

## VÓLVULO DO GRANDE EPIPLON

Trabalho realizado na 29.<sup>a</sup> Enfermaria  
(atual 35.<sup>a</sup>) da I.S.C.M. Serviço de Ci-  
rurgia Geral de Mulheres do Prof. Ely-  
seu Paglioli

por **Arthur Mickelberg**

### INTRODUÇÃO

Motiva a presente publicação, o fato de termos observado um caso de torção aguda do grande epiplon bastante raro e ainda não publicado em nosso meio (Rio Grande do Sul). Não quer isto significar que necessariamente a frequência seja tão extremamente diminuta, o que de fato existe é o número pequeno de publicações a respeito. Assim, enquanto MIRIZZI (1) diz que "o vólculo intra-abdominal do epiplon é um acidente bem raro..." outros, como LEJARS (2), já anteriormente diziam: "É necessário pensar nestas torções do grande epiplon que não são nada excepcionais". O que porém não deixa dúvida sobre a relativa raridade dos casos de vólculo do grande epiplon é a pequena margem de casos na literatura mundial. Outro fator, que torna o caso apresentado por nós ainda mais curioso é o fato da torção ter sido originada por um cisto hidático, associação bastante rara e semelhante aos casos descritos por TUFFIER (3) e BRÖCA (4).

### RESENHA HISTÓRICA

Apesar da torção do grande epiplon ser entidade bastante rara, a primeira citação remonta a 1851, pertencendo a PIERRE DE MARCHETTIS (5), sendo a primeira descrição verdadeiramente clínica atribuída a OBERST (6) em 1822. Daí, para nossos dias, as comunicações têm-se sucedido, cada vez mais numerosas, dentro porém, de um certo critério de raridade. É assim que, em 1922, JUNGLING (7) recolhe 15 casos de torção pura do grande epiplon, isto é, sem qualquer outra entidade associada. Em 1925, SALSBURY (8) recolhe na literatura internacional 225 casos de torção, dos quais somente uns 25% devem pertencer ao tipo puro (torção pura do grande epiplon). Em 1938, VERNENGO (9) estudando a literatu-

ra mundial consegue recolher 69 casos de torção pura, o que de fato corresponde a 25% ao total publicado. A partir de 1940, segundo SAPISOCHIN (10) "se publicam entre 6 a 10 observações mundiais por ano".

Na Argentina, onde o assunto tem despertado grande interesse, apareceram inúmeros casos a respeito e, já em 1944, existiam 36 casos publicados (11), tendo o primeiro sido observado por CRANWELL e descrito por LANDIVAR (12) em 1910.

No Brasil, os casos publicados são poucos, destacando-se os de PORTO (13), Lima (14), HORTA MACHADO (15) e NOVAS (16). No entretanto, uma verdadeira e criteriosa verificação bibliográfica dos casos até agora publicados no Brasil, não pode ser feita.

### ETIOPATOGENIA:

O quadro clínico em questão, como o próprio nome já o indica, origina-se por uma torção sobre o eixo longitudinal de todo ou parte do grande epiplon. Quanto a isto parece não haver dúvida. Motivo de discussão é a causa intrínseca desta torção,

sabido que o grande epiplon não tem movimentos próprios orientados e sim originados por uma série de fatores dos quais se destacam o peristaltismo intestinal, a alternância de pressões intra-abdominais, etc. Ora, estes pequenos movimentos do epiplon (amiboides?) não poderiam de per si explicar um movimento dirigido como é o enrolamento. É o porque do aparecimento de inúmeros estudos com diversas hipóteses etiológicas. Destes estudos, o mais completo é sem dúvida aquele feito por OGH

(\*) Trabalho lido no Congresso do Cinquentenário da Fac. de Medicina de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

(17) em 1933. Este autor argentino classifica as causas do vólculo do epiplon em predisponentes e determinantes, apresentando o seguinte quadro sinóptico:

Predisponentes	{ Epiploites Obesidade Quistos e tumores Aderências a órgãos ou à parede abdominal }	} Torções abdominais		
			{ Aderências ao colo ou saco herniário Fixação ao colo por compressão Peristaltismo intestinal exagerado }	} Torções em massa
Determinantes	{ Esforços }	{ tosse corrida golpe direito ciclismo }		
			{ Inércia }	{ dança rotação do corpo }

Não possuindo o epiplon movimentos próprios que desencadeassem a torção, torna-se fácil compreender que, de uma maneira geral, é muito difícil o aparecimento de vólculo num epiplon completamente indene. É necessário que este apresente um processo patológico de natureza qualquer e que o deixe preparado para uma torção. A esses processos patológicos ou para-patológicos deu-se então o nome de causas predisponentes. Dessas a epiploitis é sem dúvida uma das mais frequentes e, para HEDERSTAD (18) comparece em todos os casos, pois, naqueles em que não são evidenciadas lesões inflamatórias típicas o exame histo-patológico descobre pequenos focos congestivos ou infiltrados plasmocitários. Segundo PETERMANN (19), teria grande importância a forma de epiploitis hipertróficas noduladas, onde muitas vezes a parte patológica separa-se da normal por um pedículo da grossura de um dedo apenas, o que irá predispor para a torção. As epiploitis por sua vez, têm variada etiologia, dada a imensa variedade de processos inflamatórios abdominais que podem originá-la.

A obesidade tem papel importante na predisposição ao vólculo. PAYR (20) já em 1902 atribuía a torção do pedículo à deposição graxa ao nível da periferia e principalmente do bordo livre, provocando alte-

rações vasculares por desproporção entre o comprimento dos vasos e o espaço de contenção. Isto é, as veias em estase contornariam em espiral as artérias correspondentes, iniciando o movimento de torção — teoria hemo-dinâmica de PAYR. LIMA (21) atribue a torção nos obesos à tendência que tem o epiplon carregado de gordura de flutuar na cavidade abdominal, dado o baixo pêso específico das graxas.

As formações tumorais do epiplon, são as que mais logicamente contribuem como causas predisponentes das torções ou vólculos. Para isso é necessário que os tumores se localizem, de preferência, ao nível do bordo livre ou pelo menos perto do mesmo. Assim, a distância entre o tumor e o bordo fixo (grande curvatura do estômago) atua como verdadeira alavanca e, quanto maior esta tanto mais facilmente se dará a torção. Das formações tumorais, são mais comuns os quistos congênitos (serosos, linfáticos e dermóides), parasitários (quistos hidático) e os néoplasmas (lipomas e fibromas na classe dos benignos e os sarcomas endoteliomas nos malignos).

O caso por nós citado apresenta um quisto hidático ao nível do bordo livre do grande epiplon. A localização desse quisto parasitário nesse departamento orgânico é bastante raro, figurando com apenas 0,2% num total de 384 casos operados e recolhi-

dos por CESAR PINTO (22) no Brasil, de 1900 a 1941. Na Argentina, R. FINOCHIETTO (23) descreve um caso de quisto hidático do epiplon. Já a torção de um grande epiplon, por quisto hidático é bastante mais rara, sendo do nosso conhecimento apenas os casos publicados por BROCA e TUFFIER (24).

Figura ainda como causa predisponente na classificação de OGH1 (25) as aderências contraídas pelo epiplon com os órgãos intra-abdominais ou com a parede. Nesses casos, geralmente processos inflamatórios-epiploites, determinam aderências com órgãos primitivamente inflamados (apêndice, anexos, úlceras perforadas, péricolecistites, etc.) fazendo com que o epiplon tenha duas extremidades fixas e facilitando a torção média completamente livre (torção bi-polar). Esse grupo, em última análise se relaciona com o primeiro, ou seja, das epiploites.

Finalmente, a fixação do epiplon ao saco herniário ou em suas proximidades, figura como causa predisponente de maior importância. Isso explica a altíssima percentagem de coexistência de hérnias com casos de vólculo do grande epiplon: 50,3% para MORRIS (26), 80% para VERNENGO (27 e 90% para PETERMANN (28).

No ato da torção, o epiplon pode ou não estar fixo ao saco herniário ou a sua vizinhança. No entretanto, basta a existência de hérnia para que se explique a torção por um processo de epiploite.

As causas determinantes oferecem maior dificuldade ao estudo, pois, dificilmente podem ser comprovadas, permanecendo na maioria das vezes como simples hipótese; casos há, em que nem uma hipótese pode ser formulada, dada a falta de dados concretos para arquetá-la. O peristaltismo exagerado que parece determinar o vólculo em alguns casos, traduziria-se clinicamente por cólica e diarréia, aliás como no caso de CRANWEL descrito por LANDIVAR (29) e na observação n.º 3 de SAPISOCHIN (30). Mas, resta sempre uma dúvida; se não seriam esses sintomas provocados já pela torção em início? Mais provável é a intervenção de esforços bruscos, os quais pela inércia poderiam explicar um princípio de torção nos movimentos de rotação do corpo, como costuma acontecer em certos tipos de ginástica, acrobacia natação, etc. Restam, finalmente, todos aqueles casos cuja explicação difícil fez

com que OGH1 (31) colocasse no fim das causas determinantes as — desconhecidas — aliás que devem predominar, principalmente quando não existindo hérnia também não são encontradas lesões do epiplon.

### Sintomatologia e diagnóstico:

Como a concomitância do vólculo do grande epiplon com hérnias inguinais é muito grande, mais de 50% dos casos descritos, convem distinguir dois quadros clínicos diferentes: a torção com hérnia e a torção abdominal pura.

No primeiro caso, teremos sempre revelado ao exame a existência de uma hérnia com saco cheio ou vazio, o que muito contribui para esclarecer o diagnóstico. Na torção abdominal pura, somente um exame muito cuidadoso poderá trazer algum esclarecimento e, mesmo assim, muitas vezes o paciente é levado à mesa de operação com o diagnóstico errado.

A torção de forma herniária apresenta, em linhas gerais, o seguinte quadro:

— Estado geral pouco comprometido em relação ao quadro local abdominal. O paciente queixa-se de dores intensas e mau estar; no entretanto, o pulso raramente ultrapassa de 100 ou 120. A temperatura não ultrapassa de 37,5° ou 38° C. O facies apresenta-se no geral atípico, sem mostras de maior sofrimento. Os vômitos têm frequência variável, do tipo alimentar ou peráceo, raramente fecalóide, dependendo sempre de irritação do esplâncnico. O trânsito intestinal costuma estar comprometido, ou no sentido de constipação ou diarreia e mais raramente com detenção completa de fezes e gases. Nesse último caso, o íleo apresentado é do tipo reflexo por peritonite, pois a torção pode levar, com o correr das horas, ao esfacelo de certa massa de epiplon. Excepcionalmente ocorre o quadro de colapso periférico. Localmente, encontramos uma hérnia cheia e irreductível (estrangulamento ou encarceramento herniário) ou um saco herniário vazio. No primeiro caso o tumor apresenta-se muito doloroso, irreductível, não aderente aos planos superficiais e massivo à percussão, caráter de suma importância por que faz o diagnóstico do conteúdo. As vêzes é possível palpar-se um tumor abdominal que parece continuar-se com o tumor herniário, fato porém raramente constatado.

O diagnóstico de hérnia estrangulada

impõe-se e os pacientes são levados à operação. O achado operatório mostra um epiplon alterado que se continúa pela cavidade abdominal, exigindo uma laparotomia que esclarecerá o verdadeiro diagnóstico.

Em casos menos frequentes, encontra-se hérnia com o saco vazio. Aí, chama a atenção o estado do abdomen. Este, dificilmente deixa-se palpar pela defesa muscular que apresenta. Mas, a continuação das manobras delicadas de palpação, terminando por vencer em certo grau a contratura, permitem perceber um tumor geralmente na fossa ilíaca D, massiço à percussão e que facilmente é confundido com um plastrão apendicular. As vêzes há hiperestesia cutânea, explicada pelos diversos autores como correspondente às aderências do epiplon torcido ao peritônio parietal.

Deve chamar a atenção do cirurgião o fato de tratar-se de um abdomen que respira, com excepção dos casos de franca peritonite, onde esta se acha representada por quadro sintomático típico.

A torção de forma abdominal apresenta um quadro algo semelhante ao já descrito, podendo, no entretanto, variar de gravidade em cada caso. Já não mais encontramos uma hérnia que iria indicar o diagnóstico. Esse deverá ser estabelecido exclusivamente com os dados da anamnese e do exame do abdomen. Os pacientes geralmente acusam dor repentina, aparecida sem qualquer antecedente mórbido ou precedendo de distúrbios digestivos vagos. A dor brusca e forte no início, diminui de intensidade com o correr das horas, não sendo contínua mas sem intermitente. Muitas vêzes é de localização vaga no início, tornando-se mais tarde localizada na fossa ilíaca D; mais raramente desde o início aí se estabelece. Em casos menos frequentes, não há dor brusca inicial. É o que aconteceu em nossa observação, onde o aumento de volume do ventre foi notado antes mesmo de qualquer fenômeno doloroso. Mais tarde, a pouco e pouco foi-se instalando sensação dolorosa vaga que invadia todo abdomen e que se tornou muito mais intensa cerca de um mês após. Apesar desse aspecto, o sintoma dor é, sem dúvida, o mais importante, tanto por sua constância como pela indicação. Ao mesmo tempo, soem comparecer os vômitos, a constipação e mais raramente a diarréia. O íleo do tipo reflexo é menos frequente

dependendo da maior ou menor irritação peritonal. A temperatura, pouco elevada, é acompanhada pela elevação do número de batimentos cardíacos em concordância com queda.

O exame do abdomen mostra, de maneira constante, a defesa muscular. Nos casos raros onde é menos intensa a defesa, a palpação evidencia um tumor, relativamente grande, ao nível da fossa ilíaca D (60%) ou na fossa ilíaca E (30%).

A hiperestesia cutânea é muito frequente e, segundo os diferentes autores, constante quando a massa do epiplon torcido adere ao peritônio parietal. Isso não foi, porém confirmado em nossas observações. Pelo toque retal ou vaginal é mais fácil evidenciar-se a existência de tumor intraperitonal. O que, no entretanto, chama desde logo a atenção é a **falta de concordância entre o estado local** (plastrão, tumor palpável etc.), e o **estado geral relativamente bom**, mesmo quando já são passados muitas horas ou mesmo dias: **há ausência quase completa de sinais de intoxicação e colapso, ou seja de sofrimento geral orgânico.**

O laboratório, raramente pode fornecer algum dado de importância. A leucocitose nem sempre encontrada serve, às vêzes, para maior confusão.

A erupção puriginosa, tão bem relatada pela nossa paciente, não faz parte do quadro de vôlvulo do grande epiplon. Aquela nada mais é que a manifestação alérgica da ruptura de uma vesícula hidática e o derrame do líquido hidático na corrente circulatória.

A diagnóstico diferencial das formas herniárias é relativamente fácil. Dificilmente a afecção poderá ser confundida com outra, a não ser a hérnia estrangulada. Já ao contrário, na forma abdominal, o diagnóstico diferencial com a apendicite aguda ou lesão apendicular, osquistos torcidos do ovário, a obstrução intestinal, etc., torna-se, às vêzes, muito difícil. Deveremos levar em conta que, a maioria dos casos publicados foi operada com diagnóstico diferente. Assim, PAVLOWSKY (32) cita a revisão de 56 casos de vôlvulo do grande epiplon onde nenhuma vez fora feito o diagnóstico certo, sendo confundido com a apendicite aguda (68%) e outras afecções abdominais agudas. Já, ao contrário, PETERMANN (33) acha que "... tem sido tão frequentemente descrito que, com fre-

quência, se estabelece o diagnóstico mesmo antes da operação". Essa afirmação é verdadeira quando a torção é acompanhada de hérnia, que para esse autor ocorreria em 90% dos casos, já para a forma abdominal carece de toda realidade.

MORRIS (34) fazendo a revisão de 138 casos, revela que somente em 7,9% o diagnóstico fôra feito antes da intervenção.

SAPISOCHIN (35) fazendo a revisão da literatura argentina (36) casos) chega à conclusão de que "praticamente em nenhum deles se fez o diagnóstico exato".

O porque da dificuldade do diagnóstico é facilmente respondido pela aparição multiforme da sintomatologia. Esta, por sua vez, dada a patogenia do processo, conduz aos mais variados diagnósticos, de acordo com cada caso individual. Assim, o epíplon torcido, dando origem à formação de um tumor, com irritação do esplâncnico (vômitos) e do peritônio (íleis) e ainda podendo levar ao esfacelo com conseqüente hemorragia interna, está aparelhado, de sobejo, para simular os mais diversos quadros abdominais agudos e sub-agudos.

A apendicite aguda em suas diversas formas é, sem dúvida alguma, a entidade mórbida com que mais frequentemente tem sido confundido o vólculo do grande epíplon. Isso é explicado pela predileção que tem o epíplon torcido de alojar-se na fossa ilíaca D. Assim, a defesa muscular, mais ou menos localizada naquele departamento orgânico, fatalmente, fará inclinar o diagnóstico para aquela entidade. Principalmente se tratando de um caso examinado nas primeiras horas. Quando é palpável um tumor na zona apendicular, o que faz pensar de imediato em plastrão apendicular, o **tempo de evolução** decorrido entre o início da sintomatologia e o momento do exame fornece um dado de valor. Um plastrão dificilmente poderá formar-se antes do 5.º ou 6.º dia após o início da crise aguda, enquanto o epíplon torcido dá origem ao tumor logo de início. Quando um caso clínico é examinado já no 4.º ou 5.º dia, o diagnóstico diferencial torna-se bastante mais difícil e, aí que ele se torna mais necessário, dado a diferença de atitude terapêutica. Nesses casos, devem ser pesados muito bem todos os dados possíveis de recolher. A comparação cuidadosa da relação entre o estado geral do paciente e a sintomatologia local mostra, geralmente, concordância no plastrão apendicular e dis-

cordância no vólculo do grande epíplon, onde o estado geral conserva-se muitas vezes em ótimas condições.

O exame radiológico do segmento cócico-apendicular, preconizado por diversos autores como auxiliar no diagnóstico diferencial parece-nos muito relativo, dada a experiência que possuímos desse exame nos casos de apendicite crônica e sub-aguda.

Maior dificuldade será encontrada no diagnóstico diferencial quando houver a concomitância das duas afecções, isto é, apendicite aguda e vólculo do grande epíplon, como no caso relatado por NORES e citado por SAPISOCHIN (36).

Outra entidade, com que frequentemente é confundida a torção do grande epíplon, é a torção de um quisto ovariano. Aliás o que aconteceu também em nosso caso, ainda mais dificultado pela existência de múltiplos quistos hidáticos. De um modo geral, a torção de um quisto do ovário produz dor brusca mais intensa, um quadro de reação peritonial mais acentuada ao par de choque periférico mais ou menos intenso. Nesses casos, mesmo o toque vaginal e retal, muitas vezes, não esclarecem suficientemente o diagnóstico que, penderá sempre para a afecção mais frequente e mais simples — a torção de um quisto ovariano.

Mais raramente a torção do grande epíplon poderá simular a colecistite, principalmente quando o tumor formado pela massa torcida de epíplon se localizar ao nível do quadrante superior D do abdomen, na zona duodeno-colecisto pancreática. O quadro clínico será, no entretanto, muito mais benigno que uma colecistite. Não haverá temperatura alta nem pulso muito acelerado e, faltará por completo o síndrome icterico, com todo seu cortêjo sintomático para o aparelho digestivo e nervoso.

Nestas poucas linhas apresentamos um rápido diagnóstico diferencial entre as diversas entidades mórbidas que podem fazer despistar o diagnóstico de torção do grande epíplon. Na realidade porém, os fatos se passam, muitas vezes, com maior dificuldade e, somente a laparotomia exploradora é verdadeiramente soberana para o estabelecimento do diagnóstico certo e final.

## ANATOMIA PATOLÓGICA

Sob o ponto de vista histo-patológico o vólculo do grande epíplon é muito pouco

expressivo. Assim, com exceção dos casos onde pode ser evidenciada uma inflamação crônica do tecido epiploico — a epiploitis — somente será encontrado um infartamento hemorrágico ao nível do pedículo de torção e em todo tecido para além do mesmo.

O infartamento hemorrágico faz com que o tecido epiploico apresente típica coloração vermelho-vinhosa, edema e abundante transudação de líquido sero-sanguinolento que se coléta na cavidade peritoneal. A patogenia do infartamento hemorrágico é idêntica a das outras localizações, originando-se de plenitude exagerada do sangue num órgão, cujo pedículo torcido, têm os vasos venóses ocluídos enquanto os arteriais mais rijos, continuam trazendo sangue. Em resumo, no órgão afetado há um transtôrno circulatório intenso em que o sangue chega ininterruptamente sem poder, no entretanto, passar à circulação de retorno.

Quando a torção é muito prolongada, o epíplon entra em esfacelo e, instala-se o terreno para a infecção, ao par de hemorragia mais ou menos intensa.

## CLASSIFICAÇÃO E FÓRMAS CLÍNICAS

Inúmeras classificações têm sido propostas para os diferentes tipos de vólculo do grande epíplon. No entanto, das mais antigas, a de LEJARS (37) é a que tem sobrevivido e se imposto. Esse autor, em 1907, classificava a afecção em estudo em:

- a) torção com hérnia irreduzível;
- b) torção com saco herniário vazio;
- c) torção sem hérnia ou abdominal pura.

A primeira, seria uma forma abdominal inguinal, enquanto as duas últimas pertenceriam ao quadro abdominal.

Diversos autores vêm se preocupando com o assunto e, tem apresentado as mais diversas classificações, simples modificações e sub-divisões da classificação de LEJARS.

Quanto as formas clínicas propriamente ditas, adotamos a classificação de LECUIT, citada e adotada por SAPISSO-CHIN (38) em sua magnífica tese de doutoramento:

Formas clínicas	}	Lenta
		Clássica
		Superaguda

A forma superaguda é relativamente rara. Caracteriza-se por início brusco e sintomatologia grave, parada de fezes e gases, vômitos precoces e abundantes que, passado pouco tempo, tornam-se fecalóides. Muitas vezes comparece o quadro do choque. Essa forma clínica lembra o quadro da pancreatite aguda, vólculo do duodeno etc.

A forma clássica, que também poderia ser denominada de comum ou ordinária, é a mais frequente e serve para a descrição típica do quadro, naturalmente dentro das variantes que caracterizam a afecção mórbida em estudo.

Finalmente, consideramos a forma lenta que, bem poderia ser denominada de sub-crônica. É aí que poderíamos enquadrar nosso caso, dada a evolução lenta do processo, somente agudizado nos últimos 3 dias pela acentuação das dôres. Nessa forma clínica, muitas vezes, a falta de defesa muscular ou caso exista, em grau discreto, permite palpar um tumor intra-abdominal correspondente à massa de epíplon torcido. É também nestes casos que o estado geral da paciente se mostra mais bem conservado, sem sinais de intoxicação, próprias a um plastrão apendicular ou a uma tuberculose peritoneal, entidades com que poderá ser confundida.

## OBSERVAÇÃO

M.R.B., com 18 anos, feminina, branca, solteira, brasileira, doméstica, nascida em Capivarí (município de Encruzilhada do Sul) e residente em Boa Vista (município de Rio Pardo) neste Estado.

Hospitalizada em 4 de Agosto de 1946, na 29.ª Enfermaria (atual 35.ª) da Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre. Leito n.º 10.

## ANAMNÉSE ATUAL:

Há 3 anos vem apresentando dôres intermitentes ao nível da região epigástrica e ambas as fossas ilíacas. Por ocasião do aparecimento das dôres, refere ainda vômitos alimentares ou aquosos logo após as refeições. Aproximadamente há 6 meses apareceram, em toda a superfície do corpo, pequenas placas, de forma irregular, salientes, de coloração avermelhada e muito pruriginosas, que apareciam subitamente da mesma forma que pouco após desapareciam. Essa alteryncia durou cerca de

20 dias. No faringe tinha a sensação de "inchume", observando a paciente de que nas "bochechas" e "céu da boca" apareciam pequenas placas um tanto semelhantes àquelas aparecidas na superfície cutânea.

No decorrer do mês de julho, notou seu ventre aumentado de volume, principalmente à D, tornando-se a pouco e pouco doloroso a ponto de quase impedir a extensão completa da coxa D sobre a bacia. Quando em marcha, aliás o que fazia com dificuldade, era obrigada a comprimir a mão de encontro a fossa ilíaca D, não podendo flexionar o joelho do mesmo lado. Há 3 dias as dores aumentaram, apresentando todo o abdomen "duro". Teve náuseas, vômitos e cefaléia discreta.

### **ANAMNÉSE REMOTA:**

Nos antecedentes mórbidos citam-se o sarampo, febre tifóide, pneumonia e blenorragia recente sic).

### **ANAMNÉSE FAMILIAR E HEREDITÁRIA**

Pais vivos e sadios. Tem 11 irmãos, dos quais 9 vivos e sadios. Um faleceu de meningite e outro de difteria (sic), ambos na primeira infância.

### **ANAMNÉSE FISIOLÓGICA:**

Apetite normal. Mastigação e deglutição sem particularidades. Vômitos pós-prandiais. Evacuação sem particularidade. Ardência não constante durante a micção. Insônia nos últimos meses.

Menarca aos 13 anos, com menstruações regulares até os 16 anos, após os quais, aumentaram de duração (8 dias), repetindo-se 4 a 5 dias após, então com duração menor (2 a 3 dias), hiper e polimenorréia.

### **EXAME OBJETIVO:**

Paciente brevilinea astênica com estado de nutrição regular. Psiquismo lúcido. Pele e mucosas levemente descoradas. Apresenta-se em decúbito dorsal no leito, com a perna D em flexão sobre a coxa e esta em semi-flexão sobre a bacia. Temperatura axial: 36°C. Pulso mole, fraco, batendo 100 vezes por minuto ao nível da artéria radial. Tensão arterial máxima 10,5 e mínima 6,5 (Vaquez-Lauby).

Abdomen com certo abaulamento, mais pronunciado ao nível do quadrante inferior D. Não há manchas nem cicatrizes. Respiração, pouco pronunciada na metade superior do abdomen e ausente na metade inferior. A apalpação superficial não revela hiperestésias cutâneas. Defesa muscular em quase todo o abdomen, porém mais pronunciada na metade inferior e principalmente no quadrante inferior D. A apalpação profunda, prejudicada pela defesa muscular, parece perceber um tumor ao nível da região do quadrante inferior D e onde se percebe pela inspeção um abaulamento maior. Zona apendicular muito doloroso. Manobra de Blumberg positiva. Manobras de Meltzer, Javorsky e Lepinsky positivos. Manobra de Rovsing impossível de pesquisar dada a contratura da parede abdominal. Rins impalpáveis.

A percussão mostra o fígado e o baço dentro de seus limites normais. Espaço de Traube um pouco aumentado. Ao nível do quadrante inferior D, em relação ao abaulamento percebido pela inspeção, a percussão dá som sub-massivo nalguns pontos e menos massivo noutros. Colon transversal e descendente algo meteorizados.

O exame ginecológico evidencia a existência de grande tumor pélvico ocupando o fundo de saco lateral D, fazendo corpo com o útero que se mostra aumentado de volume, fixo e desviado para E. O tumor se continua por seu polo superior para dentro da cavidade abdominal, não sendo percebido seu nível superior pelo toque. Fundo de saco posterior, ocupado por tumor duro de limites imprecisos. A punção do fundo de saco de Douglas, com agulha fina, dá saída a líquido claro, levemente tinto de sangue por possível lesão de pequeno vaso da vagina.

O toque retal confirma a existência de um tumor ao nível do fundo de saco reto-vaginal. Temperatura retal 36,7°C.

### **CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS:**

Tratava-se de paciente que, apesar de apresentar uma história clínica algo confusa e muito pobre em dados, possuía um nítido quadro abdominal agudo cujo início deveria remontar, no mínimo, a 3 dias. Os dados encontrados na anamnese e referentes às erupções cutâneas e mucosas devem ser atribuídas a fenômenos alérgicos urticu-

riformes, cuja natureza não foi possível esclarecer então.

Contrastava, e muito, a sintomatologia aguda local do abdomen, com o estado geral pouco ou quase nada comprometido. Não havia sinais nítidos de auto-intoxicação.

A zona apendicular mostrava-se muito dolorosa e estava em relação com um aumento de volume massiço à percussão, ou seja, havia a êste nível um tumor sólido ou quístico. O resultado do exame ginecológico, confirmando a existência de um tumor que ocupava o fundo de saco lateral D e o Douglas, tumor de natureza quística, com líquido claro, encaminhou o diagnóstico. Tratava-se de um tumor quístico, provavelmente do anexo D, torcido sobre seu pedículo. Deveria ser um tumor bastante volumoso, pois, era percebido desde o limite superior do quadrante inferior D do abdomen até os fundos de saco, lateral D e posterior. Outra hipótese formulada naquela ocasião, foi a de torção do grande epiplon, por aderência dêste a um quisto do anexo D. Era porém uma hipótese de menor probabilidade em relação à primeira.

De uma ou de outra forma, havia plena indicação cirúrgica. Os exames de rotina, que deveriam ter sido feitos, não o foram dado o fato de estarmos num domingo,

pela manhã, quando não funcionava nenhum laboratório clínico do Hospital Geral da Santa Casa.

### FICHA OPERATÓRIA:

Enfermaria: 29.<sup>a</sup> da I.S.C.M. — Pôrto Alegre.

Anestesia: Iniciada às 10 horas. Extradural. Foi usada uma solução de Novocaina a 20% de preparação recente, tendo como líquido de dissolução a solução isotônica de Gluconato de Cálcio (solução G) preconizada pelo Liv. Doc. Dr. João de Almeida Antunes. Punção com agulha de Gutierrez entre L3 e L4. Injeção muito bem tolerada. Foram injetados 40cc. A anestesia instalou-se passados 10 minutos do fim da injeção, prolongou-se durante 2 horas, quando então terminou a intervenção.

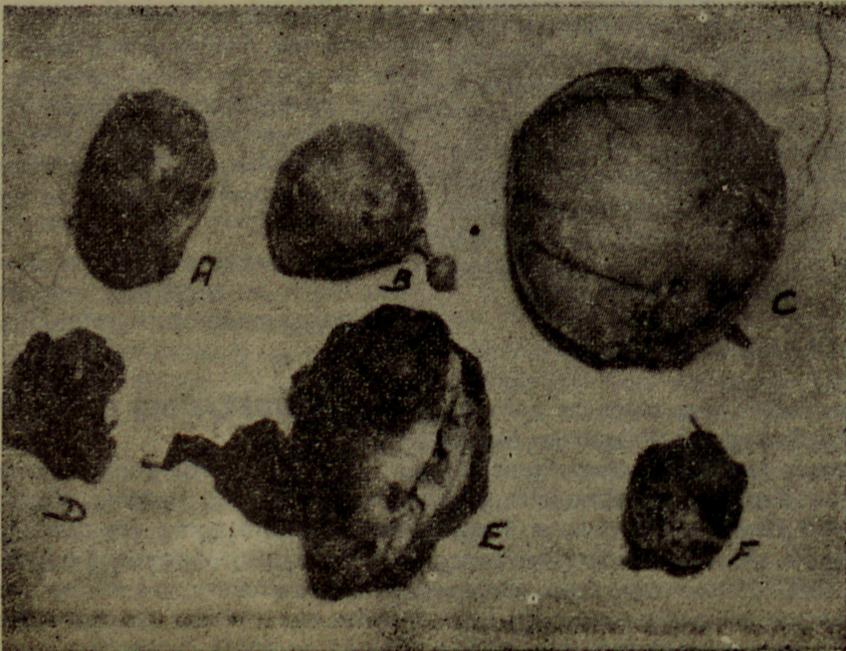
Operação p. dita:

Iniciada às 10,25 e terminada às 12,25 horas.

Operador: Dr. A. Mickelberg.

Auxiliar: Ddo. Pedro Costa.

Incisão mediana, infra-umbilical, medindo cerca de 20 cms. Hemostasia. Abertura do peritônio pariteal dificultada por



um processo infiltrativo que o engrossava. Logo à primeira inspeção visualizou-se um grande tumor globoso, renitente, do ovário D, medindo cerca de 10 cms. de diâmetro (Fig. 1 — C) prêso aos tecidos vizinhos, principalmente ao peritônio parietal, por aderências mais ou menos frouxas. Não havia, no entretanto, torção do pedículo. Ooforo-salpuigectomia D. Ao nível do ovário E havia um pequeno tumor, também globoso e renitente, do tamanho de uma ameixa madura. Ooforo-salpuigectomia E. Ao nível da face posterior do útero foi encontrado um tumor, sub-seroso, de forma arredondada e do tamanho de uma bergamota (Fig. 1 — B). Incisão do peritônio visceral e enucleação do tumor, que apresentava aderências com o miométrio. Na porção mais profunda do Douglas foi encontrado outro tumor globoso, prêso ao peritônio do útero e reto por aderências relativamente frouxas (Fig. 1 — A). De encontro ao colon descendente e, aderente ao peritônio parietal, foi ainda encontrado um pequeno tumor do tamanho de uma pequena bergamota, arredondado, de superfície irregular e fixo por aderências firmes e vascularizadas. Extirpação do tumor e ligadura de um pedículo de calibre apreciável (Fig. 1 — F).

Finalmente, passamos a explorar uma massa muito volumosa e dura que ocupava a zona média e superior do quadrante inferior D do abdomen, de coloração vinhosa intensa, aderente ao peritônio parietal e vísceras vizinhas. Depois de descolada dos tecidos circunvizinhos, o bloco apresentou-se como um tumor reniforme, prêso ao grande epiplon por um pedículo formado pelo próprio epiplon, que tinha aderido ao tumor (Fig. 1 — ) e que apresentava-se torcido sôbre si mesmo 3 vezes. A torção foi desfeita e procedeu-se à ressecção do epiplon em tôda a zona profundamente alternada no seu aspeto e coloração. O pedículo torcido, media na sua porção mais estreita cerca de 6 mm.

Revisão das ligaduras dos diversos pedículos. Hemostasia da parede. Fechamento da parede abdominal por planos, sem drenagem. Curativo.

Durante o trans-operatório foi administrado à paciente: Transusão de sangue 250 cc. — Sôro glicosado, 500 cc. — Coramina, 1,7 cc. — Cardiazol efedrina, 1 amp.

O exame anatomo-patológico das pe-

ças (macroscópico) revelou o seguinte:

O tumor do ovário D, o maior deles (Fig. 1 — c), medindo cerca de 10 cm., possuía uma cápsula fibrosa espessada, medindo, em média, 3 mm. O conteúdo era constituído por um líquido puriforme viscoso, pouco espesso, de coloração amarelo clara, turvo, com inúmeras vesículas transparentes de tamanhos os mais variados, desde um grão de sagú, até o de uma uva das grandes, e que rompia a um contacto mais forte. Os tumores da parede posterior do útero, fundo de saco de Douglas e fossa ilíaca E possuíam uma cápsula de espessura irregular, medindo em média 1



mm e tendo no seu inteiro uma série de câmaras septadas por paredes muito finas e brancas, câmaras estas cheias de vesículas transparentes de diversos tamanhos. Estas vesículas também rompiam à uma pressão mais forte, deixando escapar um líquido cristalino e colabando a parede, que se apresentava com uma finíssima membrana branca (Fig. 2 — B).

O tumor, recolhido ao nível do grande epiplon, tinha a forma e tamanho aproximado de um rim. A cápsula era de coloração vinhosa na sua metade proximal (em relação ao pedículo prêso ao grande epiplon) e amarelo escuro na metade distal. Aberto longitudinalmente, mostrou uma cápsula muito espessa, medindo em média 5 mm. O conteúdo era semelhante aos precedentes, isto é, câmaras cheias de vesículas transparentes contendo líquido cristalino (Fig. 2 — A). O pedículo era constituído por grande epiplon torcido sôbre si mesmo, de coloração vinhosa intensa, aliás com aspecto típico de um infartamento hemorrágico

Com estes dados concluiu-se por uma disseminação hidática na cavidade peritoneal, com individualização de diversos tu-

mores maiores. Um destes, o do grande epiplon, conduziu, por sua torção, à intervenção cirúrgica. O tumor, do ovário E apresentava o aspecto particular de um cisto hidático infectado, aliás, o que seria de esperar num caso de implantação de cisto parasitário em ovário infectado ou posteriormente contaminado (blenorragia?).

O exame histo-patológico feito pelo Prof. Paulo Tibiriçá em 9 de agosto de 1947, trouxe o seguinte resultado confirmatório:

Exame anatomo-patológico AP — 439-46.

Diagnóstico: Cistos hidáticos.

O pós-operatório da paciente foi dos melhores possíveis. Sete dias após foram retirados os pontos. Cicatrização por primam. No nono dia a paciente tinha alta.

### BIBLIOGRAFIA

- 1 — Pablo L. Mirizzi — Diagnóstico de los Tumores Abdominales, Oncociliognosis — El Ateneo — Buenos Aires, 1942.
- 2 — Felix Lejares — La Torsion du grand epiplon — Semaine Médicale — 7:73-13 Fev., 1907.
- 3 — Tuffier — Autor citado por A. J. Pavlovsky (Vide n.º 32).
- 4 — Broca — Autor citado por A. J. Pavlovsky (Vide n.º 32).
- 5 — Pierre de Marchettis — Recueil d' Observations Rares de Chirurgie et Medicine 1858 — (Citado por E. Sapisochin, vide n.º 10).
- 6 — Oberst — Autor citado por J. Petermann (Vide n.º 19).
- 7 — Jungling — Autor citado por P. L. Mirizzi (Vide n.º 1).
- 8 — C. R. Salsbury — Omental Torsion with unusual symptoms — British Journal of Surgery — 23: 115, 1935.
- 9 — M. J. Vernengo — Torsión intrabdominal pura del gran epiplón — Boletín de la "Sociedad de Cirugia de Buenos Aires" — 22:934, 1938.
- 10 — Eugenio Saposichin — La Torsion Aguda del Epiplon Mayor — Tesis de Doctorado — Buenos Aires, 1944.
- 11 — Eugenio Saposichin — (Vide n.º 10).
- 12 — Adolfo F. Landivar — Omento Vól-vulos — Tesis de Doctorado — Buenos Aires, 1910.
- 13 — A. G. Porto — Torção livre-abdominal do grande epiplon — O Hospital — 15:2, 111, Fev. 1939.
- 14 — E. Lima — Torção intro-abdominal do grande epiplon — Revista Médica Brasileira — 9:811, 1940.
- 15 — Horta Machado — Torção do anexo portador de quisto dermoide do ovário, com seu destacamento e parasitação do tumor no epiplon — Revista de Ginecologia e Obstetria — 2:136, 1942.
- 16 — Clovis Carneiro de Novais — Torção intra-abdominal do grande epiplon — Revista Brasileira de Cirurgia — XII:9,481. Set. 1944.
- 17 — A. OGHÍ — Torsión del epiplón — La Prensa Médica Argentina — XXVI: 41, Out. 1939.
- 18 — G. C. HEDERSTAD — Intra-abdominal Omental Torsion — Annals of Surgery — 109:57, 1939.
- 19 — J. PETERMANN — Co-autor de M. KIRSCHNER — O. NORDMAN — Cirurgia, Tratado de Patologia quirurgica general e especial — Vol. VI — Ed. Labor — Barcelona, 1946.
- 20 — E. PAYR — Ueber die Ursachen der Stieldrehung Intra-peritonealen gelegende Organe — Archiv für klinische Chirurgie — 68:501, 1902.
- 21 — E. LIMA — (Vide N.º 14).
- 22 — CESAR PINTO — Sinopse das Doenças Parasitárias do Homem — Ed. Gundlach — Porto Alegre, 1942.
- 23 — RICARDO FINOCHIETTO — autor citado por José E. Igarzabal — Tratado de Patologia Quirurgica — Vol. IV — Ed. Vazquez — Buenos Aires, 1943.
- 24 — TUFFIER — BROCA — (Vide N.º 3 e 4).
- 25 — A. OGHÍ — (Vide N.º 17).
- 26 — J. MORRIS — Torsion of the Omentum — Archives of Surgery — 34:40, 1932.
- 27 — M. J. VERNENGO — (Vide N.º 9).
- 28 — J. PETERMANN — (Vide N.º 19).
- 29 — ADOLFO F. LANDIVAR — (Vide N.º 12).
- 30 — EUGENIO SAPISOCHIN — (Vide N.º 10).
- 31 — A. OGHÍ — (Vide N.º 17).
- 32 — ALEJANDRO J. PAVLOVSKY —

- Abdomen Agudo Cirúrgico — Tomo II — Ed. Guanabara — Rio de Janeiro, 1941.
- 33 — J. PETERMANN — (Vide N.º 19).  
34 — J. MORRIS — (Vide N.º 26).  
35 — EUGENIO SAPISOCHIN — (Vide N.º 10).
- 36 — EUGENIO SAPISOCHIN — (Vide N.º 10).  
37 — FELIX LEJARS — (Vide N.º 2) e Chirurgie D'Urgence — 9.ª Edt., — Masson et Cie. — Paris, 1936.  
38 — EUGENIO SAPISOCHIN — (Vide N.º 10).