

Apendagite epiploica do apêndice cecal - um relato de caso raro

Acute epiploic appendagitis of the appendix - a rare case report

Kamila Motta Stradiotti¹, Felipe Pires de Albuquerque¹, Maria Laura Silveira de Castro¹,
Laiane Milani de Arruda¹

Resumo

Introdução: Apendagite epiploica (AE) é uma causa incomum de dor abdominal causada por alterações inflamatórias e isquêmicas relacionadas à torção ou trombose venosa dos apêndices epiploicos. Estas estruturas consistem em projeções de tecido adiposo que emergem da superfície serosa do cólon e apêndice cecal, sendo maiores e mais numerosas no cólon descendente e sigmóide. A apendagite epiploica do apêndice cecal (AEA) é uma forma ainda mais rara de apresentação, tendo poucos casos relatados em literatura. Os sinais e sintomas da AE comumente mimetizam outras causas de abdome agudo, que varia dependendo da sua localização, devendo ser considerada no diagnóstico diferencial de dor abdominal localizada. O diagnóstico correto é fundamental para evitar gastos e procedimentos desnecessários, pois se trata de uma condição benigna e autolimitada, com tratamento conservador sendo suficiente na grande maioria dos casos. Atualmente a tomografia computadorizada é o método de escolha na avaliação de pacientes com abdome agudo. **Objetivo:** Relatar um caso raro de dor abdominal aguda causada por apendagite epiploica do apêndice cecal e a importância do seu diagnóstico correto. **Relato do caso:** Paciente com quadro de dor abdominal aguda no quadrante inferior direito, afebril e sem outras queixas gastrointestinais associadas. Ao exame físico referiu dor à palpação profunda no quadrante inferior direito. Exames laboratoriais sem alterações. Foram solicitados exames de imagem complementares, evidenciando apêndice cecal nos limites superiores da normalidade, inflamação periapendicular e uma imagem com densidade de gordura adjacente ao apêndice. Os diagnósticos diferenciais foram de apendicite inicial e

apendagite epiploica. Foi realizado tratamento operatório e exame anatomopatológico, que confirmou o diagnóstico de apendagite epiploica do apêndice cecal. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro dos métodos diagnósticos, incluindo exames laboratoriais, exames de imagem como tomografia computadorizada e anatomopatológico, aos quais o paciente foi submetido e uma breve revisão da literatura. **Conclusão:** Relatamos um caso raro de apendagite epiploica do apêndice cecal, demonstrando um desafio diagnóstico e a importância dos métodos de imagem.

Palavras Chave: Dor abdominal, Abdome agudo, Apêndice cecal, Diagnóstico por imagem

Abstract

Introduction: Epiploic appendagitis (LA) is an uncommon cause of abdominal pain caused by inflammatory and ischemic changes related to venous torsion or thrombosis of the epiploic appendages. These structures consist of projections of adipose tissue that emerge from the serous surface of the colon and cecal appendix, being larger and more numerous in the descending and sigmoid colon. Epiploic appendagitis of the appendix (EAA) is an even rarer form of presentation, with few cases reported in the literature. The signs and symptoms of EAA commonly mimic other causes of acute abdomen, which varies depending on their location, and should be considered in the differential diagnosis of localized abdominal pain. Correct diagnosis is essential to avoid unnecessary expenses and procedures, as it is a benign and self-limited condition, with conservative treatment being sufficient in the vast majority of cases. Currently, computed tomography is the method of choice in the evaluation of patients with acute abdomen. **Objectives:** To describe a rare cause of abdominal pain due acute epiploic appendagitis of the appendix and reinforce the importance of the CT to diagnosis this condition and rule out other causes of acute abdominal pain. **Case report:** Patient with acute abdominal pain in the lower right quadrant, afebrile and without other associated gastrointestinal complaints. On physical examination, she reported pain on deep palpation in the

1. Instituto de Radiodiagnóstico de Rio Preto Ltda - Ultra-X. São José do Rio Preto – SP – Brasil

Trabalho realizado: Instituto de Radiodiagnóstico de Rio Preto Ltda - Ultra-X. São José do Rio Preto – SP – Brasil

Endereço para correspondência: Kamila Motta Stradiotti. Rua Luis Figueiredo Filho. Bairro Vila Nossa Senhora do Bonfim, número 680, apto 11 - bloco B, 15084-180 - São José do Rio Preto - SP. E-mail: kamila.stradiotti@hotmail.com

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

*lower right quadrant. Laboratory tests without changes. Complementary imaging exams were requested, showing the appendix at the upper limits of normal, periapendicular inflammation and an image with fat density adjacent to the appendix. The differential diagnoses were of initial appendicitis and epiplatic appendagitis. Operative treatment and anatomopathological examination were performed, which confirmed the diagnosis of appendagitis of the appendix. Information was obtained by reviewing medical records, interviewing the patient, recording diagnostic methods, including laboratory tests, imaging tests such as computed tomography, anatomopathology, and a brief review of the literature. **Conclusion:** We report a case of acute epiplatic appendagitis of the appendix, demonstrating a diagnostic challenge and the importance of imaging methods.*

Keywords: Abdominal pain; Abdomen, acute; Appendix, Diagnostic imaging

Introdução

Os apêndices epiplóicos foram relatados pela primeira vez por Vesalius, em 1543, entretanto, a patologia só foi reconhecida por Lynn, em 1956 e os achados tomográficos desta condição descritos três décadas após por Danielson et al, em 1986⁽¹⁾.

Os apêndices epiplóicos (AE) iniciam seu desenvolvimento no segundo trimestre intrauterino, atingindo o tamanho apreciável apenas após a puberdade. Os apêndices epiplóicos são bolsas peritoneais redondas de tecido gorduroso, que surgem da superfície serosa do cólon. Estima-se que adultos possuam cerca de 50 a 100 unidades de AE, dispostos em duas filas longitudinais separadas, com extensão do apêndice cecal à junção retossigmóide, poupando o reto. As dimensões variam entre 1 e 2 cm de espessura, 0,5 e 5 cm de comprimento e são maiores e mais numerosos à esquerda (ceco, sigmóide e cólon descendente) em comparação com o lado contra-lateral. Os apêndices epiplóicos podem estar presentes no apêndice cecal, sendo menores neste local em comparação com os encontrados na superfície serosa do cólon⁽²⁾.

Até a atualidade, a função dos apêndices epiplóicos é controversa. A vascularização é realizada por uma ou duas arteríolas terminais que se ramificam dos vasos retos longos do cólon e a drenagem é feita por uma veia tortuosa que passa por seu pedículo estreito. O suprimento sanguíneo limitado, a forma pedunculada e a mobilidade em excesso, faz com que os apêndices epiplóicos sejam mais propensos à torção e infarto isquêmico ou hemorrágico⁽²⁾.

Descrição do Caso

Paciente do sexo feminino, 56 anos, sobrepeso,

procurou atendimento de urgência com quadro de dor abdominal aguda no quadrante inferior direito, afebril e sem outras queixas gastrointestinais associadas. Ao exame físico apresentava sensibilidade no quadrante inferior direito. Os exames laboratoriais eram normais. O ultrassom abdominal não identificou o apêndice cecal. A tomografia computadorizada de abdome sem contraste (FIGURAS 1 – 3) mostrou apêndice cecal de 7mm, inflamação periapendicular e uma imagem com densidade de gordura de 2,0 cm adjacente ao apêndice. Os diagnósticos diferenciais foram de apendicite inicial e apendagite epiplóica.

Foi realizada apendicectomia e exame anatomopatológico que demonstrou um apêndice epiplóico com necrose recente com processo inflamatório agudo focal e ausência de alterações histopatológicas significativas na mucosa do apêndice, confirmando o diagnóstico de Apendagite epiplóica do apêndice cecal.

As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro dos métodos diagnósticos, incluindo exames laboratoriais, exames de imagem como tomografia computadorizada e anatomopatológico, aos quais o paciente foi submetido e uma breve revisão da literatura.

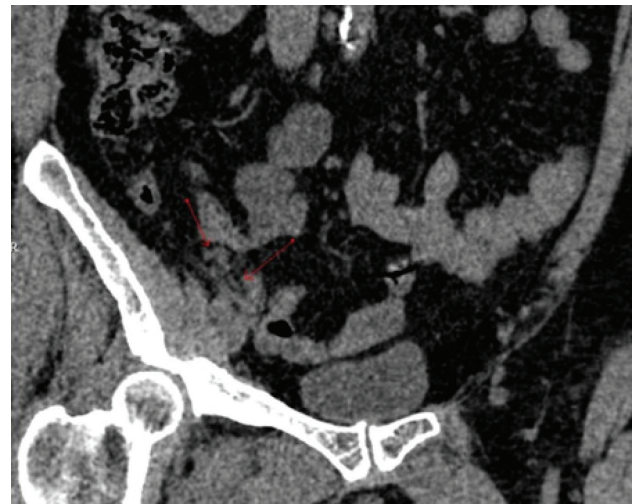


Figure 1 - Tomografia Computadorizada do abdome em reconstrução coronal sem contraste endovenoso, evidenciando apêndice cecal (seta menor) e imagem alongada com baixos coeficientes de atenuação na borda antimesentérica do apêndice, com aspecto de apêndice epiplóico (seta maior).

Discussão

A apendagite epiplóica (AE), também conhecida por apendangite, apendicite epiplóica, epiplaitite hemorrágica e epiplopericolite, é uma condição clínica benigna e auto-limitada, sua incidência exata ainda é desconhecida e subestimada, há relatos antigos de uma estimativa de 2-7% dos casos clínicos suspeitos

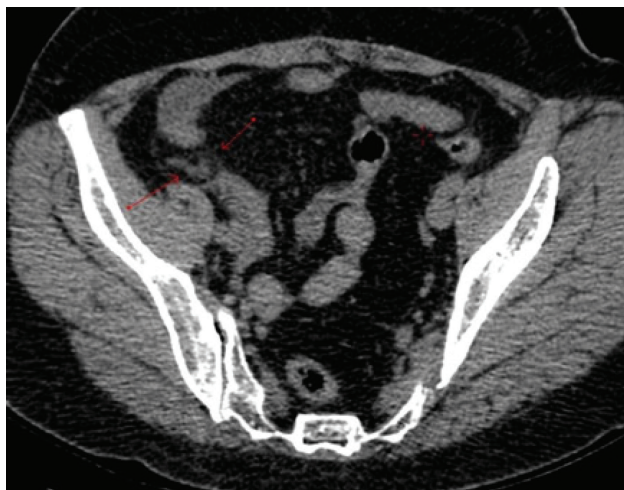


Figure 2 - Tomografia Computadorizada do abdome no corte axial sem contraste endovenoso, evidenciando apêndice cecal medindo 7mm e discreta obliteração da gordura periapendicular.

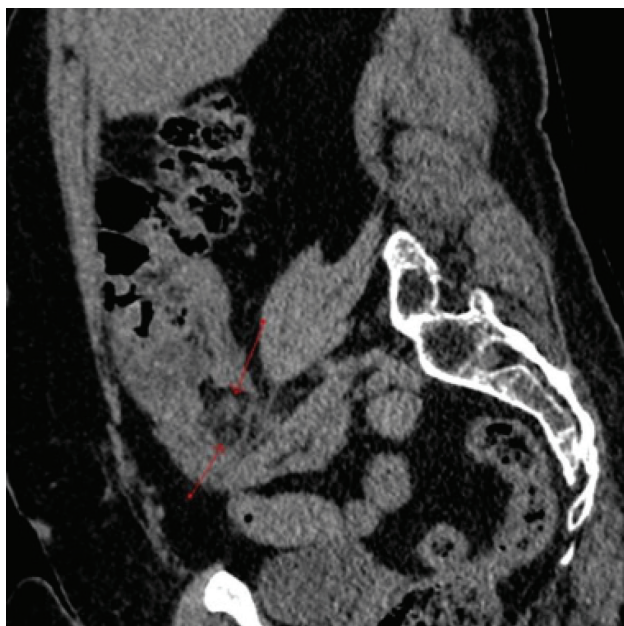


Figure 3 - Tomografia Computadorizada do abdome em reconstrução sagital sem contraste endovenoso, evidenciando apêndice cecal (seta superior) e imagem alongada com baixos coeficientes de atenuação na borda antimesentérica do apêndice, com aspecto de apêndice epiploico (seta inferior).

de diverticulite e apendicite agudas, acometendo mais frequentemente pacientes do sexo masculino (4:1), de 12 a 82 anos, com pico de incidência na quinta década de vida. Obesidade e perda rápida de peso foram descritos como potenciais fatores de risco⁽³⁾.

Embora a apendagite epiploica possa acometer qualquer segmento do cólon, sua frequência relatada é de aproximadamente 50% no sigmóide, 26% cólon

descendente, 22% cólon ascendente e ceco e 2% cólon transverso. A apendagite epiploica do apêndice cecal é extremamente rara, tendo poucos casos relatados em literatura⁽³⁻⁴⁾.

Pode se apresentar basicamente de duas formas, a forma primária decorrente de uma torção espontânea dos apêndices epiploicos, com posterior oclusão vascular e isquemia, e a forma secundária, decorrente de processo inflamatório de órgãos adjacentes, incluindo o cólon, a vesícula biliar e o apêndice cecal⁽⁴⁾.

O quadro clínico manifesta-se por dor abdominal aguda nos quadrantes inferiores, mais comumente no quadrante inferior esquerdo (devido maior prevalência e dimensões dos apêndices epiploicos deste lado), simulando um quadro de diverticulite aguda, e menos comumente acometendo cólon e ceco à direita, imitando apendicite aguda⁽⁵⁻⁶⁾.

Antes da disponibilidade dos métodos de imagem, grande parte dos casos de apendagite epiploica aguda era diagnosticada no intraoperatório. Como os sinais e sintomas clínicos são inespecíficos, o diagnóstico foi correto em apenas 2,5% dos pacientes, expondo os pacientes muitas vezes a procedimentos invasivos desnecessários. Normalmente os apêndices epiploicos não são visualizados em métodos de imagem, a menos que estejam rodeados por líquidos (ascite) ou na dependência de processo inflamatório do mesmo. Desde a introdução dos métodos de imagem, os diagnósticos foram apurados, sendo o padrão-ouro para os quadros de apendagite epiploica a utilização da Tomografia Computadorizada (CT). Há alguns relatos sobre detecção de apendagite epiploica aguda na Ultrassonografia (US) e mais raramente através da ressonância magnética (MRI)^(2,6).

Ao ultrassom pode-se observar presença de imagem hiperecótica arredondada, medindo cerca de 2-4 cm de diâmetro máximo, não compressível, sem vascularização interna ao estudo Doppler devido à falta de fluxo sanguíneo como resultado da torção (auxiliando no diagnóstico diferencial com diverticulite aguda) e com um fino halo hipoeecótico. Podem exercer efeito de massa local, e geralmente não apresentam espessamento da parede intestinal ou ascite⁽²⁾.

A tomografia computadorizada apresenta aparência característica, sendo presença de estrutura ovóide com atenuação de gordura adjacente ao cólon, medindo geralmente cerca de 1,5 a 3,5 cm de diâmetro, com presença de halo hiperdenso, conhecido como "sinal do anel hiperatenuante" (medindo cerca de 1 a 3 mm de espessura), que representa a cobertura peritoneal visceral inflamada do apêndice epiploico, sendo diagnóstico de apendagite epiploica primária. Não é comum haver espessamento da parede do cólon adjacente, porém quando presente o espessamento é mínimo. Pode-se observar também presença de um ponto

central hiperatenuante (“sinal do ponto central”), que representa o pedículo vascular trombosado. O ponto central é hiperatenuante porque o tecido infartado tende a calcificar. A calcificação pode ter formato de casca de ovo e se destacar e aparecer como um corpo livre intraperitoneal ou se reconectar a uma superfície adjacente, como por exemplo a porção inferior do baço, conhecido como “apêndice epiploico parasitado”, distinguível de uma lesão metastática por apresentar uma superfície lisa e a consistência calcificada^(2,7).

Embora pouco utilizada no cenário de abdome agudo, a ressonância magnética também apresenta aparência característica, apresentando massa com hipersinal em T1 e T2, com marcada queda de sinal nas sequências ponderadas em T2 com supressão de gordura (confirmando a natureza gordurosa da lesão), com fino halo de hipossinal em T1 e hipersinal em T2, apresentando veia central com hipossinal em T1 e T2 e realce da borda periférica nas sequências após administração do contraste endovenoso paramagnético⁽²⁾.

A tomografia computadorizada da nossa paciente demonstrava imagem de apêndice epiploico com sinais de inflamação periapendicular, tornando-se um desafio diagnóstico. Devido a motivos clínicos, a paciente foi submetida à intervenção cirúrgica.

Conclusão

O diagnóstico correto de abdome agudo e o conhecimento de seus diagnósticos diferenciais são de fundamental importância, visto que implicam direta-

mente nos diferentes tipos de tratamentos aplicados, para evitar gastos e procedimentos desnecessários. A apendagite epiploica trata-se de uma condição benigna e autolimitada, com o tratamento conservador sendo suficiente.

Referências

1. Freitas GP, Borges AA, Mendonça R, Ribeiro C, Chindano MC. Apendagite epiploica: aspectos clínicos e radiológicos. Arq. Gastroenterol. 2008; 45(2):163-5.
2. Almeida AT, Melão L, Viamonte B, Cunha R, Pereira JM. Epiploic appendagitis: an entity frequently unknown to clinicians - diagnostic imaging, pitfalls, and look-alikes. AJR Am J Roentgenol. 2009; 193(5):1243-51.
3. Giambelluca D, Cannella R, Caruana G, Salvaggio L, Grasedonio E, Galia M, et al. CT imaging findings of epiploic appendagitis: an unusual cause of abdominal pain. Insights Imaging. 2019; 10(1):26.
4. Puryrsko AS, Remer EM, Leão Filho HM, Bittencourt LK, Lima RV, Racy DJ. Beyond appendicitis: common and uncommon gastrointestinal causes of right lower quadrant abdominal pain at multidetector CT. Radiographics. 2011; 31(4):927-47.
5. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Rhea J, Mueller PR. CT appearance of acute appendagitis. AJR Am J Roentgenol. 2004; 183 (5):1303-7.
6. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. RadioGraphics. 2005; 25(6):1521-34.
7. Macari M, Balthazar EJ. The acute right lower quadrant: CT evaluation. Radiol Clin North Am. 2003; 41(6):1117-36.

Trabalho recebido: 21/06//2020

Trabalho aprovado: 04/08/2020

Trabalho publicado: 19/08/2020