

PANICULITE MESENTÉRICA É UM DIAGNOSTICO FÁCIL? RELATO DE CASO

Mesenteric panniculitis is an easy diagnosis? Case report

Samuel de Sousa **ALENCAR**, Gleim Dias de **SOUZA**, Luciana R. Queiroz de **SOUZA**, Ronaldo Mafia **CUENCA**,
Lourival de Paiva **GRILLO JÚNIOR**, Ícaro Pinto **SILVA**

Como citar este artigo: Alencar SS, Souza GD, Souza LRQ, Cuenca RM, Grillo-Júnior LP, Silva ÍP. Paniculite mesentérica é um diagnostico fácil? Relato de caso. ABCExpress. 2018;1:e4. DOI: /10.17982/2359-273720180001e4

Clinica Digimed e Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

DESCRITORES - Mesenteric panniculitis.

Correspondência:

Gleim Dias de Souza
|E-mail: gleimdias@uol.com.br

HEADINGS - Paniculite mesentérica.

INTRODUÇÃO

De etiologia pouco elucidada, a paniculite mesentérica antigamente considerada idiopática, tem se mostrado como uma resposta à exposição prolongada a antígenos no decorrer na vida do indivíduo que já tem uma predisposição^{1,2}. Dentre as etiologias sugeridas na literatura estão, síndrome paraneoplásica³, vasculites, desordem autoimune, pancreatite, doenças granulomatosas, doenças reumáticas, até mesmo história de infecção, cirurgia ou trauma abdominal^{2,5}.

É mais prevalente em homens caucasianos sendo que 2 a 3 homens são acometidos para cada mulher acometida. A incidência aumenta com a idade, por isso, a faixa etária mais comum de diagnóstico é entre 50 e 60 anos sendo raro em crianças⁶.

RELATO DO CASO

Homem, 46 anos, tradutor, previamente hígido, iniciou há aproximadamente 4 meses quadro de desconforto epigástrico intermitente, associado a náusea com períodos de melhora espontânea. Há 2 semanas houve piora progressiva do quadro evoluindo com crises recorrentes de dor em aperto, intensa e difusa em todo abdome. Não apresentou febre, vômitos ou outros sintomas associados. Ao exame físico apresentou dor a palpação profunda do abdome sem presença de massa ou sinal de irritação peritoneal. No hemograma havia discreta leucocitose. Foi solicitada uma tomografia computadorizada para esclarecimento diagnóstico observando aumento na densidade da gordura mesentérica associada a linfonodomegalia sendo diagnosticado com paniculite mesentérica.

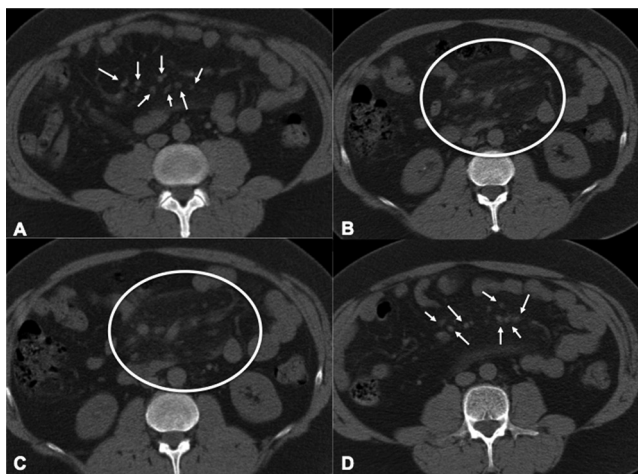


FIGURA 1 – Cortes axiais de tomografia computadorizada sem contraste evidenciando em A e D (setas) pequenos nódulos e em B e D (circunscrito) espessamento da gordura mesentérica com aspecto em halo

A paniculite mesentérica apresenta três estágios de evolução e pode acometer qualquer parte do mesentério, entretanto o mesentério duodenal e o jejunal correspondem de 80 a 90% dos casos e não há diferenças clínicas entre os diversos sítios de acometimento^{2,4}. Primeiramente ocorre a lipodistrofia, onde há predomínio da necrose gordurosa do mesentério com uma inflamação mínima ou mesmo ausente desse tecido¹. No exame histológico é verificada a presença de uma camada de macrófagos espumosos também chamados de "foamy cells". Nessa fase grande parte dos pacientes encontra-se assintomáticos⁴.

Segue então a fase de paniculite mesentérica propriamente dita. Nessa fase a inflamação que antes era mínima ou ausente passa a ser crônica e inespecífica, com presença de infiltrado celular de plasmócitos, leucócitos e células gigantes de corpo estranho⁷. Esse é o estágio mais sintomático da doença, quando o paciente pode apresentar febre, astenia, náusea, anorexia, perda de peso, e o principal sintoma que é a dor abdominal intermitente, motivo de procura do atendimento médico^{8,9}.

Por fim, na fase de mesenterite retrátil, há um predomínio da fibrose que retrai o mesentério podendo causar fenômenos compressivos¹¹ que levam as raras complicações, como quadros de oclusão e suboclusão intestinal, sendo responsável pela presença de massa abdominal palpável⁸ ou até mesmo compressão vascular gerando isquemia podendo evoluir para uma perfuração intestinal¹⁰.

A investigação inicial da paniculite mesentérica deve ser realizada através da tomografia computadorizada, na qual os achados dependem do estágio da doença e do componente predominante¹, além de apresentar uma boa correlação com os achados patológicos e permitir avaliação da eficácia do tratamento^{12,13}.

No estágio predominantemente inflamatório geralmente se observam na tomografia computadorizada massas heterogêneas com linfonodomegalia¹⁵ envolta por um componente de gordura mesentérica de densidade aumentada em relação a gordura subcutânea a retro peritoneal¹⁴ e formação de uma pseudocápsula que delimita essa gordura afetada, dando a essa estrutura um aspecto de anel, conhecido e descrito como sinal do halo¹². Estes achados desaparecem quando a doença progride para mesenterite retrátil¹².

Entende-se que a paniculite mesentérica é uma afecção rara, porém deve ser sempre considerada diante de um quadro de abdome agudo recorrente e inespecífico. É indiscutível a importância da tomografia computadorizada tanto no diagnóstico como na exclusão de tumores lipomatosos.

REFERÊNCIAS

1. Guettrot-imberty G, Boyer L, Piette JC, Delèvaux I, André M, Aumaître O. [Mesenteric panniculitis]. Rev Med Interne. 2012;33(11):621-7.
2. Gunduz Y, Tatli AP, Kara RO. Mesenteric panniculitis: a case report and review of the literature. Maedica (Buchar). 2012;7(4):344-7.
3. Wilkes A, Griffin N, Dixon L, Dobbs B, Frizelle FA. Mesenteric panniculitis: a paraneoplastic phenomenon?. Dis Colon Rectum. 2012;55(7):806-9.
4. Issa I, Baydoun H. Mesenteric panniculitis: various presentations and treatment regimens. World J Gastroenterol. 2009;15(30):3827-30.
5. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. Am J Roentgenol. 2000;174:427-31.
6. Patel N, Saleeb SF, Teplick SK. General case of the day. Mesenteric panniculitis with extensive inflammatory involvement of the peritoneum and intraperitoneal structures. RadioGraphics 1999;19: 1083-5.
7. Kipfer RE, Moertel CG, Dahlin DC. Mesenteric lipodystrophy. Ann Intern Med 1974;80:582-8.
8. Ogden WW, Bradburn 2nd DM, Rives JD. Panniculitis of the mesentery. Ann Surg 1960;151:659-68.
9. Sans M, Varas M, Anglada A, Esperanza Bachs M, Navarro S, Bruges J. Mesenteric panniculitis presenting as fever of unknown origin. Am J Gastroenterol 1995;90:1159-61.
10. Mathew J, McKenna F, Mason J, Haboubi NY, Borghol M. Sclerosing mesenteritis with occult ileal perforation: report of a case simulating extensive intra-abdominal malignancy. Dis Colon Rectum 2004;47:1974-7.
11. Seo BK, Ha HK, Kim AY, Kim TK, Kim MJ, Byun JH, et al. Segmental misty mesentery: analysis of CT features and primary causes. Radiology 2003;226:86-94.
12. Sabaté JM, Torrubia S, Maideu J, Franquet T, Monill JM, Pérez C. Sclerosing mesenteritis: imaging findings in 17 patients. AJR 1999;172:625-9.
13. Hemaïdan A, Vanegas F, Alvarez OA, Arroyo MA, Lee M. Mesenteric lipodystrophy with fever of unknown origin and mesenteric calcifications. South Med J 1999;92:513-6.
14. Wat SY, Harish S, Winterbottom A, Choudhary AK, Freeman AH. The CT appearances of sclerosing mesenteritis and associated diseases. Clin Radiol 2006;61:652-8.
15. Ondrejka P, Faller J, Sapi Z, Sugar I. Mesenteric panniculitis spreading to the pancreas simulating pancreatic neoplasm. Endoscopy 1998;30:S94-5.