

TORÇÃO DE APÊNDICE EPIPLOICO DO LIGAMENTO FALCIFORME

Pedro Viecei Jardim¹ , Antonio Nocchi Kalil¹ , Alice Schuch² 

RESUMO

Este relato de caso descreve um paciente masculino de 39 anos que se apresentou à emergência com dor epigástrica e no hipocôndrio direito, persistente há três dias. Exames de imagem, incluindo tomografia computadorizada e ressonância magnética, evidenciaram torção/infarto do apêndice epiploico do ligamento falciforme, uma condição rara frequentemente confundida com outras causas mais comuns de dor abdominal, como colecistite aguda. O manejo clínico inicial incluiu analgésicos e anti-inflamatórios, com decisão cirúrgica posterior devido à persistência dos sintomas. Este caso destaca a importância da familiaridade com os achados de imagem desta condição para um diagnóstico diferencial preciso e um manejo adequado do paciente.

Palavras-chave: *Torção do Apêndice epiploico do Ligamento Falciforme; Colecistite aguda; Abdome agudo inflamatório; Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética.*

Clin Biomed Res. 2026;46:1-3

1 Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, Brasil.

Autora correspondente:

Alice Schuch

E-mail: alice.schuch@hmv.org.br

Hospital Moinhos de Vento - Serviço de Radiologia. Rua Ramiro Barcelos, 910 - Primeiro subsolo. CEP 90560-032, Bairro Moinhos de Vento, Porto Alegre - RS - Brasil.

INTRODUÇÃO

A torção do apêndice epiploico do ligamento falciforme é uma condição rara^{1,2} que pode se manifestar com sintomas inespecíficos, como dor abdominal intensa, sendo frequentemente confundida com outras causas mais comuns de dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, como colecistite aguda, pancreatite ou diverticulite^{3,4}. A literatura disponível destaca a torção do apêndice epiploico do ligamento falciforme como uma condição de difícil diagnóstico devido à sua baixa incidência e às apresentações clínicas inespecíficas⁴. Estudos de caso anteriores reforçam a importância principalmente da tomografia computadorizada na identificação dessa condição^{1,4}.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 39 anos, apresenta-se à emergência com forte dor epigástrica e no hipocôndrio direito há pelo menos 3 dias, sem fatores aliviadores ou precipitantes, mas agravada pela alimentação. Relata ter realizado exame de ultrassonografia (USG) em sua cidade natal, sem evidências de colecistolitíase. Possuía sinal de Murphy positivo. Foi então encaminhado para tomografia computadorizada (TC) que evidenciou densificação focal da gordura intra-abdominal no hipocôndrio direito, junto ao rebordo hepático, medindo cerca de 2,5 x 2,2 cm, sugerindo necrose gordurosa (Figura 1). A vesícula biliar não apresentava anormalidade. Foi então medicado com AINEs e analgésicos e liberado com orientação de retornar em 2 dias para revisão. Devido à persistência dos sintomas, o cirurgião solicitou um exame de ressonância magnética (RM) para confirmação e esclarecimento do diagnóstico. A RM do abdome superior (Figura 2) revelou uma imagem nodular com intensidade de sinal semelhante à gordura adjacente ao ligamento falciforme e à superfície do segmento hepático IVb, medindo 2,4 x 1,3 cm nos maiores diâmetros do plano axial e 5,0 cm no diâmetro craniocaudal. Esta imagem apresenta áreas internas com restrição à difusão (não demonstrada) e espessamento das paredes com alto sinal em T2 (A) e impregnação pelo meio de contraste (D), sugerindo processo inflamatório, assim como dos planos adiposos adjacentes. Tais achados são compatíveis com torção/infarto do ligamento falciforme, estável em relação à tomografia

computadorizada prévia. Vesícula e vias biliares sem evidência de alteração significativa. Devido à permanência da dor no hipocôndrio direito e à inflamação no exame de controle, o cirurgião optou pela conduta cirúrgica (Figura 3).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- Colecistite Aguda
- Pancreatite aguda
- Diverticulite do cólon transverso

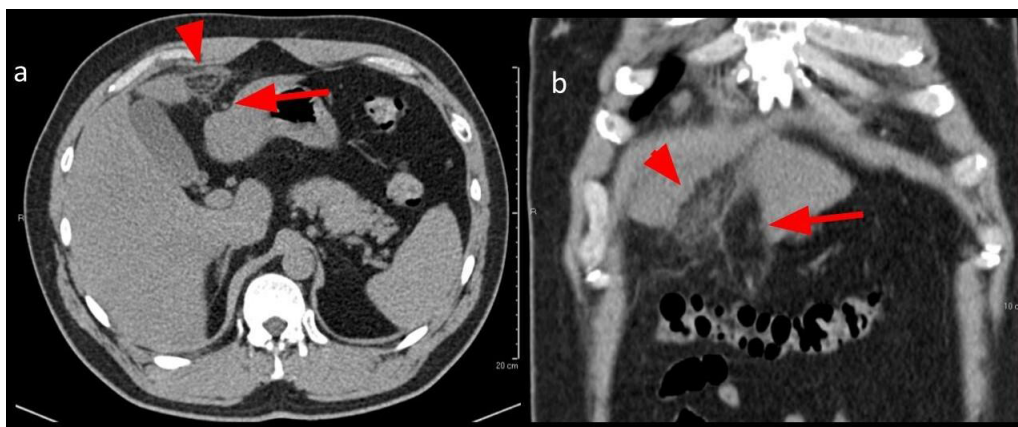


Figura 1: Tomografia Computadorizada de Abdômen Superior (a) plano axial e (b) reconstrução coronal, sem a administração de meio de contraste por via endovenosa ou oral. Identifica-se densificação focal da gordura intra-abdominal no hipocôndrio direito, junto ao rebordo hepático (cabeça de seta vermelha) e ao ligamento falciforme (seta vermelha), medindo cerca de 2,5 x 2,2 cm no plano axial, sugerindo processo inflamatório ou torção do apêndice epiploico do ligamento falciforme. É possível evidenciar também nestas imagens que o fígado apresenta sinais de esteatose e não há evidência de alteração na vesícula biliar. Ausência de líquido ou gás livres intraperitoneais.

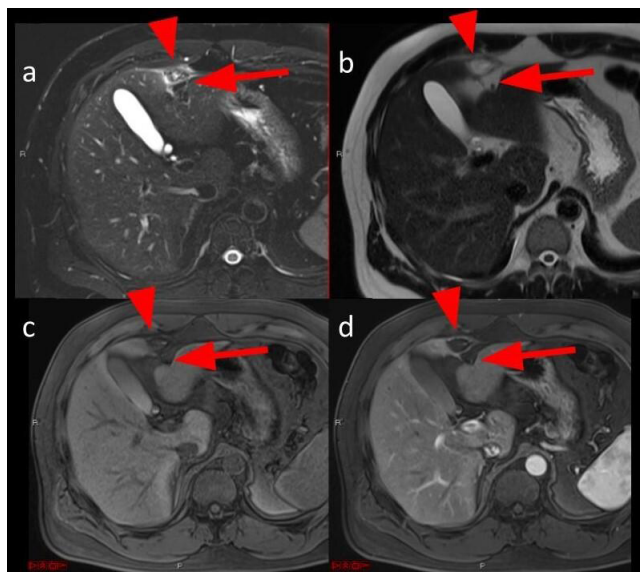


Figura 2: Ressonância Magnética do Abdômen Superior com aquisições axiais (a) ponderação T2 tse com saturação de gordura, (b) T2 HASTE, (c) T1 vibe pré-contraste e (d) T1 vibe pós-contraste na fase arterial. Adjacente ao ligamento falciforme (seta vermelha) e à superfície do segmento hepático IVb, define-se imagem nodular com intensidade de sinal semelhante a gordura (ponta de seta vermelha), medindo 2,4 x 1,3 cm nos maiores diâmetros do plano axial e 5,0 cm no diâmetro craniocaudal, apresentando áreas internas com restrição à difusão (não demonstrada) e espessamento das paredes com alto sinal em T2 (A) e impregnação pelo meio de contraste (D), mais provavelmente relacionada a processo inflamatório, assim como dos planos adiposos adjacentes. Tais achados são compatíveis com torção/infarto do ligamento falciforme, estável em relação à tomografia computadorizada prévia. Vesícula e vias biliares sem evidência de alteração significativa.



Figura 3: Peça cirúrgica com ressecção do apêndice epiploico do ligamento falciforme inflamado/torcido.

DISCUSSÃO

Nosso caso clínico de torção do apêndice epiploico do ligamento falciforme destaca a relevância dessa condição no diagnóstico diferencial de dor no quadrante superior direito do abdome. Apesar de rara, essa patologia pode mimetizar afecções mais comuns, como colecistite aguda, pancreatite ou diverticulite, tornando o reconhecimento precoce essencial para o manejo adequado^{1,3}.

A TC desempenha um papel fundamental na identificação da torção do apêndice epiploico do ligamento falciforme, permitindo a visualização de áreas focais de densificação da gordura intra-abdominal, frequentemente associadas a sinais

inflamatórios adjacentes^{2,4}. A RM pode complementar a avaliação em situações de incerteza diagnóstica, fornecendo informações adicionais sobre o grau de inflamação e confirmando a torção do apêndice epiploico⁵. Embora a literatura discuta pouco sobre os aspectos desta condição na USG e na RM, ela ressalta a importância da familiaridade com os achados em tais exames, que frequentemente são solicitados devido ao principal diagnóstico diferencial (colecistite aguda)⁵. O reconhecimento precoce desta condição é essencial para o manejo adequado. A conduta terapêutica pode variar de conservadora a intervenção cirúrgica, dependendo da persistência dos sintomas e da evolução do quadro clínico¹⁻³.

REFERÊNCIAS

1. Indiran V, Dixit R, Maduraimuthu P. Unusual Cause of Epigastric Pain: Intra-Abdominal Focal Fat Infarction Involving Appendage of Falciform Ligament - Case Report and Review of Literature. *GE Port J Gastroenterol*. 2018;25(4):179-83.
2. Hamal D, Fernandes A, Sagma J, Rufino M, Hamal P, DiBenedetto G. Falciform Ligament Infarction: A Case Report and Review of the Literature. *Cureus*. 2023;15(11):e48361.
3. Heinzen IB, Iizuka RA, Sales RSO, Ribeiro WG. Torção do apêndice epiploico do ligamento falciforme: uma rara causa de dor no hipocôndrio direito. *Brad Cases*. 2023;2(1):89-93.
4. Swinton D, Shav V. Infarction of a fatty appendage of the falciform ligament - A case report. *Eurorad Case*. 2013;10799.
5. Bavaresco AP, Pacheco EO, D'Ippolito G, Torres US. Aspectos da apendagite do ligamento falciforme na ressonância magnética. *Brad Cases*. 2022;1(1):115-9.

Recebido: dia mês (Abreviado sem ponto), ano <INFO PENDENTE>

Aceito: 13 jan 2026