structures located on the external surface of the colon. The apendicite epiploic (AE) results of torsion or spontaneous venous thrombosis of the veins that drain these structures. AE is manifested by acute abdominal pain located mainly in the lower left quadrant, and its differential diagnosis are acute appendicitis and diverticulitis. Although infrequent, it occurs in men and women in the third and fourth decades of life. Currently, the best diagnostic method is the computer tomography. Treatment is primarily conservative, ambulatory and consists of analgesics, antibiotics and anti-inflammatories.

Key words: Colonic Diseases/diagnosis; Colonic Diseases/etiology; Abdomen Acute/diagnosis; Abdomen Acute/etiology; Abdominal Pain; Tomography X-Ray Computed.

INTRODUÇÃO

A apendicite epiploica (AE) é uma condição clínica benigna que ocorre secundariamente à torção ou trombose venosa espontânea das veias que drenam os apêndices epiploicos.^{1,2} A sinonímia é variada e inclui: apendangite, apendagite, epiploite hemorrágica e epiplopericolite. Manifesta-se por dor abdominal aguda, localizada principalmente em quadrante inferior esquerdo. O diagnóstico se faz por tomografia computadorizada (TC) de abdome. O tratamento primariamente é conservador.

¹ Acadêmicos do 10º período do curso de Medicina da Faculdade de Medicina (FM), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

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 Risoleta Tolentino Neves.

Instituição:
Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:
Letícia Andrade do Amaral
Rua: Rio de Janeiro, 1302/304
Bairro: Lourdes
Belo Horizonte, MG – Brasil
Email: amaral.leticia@hotmail.com

ANATOMIA

Os apêndices epiploicos foram primeiramente descritos por Vesalius, em 1543, no entanto, a entidade de apendagite só foi reconhecida, por Lynn¹, em 1956.

Seu desenvolvimento inicia-se durante o segundo trimestre da vida intrauterina, atingindo tamanho apreciável apenas após a puberdade.^{1,2} Entre 50 e 100 apêndices epiploicos, aproximadamente, são organizados em duas fileiras, do apêndice cecal ao reto³, e fixos na parede do cólon por uma base larga ou estreita. Apresentam comprimento médio de 3 cm (0,5 a 15 cm), sendo que os maiores são encontrados em obesos ou naqueles que perderam peso recentemente. Essas estruturas são compostas de tecido gorduroso, revestidas por uma capa serosa e mais externamente por gordura peritoneal. Cada um é suprido por uma ou duas endartérias e drenado por uma delgada e tortuosa veia. Tal suprimento sanguíneo, associado à sua forma pedunculada e excessiva mobilidade, faz dos apêndices epiploicos estruturas propensas para torção e isquemia ou mesmo para infarto hemorrágico.⁴

Não se sabe qual a exata função desses apêndices. Pines *et al.* postulavam que talvez eles funcionassem como o grande omento, porém com limitada capacidade protetora e de absorção de fluidos.³ Outros autores⁴ sugerem que esses apêndices poderiam servir como amortecedores durante a peristalse ou como depósitos de sangue durante uma contração colônica ou de seus vasos.

FISIOPATOLOGIA

A AE atinge indivíduos entre a segunda e quinta décadas de vida, com incidência similar entre homens e mulheres.²

Em relação à AE primária existem autores que consideram a obesidade fator de risco, enquanto outros indicam que menos da metade de seus casos ocorreu em obesos.¹ Não há, nesse momento, outras variáveis de risco para a ocorrência primária dessa afecção. Embora não haja definitiva confirmação etiológica, a AE primária é atribuída à torção do pedículo ou à trombose venosa local com subsequentes inflamação e isquemia do apêndice acometido³, podendo ou não levar ao infarto. Por outro lado, o acometimento secundário dos apêndices epiploicos encontra na diverticulite colônica sua principal causa^{2,4,5}, embora possa estar associado a outras doen-

ças como doença de Crohn⁶, apendicite aguda, colecistite, pancreatite ou abscessos em fossas ilíacas.^{2,5}

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A apresentação clínica habitual é de dor abdominal aguda localizada em quadrante inferior esquerdo, em paciente com bom estado geral e afebril. No entanto, pode mimetizar quadro de abdome agudo, levando ao diagnóstico incorreto de apendicite ou de diverticulite agudas. Sintomas associados como náusea, vômitos ou febre (acompanhada de discreta leucocitose) podem ocorrer em até 40% dos casos⁷⁻⁹, porém alterações intestinais como diarreia e obstrução são infrequentes.

DIAGNÓSTICO

A análise laboratorial caracteriza-se pela contagem de leucócitos e velocidade de hemossedimentação normais ou pouco elevados.

Em condições normais os apêndices epiploicos não são vistos por algum método de imagem, a menos que haja suficiente quantidade de líquido intraperitoneal “contrastando” essas estruturas, como, por exemplo, a ascite. Antes do advento da TC, o diagnóstico era realizado intraoperatoriamente. Atualmente, o diagnóstico se faz por TC de abdome, com o achado de massa paracólica, ovalar, de 1 a 5 cm, com densidade de gordura, acompanhando-se de espessamento do revestimento peritoneal e atenuação da gordura periapendicular. Há relatos de diagnóstico por ultrassonografia (US) e ressonância nuclear magnética (RNM).¹⁰ Na US de abdome pode-se evidenciar lesão expansiva ovoide hiperecoica, não compressiva, com halo hipoeicoico. Apesar de ser bom método diagnóstico, a precisão da US depende da experiência do radiologista, do tipo de equipamento e do tipo físico do paciente, com pior rendimento em obesos. Já a RNM, apesar da elevada resolução de imagem, tem seu uso limitado pelo alto custo e pela reduzida disponibilidade.

A lista de diagnósticos diferenciais é extensa e inclui apendicite, diverticulite, doenças de vesícula biliar, ruptura de cisto ovariano, torção de ovário, gravidez ectópica, câncer de cólon, abscesso, ileíte por Crohn, adenite mesentérica, cisto de útero. Do ponto de vista estritamente tomográfico, outras condições podem mimetizar apendagite, entre elas: infarto omental, paniculite mesentérica e processos inflamatórios agudos primários ou secundários (apendicite ou diverticulite).¹¹

TRATAMENTO

O tratamento é primariamente conservador, em ambulatorio. Consiste na administração de analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, com a melhora completa dos sintomas em torno de três a 14 dias. Com o seguimento dos pacientes, as lesões tendem a reduzir de volume e assumir aspecto irregular, o que decorre da absorção do tecido necrótico, própria do processo de cura.¹²

Embora se trate de doença benigna autolimitada, a AE eventualmente pode complicar-se, pois o apêndice inflamado pode aderir à parede abdominal ou a outras vísceras, causando, assim, obstrução intestinal ou intussuscepção. Nestes casos, a conduta cirúrgica é mandatória, com bons resultados e sem complicações pós-operatórias.^{1,2} A cirurgia também está indicada quando não há possibilidade de confirmação diagnóstica, pela indisponibilidade de recursos diagnósticos avançados. A via preferencial seria a videolaparoscópica, com ligadura e excisão do apêndice inflamado. As vantagens do tratamento minimamente invasivo seriam a rápida recuperação após a intervenção, podendo, mesmo a via laparoscópica, estar associada a graves complicações, tais como: sangramento excessivo, infecção, perfuração acidental de vísceras ocas ou reações adversas à anestesia geral.⁹

CONCLUSÃO

Conclui-se que a AE representa evento não tão raro, que deve sempre ser cogitado em quadro de abdome agudo, quando o diagnóstico não for evidente.

Também se nota que seu diagnóstico é difícil, sendo a TC o melhor exame de que se dispõe no momento e que, por se tratar de doença benigna de curso autolimitado, na maioria das vezes pode ser tratada clinicamente.

REFERÊNCIAS

1. Lynn TE, Dockerty MB, Waugh JM. A Clinicopathologic study of epiploic appendages. *Surg Gynecol Obstet.* 1956; 103:423-33.
2. Carmichael DH, Organ CH. Epiploic disorders: conditions of the epiploic appendages. *Arch Surg.* 1985; 120:1167-72.
3. Pines B, Rabinovitch J, Biller SB. Primary torsion and infarct of appendices epiploicae. *Arch Surg.* 1941; 42:775-87.
4. Ross JA. Vascular loop in the appendices epiploicae: their anatomy and surgical pathology of appendices epiploicae. *Br J Surg.* 1950; 37:464-6.
5. Fieber SS, Forman J. Appendices epiploicae: clinical and pathological considerations report of 3 cases and statistical analysis of 105 cases. *Arch Surg.* 1953; 66:329-38.
6. Ghahremani GG, White EM, Hoff, FL, Gore RM, Liller, JW, Christ ML. Appendices epiploicae of colon: radiologic and pathologic features. *Radiographics.* 1992; 12:59-77.
7. Desai HP, Tripodi J, Gold BM, Burakoff R. Infarction of an Epiploic Appendage. *J Clin Gastroenterol.* 1993; 16(4):323-5.
8. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, US and CT findings in 14 cases. *Radiology.* 1994; 191:523-6.
9. Mollà E, Ripollés T, Martínez MJ, Morote V, Roselló-Sastre E. Primary epiploic appendagitis: US and CT findings. *Eur Radiol.* 1998; 8(3):435-8.
10. Varela U, Fuentes MV, Rivadeneira R. Procesos inflamatorios del tejido adiposo intraabdominal, causa no quirúrgica de dolor abdominal agudo: hallazgos en tomografía computada. *Rev Chil Radiol.* 2004; 10:28-34.
11. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline R. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *Radiographics.* 2005; 25:1521-34.
12. Rao PM, Wittenberg J, Lawrason JN. Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearances. *Radiology.* 1997; 204:713-7.