

1. Residente de Cirurgia Geral do Hospital do Servidor Público Estadual
2. Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral e Cirurgia Geral Avançada e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual
3. Residente de Cirurgia Geral Avançada e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual

INTRODUÇÃO

Apendagite epiploica é uma doença inflamatória abdominal incomum, de bom prognóstico que resulta da torção ou trombose venosa espontânea das veias que drenam os apêndices epiploicos¹. O diagnóstico se faz por tomografia computadorizada (TC) de abdome e, geralmente, possui tratamento conservador com remissão completa dos sintomas¹⁻².

RELATO DE CASO

A.S, masculino, 77. Sem alergias, valva mitral em uso de propafenona, nega tabagismo/ etilismo. Antecedente cirúrgico: prostatectomia radical laparotômica há 5 anos, hernioplastia inguinal bilateral. Admitido no Pronto Socorro do Hospital do Servidor Público Estadual-SP com dor intensa em fossa ilíaca direita (FID) há 7 dias não associada a náuseas/vômitos, sem alteração de hábito intestinal em regular estado geral, desidratado +/4+, hemodinamicamente estável, taquicárdico, cardiopulmonar sem alterações, abdome plano, tenso, ruídos hidroaéreo presentes, descompressão brusca positiva (DB+) em FID sem massa palpável. Prescrito analgesia e solicitado exames diante do diagnóstico sintromático de abdome agudo inflamatório. Exames laboratoriais: Hb 13,8, leucócitos 7020, plaquetas 224, sem alteração de função renal e ou de coagulograma, proteína C reativa (PCR) 8,6. Realizado exame de imagem – Tomografia de Abdome com contraste endovenoso (Figura 1).

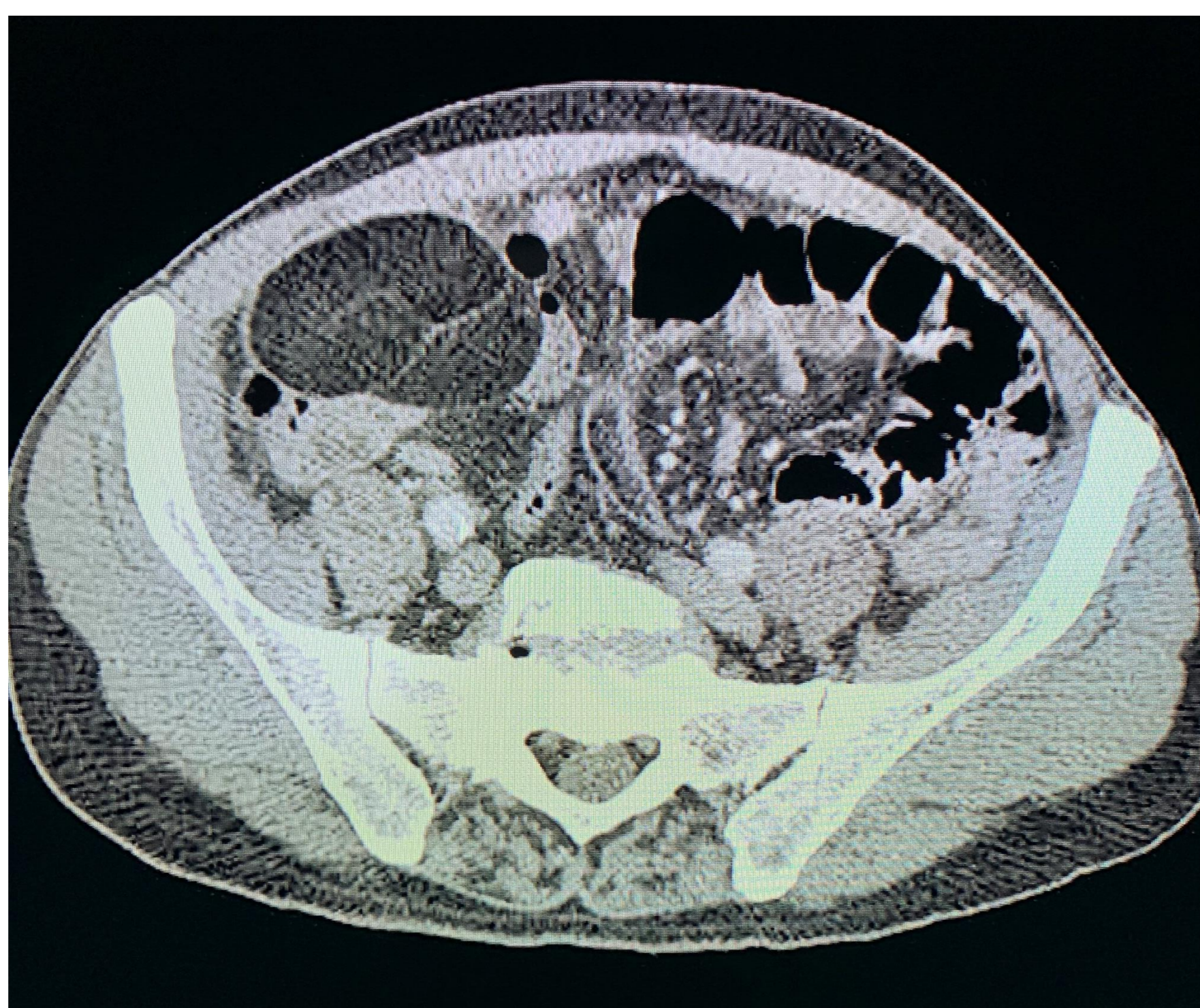


Figura 1. Tomografia de Abdome com Contraste Endovenoso: Evidenciado formação hipodensa de contornos lobulados com densidade de gordura e sem realce pelo meio de contraste na fossa ilíaca direita medindo ceca de 90mm no maior diâmetro transversal. Sem outras alterações.

Diante da dor mantida com sinais de peritonite, indicado laparotomia exploradora. Incisão xifopúbica, inventário da cavidade abdominal: Apêndice epiploico de aproximadamente 11,5x8x4cm aderido ao omento maior de aspecto encapsulado /encistado (Figura 2), ressecado e encaminhado ao setor da patologia. Paciente evoluiu no pós operatório (PO) de forma satisfatória em enfermaria, aceitando dieta leve e deambulando no 1 PO, alta no 3PO com dieta geral, sem queixas, ferida operatória (FO) limpa e seca, abdome flácido. Retorno sem queixas ao ambulatório para retirada de pontos da FO, checado o laudo anatomopatológico da peça cirúrgica: apêndice epiploico – tecido fibroadiposo com reação inflamatória crônica inespecífica com focos de agudização, congestão vascular, áreas de esteatonecrose e hemorragia recente.

DISCUSSÃO

Os apêndices omentais se encontram presentes em todos os segmentos colônicos, porém em maior densidade no cólon esquerdo²⁻⁵.

O quadro clínico habitual é a presença de dor abdominal aguda localizada em quadrante inferior esquerdo, em paciente com bom estado geral. Atinge indivíduos entre a segunda e quinta décadas de vida e seu tamanho médio é de 3 cm, variando de 0,5 a 5cm¹.

Outras condições podem mimetizar apendagite, entre elas: infarto omental, paniculite mesentérica e processos inflamatórios agudos primários ou secundários (apendicite ou diverticulite) e o tratamento consiste na administração de analgésicos e antiinflamatórios, com a melhora completa dos sintomas em torno de 3 a 14 dias⁵⁻⁶.



Figura 2. Intra-Operatório:

Inventário da cavidade abdominal: Apêndice epiploico de aproximadamente 11,5x8x4cm aderido ao omento maior de aspecto encapsulado /encistado

CONCLUSÃO

Apesar da evolução indolente na maioria dos casos, pode apresentar-se como abdome agudo cirúrgico e, quando comparados com dados da literatura¹⁻³, evidencia-se aqui, apendagite de dimensões, localização e em faixa etária atípicas. Além disso, é ressaltado a importância do aspecto tomográfico descrito que, uma vez fixado, auxilia na definição diagnóstica diante do vasto diferencial de abdome agudo na emergência³⁻⁴.

REFERÊNCIAS

1. Choi Y, Choi P, Park Y, et al. Clinical Characteristics of Primary Epiploic Appendagitis in Journal of the Korean Society of Coloproctology. 2011; 27(3): 114-121
2. Chen J, Wu C, Wu P. Epiploic appendagitis: An uncommon and easily misdiagnosed disease in Journal of Digestive Diseases 2011; 12: 448-452
3. Hiller N, Berelowitz D, Halpern I. Primary Epiploic Appendagitis: Clinical and Radiological Manifestations in Israel Medical Association Journal. 2000; 2: 896-898
4. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline R. Acute epiploic appendagitis and its mimics. Radiographics. 2005;25:1521-34.
5. Kantarci M, Duran C, Sirvanci M. Images of interest. Gastrointestinal: epiploic appendagitis. J Gastroenterol Hepatol. 2005;20:482
6. Varela U, Fuentes MV, Rivadeneira R. Procesos inflamatorios del tejido adiposo intraabdominal, causa no quirurgica de dolor abdominal agudo: hallazgos en tomografia computada. Rev Chil Radiol. 2004;10:28-3