

# APENDAGITE EPIPLÓICA RECORRENTE

## Autores

Júlio Maria Fonseca Chebli<sup>1</sup>  
 Rodrigo Peixoto<sup>2</sup>  
 Cleber Soares Junior<sup>2</sup>  
 Ricardo Viana Leite<sup>3</sup>  
 Guilherme Eduardo Gonçalves Felga<sup>4</sup>  
 Elaine Akemy Umehara<sup>4</sup>  
 Leiser Franco de Moraes Filho<sup>4</sup>  
 Demétrio Antônio Francisco<sup>4</sup>

## RESUMO

Apendagite epiplóica (AE) é a condição clínica determinada pela torção e isquemia dos apêndices epiplóicos do cólon. Sua incidência ainda não é bem conhecida, mas nota-se um aumento no número de diagnósticos realizados, graças, sobretudo, aos plantonistas dos setores de emergência e radiologias, que adquirem um melhor conhecimento da doença, além de contar com uma maior disponibilidade e qualidade dos métodos de imagem, especialmente a ultra-sonografia e tomografia computadorizada. Seus principais diagnósticos diferenciais são a apendicite aguda e a diverticulite, mas aquela ao contrário destas, geralmente não necessita abordagem cirúrgica, podendo ser a conduta clínica adotada com segurança na maioria dos casos. A recidiva é muito rara, com poucos casos descritos na literatura. Neste relato, apresentamos um caso de AE recorrente, tendo o paciente desenvolvido episódios de um quadro de dor abdominal na fossa ilíaca esquerda com comprovação radiológica de AE em duas ocasiões. Neste relato optamos pela abordagem cirúrgica, pressupondo a existência de fatores locais predispondo a recorrência do quadro. Embora não tenhamos observado nenhuma destas condições locais, após a remoção dos apêndices epiplóicos inflamados, não observamos recidivas. Isto nos sugere o benefício da cirurgia neste caso.

## UNITERMOS

Apendagite epiplóica, dor abdominal aguda.

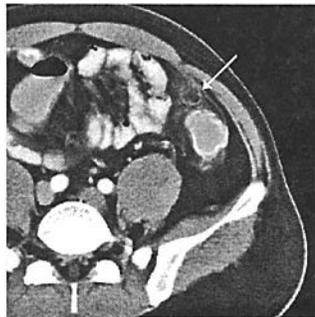
## INTRODUÇÃO

Apendagite epiplóica (AE) é a condição clínica determinada pela torção e isquemia dos apêndices epiplóicos do cólon. Sua incidência ainda não é bem conhecida, mas nota-se um aumento no número de diagnósticos realizados, graças, sobretudo, aos plantonistas dos setores de emergência e radiologistas, que adquirem um melhor conhecimento da doença, além de contar com uma maior disponibilidade e qualidade dos métodos de imagem, especialmente a ultra-sonografia e tomografia computadorizada. Os principais diagnósticos diferenciais são a apendicite aguda e a diverticulite, mas aquela, ao contrário destas, geralmente não necessita abordagem cirúrgica, podendo ser a conduta clínica adotada com segurança na maioria dos casos.

A recidiva da AE é muito rara, com poucos casos descritos na literatura.<sup>1</sup> Neste relato apresentamos um caso de AE recorrente, tendo o paciente desenvolvido episódios de dor abdominal na fossa ilíaca esquerda com comprovação radiológica de AE em duas ocasiões.

## RELATO DE CASO

Paciente masculino, 38 anos, natural e residente em Juiz de Fora, apresentou há 24 horas dor abdominal na fossa ilíaca esquerda, inicialmente de pequena intensidade, mas com piora progressiva no momento da internação. A dor portanto não irradiava-se, acentuava-se contudo com a deambulação, notava-se também tosse e estiramento do abdome. O paciente mostrava no início do processo discreta hiporexia. Negava náuseas, vômitos, febre, alteração do hábito intestinal ou urinário. O restante de sua anamnese não revelava dados positivos, exceto a existência de uma írmã com doença de Crohn.



Ao exame físico, observou-se um paciente em bom estado geral, com fácies de dor, corado, hidratado, anictérico, afebril. Não haviam alterações significativas nos aparelhos cardiovascular e respiratório. O abdome era plano, doloroso à palpação de fossa ilíaca esquerda, com defesa local e discreto sinal de irritação peritoneal. Não haviam megalias e os ruídos hidroaéreos eram normais.

Os exames laboratoriais evidenciavam hemoglobina de 14,3 g/dl, hematócrito de 39%, leucometria global de 7200 células/mm<sup>3</sup>, sendo 2% bastonetes e 78% segmentados. Os níveis de glicose, creatinina, uréia e eletrólitos eram normais. O raio X simples de abdome e a ultra-sonografia abdominal total foram normais. Na tomografia computadorizada observou-se uma lesão ovalada, com densidade de gordura, medindo 1,0 centímetro de diâmetro, adjacente à parede anterior do cólon descendente, promovendo efeito de massa local com espessamento e borramento do meso adjacente (foto). A colonoscopia mostrava um cólon e íleo normais, inclusive sem divertículos. O diagnóstico final foi de apendagite epiplóica, o paciente foi mantido internado por três dias, sob o uso de sintomáticos, com resolução do quadro ao final do período.

Três meses após o paciente retornou ao hospital com quadro semelhante ao anterior. Os dados de sua história, exames físico, laboratoriais e de imagem foram novamente compatíveis com o diagnóstico de AE. Optou-se, então, pela abordagem cirúrgica com remoção de dois apêndices epiplóicos inflamados ao longo do cólon sigmoide. O paciente evoluiu bem após a cirurgia, e atualmente encontra-se assintomático, em acompanhamento clínico.

## DISCUSSÃO

Os apêndices epiplóicos são projeções digitiformes do mesocólon preenchidas por pequena quantidade de gordura subperitoneal. São nutridos por uma ou duas pequenas artérias apendiculares e drenados por

1 - Doutor em Gastroenterologia pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP  
 2 - Professores adjuntos da disciplina de Cirurgia Gastroenterológica da Faculdade de Medicina da UFJF  
 3 - Médico do Serviço de Radiologia do Hospital Monte Sinai – CEDIMAGEM  
 4 - Alunos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFJF

uma pequena veia apendicular. Perfazem um total aproximado de cem ao longo de todo o cólon, concentrando-se sobretudo nas porções cecal e sigmoídea. Seu tamanho é variável, mas geralmente se encontra em torno de 3 centímetros.<sup>2</sup>

A AE não tem causa determinada, mas acredita-se que a torção do apêndice epiploico ao longo de seu maior eixo seja o principal mecanismo patogênico, resultando, inicialmente, em edema, sofrimento vascular e, tardiamente, isquemia e necrose. Estima-se que as trombose das veias apendiculares e o estrangulamento de pequenas hérnias abdominais contendo os apêndices epiploicos, também participem do processo.<sup>3</sup> Ao contrário do apêndice vermiforme e dos divertículos colônicos, o apêndice epiploico não tem parede intestinal. Depois de tornar-se necrótico, com remissão do processo inflamatório, ele é reabsorvido sem acarretar complicações. Destarte, a AE é uma doença benigna, auto-limitada e de resolução espontânea.<sup>4</sup> Tipicamente, afeta indivíduos entre 20 e 50 anos, sem distinção de sexo.<sup>3</sup> Para seu diagnóstico constatou-se: dor abdominal com ausência de sinais de doença grave, sua condição *sine qua non*<sup>1</sup>. Os pacientes, em sua maioria, apresentam-se em bom estado geral e sem sinais de toxemia. A dor abdominal é inicialmente recente, puntiforme, podendo ser precisamente indicada pelo paciente com a ponta do dedo, no quadrante inferior direito, esquerdo, hipogástrico ou quadrante superior esquerdo, de descrição difícil, podendo se apresentar surda, com cólica ou em pontada, sem caráter migratório, mas agravada por manobras que promovam estiramento da parede abdominal.<sup>1,4</sup> Geralmente, não ocorre modificação dos hábitos intestinal e urinário. Pode haver discreta anorexia, náuseas, vômitos e febre, que raramente ultrapassa 38 °C.

O exame físico é pouco elucidativo. À inspeção nota-se uma fácies dolorosa. Os exames cardiovascular e respiratório são normais, podendo acontecer discreta elevação da frequência cardíaca e respiratória. A palpação abdominal mostra um aumento localizado da tensão abdominal no ponto de maior dor, podendo ser palpada uma massa no local em alguns casos. Os ruídos abdominais não se encontram abolidos. Os exames laboratoriais demonstram uma leucometria variável, mas raramente sugere processo inflamatório relevante.

Em virtude da inespecificidade dos sinais e sintomas que compõem seu quadro, a AE deve ser considerada um diagnóstico clínico de exclusão. Os exames de imagem servem para esclarecer as outras dúvidas e descartar eventuais procedimentos cirúrgicos desnecessários.

O estudo ultra-sonográfico abdominal pode revelar uma massa ovóide, sólida, hiperecótica, não comprimível, abaixo do local de maior sensibilidade abdominal. Costuma estar fixa à parede anterior do peritônio<sup>5</sup>. Nota-se efeito de massa na parede do cólon adjacente. A tomografia computadorizada é considerada o exame definitivo para o diagnóstico da AE<sup>6</sup>. O apêndice epiploico infartado tem aparência tomográfica patognomônica: massa paracólica, pediculada, com atenuação da gordura e uma pequena e hiperatenuada borda. Outros achados incluem torção da gordura adjacente, efeito de massa na parede do cólon e espessamento do peritônio local. Os achados tomográficos são suficientemente distintos daqueles encontrados em seus principais diagnósticos diferenciais, de tal maneira que, para o seu diagnóstico e subsequente manejo, é considerada imprescindível a ausência de quaisquer sinais compatíveis com apendicite aguda e diverticulite.

A AE é uma doença que pode ser conduzida somente com o tratamento clínico<sup>7</sup>, consistindo este na prescrição de drogas anti-inflamatórias leves e observação em ambiente hospitalar ou domiciliar, devendo a escolha entre eles ser feita com base na idade e situação social do paciente ou importância clínica do quadro. Um paciente mantido em observação domiciliar deverá ser orientado a procurar assistência médica caso note piora ou migração da dor, anorexia, ausência de melhora após 72 horas, febre com ou sem calafrios, mudança do hábito intestinal, sintomas genitourinários ou ausência de melhora após 72 horas.<sup>4</sup>

As potenciais complicações descritas são a torção com aderência a outras vísceras, levando à obstrução, e formação de abscesso.<sup>7</sup> Vale salientar que, a terapia antimicrobiana não tem indicação.

Neste relato optamos pela abordagem cirúrgica, pressupondo a existência de fatores locais que favorecem a recorrência de apendagite epiploica. Embora não tenhamos identificado nenhuma destas condições *in loco*, após a remoção dos apêndices epiploicos inflamados, não constatamos recidivas durante seis meses de acompanhamento, o que nos sugeriu a eficácia da intervenção cirúrgica neste caso.

♦♦♦

## SUMMARY

### RECURRING EPIPLOIC APPENDAGITIS: CASE REPORT

*Epiploic appendagitis (EA) is the clinical condition characterized by the torsion and ischemia of the epiploic appendages of the colon. Though its incidence is not well known, the number of adequate diagnosis has been increasing, thanks, above all, to the physicians attending in the emergency departments and radiologists, that acquire better knowledge about the disease, further more they gain greater control thanks to an increasing number of quality in modern imaging modalities available, such as ultrasound and computed tomography. The most important differential diagnosis are the acute appendicitis and the diverticulitis, but the former (mentioned at the beginning) on the contrary of these, generally do not need surgical intervention, so the clinical management can be adopted with safety in the majority of the cases. The recurrence is rare, with very few cases reported in the literature. In this report we present a case of recurring AE in which the patient developed acute abdominal pain in the left lower quadrant with radiologic confirmation of AE in two occasions. We have opted for the surgical management supposing the existence of local factors predisposing the recurrence. Even though such factors have not been noted, after the surgical resection of the inflamed appendages we have not observed recurrence, what suggest us the benefit of the surgical approach in this case.*

## KEY WORDS

*Epiploic appendagitis, acute abdominal pain.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.LEGOME, E.L., BELTON, A.L., MURRAY, R.E. RAO, P.M., NOVELLINE, R.A. Epiploic appendagitis. The emergency department presentation. *JEM*, 22:9-13, 2002.
- 2.HARRIGAN, A.H. Torsion and inflammation of the appendices epiploicae. *Arch Surg*, 66:467-8, 1917.
- 3.LYNN, T.E., DOCKERTY, M.B., WAUGH, J.M. A clinicopathologic study of the epiploic appendages. *Surg Gynecol Obst*, 103:423-33, 1956.
- 4.VINSON, D., Epiploic Appendagitis. A new diagnosis for the emergency physician. Two case reports and a review. *JEM*, 17:827-32, 1999.
- 5.RIOUX, M., LANGIS, P., Primary epiploic appendagitis. clinical, US and CT findings in 14 cases. *Radiology*, 191:523-6, 1994.
- 6.RAO, P.M., WITTENBERG, J., LAWRASON, J.N., Primary epiploic appendagitis. Evolutionary changes in CT appearance. *Radiology*, 204:713-7, 1997.
- 7.GHARHEMANI, G.G., WHITE, E.M., HOFF, E.L., Appendices epiploicae of the colon. Radiologic and pathologic features. *Radiographics*, 12:59-77, 1992.