



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS DE PALMAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

BARION SANTOS BARONI SALES

**O PAPEL DA LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA EM CASOS
DE DOR ABDOMINAL INESPECÍFICA**

**Palmas/TO
2021**

BARION SANTOS BARONI SALES

O PAPEL DA LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA EM CASOS DE
DOR ABDOMINAL INESPECÍFICA

Monografia avaliada e apresentada à UFT –
Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
Universitário de Palmas, Curso de Medicina
para obtenção do título de Médico sob
orientação da Prof.^a Especialista Adriana
Edelves Trindade Martins Carvalho.

Orientadora: Especialista Adriana Edelves
Trindade Martins Carvalho.

Palmas/TO
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

S163p Sales, Barion Santos Baroni.

O PAPEL DA LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA EM CASOS DE DOR ABDOMINAL INESPECÍFICA. / Barion Santos Baroni Sales. – Palmas, TO, 2021.

27 f.

Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Medicina, 2021.

Orientadora : Adriana Edelves Trindade Martins Carvalho

1. Saúde. 2. Laparoscopia. 3. Abdome agudo. 4. Lipoma intra abdominal. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).


BARION SANTOS BARONI SALES

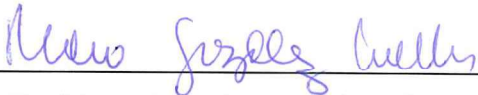
O PAPEL DA LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA EM CASOS DE DOR ABDOMINAL
INESPECÍFICA

Monografia avaliada e apresentada à UFT –
Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
Universitário de Palmas, Curso de Medicina
para obtenção do título de Graduação e
aprovada em sua forma final pelo Orientador e
pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 22 / 11 / 2021

Banca Examinadora:


Preceptora Esp. Adriana Edelves Trindade Martins Carvalho, UFT



Prof. Esp. Pedro Manuel Gonzales Cuellar, UFT



Documento assinado digitalmente
Erminiana Damiani de Mendonça
Data: 24/11/2021 18:09:08-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dra. Erminiana Damiani de Mendonça, UFT

RESUMO

A dor abdominal de difícil diagnóstico é desafio no dia a dia médico cirurgião, porém, com a popularização do acesso a laparoscopia, o cirurgião adquiriu mais uma peça ao arsenal diagnóstico, este com o benefício de ter caráter terapêutico. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente que deu entrada no Hospital da Unimed em Palmas - Tocantins, com dor abdominal aguda de difícil diagnóstico, no qual a laparoscopia diagnóstica foi fundamental para detecção e tratamento cirúrgico da causa. Ao relato do caso, paciente de 22 anos, sexo masculino, com quadro de dor abdominal aguda em flanco direito e fossa ilíaca direita, de evolução de 7 dias e associada a anorexia, astenia e prostração. Sem alterações nos exames laboratoriais. A tomografia computadorizada realizada evidenciou discreto espessamento peritoneal no flanco direito e fossa ilíaca direita. O paciente foi abordado cirurgicamente por via laparoscópica, onde foi identificada uma tumoração em peritônio parietal no flanco direito, devidamente ressecada. O estudo anatomopatológico identificou a tumoração como um lipoma em necrose. O abdome agudo geralmente é uma urgência cirúrgica muito comum que se ignorada pode levar o paciente à morte. O paciente em questão, apesar de não ter apresentado clínica clássica, teve sua queixa de dor abdominal devidamente valorizada, evitou-se assim uma evolução desfavorável com um pior prognóstico, demonstrando a importância da laparoscopia diagnóstica no manejo do paciente com dor abdominal inespecífica.

Palavras-Chave: Abdome agudo; Dor abdominal; Lipoma.

ABSTRACT

Difficult to diagnose abdominal pain is a challenge in the daily routine of surgeons, however, with the popularization of access to laparoendoscopy, the surgeon has acquired another piece of the diagnostic arsenal, this one with the benefit of having a therapeutic nature. This paper aims to report the case of a patient who was admitted to the Unimed Hospital in Palmas - Tocantins, with acute abdominal pain difficult to diagnose, in which diagnostic laparoscopy was essential for detecting and surgically treating the cause. In the case report, a 22-year-old male patient presented with acute abdominal pain in the right flank and right iliac fossa, with a 7-day evolution and associated with anorexia, asthenia and prostration. No changes in laboratory tests. Computed tomography performed showed mild peritoneal thickening in the right flank and right iliac fossa. The patient was surgically approached laparoscopically, where a tumor in the parietal peritoneum was identified on the right flank, which was duly resected. The anatomopathological study identified the tumor as a necrotic lipoma. Acute abdomen is usually a very common surgical emergency that, if ignored, can lead to death. The patient in question, despite not having presented a classic clinic, had his abdominal pain complaint duly valued, thus avoiding an unfavorable evolution with a worse prognosis, demonstrating the importance of diagnostic laparoscopy in the management of patients with nonspecific abdominal pain.

Keywords: Acute Abdomen; Abdominal Pain; Lipoma.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Tomografia computadorizada em 24/09/2014	16
Figura 2- Peça Cirúrgica: tumoração em peritônio parietal	17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Exames laboratoriais 24/09/2014.....	15
Tabela 2- Escala de Alvarado	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 DESCRIÇÃO DO CASO	14
3 DISCUSSÃO	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

1 INTRODUÇÃO

Até o final da década de 1970, as técnicas laparoscópicas eram quase exclusivamente da competência de ginecologistas. Os cirurgiões da época igualavam proeza nas técnicas cirúrgicas a grandes incisões, e ignoravam amplamente a laparoscopia. Até o início dos anos 1980, a visualização laparoscópica era limitada ao cirurgião com a óptica (LAU; LEOW; LI, 1997).

O advento de um "espelho de ensino", conectado e ramificado a partir do endoscópio principal, permitia que o assistente visse o que o cirurgião via. Infelizmente, esses endoscópios eram pesados e ineficazes quando o cirurgião e o assistente precisam coordenar suas ações (LAU; LEOW; LI, 1997). Portanto, cirurgias de técnicas complexas não podiam ser realizadas com esses endoscópios. A laparoscopia não era popular e raramente usada para cirurgia geral nas décadas de 1970 e 1980.

O desenvolvimento de câmeras de vídeo com chip de computador e sua aplicação na cirurgia, permitiu que todos na sala de cirurgia assistissem às imagens produzidas pela laparoscopia ao mesmo tempo. Posteriormente, os cirurgiões aceleraram o avanço tecnológico da laparoscopia terapêutica segura e aprimorada e introduziram a laparoscopia terapêutica no campo da cirurgia geral (LAU; LEOW; LI, 1997).

A primeira apendicectomia laparoscópica incidental foi atribuída a Semm, em 1981 (SEMM, 1983), e a primeira colecistectomia laparoscópica humana foi realizada por Mühe em 1985 (REYNOLDS JR, 2001). O surgimento da colecistectomia laparoscópica foi o fator mais importante que impulsionou a expansão da cirurgia laparoscópica. Em um curto período de tempo, várias operações foram realizadas por meio de laparoscopia, incluindo esofagectomia, vagotomia seletiva ou de tronco, cardiotomia abdominal, funduplicatura total ou parcial, gastrectomia parcial, gastrojejunostomia, esplenectomia, adrenalectomia, coledocotomia, ressecção de metástase hepática (LAU; LEOW; LI, 1997).

A avaliação dos órgãos internos, peritônio, retroperitônio e pelve é parte integrante da cirurgia abdominal, e a capacidade de avaliar o abdome por meio de laparoscopia foi bem estabelecida. A visão ampliada e a operabilidade do abdômen fornecidas pelos videoendoscópios atuais permitem uma avaliação completa e detalhada. A laparoscopia tem sido recomendada como a principal ferramenta invasiva para o exame do abdome agudo (DNYANMOTE et al, 2020).

Em casos de dor abdominal em fossa ilíaca direita se uma política conservadora for seguida ou uma apendicectomia padrão for realizada, muitos diagnósticos podem ser perdidos (POMP, 1999). Além de proporcionar excelentes resultados terapêuticos, boa evolução clínica durante uma internação hospitalar de curto prazo. Desta forma o hospital economiza muitos custos e traz benefícios aos pacientes e à sociedade ao possibilitar o retorno às atividades cotidianas, como, às aulas ou ao trabalho mais cedo.

A vantagem da laparoscopia diagnóstica para abdome agudo é que ela pode avaliar a cavidade abdominal do paciente com rapidez e precisão e fornece um alto grau de certeza para quaisquer decisões de tratamento subsequentes. Se houver cirurgiões com treinamento e habilidades suficientes, além dos instrumentos e tecnologias disponíveis, a laparoscopia diagnóstica tem alto grau de recomendação para ser usada como abordagem de escolha, e tem os benefícios adicionais de reduzir a dor, reduzir a incidência de feridas e encurtar o tempo de recuperação. Este procedimento reduz o tempo necessário para diagnosticar e fornecer tratamento, economiza o custo de estudos de imagem e reduz a incidência de progressão da doença (MCGREEVY et al., 2002).

Nesse caso, a laparoscopia diagnóstica pode reduzir a incerteza do diagnóstico. Embora o ultrassom tenha sido cada vez mais usado para diagnosticar apendicite aguda, ele não mostrou um resultado melhor do que o diagnóstico clínico sozinho (DOUGLAS et al., 2000). A intervenção precoce pode reduzir a taxa de perfuração do paciente durante o período de observação (ANDREOLLO et al., 1999).

Mulheres em idade fértil têm problemas especiais no diagnóstico de dor abdominal inferior aguda. As doenças ginecológicas podem ter sinais e sintomas indistinguíveis da apendicite aguda. Portanto, tradicionalmente, a laparoscopia diagnóstica tem sido favorecida neste grupo em questão (LAINE et al., 1997).

A laparoscopia como método diagnóstico pode aumentar a incidência de apendicectomia branca. Se a causa da dor não for encontrada, a apendicectomia é realizada rotineiramente. A dor causada por cálculos no apêndice, corpos estranhos no apêndice, apendicite estrutural ou apendicite recorrente crônica pode estar relacionada à aparência normal que é visível na inspeção do apêndice a olho nu (ANDREOLLO et al., 1999).

É fato que nem todas as unidades de saúde tem equipamentos e pessoal treinado para realizar a laparoscopia diagnóstica, ou o tempo e a logística necessários para encaminhar

todos os pacientes com dor abdominal aguda de diagnóstico incerto para laparoscopia diagnóstica, ademais, os custos seriam muito altos.

Todavia, é notório que o diagnóstico precoce e o início do tratamento são de grande benefício para o paciente. O encurtamento do tempo de internação e a redução de imagens abdominais desnecessárias compensam o custo gerado pela realização da laparoscopia. Além disso, os benefícios do treinamento laparoscópico para os residentes em cirurgia geral e subespecialidades são tão significativos que a apendicectomia laparoscópica se tornou cirurgia padrão para apendicite em diversos hospitais (HART et al., 1996).

O abdome agudo é um dos quadros mais comuns vistos na emergência. A dor abdominal inespecífica é uma apresentação do abdome agudo onde não se pode definir com precisão a causa por recursos clínicos e de imagem. A videolaparoscopia diagnóstica é um recurso importante no seu diagnóstico e tratamento, especialmente quando é acompanhado de dor abdominal inespecífica (SCHAFASCHECK et al., 2021).

O tratamento do abdome agudo com dor abdominal inespecífica pode ser executado em duas diretrizes, uma primeira, de caráter conservador, com analgesia e acompanhamento clínico e de imagem, acompanhado do procedimento cirúrgico convencional ou, sob outro prisma, através da videolaparoscopia, método que comporta diversos benefícios quando comparado com a cirurgia tradicional (SCHAFASCHECK et al., 2021).

Um lipoma pediculado retorcido originado do peritônio parietal é uma causa rara de abdome agudo que quando acomete a fossa ilíaca direita, clinicamente, pode simular apendicite. O lipoma é um tumor de origem mesenquimal de ocorrência comum, com possibilidade de aparecer em qualquer parte do corpo, capazes de surgir em estruturas profundas ou superficiais, ser únicos ou múltiplos (GOLDBLUM et al., 2013).

A maioria dos lipomas aparece em pacientes entre 40 e 60 anos de idade e são tumores benignos que crescem lentamente (BARUT et al., 2006). Eles tendem a ocorrer no tronco e são os tumores mais comuns da parede abdominal (TAYLOR et al., 1990). Aqueles no trato gastrointestinal geralmente vêm da submucosa ou membrana serosa. Os lipomas gastrointestinais maiores que 20 mm podem causar dor abdominal, intussuscepção, mudanças nos hábitos intestinais ou perda de sangue gastrointestinal (GOKHALE, 2007).

A olho nu, os lipomas são estruturas moles e móveis, de cor amarela ou marrom, com fronteira nítida com os tecidos circundantes. Histologicamente, são compostos por tecido

adiposo bem definido e cápsulas fibrosas. Os lipomas podem ser detectados clinicamente, superficialmente, ou detectados radiologicamente, quando profundos (PATIL et al., 2020).

Ao exame físico, aparecem como massas maleáveis e móveis. No exame ultrassonográfico, apresentam uma textura ecogênica contornada (em comparação aos músculos adjacentes, circundada por uma cápsula ecogênica delgada (PATIL et al., 2020). Os lipomas profundos, a depender do tamanho podem ser diagnosticados de forma confiável na tomografia computadorizada. Eles aparecem como massas submucosas com limites claros e atenuação uniforme da gordura (PATIL et al., 2020).

Quando o lipoma necessita de tratamento, o mais recomendado é a excisão cirúrgica completa, sendo ambulatorial ou em centro cirúrgico, pois apresenta alta taxa de recorrência, sendo menor que 5% uma frequência de recorrência aceitável (BARUT et al., 2006).

Embora os lipomas peritoneais parietais sejam raros, eles ainda são o diagnóstico diferencial da dor abdominal aguda. A dor geralmente está relacionada à torção dos lipomas e subsequente inflamação peritoneal causada pela isquemia e necrose causada pela torção já citada. A localização desse lipoma em torção pode simular sintomas de outras etiologias de abdome agudo, por exemplo, se no quadrante inferior direito do abdome pode apresentar-se clinicamente como apendicite (BARUT et al., 2006).

Ainda que a tomografia computadorizada possa ser usada para diagnosticar apendicite aguda, a maioria dos lipomas intra-abdominais são encontrados durante a cirurgia (PATIL et al., 2020). A laparoscopia exploratória é a melhor maneira de diagnosticar o lipoma pediculado. Durante a operação, se o apêndice estiver visualmente normal, o cirurgião deve examinar cuidadosamente a parede peritoneal parietal para descartar esse raro diagnóstico diferencial de apendicite aguda. Os lipomas intra-abdominais sintomáticos são mais bem tratados com a remoção cirúrgica completa e posterior análise anatomopatológica da peça cirúrgica para confirmação diagnóstica.

Este trabalho acompanha um caso no qual a videolaparoscopia foi fundamental para o diagnóstico e tratamento adequados de um caso de abdome agudo com dor inespecífica. O tratamento conservador, a cirurgia convencional e as cirurgias videolaparoscópicas para doenças específicas estão fora do escopo deste trabalho.

A análise do presente caso mostra-se relevante, pois o abdome agudo é caso frequente na clínica, e a singularidade do quadro, ocasionado por lipoma com necrose, torna-se

importante referência como diagnóstico diferencial, eis que, por vezes o quadro sintômico não é suficiente para concluir o diagnóstico observando as causas habituais.

O objetivo deste trabalho é demonstrar a importância da utilização da videolaparoscopia diagnóstica em casos de dor abdominal inespecífica, como método diagnóstico e terapêutico.

2 DESCRIÇÃO DO CASO

O relato de caso descrito abaixo foi autorizado pelo paciente após informá-lo da importância acadêmica e científica.

Paciente de 22 anos, sexo masculino, branco, solteiro, residente de Palmas, Tocantins. Apresentou-se no dia 24/09/2014, ao pronto socorro do Hospital da Unimed em Palmas, Tocantins, sua principal queixa era dor abdominal à direita há 7 dias, localizada no flanco e fossa ilíaca direita, do tipo em queimação e em pontada, com graduação 6, em uma escala de 0 a 10, considerando como 0 a ausência de dor, e, 10 a dor insuportável, sem agravantes e atenuantes.

Segundo relato do paciente, a dor surgiu de forma súbita, localizada no flanco direito, no dia 18/09/2014 e evoluiu de forma progressiva na escala de intensidade, se irradiando pela topografia do flanco direito, de modo que, a partir do dia 24/09/2014, apresentava irradiação para fossa ilíaca direita. Associado à dor, relatou acentuada perda de apetite, após um dia, e, com dois dias de evolução do quadro, astenia.

No exame físico, o paciente apresentava estado geral regular, comunicante, hipocorado (+/4+), desidratado (+/4+), anictérico, acianótico, afebril. Sem alterações no exame dos aparelhos respiratórios, cardiovasculares e membros. No exame do abdome, este se encontrava plano, flácido, sem cicatrizes, presença de ruídos hidroaéreos em todos os quadrantes do abdome, e timpanismo sem alterações na percussão abdominal. À palpação superficial não havia nada digno de nota, durante a palpação abdominal profunda foi localizada dor no flanco direito e fossa ilíaca direita, descompressão brusca positiva no flanco direito, sem encontradas visceromegalias ou massas palpáveis.

Solicitou-se os seguintes exames laboratoriais: hemograma, uréia, creatinina, proteína C reativa, velocidade de hemossedimentação e transaminases. Estes vieram todos dentro dos valores de normalidade (Tabela 1).

Tabela 1 - Exames laboratoriais 24/09/2014.

EXAMES	RESULTADOS
Hemácias	5,25 milhões/ μ L
Hemoglobina	16,5 g/dL
Hematócrito	46,8 %
Plaquetas	184.000/ μ L
Leucócitos	7980/ μ L
Velocidade de Hemossedimentação	5 mm/L a Hora
Creatinina	0,6 mg/dL
Glicemia em Jejum	77,0 mg/dL
Transaminase oxalacética	13,0 U/L
Transaminase pirúvica	11,0 U/L
Proteína C reativa	3,2 mg/L

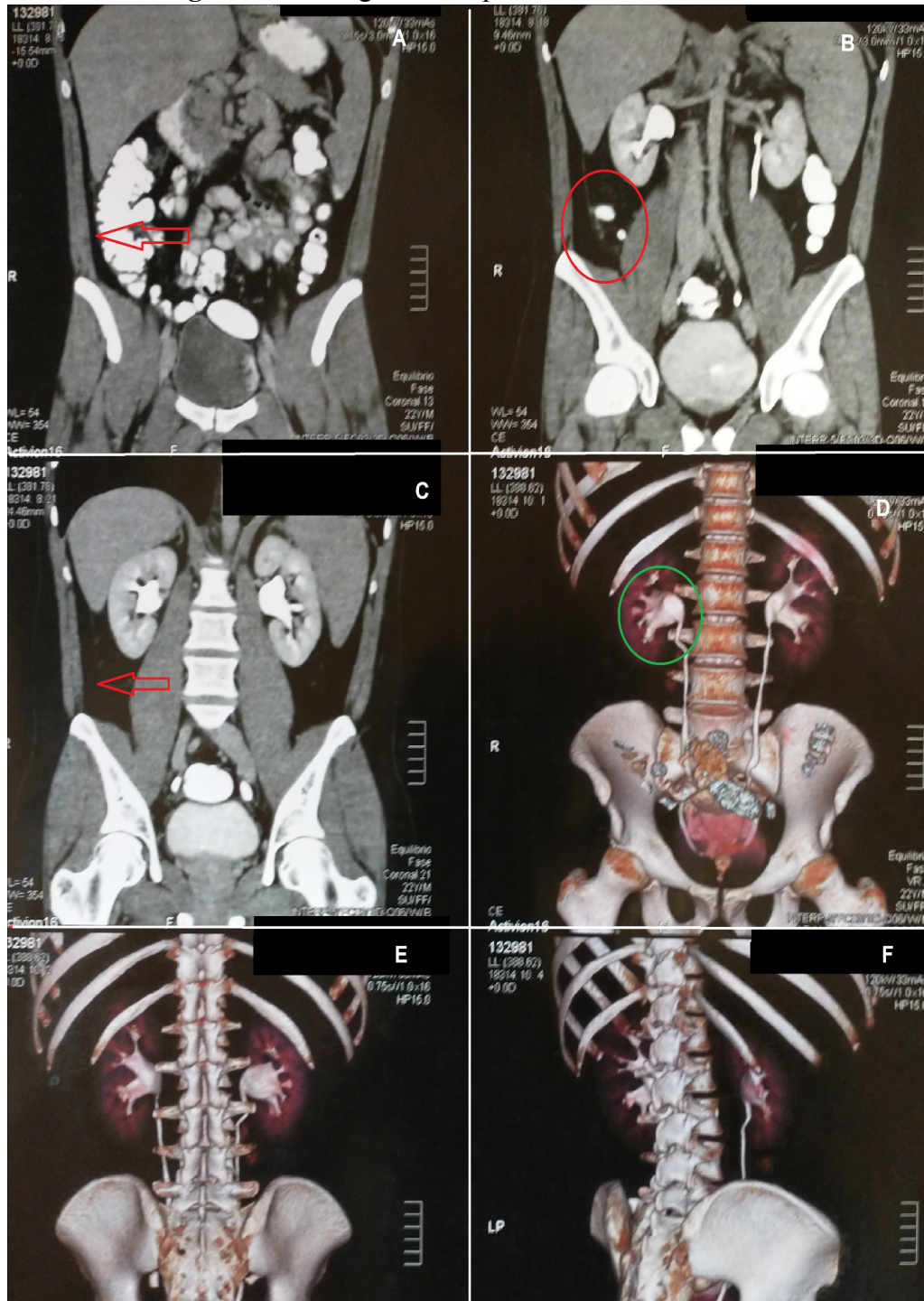
Além dos exames laboratoriais, realizou-se tomografia computadorizada com contraste de abdome total no dia 24/09/2014 (Figura 1). Na tomografia do abdome evidenciou-se apêndice em posição retrocecal, sem espessamento ou qualquer outro sinal inflamatório e/ou obstrutivo (Figura 1.B, círculo vermelho), e presença de espessamento discreto do peritônio localizado no flanco e fossa ilíaca direitos (Figura 1.A e 1.C, setas vermelhas), além de litíase renal à direita, sendo quatro cálculos, de menos de 0,5 cm em sua maior dimensão (Figura 1.D, 1.E e 1.F, círculo verde), sem outras alterações.

Após estudo da história da moléstia atual do paciente, juntamente dos exames laboratoriais e de imagem realizados, a equipe médica optou por uma abordagem cirúrgica videolaparoscópica exploratória para elucidação diagnóstica e subsequente tratamento cirúrgico.

A videolaparoscopia foi realizada no dia 25/09/2014, na seguinte ordem: o paciente em decúbito dorsal, anestesia geral, assepsia, antissepsia e posicionamento de campos estéreis. Em seguida, realizou-se incisão peri-umbilical de 12 mm e abertura por planos, sendo realizado o pneumoperitônio, e onde foi introduzido óptica da laparoscopia. Por fim,

realizaram-se mais três incisões de 5 mm a 20 mm do apêndice xifóide, na linha mediana, supra púbica na linha mediana, e no quadrante inferior esquerdo, na linha hemiclavicular.

Figura 1 - Tomografia computadorizada 24/09/2014.



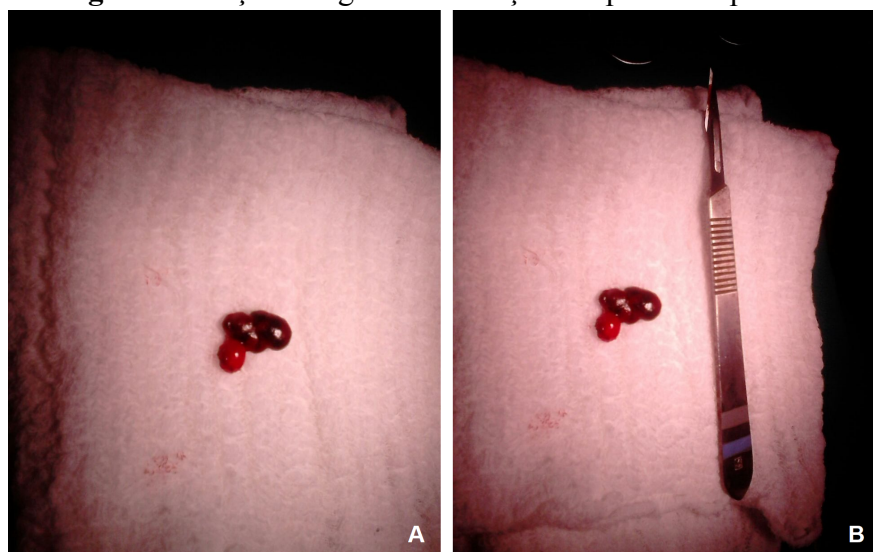
Durante a exploração laparoscópica visualizou-se o apêndice cecal, o qual encontrava-se sem sinais inflamatórios e foi mantido intacto. Após, o cirurgião, durante a exploração do flanco e fossa ilíaca direita, visualizou uma tumoração de aproximadamente 2

cm no seu maior diâmetro, de coloração vermelho escura e aparente processo de necrose, fixa no peritônio parietal em flanco direito a aproximadamente 5 cm do rebordo costal. Posteriormente, foi realizada a ressecção da tumoração e a devida hemostasia. Realizou-se a lavagem da cavidade com soro fisiológico morno. Em seguida, reverteu-se o pneumoperitônio, com subsequente fechamento das incisões por planos e realização dos curativos. A peça cirúrgica (Figura 2) foi enviada ao anatomopatológico.

Logo após a alta da sala de recuperação pós-anestésica, o paciente foi transferido para o leito em enfermaria. Ao acordar, já referia melhora da dor abdominal no flanco direito e melhora do apetite, recebendo alta hospitalar na manhã seguinte. No retorno ambulatorial, o paciente apresentou ótima evolução clínica, sem novas queixas álgicas, febre ou outros sintomas.

No exame físico, apresentava dor à palpação profunda em região de cicatriz umbilical, local da incisão cirúrgica. Sem qualquer outra alteração digna de nota. Consigo, o paciente trouxe o resultado do anatomopatológico da peça cirúrgica, descrita como tecido adiposo com células associadas a inflamação aguda e necrose de adipócitos, fechando o diagnóstico de abdome agudo por necrose de lipoma peritoneal, por provável torção mecânica. Devido a evolução satisfatória do paciente, este teve alta do acompanhamento ambulatorial.

Figura 2 - Peça Cirúrgica: tumoração em peritônio parietal.



A análise anatomopatológica macroscópica da peça cirúrgica evidenciou um fragmento de tecido de 2,4x1,3x1,8 cm, com consistência firme e pardacenta. A análise

microscópica demonstrou um fragmento de tecido conjuntivo constituído por tecido adiposo com células associadas a inflamação aguda e necrose de adipócitos, com liberação de triglicérides.

3 DISCUSSÃO

O caso em questão, com quadro de dor abdominal e sinais de peritonite em flanco direito e fossa ilíaca direita, era sugestivo de abdome agudo inflamatório mas sem os sinais clássicos de patologias como a apendicite ou a colecistite, por exemplo, dificultando o diagnóstico.

A apendicite aguda é uma das principais hipóteses diagnósticas na dor abdominal na fossa ilíaca direita. Esta se apresenta com relato de dor, iniciada no epigástrio e migra para a fossa ilíaca direita, inapetência e vômitos, estes sendo os sintomas mais comuns. Já no exame físico, os principais sinais são a dor à palpação profunda de hipocôndrio direito, descompressão brusca presente em ponto de McBurney, o sinal de Blumberg. Nos exames laboratoriais, a principal alteração é a leucocitose com predominância de bastonetes. O caso estudado apresenta uma história clínica com alguns sinais compatíveis para o diagnóstico de apendicite aguda, porém estes não foram suficientes para fechar diagnóstico (PINTO; MOURA JÚNIOR, 2018).

Outro diagnóstico diferencial importante é a nefrolitíase, evidenciada em exame de imagem, que pode causar dor abdominal do tipo cólica em flanco ipsilateral. Porém, nas imagens não há sinais radiológicos de obstrução das vias urinárias ou hidronefrose. A presença destes achados junto com a caracterização da dor do paciente em queimação e pontadas, corroboram para outro diagnóstico como origem da dor relatada (PINTO; MOURA JÚNIOR, 2018).

Desta maneira, a observação para o tratamento do paciente com dor abdominal aguda ainda é uma parte desafiadora da prática cirúrgica. Embora os avanços nas técnicas de obtenção de imagem, no uso de algoritmos e na assistência do computador tenham melhorado a precisão diagnóstica das condições que causam o abdome agudo, uma história e exame físico cuidadosos ainda são a parte mais importante da avaliação (LEMANSKI, 2021).

Pode-se utilizar da Escala de Alvarado (Tabela 2), pois, essa ferramenta pode ajudar na predição da necessidade de intervenção cirúrgica. No caso relatado, a escala de alvarado modificada desse paciente fez uma pontuação de 5, que segundo a escala, sugere a realização de exames complementares, como a tomografia computadorizada de abdome total (DO NASCIMENTO et al., 2018).

Tabela 2 - Escala de Alvarado.

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Dor que migra para fossa ilíaca direita	1
Anorexia	1
Náuseas e Vômitos	1
Dor a palpação profunda de fossa ilíaca direita	1
Descompressão brusca dolorosa em fossa ilíaca direita	2
Febre	1
Leucocitose	2
Interpretação da Pontuação(N)	
N<4	Não contribui para o diagnóstico de apendicite
4≤N<7	Requer exames complementares
N>7	Indica abordagem cirúrgica

Fonte: ALVARADO, 2019.

Diante de um assunto tão abrangente, é importante saber as principais doenças que acometem a região e que apresentam os sinais clássicos de um abdome agudo, atrasando, e muitas vezes complicando, o quadro do paciente. Assim, a colecistite, colelitíase, pancreatite aguda, intussuscepção intestinal e obstrução intestinal são os diagnósticos diferenciais mais prevalentes na clínica.

Ainda, se pensarmos em um paciente do sexo feminino, não podemos deixar de cogitar as patologias ginecológicas, que também mimetizam o quadro de abdome agudo, como doença inflamatória pélvica, endometriose, patologias ovarianas e a gestação ectópica (PINTO; MOURA JÚNIOR, 2018). Além disso, em tempos de pandemia de Covid-19, é importante cogitá-lo como diagnóstico diferencial, já há casos descritos na literatura de Covid-19 que se apresentam como diagnóstico sindrômico de abdome agudo, tornando-se, na atualidade, um importante diagnóstico diferencial em casos de dor abdominal (AMARAL et al., 2020).

O lipoma abdominal e suas complicações são bem descritos na literatura, porém suas apresentações clínicas são sempre um desafio diagnóstico, sendo muitas vezes diagnosticado ocasionalmente em exames de imagem. Este pode causar dor abdominal de difícil qualificação, de modo que o paciente busca o serviço de saúde repetidamente até ter o diagnóstico concluído e o tratamento estabelecido (PATIL et al., 2020).

Os lipomas geralmente são pequenos, assintomáticos e não demandam tratamento. Lipomas abdominais podem se formar em qualquer estrutura onde possa se depositar tecido adiposo, como a parede abdominal, o peritônio, sobre as vísceras abdominais ou no momento. Podem crescer por muito tempo sem serem detectados, pois só geram alterações clínicas por efeito de massa comprimindo as vísceras ou quando sofrem lesão (YANG et al., 2017). A torção do lipoma pode ser completa ou incompleta, constante ou intermitente. Estas características resultam em diversas apresentações clínicas. A torção provoca isquemia e consequente dor isquêmica. Sem tratamento, este quadro pode evoluir com necrose, peritonite e abscesso local (LUBNER et al., 2013).

Os exames laboratoriais realizados no paciente tiveram resultados dentro dos padrões de normalidade. Sem alterações que pudessem sugerir um diagnóstico mais preciso, como: queda dos índices hematimétricos; leucocitose; elevação dos níveis de proteína C reativa; entre outros. Destarte, o próximo passo foi solicitar exames de imagem, mais especificamente, a tomografia computadorizada de abdome, já que a ultrassonografia não seria indicada, uma vez que os sinais e sintomas eram inespecíficos (PINTO; MOURA JÚNIOR, 2018). A tomografia apresentou alterações, com a presença de cálculos no rim direito, contudo sem sinais de hidronefrose, obstrução ou dilatação de vias urinárias que justificassem a dor referida pelo paciente.

Ademais, o exame realizado expôs um espessamento do peritônio no flanco e fossa ilíaca direita. Sinais com baixa especificidade, podendo ser somente um achado, mas que evidenciam um processo inflamatório em região topográfica na qual o paciente estava relatando dor (LIMA et al., 2016). O lipoma, ressecado durante a laparoscopia diagnóstica, não possuía tamanho suficiente para ser detectado na tomografia, o que dificultou o diagnóstico por imagem do caso em questão, mas o processo inflamatório causado pela necrose, pode ser visualizado pelo espessamento peritoneal (PATIL et al, 2020).

O processo inflamatório, demonstrado pelo espessamento do peritônio visto na tomografia de abdome, juntamente com a história de dor abdominal do paciente, fechava

diagnóstico sindrômico de abdome agudo inflamatório. O tratamento poderia ser conservador e a conduta expectante, ou cirúrgico, podendo ser por via videolaparoscópica diagnóstica, ou laparotomia exploratória (VALEZI et al., 2003). A conduta expectante, sem tratamento cirúrgico, não foi a escolhida pela equipe cirúrgica pelos riscos de complicação, caso o paciente tivesse uma evolução desfavorável.

A localização e apresentação atípica da dor do paciente, sugestionou um acesso difícil a topografia proposta pela tomografia, fato que indicou risco de que o problema não fosse sanado durante uma laparotomia exploratória, e de que o paciente continuasse com os sintomas após a abordagem cirúrgica.

A abordagem cirúrgica do abdome pela videolaparoscopia, além de possuir caráter diagnóstico, como no caso de endometriose em mulheres, possibilita uma vistoria e inventário completo da cavidade abdominal, sendo indicada nos casos de dor abdominal de difícil diagnóstico. Por tais razões, a equipe médica optou por realizar a laparoscopia diagnóstica no paciente (LIRA et al., 2021). Além de ser uma melhor escolha para o caso, no sentido de método diagnóstico e tratamento, a videolaparoscopia tem como benefício um tempo menor de recuperação e alta do paciente (ANDREOLLO et al., 1999). Neste caso, por exemplo, o paciente recebeu alta hospitalar em menos de 24h após o procedimento cirúrgico.

Na vistoria e inventário da cavidade abdominal, durante a videolaparoscopia, foi identificado o apêndice cecal em posição retrocecal, sem sinais inflamatórios, como hiperemia, edema, ou sinais de necrose, o qual foi deixado intacto, por se tratar de uma laparoscopia diagnóstica.

Na inspeção do flanco direito, topografia na qual o paciente relatava a dor e onde a tomografia de abdome evidenciou um discreto espessamento peritoneal, sugerindo um processo inflamatório, foi visualizado uma tumoração no peritônio parietal de aproximadamente 5 cm do rebordo costal, com 2 cm em seu maior diâmetro, de cor escurecida, com sinais de necrose aparentes. Achado que justifica os sintomas do paciente, partindo do ponto que o processo inflamatório envolvendo o peritônio é fonte de queixas álgicas abdominais, assim como justificaria a alteração na espessura peritoneal identificada durante a tomografia de abdome (PATIL et al., 2020).

A peça cirúrgica, após análise anatomopatológica, demonstrou se tratar de tecido adiposo, com presença de células inflamatórias e adipócitos em processo de necroses, sem sinais infecciosos, caracterizando o lipoma em processo de necrose.

A torção de lipomas intra-abdominais pode levar a isquemia do mesmo, gerando um processo inflamatório e posterior necrose local. Como já dito, esse processo inflamatório pode causar dor abdominal, que pode simular sintomas de afecções como a apendicite. No caso do paciente em questão, a dor abdominal era caracterizada de maneira que sugeria, a um olhar mais superficial, o diagnóstico de apendicite, mas em análise aprofundada, a falta de outros sinais, sintomas ou achados em exames de imagem, deixavam o diagnóstico incerto (DO NASCIMENTO et al., 2018). A laparoscopia diagnóstica descartou a hipótese de apendicite aguda e identificou uma tumoração em aparência de necrose que, após estudo anatomopatológico, foi descrito como um lipoma em processo de necrose (SATHYAKRISHNA et al., 2014).

O paciente, logo após a alta da recuperação pós anestésica, já referia melhora da dor no flanco direito e melhora expressiva do apetite, como boa aceitação alimentar. Sinais que sugerem uma resolução do caso com cura e bom prognóstico (BUNKER et al., 2013). Após alta hospitalar, o paciente fez o retorno ambulatorial em 7 dias para retirada dos pontos e reavaliação, relatou melhora dos sintomas abdominais e alimentares. Essa melhora corrobora para a hipótese de cura, levando a alta ambulatorial e conclusão do caso.

A laparoscopia tem o conhecido papel no tratamento cirúrgico abdominal, sendo usado até em abordagens cirúrgicas de alta complexidade, essa diminui o tempo de internação hospitalar e também tem um melhor resultado estético. Mas não podemos deixar de considerar o potencial diagnóstico da laparoscopia, sendo o padrão ouro de método diagnóstico de endometriose, por exemplo (MARCILLO et al., 2019). O acesso a laparoscopia tem se popularizado e passou a fazer parte do treinamento do residente em cirurgia geral, demonstrando ser uma importante adição ao arsenal terapêutico e diagnóstico do cirurgião.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor abdominal é o sintoma mais comum em casos de abdome agudo, uma urgência cirúrgica que se não for tratada devidamente pode levar à morte do paciente. O caso em questão possuía apresentação clínica pobre e inespecífica, porém, em virtude dos riscos de complicações, caso ignorada, a dor abdominal foi valorizada, e, como a anamnese, o exame físico e os exames complementares não forneciam informações necessárias para chegar ao diagnóstico, mas também não excluam o diagnóstico de abdome agudo, optou-se por se realizar videolaparoscopia diagnóstica. Esta foi de fundamental importância para o caso, pois possibilitou a identificação da causa dos sintomas do paciente, a exclusão de outras causas e também tratamento, a excisão cirúrgica, dessa causa, o lipoma peritoneal em processo de necrose por torção mecânica do mesmo.

Sem a disponibilidade da videolaparoscopia, seja por falta dos equipamentos e materiais necessários, ou por falta de profissionais capacitados para operá-los, restaria para o paciente em questão, a opção da laparotomia exploratória ou conduta conservadora. Estas outras condutas, como já discutido seriam de pior prognóstico para o paciente, demonstrando a importância da videolaparoscopia com caráter diagnóstico, quando disponível, na elucidação diagnóstica de casos de dor abdominal inespecífica com suspeitas de abdome agudo inflamatório.

REFERÊNCIAS

- ALVARADO, A. Improved Alvarado Score (MANTRELS) for the early diagnosis of acute appendicitis. **Int J Surg Res Pract**, v. 6, p. 098, 2019.
- AMARAL, Lucas Tadashi Wada et al. Sintomas abdominais como manifestação inicial da COVID-19: uma série de casos. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, 2020.
- ANDREOLLO, N. A. et al. The laparoscopy in the diagnoses of intraabdominal diseases. Analysys of 168 cases. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 45, n. 1, p. 34-38, 1999.
- BANG, Chang Seok et al. A case of lipoma of parietal peritoneum causing abdominal pain. **The Korean Journal of Gastroenterology**, v. 63, n. 6, p. 369-372, 2014.
- BARRETO, Renato de Freitas et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Revista Dor**, v. 13, p. 213-219, 2012.
- BARUT, Ibrahim et al. Lipoma of the parietal peritoneum: an unusual cause of abdominal pain. **Annals of Saudi medicine**, v. 26, n. 5, p. 388-390, 2006.
- BUNKER, D. L. J.; ILIE, V. G.; HALDER, T. K. Torsion of an abdominal-wall pedunculated lipoma: a rare differential diagnosis for right iliac fossa pain. **Case reports in surgery**, v. 2013, 2013.
- DNYANMOTE, Anuradha et al. Role of diagnostic laparoscopy in chronic abdominal pain. **International Surgery Journal**, v. 7, n. 4, p. 1077-1081, 2020.
- DO NASCIMENTO, Ricardo Reis et al. Associação entre o escore de Alvarado, achados cirúrgicos e aspecto histopatológico da apendicite aguda. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 45, 2018.
- DOUGLAS, Charles D. et al. Randomised controlled trial of ultrasonography in diagnosis of acute appendicitis, incorporating the Alvarado score. **Bmj**, v. 321, n. 7266, p. 919, 2000.
- FAGERSTRÖM, Anne et al. Non-specific abdominal pain remains as the most common reason for acute abdomen: 26-year retrospective audit in one emergency unit. **Scandinavian journal of gastroenterology**, v. 52, n. 10, p. 1072-1077, 2017.
- GOKHALE, Sudheer. High resolution ultrasonography of the anterior abdominal wall. **Indian Journal of Radiology and Imaging**, v. 17, n. 4, p. 290-290, 2007.
- GOLDBLUM, John R.; WEISS, Sharon W.; FOLPE, Andrew L. **Enzinger and Weiss's soft tissue tumors E-Book**. Elsevier Health Sciences, 2013.
- HART, Richard et al. Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective randomized trial of 81 patients. **Canadian journal of surgery**, v. 39, n. 6, p. 457, 1996.

LAINE, S. et al. Laparoscopic appendectomy—is it worthwhile?. **Surgical endoscopy**, v. 11, n. 2, p. 95-97, 1997.

LAU, W. Y.; LEOW, C. K.; LI, A. K. C. History of endoscopic and laparoscopic surgery. **World journal of surgery**, v. 21, n. 4, p. 444, 1997.

LEMANSKI, Francisco Costa Beber et al. ABORDAGEM SINDRÔMICA DA DOR ABDOMINAL NA ATENÇÃO BÁSICA. In: **Congresso Internacional em Saúde**. 2021.

LIMA, Amanda Pereira et al. Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 43, p. 248-253, 2016.

LIRA, Nina Rosa Tenório et al. Causa incomum de abdome agudo na sala de emergência: lipoma intestinal-série de casos e revisão de literatura. **Revista de Medicina**, v. 100, n. 1, p. 78-83, 2021.

LUBNER, Meghan G. et al. Emergent and nonemergent nonbowel torsion: spectrum of imaging and clinical findings. **Radiographics**, v. 33, n. 1, p. 155-173, 2013.

MARCILLO, Eugenio Bolívar Ponce et al. Utilidad laparoscópica diagnóstica en síndrome doloroso abdominal. **RECIAMUC**, v. 3, n. 2, p. 933-949, 2019.

MCGREEVY, J. M. et al. Laparoscopy may be lowering the threshold to operate on patients with suspected appendicitis. **Surgical endoscopy**, v. 16, n. 7, p. 1046-1049, 2002.

NADEEM, U. et al. A sonographic evaluation of pediatric acute abdominal pain: A systematic review. **Biological and Clinical Sciences Research Journal**, v. 2021, n. 1, 2021.

PATIL, Aruna R. et al. Not Just Fat: Imaging in Abdominal Fat Pathology. **Journal of Gastrointestinal and Abdominal Radiology**, 2020.

PILLAY, Yagan. Parietal peritoneal lipomas: a first case report of two lipomas of the parietal peritoneum. **Journal of Surgical Case Reports**, v. 2021, n. 5, p. rjab162, 2021.

PINTO, João Odilo Gonçalves Orientador; MOURA JÚNIOR, José Valmir. Abdome agudo na sala de emergência: contextualização clínica e abordagem inicial. 2018.

PITOMBO, Marcos Bettini et al. Laparoscopia no abdome agudo não traumático: estudo retrospectivo. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 26, p. 233-236, 1999.

POMP, Alfons. Laparoscopy and acute appendicitis. **Canadian journal of surgery**, v. 42, n. 5, p. 326, 1999.

REYNOLDS JR, Walker. The first laparoscopic cholecystectomy. **JSLs: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons**, v. 5, n. 1, p. 89, 2001.

SAEED, U. et al. Covid-19 may present with acute abdominal pain. **The British journal of surgery**, v. 107, n. 7, p. e186, 2020.

SALGAONKAR, Hrishikesh et al. Laparoscopic excision of a lipoma of parietal peritoneum. **Journal of minimal access surgery**, v. 12, n. 2, 2016.

SATHYAKRISHNA, B. R.; BOGGARAM, S. G.; JANNU, N. R.. Twisting lipoma presenting as appendicitis-a rare presentation. **Journal of clinical and diagnostic research: JCDR**, v. 8, n. 8, p. ND07, 2014.

SCHAFASCHECK, Gustavo Silva et al. Avaliação da dor abdominal aguda no departamento de emergência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 19350-19356, 2021.

SEMM, K. Endoscopic appendectomy. **Endoscopy**, v. 15, n. 02, p. 59-64, 1983.

TAYLOR, A. J.; STEWART, E. T.; DODDS, W. J. Gastrointestinal lipomas: a radiologic and pathologic review. **AJR. American journal of roentgenology**, v. 155, n. 6, p. 1205-1210, 1990.

TAYLOR, E. W. et al. Diagnostic laparoscopy in women with acute abdominal pain. **Surgical laparoscopy & endoscopy**, v. 5, n. 2, p. 125-128, 1995.

TOWNSEND, C. M. **Sabiston textbook of surgery E-book: the biological basis of modern surgical practice**. Elsevier Health Sciences, 2021.

VALEZI, Antonio Carlos et al. Laparoscopia no abdome agudo inflamatório de difícil diagnóstico. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 30, p. 282-285, 2003.

VITALE, Gary C.; CUSCHIERI, A.; PERISSAT, Jacques. Guidelines for the future. **Laparoscopic Surgery: An Atlas for General Surgeons. Philadelphia: JB Lippincott**, 1995.

YANG, Ta-Wei et al. Torsion of a giant antimesenteric lipoma of the ileum: a rare cause of acute abdominal pain. **The American journal of case reports**, v. 18, p. 589, 2017.