

APENDICITE EPIPLÓICA – RESOLUÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA

EPIPLOIC APPENDAGITIS – VIDEOLAPAROSCOPIC MANAGEMENT

Ivan Tramujas da Costa e Silva, TCBC-AM¹; Raul Rodrigues da Costa Neto²; Érica Liberato Guimarães³

INTRODUÇÃO

Os apêndices epiplóicos são pequenas saculações pedunculadas de peritônio repletas de tecido adiposo, de formato variável, medindo de 0,5 a 5 cm de comprimento, situadas em duas fileiras marginais ao longo do cólon, predominando no sigmóide e no ceco e poupando o reto. São individualmente supridos por uma ou duas artérias e drenados por uma delgada e tortuosa veia. Tais características anatômicas e sua excessiva mobilidade fazem dos apêndices epiplóicos estruturas propensas à torção, com conseqüente isquemia, quadro descrito como apendicite epiplóica (AE)¹.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 42 anos, procurou o Hospital de Aeronáutica de Manaus queixando-se de dor no quadrante inferior direito (QID) do abdome de início abrupto há 24 horas, sem outros comemorativos. Ao exame físico, apresentava dor à palpação profunda no QID sem sinais de irritação peritoneal. O exame ginecológico revelou aumento da dor abdominal à mobilização uterina. Exames: hemograma - leucocitose de 12.000 cél./mm³; urinálise - normal; Rx simples do abdome - normal; ultra-sonografia do abdome total - fíleo segmentar na pelve.

Com hipótese diagnóstica de abdome agudo inflamatório, a paciente foi encaminhada para investigação invasiva por meio de videolaparoscopia diagnóstica. As Figuras 1 e 2 demonstram o achado operatório de uma AE sigmóidea, cujo apêndice epiplóico estava bloqueado pelo mesossigmóide. Desfeito o bloqueio, o apêndice epiplóico foi excisado cirurgicamente e removido da cavidade abdominal por meio de técnicas videolaparoscópicas. A paciente recebeu alta hospitalar dois dias após, assintomática.

DISCUSSÃO

AAE acomete mais freqüentemente pessoas de meia idade de ambos os sexos, obesas ou que perderam peso recentemente, e faz parte do diagnóstico diferencial de apendicite aguda, diverticulite e dor pélvica crônica¹. A dor é seu principal sintoma, localizando-se em ambos os quadrantes inferiores do abdome, mais comumente à direita. Costuma ser

referida como imprecisa, em pontada ou em cólica e se acompanha de náuseas, vômitos, com ou sem febre. A duração dos sintomas é usualmente menor que uma semana. Exceto diante de complicações, os pacientes costumam estar bem clinicamente. A palpação abdominal normalmente revela defesa sobre a área acometida, sem sinais de irritação peritoneal. Pode haver uma leucocitose discreta².

Em condições normais os apêndices epiplóicos não são vistos por nenhum método de imagem, a menos que haja um volume suficiente de líquido peritoneal a oferecer con-

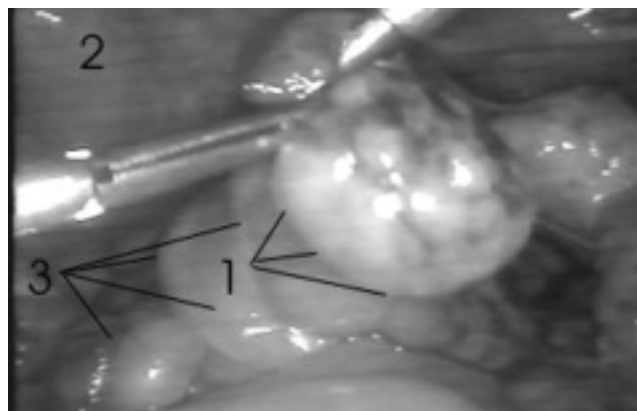


Figura 1 – Apêndice epiplóico sigmóideo inflamado preso em seu pedículo torcido por pinça laparoscópica de 5 mm. (1) Apêndice epiplóico; (2) bexiga (3) cólon sigmóide.

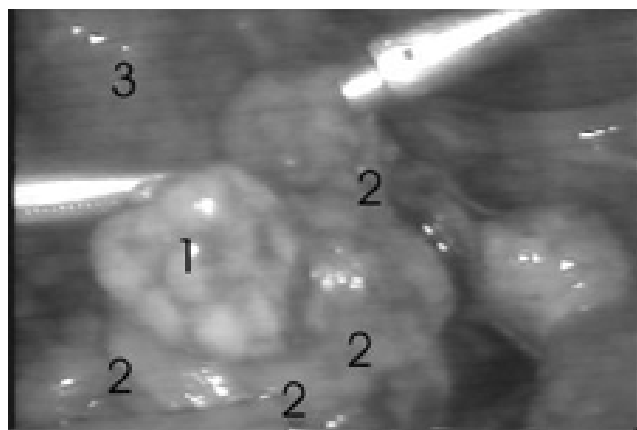


Figura 2 – Apêndice epiplóico inflamado sendo retirado da cavidade abdominal após secção de seu pedículo torcido. (1) Apêndice epiplóico; (2) cólon sigmóide; (3) bexiga.

1. Professor-Auxiliar do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas; Ex-Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Aeronáutica de Manaus.
2. Cirurgião Geral; Ex-Cirurgião Assistente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Aeronáutica de Manaus.
3. Acadêmica do 4º ano do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas.

Recebido em 11/11/2003

Aceito para publicação em 16/03/2004

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Aeronáutica de Manaus.

traste. Em casos de AE, no entanto, a tomografia computadorizada (TC) e a ultra-sonografia (US) têm sido descritas como exames adequados para a demonstração da afecção por meio da presença de lesão ovalada com atenuação central de gordura, de localização paracólica, envolta por lâmina hiperdensa periférica, com espessamento da gordura peritoneal circunjacente^{3,4}. Por ser considerada uma doença auto-limitada, o tratamento sintomático e o acompanhamento por meio de US ou TC da condição até sua resolução espontânea têm sido propostos².

A eventual possibilidade de falta de precisão dos métodos de diagnóstico por imagem⁵ e o desenvolvimento de complicações advindas de um diagnóstico errôneo de

AE em paciente com outra afecção inflamatória intra-abdominal mais grave são considerações que fortalecem a indicação do emprego da videolaparoscopia como método diagnóstico definitivo e terapêutico eficaz da afecção¹. Assim ocorreu com a paciente aqui relatada em que a ultra-sonografia não foi conclusiva. A videolaparoscopia definiu o diagnóstico, até então sintomático de abdome agudo inflamatório, e propiciou tratamento resolutivo imediato do processo.

Diante de falta de evidências ou de experiência em estudos de imagem, a videolaparoscopia exerce papel fundamental na abordagem de pacientes com quadros sugestivos de apendicite epiplóica.

ABSTRACT

Appendices epiplóicae can be the site of torsion and appendagitis. Diagnosis is currently being made by ultrasonography and computerized tomography. Expectant treatment is proposed based on the assumption that epiplóic appendicitis is a self limited affection. A case of torsion of a sigmoid epiplóic appendage is described. The condition was missed by abdominal ultrasonography. Correct diagnosis and immediate definite treatment were performed by videolaparoscopy (Rev. Col. Bras. Cir. 2005; 32(2):108-109).

Key-words: *Appendicitis/ultrasonography; Laparoscopy.*

REFERÊNCIAS

1. Vazquez-Frias JA, Castaneda P, Valencia S, et al. – Laparoscopic diagnosis and treatment of an acute epiplóic appendagitis with torsion and necrosis causing an acute abdomen. *JLS*. 2000, 4(3):247-250.
2. Birjawi GA, Haddad MC, Zantout HM, et al. – Primary epiplóic appendagitis: a report of two cases. *Clin Imaging*. 2000, 24(4):207-209.
3. Melo A, Moreira L, Pinheiro R, et al. – Apendicite epiplóica: aspectos na ultra-sonografia e na tomografia computadorizada. *Radiol Bras*. 2002, 35(3):171-174.

4. Son HJ, Lee SJ, Lee JH, et al. – Clinical diagnosis of primary epiplóic appendagitis: differentiation from acute diverticulitis. *J Clin Gastroenterol*. 2002, 34(4):435-438.
5. Rao PM, Rhea JT, Wittenberg J, et al. – Misdiagnosis of primary epiplóic appendagitis. *Am J Surg*. 1998, 176(1):81-85.

Endereço para correspondência:

Dr. Ivan Tramuja

R. Afonso Pena, 589 raça 14 de Janeiro

69020 -160 – Manaus – AM

Fone: 92-233-9730

E-mail: tramuja@internext.com.br