

PANICULITE MESENTÉRICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOME AGUDO

MESENTERIC PANNICULITIS AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE ABDOMEN

Marina Rodrigues Lima¹; Luís Victor Andrade Pontes¹; Luís Arthur Brasil Gadelha Farias²; João Paulo Ribeiro Silva³.

RESUMO

A paniculite mesentérica constitui uma condição rara de etiologia não totalmente conhecida, que afeta o tecido adiposo do mesentério do intestino delgado. Acomete geralmente pacientes do sexo masculino, entre a 6^a e a 7^a décadas de vida. A doença cursa com sintomas gastrointestinais e sistêmicos inespecíficos. Sua patogênese pode estar associada com alguns mecanismos, como história prévia de cirurgia ou trauma no abdome, autoimunidade, síndrome paraneoplásica, isquemia e infecção. Achados em exames de imagens são comuns, sendo a Tomografia Computadorizada (TC) o exame de eleição para investigação e diagnóstico. Aqui relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino que apresentava quadro clínico de abdome agudo e foi diagnosticada, pelo exame de imagem, com paniculite mesentérica. O tratamento depende da gravidade da doença, sendo a cirurgia, comumente indicada nos casos de obstrução intestinal aguda.

Descritores: Paniculite Peritoneal. Abdome Agudo. Diagnóstico Diferencial. Tomografia.

ABSTRACT

Mesenteric panniculitis is a rare condition with a not fully known etiology that affects adipose tissue of the small intestine mesentery. Usually affects male patients, between the 6th and the 7th decade of life. The disease occurs with non-specific gastrointestinal and systemic symptoms. Its pathogenesis may be associated with some mechanisms, such as previous history of surgery or trauma in the abdomen, autoimmunity, paraneoplastic syndrome, ischemia and infection. Imaging findings are common, with CT being the examination of choice for investigation and diagnosis. Herein we report the case of a female patient who presented with an acute abdomen clinical picture and was diagnosed by mesenteric panniculitis. Treatment depends on the severity of the disease being surgery indicated in cases of acute intestinal obstruction.

Keywords: Panniculitis, Peritoneal. Abdomen, Acute. Diagnosis, Differential. Tomography.

INTRODUÇÃO

A paniculite mesentérica (PM) é uma condição rara de etiologia não totalmente conhecida, que afeta o tecido adiposo do mesentério do intestino delgado promovendo uma inflamação não específica que pode conduzir, em última análise, à fibrose e à retração do mesmo¹. Atualmente, a PM faz parte de um espectro de doenças que inclui a lipodistrofia mesentérica e a mesenterite esclerosante. Este espectro é caracterizado pelo acometimento do intestino delgado de três formas simultaneamente: inflamação, fibrose e necrose de gordura.

No entanto, há uma predominância de cada uma dessas formas em cada uma das afecções, sendo a PM caracterizada pe-

la inflamação; lipodistrofia mesentérica pela necrose de gordura; e a mesenterite esclerosante predominantemente por fibrose.

A doença acomete com maior frequência pacientes entre os 50 e 70 anos, com uma leve predominância no sexo masculino. A sintomatologia comumente é inespecífica, geralmente com uma variedade de manifestações gastrointestinais e sistêmicas como: dor abdominal no hipocôndrio esquerdo, náuseas, vômitos, diarreia, constipação, perda de peso, anorexia e febre. Ao exame físico, é possível encontrar massa abdominal palpável em 50% dos pacientes, distensão abdominal em 10 a 15% e sinais de inflamação peritoneal em menos

¹ Centro Universitário UNINTA, Faculdade de Medicina, Sobral, CE, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Hospital Regional Norte, Serviço de Emergência Cirúrgica, Sobral, CE, Brasil.

de 5% dos casos. Ascite quilosa pode estar presente raramente³. A etiopatogênese da doença ainda não se encontra bem estabelecida, porém acredita-se que pode estar relacionada a doenças autoimunes, cirurgia ou trauma abdominal, trombose mesentérica, aneurisma da aorta abdominal, lesão química ou térmica, neoplasias, fármacos e vasculites⁴.

A PM é uma entidade rara e pouco discutida na literatura. Dessa forma, este estudo objetiva relatar o caso de uma paciente do sexo feminino com quadro clínico de abdome agudo que foi diagnosticada com PM pela tomografia computadorizada (TC), discutir os principais achados de imagem, diagnóstico e tratamento.

RELATO DO CASO

Paciente, sexo feminino, 75 anos, foi admitida no serviço de emergência com quadro clínico de dor abdominal intensa em região de flanco esquerdo, vômitos fecaloídes, hiporexia e febre não mensurada há aproximadamente uma semana. Apresentava diurese espontânea e evacuações presentes, sem alterações. Negava sangramento, perda de peso recente e cirurgias abdominais prévias. Ao exame físico, apresentava-se desidratada, hipocorada (2+/4+), com dor à palpação profunda de flanco esquerdo, sem sinais de peritonite e sem massas palpáveis. Foram solicitados exames laboratoriais que revelaram anemia (Hb:8,6 g/dL), leucocitose sem desvio (13.300/ μ L) e plaquetose (662 mil/ μ L). Eletrólitos, função renal e função hepática encontravam-se normais. Diante do quadro de abdome agudo, optou-se pela ultrassonografia abdominal que evidenciou espessamento parietal de alças intestinais colônicas no flanco esquerdo, de origem inespecífica ao método.

Diante desses achados, realizou-se TC de abdome total com contraste para melhor investigação, pela qual foi possível observar a presença de cólon transverso redundante (Figura 1A) e densificação da gordura mesentérica do mesocólon transverso à esquerda sugestivo de mesenterite (Figura 1B). Por tratar-se de quadro leve, sem sinais obstrutivos, a paciente ficou em observação com hidratação venosa e em uso de sintomáticos (analgésicos e antieméticos), com controle da dor abdominal e vômitos, recebendo alta hospitalar após 24 horas. Antibióticos não foram necessários. Atualmente, a paciente encontra-se em

acompanhamento periódico no serviço de gastroenterologia, com resolução completa do quadro, em controle com exames laboratoriais e de imagem.



Figura 1. (A) Cólon transverso redundante. (B) Densificação da gordura mesentérica do mesocólon à esquerda.

DISCUSSÃO

A PM é caracterizada por inflamação crônica inespecífica do tecido adiposo do mesentério. Em mais de 90% dos casos envolve o mesentério do intestino delgado, mas também pode afetar o do cólon sigmoide ou, mais raramente, o mesocólon, região peripancreática, omento ou outras regiões⁵. Apresenta uma relação homem/mulher de 2:1 e a incidência aumenta com a idade⁶. A etiologia da PM permanece desconhecida. Tem sido associada principalmente a cirurgia ou traumatismo abdominal⁷. No caso relatado, a etiologia da paniculite não foi elucidada.

O quadro apresentado pela paciente foi concordante com a literatura médica que indica que os sintomas habituais incluem anorexia, dor abdominal, enfartamento, náuseas, febre e perda de peso. Ou-

tras apresentações incomuns incluem massa abdominal, hematoquezia, icterícia, oclusão ou perfuração intestinal⁸. Nos casos de perfuração intestinal, a abordagem cirúrgica revela-se mandatória. Em 30 a 50% dos casos, entretanto, os pacientes permanecem assintomáticos ou com sintomatologia inespecífica leve⁹. Os principais diagnósticos diferenciais são: neoplasias mesentéricas primárias como liposarcomas, lipomas e neurofibromas; fibromatose mesentérica; edema mesentérico; carcinoma-tose peritoneal; linfomas Hodgkin e Não-Hodgkin; e doença de Whipple⁷.

Histologicamente, a doença progride em três fases: (1) lipodistrofia mesentérica assintomática e de bom prognóstico; (2) paniculite mesentérica com infiltrado de plasmócitos, polimorfonucleares, células gigantes e células esponjosas; nesta fase ocorre dor abdominal, febre e mal-estar geral; (3) mesenterite retrátil ou esclerosante, com deposição de colágeno e fibrose, podendo formar-se massas abdominais e sintomas obstrutivos. A existência de um dos três padrões permite o diagnóstico, mas, geralmente, os três estão presentes, simultaneamente, em algum grau⁵. Contudo, devido aos achados de imagem e controle do quadro clínico com sintomáticos, não foi realizado estudo histopatológico. Apesar de fator limitante, é possível estabelecer com segurança o diagnóstico de PM e avaliar a eficácia do tratamento através de TC ou ressonância magnética^{1,10}.

O prognóstico da PM usualmente é benigno. A doença tem curso lentamente progressivo podendo resolver espontaneamente. Entretanto, aproximadamente 20% dos doentes possuem uma evolução debilitante com morbimortalidade significativa particularmente, em doentes com comorbidades e idade avançada^{11,12}. Nenhum tratamento é considerado totalmente eficaz.

Enquanto nas formas indolentes da doença não é necessário tratamento específico, nos casos mais avançados ou progressivos têm sido relatado benefício com o uso de corticosteroides e imunossuppressores¹³. A abordagem cirúrgica deve ser limitada a exploração com biópsia e procedimentos de interposição de alças nos casos de obstrução intestinal, reservando-se a ressecção para os casos considerados altamente suspeitos para a malignidade. A cirurgia radical não é aconselhada, já que alguns pacientes submetidos à ressecção tiveram re-

corrências, e outros sem ressecção tiveram remissões completas bem documentadas^{13,14}.

Em síntese, a PM é uma afecção rara, porém, deve ser sempre considerada diante de um quadro de abdome agudo recorrente e inespecífico. A PM deve ser lembrada em todo caso de abdome agudo com história de cirurgia ou traumatismo prévio. É indiscutível a importância da TC tanto no diagnóstico como na exclusão de afecções neoplásicas associadas. O acompanhamento ambulatorial é de suma importância para o monitoramento de recidivas ou complicações tardias da doença.

CONSENTIMENTO

O presente trabalho foi iniciado após realização de termo de consentimento livre e esclarecido para divulgação de imagens e dados do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Halligan S, Plumb A, Taylor S. Mesenteric panniculitis: systematic review of cross-sectional imaging findings and risk of subsequent malignancy. *Eur Radiol.* 2016;26(12):4531-7.
2. van Putte-Katier N, van Bommel EF, Elgersma OE, Hendriksz TR. Mesenteric panniculitis: prevalence, clinico-radiological presentation and 5-year follow-up. *Br J Radiol.* 2014;87(1044):20140451.
3. Klasen J, Güller U, Muff B, Candinas D, Seiler CA, Fahrner R. Treatment options for spontaneous and postoperative sclerosing mesenteritis. *World J Gastrointest Surg.* 2016;8(11):761-5.
4. Scheer F, Spunar P, Wiggermann P, Wissgott C, Andresen R. Mesenteric panniculitis (MP) in CT - a predictor of malignancy? *Rofo.* 2016;188(10):926-32.
5. Delgado Plasencia L, Rodríguez Ballester L, López-Tomassetti Fernández EM, Hernández Morales A, Carrillo Pallarés A, Hernández Siverio N. [Mesenteric panniculitis: experience in our center]. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;99(5):291-7. Spanish.
6. Issa I, Baydoun H. Mesenteric panniculitis: various presentations and treatment regimens. *World J Gastroenterol.* 2009;15(30):3827-30.

7. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, Magkanas E, Stefanaki K, Apostolaki E, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR Am J Roentgenol.* 2000;174(2):427-31.
8. Sharma P, Yadav S, Needham CM, Feuerstadt P. Sclerosing mesenteritis: a systematic review of 192 cases. *Clin J Gastroenterol.* 2017;10(2):103-11.
9. Ferrari TC, Couto CM, Vilaça TS, Xavier MA, Faria LC. An unusual presentation of mesenteric panniculitis. *Clinics (Sao Paulo).* 2008;63(6):843-4.
10. Gögebakan Ö, Osterhoff MA, Albrecht T. Mesenteric Panniculitis (MP): a frequent coincidental ct finding of debatable clinical significance. *Rofo.* 2018;190(11):1044-52.
11. Ali FN, Ishaque S, Jamil B, Nasir-Ud-Din, Idris M. Sclerosing mesenteritis as a cause of abdominal mass and discomfort in an elderly patient: a case report and literature review. *Case Rep Med.* 2010;2010:625321.
12. Akram S, Pardi DS, Schaffner JA, Smyrk TC. Sclerosing mesenteritis: clinical features, treatment, and outcome in ninety-two patients. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5(5):589-96.
13. Kaya C, Bozkurt E, Yazıcı P, İdiz UO, Tanal M, Mihmanlı M. Approach to the diagnosis and treatment of mesenteric panniculitis from the surgical point of view. *Turk J Surg.* 2018;34(2):121-4.
14. Harvin G, Graham A. Sclerosing mesenteritis: a rare cause of small bowel obstruction. *Case Rep Gastroenterol.* 2016;10(1):63-7.

Recebido em: 03/02/2019

Aceito para publicação: 29/03/2019

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

Luís Arthur Brasil Gadelha Farias

E-mail: luisarthurbrasilk@hotmail.com

marinalima965@hotmail.com