

## RELATOS DE CASOS

### Processo inflamatório abdominal simulando blastoma intestinal

#### Abdominal inflammatory process simulating an intestinal blastoma

Gerson Sugiyama NAKAJIMA\* e Isaac TAYAH\*\*

#### Introdução

A infartação segmental do omento é uma etiologia possível da dor aguda ou crônica (tumor de Schloffer) no abdome<sup>1</sup>. A inflamação aguda primária ou idiopática é uma síndrome rara e de difícil diagnóstico. Em sua forma secundária, provavelmente as causas da afecção se devem a agentes etiológicos e condições clínicas de cirurgias, que podem contribuir para a manipulação de vísceras inflamadas e torções intermitentes do omento<sup>2,3</sup>. Os processos inflamatórios podem ser desencadeados por corpos estranhos na cavidade abdominal, tais como espinha de peixe, fibras vegetais e fios cirúrgicos entre outros. Com a evolução do processo em fase aguda, o omento pode-se transformar numa massa volumosa, adquirindo diversas formas, causando aderência ao peritônio e provocando obstrução intestinal, formação de abscesso ou ruptura na cavidade peritoneal ou na luz do intestino.

Os exames de imagem por ultrasonografia (US) permitem a detecção e caracterização de tais lesões e a tomografia computadorizada (TC) determina a origem omental do tumor,<sup>4,5</sup> confirmando o diagnóstico<sup>6</sup>.

Neste trabalho, os autores descrevem o caso de um paciente avaliado por imagens

de US e TC, apresentando uma massa de grande volume no omento maior, simulando um blastoma intestinal.

#### Relato do caso

O paciente PMA, 68 anos, sexo masculino, cor parda, natural de Manicoré e residente em Manaus-Amazonas, procurou assistência médica com a queixa "inchaço na barriga"; relatou que há 37 dias iniciara desconforto, seguido de distensão abdominal e sensação de peso. O uso de chá caseiro (boldo) fez ceder, espontaneamente, o sintoma. Após 22 dias de ingestão de bebida alcoólica e alimentos gordurosos, houve recidiva da dor com ardência no mesogástrico, flanco esquerdo, acompanhada de uma massa volumosa na região afetada. Referiu, ainda, diarreia crônica, aquosa, com alguns episódios sanguinolentos, sem vômitos.

Na história pregressa, referiu malária, varicela e sarampo, entretanto negou diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e hepatites, não havendo outro passado morbido clínico-cirúrgico.

Ao exame físico, o paciente apresentou estado geral regular, lúcido e orientado no tempo e espaço, afebril, acianótico, anictérico, eupnéico, hipocorado (+/4+) e sem adenomegalias.

\* Prof. Adjunto, Doutor em Medicina, Clínica Cirúrgica FCS-UFRM; Chefe da Clínica Cirúrgica HUG/UFAM, FDC, ITSD

\*\* Médico Assistencial, MS/HUG - UFAM - REICORON

A ausculta pulmonar apresentou murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios, frequência respiratória de 20irpm.

O ritmo cardíaco era regular em 2 tempos, bulha normofônica, frequência cardíaca 74bpm e pressão arterial 180 X100mmHg.

À palpação do abdômen, evidenciou-se globoso, píparoet(+) e no epigástrio a presença de uma massa de 13cm de diâmetro aproximadamente, dolorosa, superficial e profunda, bordos irregulares, superfície lisa, consistência endurecida, móvel, com adesão dos planos profundos. Hepatomegalia ao rebordo costal direito (RCD), cerca de 10cm do apêndice xifóide de  $\pm$  4cm; presença de ruídos hidro-aéreos, edema perimaleolar bilateral (+/+).

Avaliação laboratorial constou de hemograma: eritrócitos-4,31 milhões/mm; hematócritos-39%; hemoglobina-13,20/dl; leucócitos-9500/mm e glicose 255mg/dl. Os demais exames obedeceram aos padrões de normalidade.

A propedêutica por imagem incluiu a ultra-sonografia (US) abdominal total, tomografia (TC) do abdômen. A US mostrou evidência de esteatose hepática, colelitíase, e imagem sugestiva de blastoma intestinal do cólon descendente. A tomografia revelou um cólon normal (confirmado pelo clíster opaco) e massa ovalada envolvendo o epiplon e parte do intestino delgado.

Estabelecida a hipótese acima, adotou-se a conduta da laparotomia exploradora sob anestesia geral com incisão mediana supra e infra-umbilical. À abertura, observou-se bloqueio do epiplon na parede abdominal e na alça do intestino delgado pela presença de uma massa inflamatória que foi completamente removida, contendo necrose e exsudato purulento (inodoro) na região mediana (FIG. 1).



Figura 2. Cuidade abdominal sem tumor ou lesões metastáticas

Um inventário da cavidade abdominal não mostrou lesões metastáticas e/ou presença de tumor na área lesionada, exceto a presença de colecistite calculosa optando-se pela enterectomia + epiplectomia (FIG. 2) com anastomose término-terminal e colecistectomia. As peças operatórias enviadas para estudo histopatológico revelaram epiplóite crônica, fibrosante, abscedada e colecistite crônica.



Figura 1. Tumor contendo necrose do epiplon e exsudato purulento

## Discussão

A literatura sobre o achado à propedêutica de tumores intra-abdominais tem sido crescente e sua taxa de ocorrência é subestimada<sup>1</sup>. Para os cirurgiões, constitui-se constante desafio a determinação de sua natureza.

A avaliação pré-operatória e o controle dessas lesões são polêmicas, com a maioria dos protocolos indicando ressecção do segmento afetado mediante laparotomia. De modo geral, exames radiológicos simples dão pouca indicação e o de contraste pode evidenciar compressões extrínsecas de órgãos abdominais. Entretanto o desenvolvimento tecnológico dos exames de imagem<sup>1</sup>, permitiu que o diagnóstico fosse efetuado em menor tempo e melhor definição de propostas clínico-cirúrgicas na avaliação e tratamento dessas lesões. Outros fatores também devem ser considerados, tais como a localização exata da lesão, dimensões, conteúdo e uma possível metástase nos tecidos vizinhos e a distância.

No presente caso, a US permitiu a visualização da estrutura interna, mas falhou por não definir a localização anatômica. O enema opaco e o exame tomográfico do abdômen total não referiram anormalidade do cólon. Na ausência de outras alterações abdominais, tais

como apendicite aguda (primeiro diagnóstico pré-operatório mais comum), colecistite, diverticulite, úlcera péptica perfurada, volvo sigmóide entre outras, pelo diagnóstico diferencial, a laparotomia foi o procedimento adequado. A presença de lesões com faixas de gordura espessada é considerada normal em processos inflamatórios no abdome, entretanto adesão normal do intestino delgado pelo omento maior é uma entidade rara, exceto em crianças<sup>1</sup>. Entretanto, a possibilidade de corpo estranho (espinha de peixe), não deve ser descartada devido à peculiaridade regional, pelo consumo de peixe.

A histologia confirmou inflamação aguda, crônica, com focos de esteatose e necrose, porém não ficou caracterizada a malignidade do tumor; a tomografia pode oferecer a vantagem de detecção precoce e diagnóstico favorável. Com o advento da laparoscopia diagnóstica, o omento tornou-se uma entidade clínica mais frequentemente reconhecida.

---

**Abstract** - This paper reports a case of a 69 years old man, bearing a mass suggestive of an intestinal blastoma. Imaging studies such as ultrasonography, computed tomography and opaque enema allowed the detection and characterization of an bulky adherent mass at the greater omentum. Enterectomy coupled at the cholecystectomy showed a huge inflammatory mass with necrosis and purulent exsudate blocking the epiplo at the abdominal wall encased of a loop of the small intestine.

**Descriptors:** Greater omentum; loop of the small intestine; laparotomy/enterectomy.

---

## Referências

1. BARBIER C, PRADOURA JM, TORT-YAUX JM. Primary segmental infarction of the greater omentum: diagnostic findings and pathophysiological considerations. **J Rad**, 79:1367-72, 1999.
2. AGGARWAL S, HALDAR S, KUMAR A, KUMAR S, GULERIA S, DAWAR R. Primary malignant fibrous histiocytoma of the greater omentum. **Trop Gastroenterol**, 23: 193-4, 2002.
3. NAKAGAWA M, AKASAKA Y, KANAI T, YAMASHITA T, KURODA M, TAKAI H, MIYAZAWA N. Extragastrointestinal stromal tumor of the greater omentum: case report and review of the literature. **Hepatogastroenterol**, 50:691-5, 2003.
4. RATON S, BHATNAGAR V, GUPTA SD. Epithelioid hemangi endothelium of the greater omentum: report a case. **Japan J Surg**, 29:919-21, 1999.

5. ISHIDA J, ISHIDA H, KONNO K. Primary leiomyosarcoma of the greater omentum. **J Clin Gastroenterol**, 28:167-70, 1999.
6. STYART II, VALLA JS. Laparoscopic approach to primary infarction of the greater omentum. **Surg Laparosc Endosc**, 7:714-6, 1997.
7. KIMURA H, EARASHI M, KONISI K. Strangulation ileus resulting encasement of a loop of the small intestine by the great omentum, caused anormal adhesion. **J Gastroenterol**, 31:714-6, 1996.

#### Correspondência para:

Dr. Gerson Suguiyama Nakajima  
Depto Clínica Cirúrgica - HUGV - UFAM  
Rua Apurina, 4 - Praça 14  
69020-170 - Manaus-AM  
*g.nakajima@buri.com.br*