

MESENTERITE ESCLEROSATE - RELATO DE CASO

ESCLEROSING MESENTERITIS - CASE REPORT

ITALO ACCETTA^{1,2*}, ANDRÉ FIGUEIREDO ACCETTA¹, MICHELE PEREIRA DE LIMA², FABRÍCIO GONÇALVES RODRIGUES², JOÃO AUGUSTO ANTONIOL BRASILIENSE DE ALMEIDA², RONALDO VIANNA SILVA^{1,2}

1. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil; 2. Médico do Hospital Estadual Alberto Torres, São Gonçalo, RJ, Brasil.

* Rua Mariz e Barros, 51, apto 1201, Icaraí, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 24220-120. italoaccetta@gmail.com

Recebido em 11/08/2024. Aceito para publicação em 19/08/2024

RESUMO

Os autores relatam um caso de mesenterite esclerosante tratado com sucesso no Hospital Estadual Alberto Torres, em paciente do gênero masculino, de 50 anos e com histórico de três cirurgias abdominais prévias. O paciente recebeu alta hospitalar após 75º dia de internação, após sete abordagens cirúrgicas abdominais e em uso regular de prednisona e tamoxifeno para acompanhamento ambulatorial.

PALAVRAS-CHAVE: Mesenterite; mesentério; obstrução intestinal; lipodistrofia

ABSTRACT

The authors report a case of sclerosing mesenteritis managed successfully at Hospital Estadual Alberto Torres in a 50-year-old male patient with three previous laparotomy. He was discharged from hospital after 75 days of hospitalization in which he was submitted seven abdominal procedures and prednisone and tamoxifen therapy.

KEYWORDS: mesenteritis; mesentery; intestinal obstruction; lipodystrophy

1. INTRODUÇÃO

Mesenterite esclerosante é uma doença rara, benigna, de etiologia exata ainda desconhecida, caracterizada por inflamação crônica, em maior ou menor grau, da gordura do mesentério. Faz parte do grupo de doenças descritas na literatura, cuja forma mais branda é denominada de lipodistrofia mesentérica enquanto no seu extremo mais grave é chamada de mesenterite esclerosante ou mesenterite retrátil¹. O objetivo do presente relato é o de descrever um caso de mesenterite esclerosante, por nós tratado com sucesso, constitui o principal objetivo deste trabalho.

2. CASO CLÍNICO

Paciente de 50 anos, com 1,80 m de altura e peso e 92 Kgf, do gênero masculino, deu entrada no Serviço de Emergência, com queixa de dor abdominal tipo cólica difusa e vômitos com início 24 horas antes do

atendimento. Relatou ainda parada de eliminação de fezes há dois dias, mantendo, porém, eliminação de flatus. Negava doenças crônicas, etilismo, tabagismo, alergias e uso de medicamentos contínuos.

Em sua história patológica pregressa informou: apendicectomia por laparotomia há 37 anos; laparotomia devido a obstrução intestinal há 15 anos; outra laparotomia há dez anos, novamente por obstrução intestinal e internação hospitalar há dois anos com quadro clínico de obstrução intestinal, desta vez revertida com tratamento clínico.

Seu exame físico apresentava abdome universalmente distendido, doloroso à palpação e hiper timpânico à percussão nos quatro quadrantes.

Os exames complementares mostraram hemograma normal, escuras nitrogenadas levemente aumentadas e Proteína C Reativa de 4,7.

Tomografia abdominal foi sugestiva de obstrução intestinal mecânica e foi iniciado tratamento clínico com cateterismo nasogástrico e reposição hidroeletrólítica.

Após 24 horas, sem melhora clínica, foi indicada e realizada laparotomia mediana, por onde foram encontradas múltiplas aderências intestinais entre as alças e destas com a parede abdominal (todas muito firmes) e foram realizadas lises de algumas delas.

No pós-operatório, com melhora clínica relativa e aceitando dieta oral, realizamos nova tomografia abdominal, que embora mostrasse melhora em relação ao padrão obstrutivo do intestino, ainda apresentava alças jejuno ileais distendidas. Com os exames hematológicos dentro da normalidade, sem vômitos, aceitando alimentação oral e eliminando flatus, solicitou e recebeu alta hospitalar no quinto dia, porém, retornou ao hospital 48 horas após, com piora da distensão abdominal, com cólicas e vômitos, embora mantendo eliminação de flatus. No exame físico, percebemos a presença de massa abdominal fixa, irregular, pouco dolorosa, de consistência firme e que ocupava praticamente todo o quadrante inferior esquerdo.

Os exames hematológicos se encontravam normais e a tomografia mostrou distensão de alças do intestino delgado sem conseguir identificar a transição das alças distendidas para com as alças com calibre normal.

Porém, chamou a nossa atenção, a grande densificação da gordura mesentérica, assim como o desvio e a ectasia de alguns de seus vasos (Figura 1).

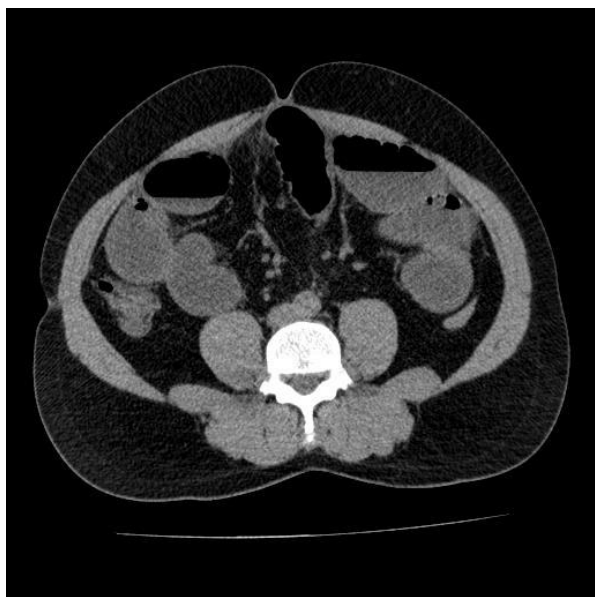


Figura 1. Tomografia computadorizada

Iniciamos tratamento clínico para obstrução intestinal e após aproximadamente 48 horas, sem apresentar melhora alguma, decidimos por indicar laparotomia exploradora, através da qual identificamos intenso bloqueio de alças intestinais firmemente aderidas entre si e com a parede abdominal, que impossibilitavam até a ampla exposição do mesentério. Suspeitamos tratar-se de mesenterite esclerosante e realizamos três biópsias (duas no mesentério e uma no grande omento). Pela total impossibilidade de liberarmos as alças intestinais, optamos por peritoneostomia com tela plástica colocada anteriormente ao mono bloco intestinal que impedia o fechamento da parede abdominal. Foi instituída nutrição parenteral total, sem nenhuma ingesta alimentar via oral e prescrevemos prednisona e tamoxifeno.

Os resultados dos exames histopatológicos das biópsias realizadas foram fortemente sugestivos de mesenterite esclerosante.

No quinto dia de pós-operatório percebemos a presença de fístula entérica pela peritoneostomia, sem nenhuma repercussão intra-abdominal. Decidimos por reabordagem cirúrgica e encontramos uma fístula intestinal de aproximadamente dois mm, que foi suturada com dificuldade pela impossibilidade de mobilização da alça e mantivemos a peritoneostomia.

Devido ao insucesso da sutura da fístula, foram realizadas mais seis tentativas cirúrgicas (praticamente uma a cada sete dias) de fechamento cirúrgico da fístula. Essas abordagens cirúrgicas incluíram: nova sutura, enterostomia com tubo, sutura com proteção de “patch” de bainha posterior do músculo reto abdominal direito, todas com maus resultados.

Após, aproximadamente 60 dias sem ingesta alimentar, nutrição parenteral total, uso de prednisona

e tamoxifeno, percebemos maior flacidez da parede abdominal, assim como o desaparecimento da massa que ocupava o quadrante inferior esquerdo do abdome, e por isso, realizamos nova laparotomia, pela qual, desta vez, foi possível mobilizar adequadamente o segmento intestinal perfurado juntamente com seu mesentério, tornando viável sua ressecção (aproximadamente 10 cm) com anastomose imediata e fechamento da parede abdominal.

O segmento ressecado (intestino com fístula e mesentério) foi enviado para análise histopatológica, que confirmou a nossa hipótese diagnóstica de mesenterite esclerosante.

Mantivemos o paciente sem ingesta alimentar por mais dez dias, quando liberamos alimentação oral e devido a sua boa aceitação, suspendemos a nutrição parenteral e o paciente recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial com manutenção do uso de prednisona e tamoxifeno até segunda ordem.

3. DISCUSSÃO

Esse trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, conforme CAAE 75126723.0.0000.5266.

A fisiopatologia

Mesenterite esclerosante é uma doença que acomete o mesentério, caracterizada pela mistura, em maior ou menor grau, de necrose, infiltrado inflamatório crônico inespecífico e fibrose^{1,2}. Apesar de sua etiopatogenia ainda não estar completamente estabelecida, alguns autores sugerem uma origem autoimune e uma possível associação com traumas cirúrgicos ou neoplasias abdominais^{1,3,4,5}.

Na análise de suas alterações histopatológicas, se distinguem três fases evolutivas; a mais inicial, denominada lipodistrofia mesentérica é caracterizada pela necrose de suas células gordurosas. A fase intermediária é chamada paniculite mesentérica e se caracteriza pela presença de inflamação crônica. A fase mais avançada é chamada mesenterite esclerosante ou mesenterite retrátil, quando já se detecta a presença de fibrose e ectasias de vasos no mesentério^{5,6}.

Entretanto, esta descrição da doença, apesar de coerente e sedutora, ainda não nos parece estar bem sedimentada, pelo baixo número de casos descritos na literatura, com biópsias seriadas.

O quadro clínico

Mesenterite é mais encontrada no gênero masculino, na faixa etária entre 50 e 70 anos^{7,8,9} e o quadro clínico fica na dependência do estágio em que se encontra a doença.

Os sinais e sintomas são inespecíficos. Queixas de dor abdominal recorrente, anorexia, perda de peso, alterações do hábito intestinal e febre, estão presentes na maioria dos pacientes e o exame físico pode ser considerado normal em até 50% dos pacientes¹⁰.

Nos estágios mais avançados dessa enfermidade, a presença de massa abdominal fixa, dolorosa, de limites imprecisos e de consistência firme está associada ao

agravamento dos sinais e sintomas decorrentes do aprisionamento das alças intestinais pela retração do mesentério. Esta retração mesentérica pode culminar com obstrução intestinal, ascite quilosa e até trombose de veias do mesentério).

Os exames complementares

Os exames hematológicos, assim como as dosagens dos marcadores tumorais pouco contribuem para o diagnóstico de mesenterite esclerosante. Entre os exames de imagens, é a tomografia abdominal com contraste o método mais utilizado para seu diagnóstico, pois supera em muito, a avaliação ultrassonográfica.

Os achados tomográficos, além de contribuir bastante para a hipótese diagnóstica de mesenterite esclerosante, permite ainda avaliar o estágio e a extensão do comprometimento mesentérico. Este exame fornece ainda, subsídios para o acompanhamento da eficiência do tratamento empregado.

Os sinais tomográficos da mesenterite esclerosante variam de acordo com o estágio da doença, pois distinguem com segurança se a composição da área afetada é mais inflamatória ou mais fibrótica.

As alterações do mesentério mais encontradas na tomografia abdominal contrastada são: formação expansiva heterogênea com densidade predominante de gordura com vasos ectasiados; bandas lineares decorrentes da retração fibrótica do mesentério e pseudo cápsulas tumorais delimitando as partes mais doentes das mais saudáveis.

Esses achados descritos podem, eventualmente, mimetizar processos neoplásicos. Por isso, o estudo histopatológico do mesentério doente, obtido através de biópsias é considerado o método mais seguro para o diagnóstico de mesenterite esclerosante. Segundo Moreira⁷ e Brandão¹⁰ existe boa correspondência entre os achados tomográficos com os encontrados na anatomia patológica.

O diagnóstico

Mesenterite esclerosante sempre constitui um desafio diagnóstico que exige alto índice de suspeição. Entram na linha de diagnóstico diferencial, uma ampla gama de doenças que podem causar edema, hemorragia, inflamação mesentérica, tais como: pancreatite, Crohn e tuberculose, entre outras. Também devem ser excluídas as enfermidades neoplásicas abdominais como linfoma, sarcoma, tumor carcinoide e mesotelioma peritoneal.

O diagnóstico pode ser presumido pela correlação entre os achados clínicos e tomográficos do paciente, porém só pode ser estabelecido de forma segura e definitiva através do estudo anatomopatológico das biópsias, que devem ser realizadas.

O tratamento

Ainda não dispomos de tratamento específico que possa ser considerado totalmente eficaz para mesenterite esclerosante. Embora alguns autores^{5,8,3}

tenham relatado casos com remissão espontânea dessa doença, o seu tratamento é predominantemente clínico e dependente dos sinais e sintomas apresentados.

Apesar de ainda não existir consenso, naqueles pacientes mais sintomáticos e com estudo histopatológico indicando mesenterite, o uso de prednisona, tamoxifeno, azatioprina ou colchicina, isolados ou associados, parece apresentar resultados satisfatórios.

O tratamento cirúrgico fica restrito para os casos que apresentam obstrução intestinal, que não responderam adequadamente ao tratamento clínico ou com indícios de malignidade na área mesentérica afetada.

4. CONCLUSÃO

Mesenterite esclerosante é uma doença rara, de etiologia ainda incerta e de difícil diagnóstico tanto para clínicos, cirurgiões, radiologistas e até patologistas. Concluímos ainda que seu tratamento, como regra, é clínico e que abordagem cirúrgica deva ser indicada para os pacientes que apresentam obstrução intestinal sem evolução satisfatória com tratamento clínico ou para os que apresentam indícios de malignidade na área afetada do mesentério.

5. AGRADECIMENTOS ou FINANCIAMENTO

A todos os profissionais de saúde das equipes multidisciplinares, que tornam possível os atendimentos aos pacientes.

Ao Instituto de Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde (IDEAS), à Direção do Hospital Estadual Alberto Torres, nas pessoas de Dr. Charbel Khouri Duarte e Dr. Raphael Riodades pelo apoio e incentivo para a elaboração deste trabalho.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Alves JG, Galvão MC, Cavalcante D. Mesenterite. *Jornal Brasileiro de Medicina* 2013; 101:54-55.
- [2] Alsuhaime MA, Alshowaiey RA, Alsumaihi AS, Aldhafeeri SM. Mesenteric panniculitis various presentations and management. A single institution years' experience. *Annals of Medicine and Surgery* 2022; 80:104203.
- [3] Ferreira M, Silva A, Meruje M, Cabrita D, Figueiredo A. Mesenterite esclerosante. *Acta Médica Portuguesa* 2009; 22:855-860.
- [4] Pereira LC, Borges DA, Chebel MJ, Fernandes PHS. Mesenterite esclerosante e ressecção de múltiplos órgãos. Relato de caso e revisão da literatura. III Congresso Brasileiro de Câncer Digestivo 12 e 13 de agosto de 2022, Rio de Janeiro.
- [5] Lima MR, Pontes LVA, Farias LABG. Paniculite mesentérica como diagnóstico diferencial de abdome agudo. *Relatos de casos cirúrgicos*, 2019; 5:e 2138.
- [6] Soares PSC, Rodrigues AR, Lara RC, Monti PR, Fiori IS, Melo JPB. Mesenterite esclerosante após nefrectomia oncológica. Relato de caso. *Relatos de casos cirúrgicos* 2022; 8:3188.
- [7] Moreira LBM, Pinheiro RA, Melo ASA, Alves JRD, Noro F, Marchiori E. Paniculite mesentérica. Aspectos

- na tomografia computadorizada. *Radiologia Brasileira* 2001; 34:135-140.
- [8] Tibana TK, Santos RFT, Camilo DMR, Marchiori E, Nunes TF. Paniculite mesentérica em pacientes com artrite reumatoide. *Radiologia Brasileira* 2019; 52:272-278.
- [9] Reddig RB, Francisco JML, Zilio AC, Becker SCC, Salvaro RG. Mesenterite esclerosante; achado incidental em paciente assintomático. 13º Congresso Gaúcho de Clínica Médica 2016; 2:139-140.
- [10] Brandão EM, Batista TP, Silva Jr JJ, Macedo FIP, Brandão PHDM. Paniculite mesentérica pseudotumoral; aspectos tomográficos de um caso. *Radiologia Brasileira* 2010; 43:59-61.