

## QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Públio Cesar Cavalcante Viana<sup>1</sup>, Marco da Cunha Pinho<sup>1</sup>, Alípio Ormond Filho<sup>1</sup>, Rodrigo Caruso Chate<sup>1</sup>, Marcos Roberto de Menezes<sup>2</sup>

\* Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP. 1. Médicos Residentes do HC-FMUSP. 2. Diretor do Serviço de Radiologia de Emergência do Pronto-Socorro do HC-FMUSP. Endereço para correspondência: Dr. Públio César Cavalcante Viana. Rua Doutor Ovídio Pires de Campos, 171, ap. 403, Cerqueira César. São Paulo, SP 05403-010. E-mail: publioviana@globlo.com

Paciente do sexo feminino, 48 anos de idade, trabalhadora doméstica, natural da Bolívia e procedente de São Paulo. Procurou atendimento em serviço de urgência, com queixa de dor abdominal intensa há dois dias, sem alteração de hábito intestinal ou febre. Relata ter sido medicada com analgésicos por via endovenosa, com melhora clínica parcial.

Com a recorrência do quadro doloroso, procurou o pronto-socorro do HC-FMUSP, sendo feita a hipótese de abdome

agudo inflamatório localizado na fossa ilíaca direita. Os exames laboratoriais foram normais.

Realizou então exame de ultra-sonografia (US), que mostrou hiperecogenicidade e borramento dos planos gordurosos na fossa ilíaca direita, sugerindo processo inflamatório local, sem visualização do apêndice cecal. Dada a forte suspeita diagnóstica, prosseguiu-se a investigação com a realização de tomografia computadorizada (TC) abdominal (Figuras 1 a 6).

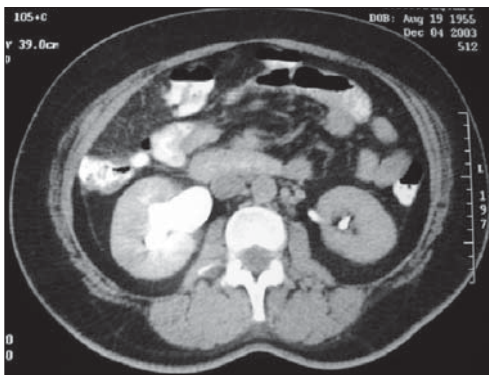


Figura 1

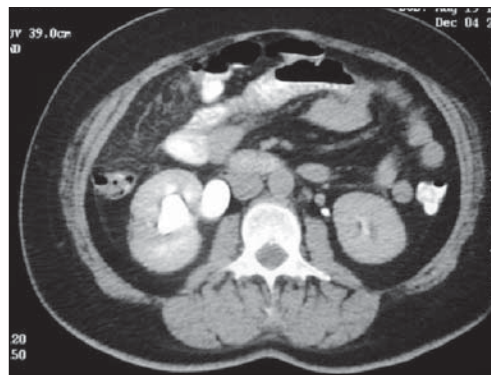


Figura 2

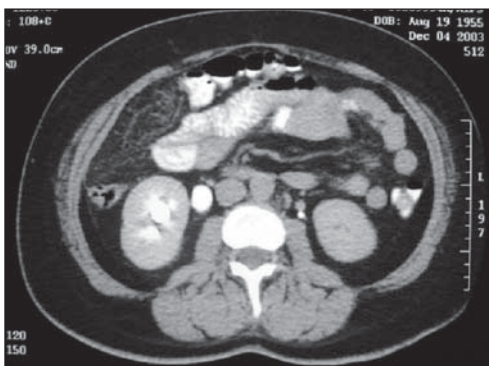


Figura 3



Figura 4



Figura 5

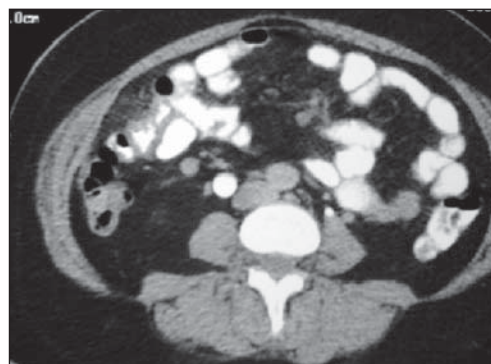
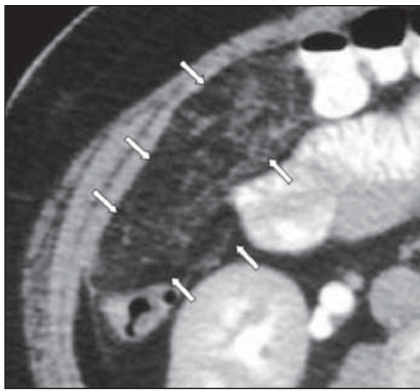


Figura 6

## Achados de imagem

À TC do abdome foi evidenciada massa heterogênea com atenuação de gordura, associada a densificação dos planos adiposos do flanco e fossa ilíaca direita, lateralmente ao cólon ascendente, compatível com o grande omento. Notar que a densificação é restrita a essa região e que o apêndice cecal e o ceco estão normais. Não há evidências de líquido livre ou coleção intraperitoneal.

**Diagnóstico:** Infarto segmentar do grande omento.



**Figura 7.** Detalhe ampliado da Figura 4 mostrando massa lobulada heterogênea com atenuação predominante de gordura (setas), compatível com infarto do grande omento.

## COMENTÁRIOS

O diagnóstico síndrome de abdome agudo inflamatório localizado na fossa ilíaca direita abrange, como principais diagnósticos diferenciais, apendicite, diverticulite e colecistite agudas, ileíte terminal, apendagite e infarto segmentar do omento<sup>(1)</sup>.

A torção omental com infarto é urgência abdominal rara que acomete pacientes de meia-idade, com predomínio do sexo masculino (3:2). Mais comumente ocorre sem causa evidente (infarto segmentar idiopático ou primário), não havendo ponto de fixação demonstrável. Fatores considerados predisponentes para este tipo de torção incluem a obesidade e a presença de omento redundante e exageradamente móvel. A maior parte dos infartos acomete a porção direita do omento, provavel-

mente devido às maiores dimensões, peso e mobilidade deste segmento. Nos casos de torções ditas secundárias, cirurgias prévias, tumores, aderências e hérnias encarceradas são comumente implicados.

Em pacientes pediátricos a obesidade tem sido ressaltada como importante fator predisponente, provavelmente devido às proporções epidêmicas que esta tem tomado em crianças de países desenvolvidos, como é o caso, por exemplo, dos EUA. Estudos comparativos entre crianças do sexo masculino e feminino com índices de massa corpórea semelhantes têm mostrado maior incidência de torção em meninos<sup>(2-6)</sup>, o que parece ser explicado pela maior tendência destes em apresentar acúmulo central de gordura (distribuição fisiológica dependente do sexo), com omentos mais espessos e pesados.

O diagnóstico de infarto omental é feito na maior parte das vezes durante o ato cirúrgico, pois a expressão clínica dos processos inflamatórios da fossa ilíaca direita tem como primeira hipótese a apendicite aguda, sendo freqüentemente indicada cirurgia sem a realização de exames complementares.

As modalidades de diagnóstico por imagem, seja a US ou a TC, podem com muita propriedade avaliar as afecções que acometem a fossa ilíaca direita, principalmente quando se trata de processos inflamatórios. Nos casos de infarto de omento, estes métodos irão mostrar a densificação de planos gordurosos com formação de massa, sem sinais de acometimento dos órgãos desta região<sup>(7-9)</sup>. A massa consiste de necrose gordurosa, hemorragia e infiltração inflamatória. Recentemente, foi sugerido que a presença de estruturas lineares serpiginosas associadas a massa gordurosa representam vasos omentais torcidos sobre si próprios, o que corrobora o diagnóstico de infarto omental<sup>(10)</sup>. Nos casos em que estejam presentes, processos concomitantes ou mesmo desencadeantes (torção secundária) podem ser demonstrados<sup>(11)</sup>.

As modalidades de tratamento mais aceitas são a conduta expectante com medicações sintomáticas e a omentectomia, que pode ser feita por via laparoscópica.

Os argumentos em defesa da omentectomia em vez do tratamento conservador são a melhora imediata dos sinais clínicos e a aparente menor taxa de possíveis complicações (formação de abscesso, obstrução intestinal por adesões).

Atualmente, os avanços tecnológicos dos métodos de imagem possibilitaram um crescimento na utilização destes para a avaliação das enfermidades que acometem o abdome, em especial nos casos agudos, e principalmente quando estamos falando das afecções do apêndice cecal e seus respectivos diagnósticos diferenciais. Num cenário de inespecificidade de dados clínicos e laboratoriais, como são em geral os casos de torção omental, os métodos de diagnóstico por imagem assumem papel de destaque, pois podem, além de indicar o diagnóstico, evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários e de alto custo.

## REFERÊNCIAS

1. Houben CH, Powis M, Wright VM. Segmental infarction of the omentum: a difficult diagnosis. *Eur J Pediatr Surg* 2003;13:57-9.
2. Nagar H, Kessler A, Ben-Sira L, Klepikov I, Wiess J, Graif M. Omental infarction: an unusual cause of acute abdomen in children. *Pediatr Surg Int* 2003;19:677-9.
3. Grattan-Smith JD, Blews DE, Brand T. Omental infarction in pediatric patients: sonographic and CT findings *AJR* 2002;178:1537-9.
4. Varjavandi V, Lessin M, Kooros K, Fusunyan R, McCauley R, Gilchrist B. Omental infarction: risk factors in children. *J Pediatr Surg* 2003;38:233-5.
5. Cervellione RM, Camoglio FS, Bianchi S, *et al.* Secondary omental torsion in children: report of two cases and review of the literature. *Pediatr Surg Int* 2002;18:184-6.
6. Schlesinger AE, Dorfman SR, Braverman RM. Sonographic appearance of omental infarction in children. *Pediatr Radiol* 1999;29:598-601.
7. McClure MJ, Khalili K, Sarrazin J, Hanbidge A. Radiological features of epiploic appendagitis and segmental omental infarction. *Clin Radiol* 2001; 56:819-27.
8. Puylaert JBCM. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US and CT findings. *Radiology* 1992;185:169-72.
9. van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Epiploic appendagitis and omental infarction: pitfalls and look-alikes. *Abdom Imaging* 2002;27:20-8.
10. Pilleul F, Bonifacio A, Atri M. CT appearance of primary omental torsion: description of a new finding. *The Journal of Radiology* August 2003. [www.jradiology.org](http://www.jradiology.org)
11. Schwartzman GJ, Jacobs JE, Birnbaum BA. Omental infarction as a delayed complication of abdominal surgery. *Clin Imaging* 2001;25:341-3.