

**J. GALVÃO-ALVES**

Chefe da 18ª Enfermaria do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro — Serviço de Clínica Médica. Professor titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques. Professor titular de Pós-graduação em Gastroenterologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Membro titular da Academia Nacional de Medicina. Presidente da Federação Brasileira de Gastroenterologia (2010-2012). Professor de Clínica Médica da Uni-FOA — Universidade da Fundação Oswaldo Aranha.

**MARTA C. GALVÃO**

Professora de Radiologia da FTESM. Professora mestre responsável do Curso de Radiologia da UniFOA — Universidade da Fundação Oswaldo Aranha. Professora da UGF — Universidade Gama Filho. Radiologista do Hospital Federal da Lagoa, RJ.

**DANIELLA CAVALCANTE**

Médica membro do "staff" da 18ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Docente auxiliar do Curso de Especialização de Gastroenterologia pela PUC-RJ.

**Identificação**

M.T.P., sexo masculino, 44 anos, branco, casado, jornalista, natural e procedente do Rio de Janeiro.

Queixa principal: dor abdominal.

**HDA**

Relato de dor epigástrica tipo cólica há cerca de três meses, de intensidade progressiva, que piorava com a alimentação e melhorava com o uso de antiespasmódicos (hioscina). Uma semana antes a dor piorou, com dois episódios de vômitos, pós-prandiais, de restos alimentares — o que motivou a consulta.

Nega outras queixas digestivas, febre e emagrecimento.

# Mesenterite

**HPP**

Seis meses antes, por apresentar sintomas semelhantes, realizou TC de abdome, que evidenciou paniculite mesentérica e colelitíase. Foi submetido à colecistectomia videolaparoscópica, sem intercorrências. Nega tabagismo. Etilista social.

Pai: diabetes melito não insulino-dependente.

Exame físico: afebril, anictérico, acianótico, hidratado, normocorado, eupneico, consciente e orientado. PA: 120 x 80mmHg. FC: 84bpm; FR: 12irpm; AR: MVA em AHT, s/RA.

Abdome flácido, depressível, sem massas palpáveis ou visceromegalias, peristáltico, discreta dor à palpação do mesogástrico.

**Evolução**

Internado e encaminhado para tomografia computadorizada (TC) do abdome. Resultado de nova TC do abdome evidenciou mesenterite, adenomegalia intra-abdominal e espessamento de alça de delgado. Encaminhado à videolaparoscopia diagnóstica, porém realizada TC de tórax pré-operatória, que evidenciou nódulos pulmonares bilaterais com densidade de partes moles, sugestivos de implantes neoplásicos secundários. Submetido à videolaparoscopia, que identificou estenose de alça de delgado associada à infiltração do omento adjacente e adenomegalia. Necessidade de conversão da videolaparoscopia a laparotomia, com ressecção em bloco de alça de delgado e omento e linfonodos, cujo anatomopatológico mostrou tratar-se de adenocarcinoma. Encaminhado à oncologia clínica, para tratamento quimioterápico.

**Discussão**

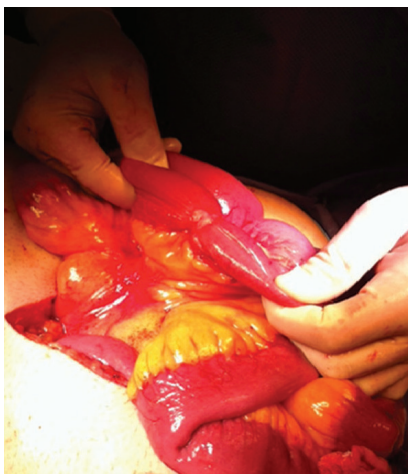
Relata-se o caso de paciente adulto jovem, previamente hígido, que apresentou sintomas gastrointestinais que levaram à realização de TC do abdome.

O resultado mostrou imagem compatível com paniculite mesentérica e colelitíase, sendo o paciente considerado portador de doença benigna. A evolução do quadro clínico, apesar do tratamento cirúrgico, levou à necessidade de nova avaliação por imagem. Nessa ocasião, foi mais uma vez demonstrada a paniculite mesentérica, associada a outros achados não descritos previamente, como adenomegalia intra-abdominal (1,7cm no seu maior diâmetro) e espessamento de alça intestinal de delgado.

A mesenterite esclerosante (ME) é uma condição fibroinflamatória rara, benigna, não específica, que primariamente afeta o mesentério do intestino delgado, sendo o acometimento do mesentério do cólon observado em cerca de 20% dos casos. É de etiologia desconhecida, frequentemente associada com outras doenças inflamatórias, como fibrose retroperitoneal, colangite esclerosante, tireoidite de Riedel e pseudotumor orbitário. Apresenta diversas terminologias, como paniculite mesentérica, mesenterite retrátil ou esclerosante, paniculite nodular sistêmica, mesenterite lipoesclerótica, mesenterite xantogranulomatosa, pseudotumor inflamatório, lipogranulomatose.

A ME pode se associar a uma variedade de condições malignas, como linfoma, câncer de cólon, câncer renal, câncer pulmonar, melanoma, carcinoma gástrico, doença de Hodgkin, leucemia linfocítica crônica, mesotelioma torácico e tumor carcinóide. Kipfer et al. encontraram que 30% dos pacientes com mesenterite tinham uma doença maligna de base.

Esta grande diversidade de patologias associadas indica que se trata de processo inflamatório inespecífico, autoimune, reativo a qualquer tipo de agressão intra-abdominal, provocando reação inflamatória local, cujo diagnóstico baseia-se nos estudos de imagem e histológicos.



**Figura 1:** Ato cirúrgico evidenciando estenose em alça de delgado.

A característica mais marcante da ME à TC é o aumento da densidade de gordura mesentérica para valores de atenuação de  $-40$  a  $-60$  unidades Hounsfield (HU), em comparação com a atenuação normal da gordura subcutânea e retroperitoneal, de  $-100$  a  $-160$  HU.

A aparência à TC pode variar entre atenuação aumentada (mesentério enovado) e massa sólida de densidade de partes moles, que pode envolver os vasos mesentéricos, preservando a área gordurosa circundante (sinal do anel gorduroso). A gordura hiperatenuada reveste os vasos mesentéricos, sem deslocá-los. Múltiplas massas ou espessamento difuso do mesentério são incomuns. Calcificações associadas com necrose da gordura são um achado raro na doença. Em 50% dos pacientes uma pseudocápsula tumoral pode estar presente.

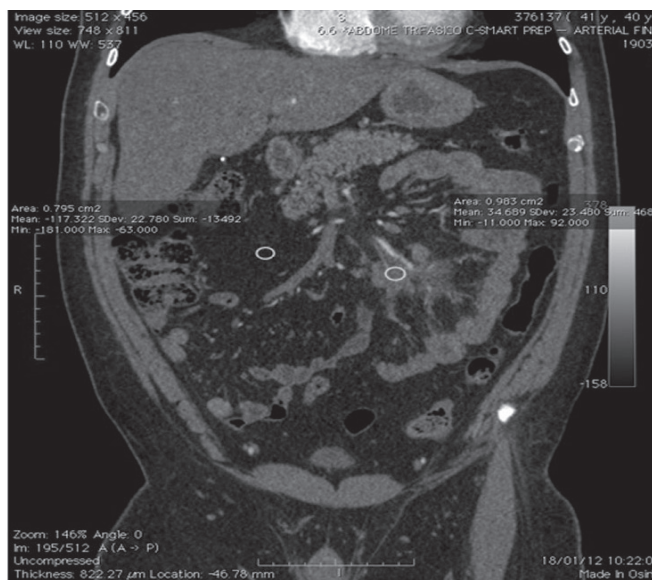
A presença de adenomegalia mesentérica, assim como seu tamanho, se correlacionam com o desenvolvimento de malignidade nos pacientes com ME, sendo que a adenomegalia menor que 10mm no seu maior diâmetro, sem outras áreas de linfadenopatia associadas, demonstra evolução benigna.

Histopatologicamente a doença progride em três estádios:

1. Lipodistrofia mesentérica: macrófagos invadem o tecido adiposo mesentérico.
2. Paniculite mesentérica: infiltrado de células inflamatórias plasmáticas e raros leucócitos PMN, células gigantes de corpo estranho e macrófagos.



**Figura 2:** TC do abdome mostrando linfonodo mesentérico de 1,7cm (seta).



**Figura 3:** Diferença de densidade do mesentério normal e infiltrado.

3. Mesenterite esclerosante: predomínio de deposição de colágeno, fibrose e inflamação.

Na maioria dos pacientes coexistem inflamação crônica, necrose gordurosa e fibrose.

Embora os tumores malignos do jejuno e duodeno sejam raros, eles podem envolver diretamente a raiz do mesentério.

Algumas condições benignas, como hipoalbuminemia, trombose da veia portal, artéria mesentérica ou trombose venosa e vasculite, levam à atenuação aumentada na raiz do mesentério, que deve ser diferenciada de outras condições patológicas malignas.

O presente caso exemplifica e justifica a necessidade de avaliarmos cuidadosamente os achados, à TC, de mesenterite ou paniculite mesentérica, pois estes podem ocultar condições benignas ou neoplásicas extremamente importantes.

## Referências

1. CANYIGIT, M.; KOKSAL, A. et al. — Multidetector-row computed tomography findings of sclerosing mesenteritis with associated diseases and its prevalence. *Jpn. J. Radiol.*, 29(7): 495-502, 2011. Epub 2011 Sep 1.
2. FILIPPONE, A.; CIANCI, R. et al. — Misty mesentery: A pictorial review of multidetector-row CT findings. *Radiol. Med.*, 116(3): 351-65, 2011. Epub 2010 Dec 3.
3. CORWIN, M.T.; SMITH, A.J. et al. — Incidentally detected misty mesentery on CT: Risk of malignancy correlates with mesenteric lymph node size. *J. Comput. Assist. Tomogr.*, 36(1): 26-9, 2012.
4. VLACHOS, K.; ARCHONTOVASILIS, F. et al. — Sclerosing mesenteritis: Diverse clinical presentations and dissimilar treatment options. A case series and review of the literature. *Int. Arch. Med.*, 4: 17, 2011.
5. FERREIRA, M.; SILVA, A. et al. — Mesenterite esclerosante. *Acta Med. Port.*, 22: 855-60, 2009.
6. OKINO, Y.; KIYOSUE, H. et al. — Root of the small-bowel mesentery: Correlative anatomy and CT features of pathologic conditions. *RadioGraphics*, 21: 1475-90, 2001.

## Endereço para correspondência:

José Galvão-Alves  
Rua Real Grandeza, 108/Sala 123  
— Botafogo  
22281-034  
Rio de Janeiro-RJ  
jgalvaorj@terra.com.br