

UM CASO CLÍNICO DE PANICULITE MESENTÉRICA ASSOCIADA A GASTRITE CRÓNICA E LITÍASE BILIAR – DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICA E MORBILIDADE

A CLINICAL CASE OF MESENTERIC PANNICULITIS ASSOCIATED WITH CHRONIC GASTRITIS AND BILIARY LITHIASIS – DIAGNOSIS, TREATMENT AND MORBIDITY

Ricardo Ribeiro¹, Inês Bargiela¹, Cristina Duarte²

RESUMO

A paniculite mesentérica é uma doença inflamatória crónica fibrosante, rara, que afecta o tecido adiposo do mesentério. A sua etiologia é desconhecida e a apresentação clínica variável, o que torna o diagnóstico particularmente difícil, sendo habitualmente sugerido por tomografia computadorizada e confirmado por biópsia. O tratamento é essencialmente empírico, médico (incluindo corticóides) ou cirúrgico. Apesar de ter, geralmente, um curso benigno, pode estar associada a morbilidade significativa.

Apresentamos o caso de uma doente de 84 anos, internada por estado confusional agudo, dor abdominal difusa, recusa alimentar e vômitos pós-prandiais. Ao exame objectivo, sem alterações valorizáveis, além da dor à palpação abdominal. A investigação subsequente revelou a existência de anemia perniciosa, gastrite crónica, angiodisplasia duodenal e também paniculite mesentérica,

Após 2 meses medicada com prednisolona 40 mg/dia, verificou-se resolução sintomática e imagiológica. Infelizmente, a doente veio a falecer na sequência de pneumonia associada aos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Paniculite mesentérica; gastrite crónica; litíase biliar; tomografia computadorizada; corticóides

ABSTRACT

The mesenteric panniculitis is a rare chronic inflammatory fibrosing disease that affects the mesentery's adipose tissue. Its aetiology is unknown and it has several clinical presentations, which lead to a particularly difficult diagnosis. The diagnosis is normally suggested by computer tomography and confirmed by biopsy. The treatment is mainly empiric, medical (including corticosteroids) or surgical. Despite having usually a benign course, it may be associated with significant morbidity.

We present the case of an 84-year-old female patient, admitted for delirium, diffuse abdominal pain, food rejection and postprandial vomiting. At physical examination, there were no substantial abnormalities, aside from abdominal tenderness. Further investigation revealed the existence of pernicious anaemia, chronic gastritis, duodenal angiodysplasia and mesenteric panniculitis.

After 2 months treated with prednisolone 40 mg per day, there was symptomatic and radiological resolution. Unfortunately, the patient died as a result of healthcare-associated pneumonia.

Key Words: Mesenteric panniculitis; Chronic gastritis; Biliary lithiasis; Computed tomography; Corticosteroids

INTRODUÇÃO

Inicialmente descrita por Jura, em 1924, com a designação mesenterite retráctil, a paniculite mesentérica é uma doença inflamatória crónica fibrosante, rara, que afecta o tecido adiposo do mesentério. Também é conhecida como lipodistrofia mesentérica, mesenterite liposclerótica, doença de Weber-Christian mesentérica, entre outras designações.^{1,2} A etiologia é desconhecida, apesar de estar descrita associação com doenças inflamatórias e neoplásicas.¹

A apresentação clínica é variável (sendo frequentemente assintomática). Habitualmente, o diagnóstico é sugerido por tomografia computadorizada (TC) e confirmado por biópsia e o tratamento é essencialmente empírico, médico ou cirúrgico.¹ Na maioria dos casos, a doença tem um curso benigno.

Apresentamos um caso de paniculite mesentérica numa doente com gastrite crónica e litíase biliar, tratada com prednisolona.

CASO CLÍNICO

A doente é uma mulher de 84 anos, com antecedentes pessoais de doença renal crónica (DRC), hipertensão arterial, dislipidemia, anemia multifactorial (secundária a *deficit* de vitamina B12 e à DRC), cardiopatia isquémica, leucoencefalopatia microangiopática e litíase biliar. Estava medicada com ácido acetilsalicílico, pantoprazol, metoprolol, sinvastatina, ácido valpróico, perindopril, cianocobalamina e aloprinol.

A doente foi internada por estado confusional agudo. Apresentava, ainda, dor abdominal difusa inespecífica, recusa alimentar e vômitos pós-prandiais, com cerca de 1 mês de evolução. Negava alterações do trânsito intestinal ou outras queixas.

À observação inicial, apresentava excesso de peso, estava desidratada e com desconforto generalizado à palpação profunda do abdómen, sem massas palpáveis, sem defesa ou reacção peritoneal. Analiticamente, além da anemia, desta-

¹ Interno de Medicina Interna, Serviço de Medicina III, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, Amadora, Portugal

✉ rjgribeiro@gmail.com

² Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Serviço de Medicina III, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, Amadora, Portugal

Subsídios ou bolsas: Não aplicado

Recebido 06/04/15; Aceite 27/04/15

cava-se velocidade de sedimentação = 90 mm/h (sem leucocitose nem elevação de PCR) e deterioração da função renal (creatinina = 4,4 mg/dl, ureia = 294 mg/dl).

Na ecografia abdominal salientava-se, nas regiões média e esquerda, heterogeneidade e hiperecogenicidade do mesentério, com aumento da espessura, evidenciando imagens lineares hiperecogênicas no seu seio, provavelmente em relação com paniculite mesentérica (Fig. 1); da restante avaliação destacava-se a litíase vesicular, já conhecida. Como a doente apresentou boa resposta à terapêutica sintomática (com metoclopramida) e à hidratação, continuámos a investigação em ambulatório.



Figura 1 – Ecografia abdominal onde se evidencia hiperecogenicidade e aumento da espessura do mesentério, com imagens lineares hiperecogênicas no seu seio.

Fez endoscopia digestiva alta que revelou gastropatia não erosiva do antro (Fig. 2), cujo estudo histológico demonstrou gastrite crônica, e angiodisplasia duodenal sem estigmas hemorrágicos.

Os anticorpos anti-factor intrínseco e anti-célula parietal foram positivos.



Figura 2 – Endoscopia digestiva alta revelando gastropatia não erosiva do antro.

Fez também TC tóraco-abdómino-pélvica que confirmou a densificação acentuada da raiz do mesentério, de limites bem definidos, compatível com paniculite (Fig. 3); sem outras alterações valorizáveis.

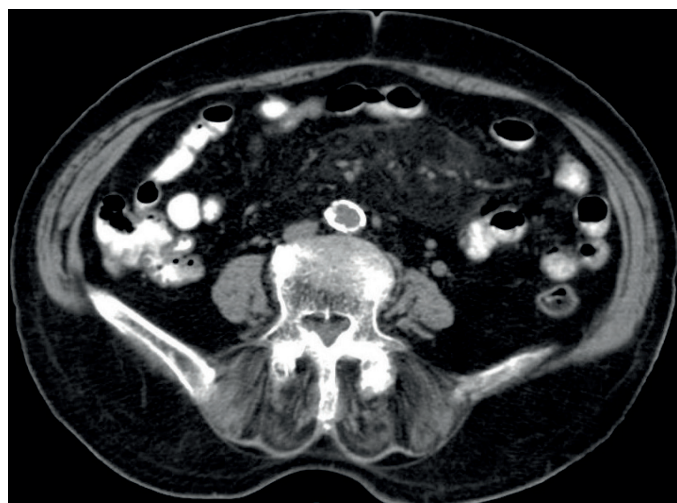


Figura 3 – TC abdominal confirmando a densificação acentuada da raiz do mesentério, de limites bem definidos, compatível com paniculite.

Optámos, então, por iniciar terapêutica com prednisona 40 mg/dia. Verificou-se melhoria significativa inicial, ficando assintomática. No entanto, cerca de 2 meses depois, iniciou quadro de edema dos membros inferiores e prostração, constatando-se fenotipo cushingóide. Na TC de reavaliação, feita após 2 meses de terapêutica, já não se definiam densificações anómalas da gordura mesentérica (Fig. 4). Assim, iniciámos a redução progressiva da dose de prednisona.



Figura 4 – TC de reavaliação, após 2 meses de terapêutica, já sem evidência de densificações anómalas da gordura mesentérica.

No entanto, 3 semanas depois, por não haver melhoria significativa, recorreu ao Serviço de Urgência e ficou internada durante 3 dias. Infelizmente, por agravamento da dispneia e prostração, voltou ao Serviço de Urgência, 6 dias depois, tendo sido diagnosticada pneumonia associada aos cuidados de saúde, com insuficiência respiratória grave, acabando por falecer nesse internamento.

DISCUSSÃO

A paniculite mesentérica é uma doença rara 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 afectar o do cólon

sigmoideu¹ ou, mais raramente, o mesocólon, região peri-pancreática, *omentum* ou outras regiões³. Apresenta uma relação homem / mulher de 2-3:1 e a incidência aumenta com a idade.¹

Desconhece-se a etiologia.¹ Tem sido associada principalmente a cirurgia ou traumatismo abdominal,⁴ mas também a trombose mesentérica, aneurisma da aorta abdominal, lesão química ou térmica, fármacos, vasculites e doenças auto-imunes, avitaminoses, pancreatite, *leakage* de biliar ou urina, ascite quilosa, litíase biliar, cirrose, doença coronária, úlcera péptica, reacções de hipersensibilidade, infecções bacterianas e consumo de tabaco.^{1,5,6} Também pode associar-se a linfomas de Hodgkin e não Hodgkin, leucemia linfocítica crónica, mieloma, melanoma, neoplasia do pulmão, do cólon, do estômago, de células renais, tumores carcinóides e mesotelioma torácico.^{1,4-8} No caso da doente que apresentamos, admitimos que a paniculite estivesse relacionada com a gastrite crónica e a litíase biliar.

A doente apresentou-se com dor abdominal, recusa alimentar e vômitos, o que é concordante com a literatura que indica que os sintomas habituais incluem anorexia, dor abdominal, enfartamento, náuseas, febre e perda de peso.⁸ Pode, ainda, apresentar-se apenas como massa abdominal ou, raramente, como hematoquezia, icterícia, oclusão ou perfuração intestinal.^{2,4,7} Em 30 a 50% dos casos, contudo, os doentes permanecem assintomáticos.⁹

Histologicamente, a doença progride em 3 fases.⁵ A primeira, a lipodistrofia mesentérica é assintomática e de bom prognóstico. Na segunda, paniculite mesentérica, ocorre um infiltrado de plasmócitos, polimorfonucleares, células gigantes e células esponjosas; nesta fase ocorre dor abdominal, febre e mal-estar geral. Finalmente, o estágio de mesenterite retráctil ou esclerosante, com deposição de colagénio e fibrose, podendo formar-se massas abdominais e sintomas obstrutivos. A existência de um dos três padrões permite o diagnóstico mas, geralmente, os 3 estão presentes, simultaneamente, em algum grau.

Contudo, não fizemos estudo histológico nesta doente

pois, como explicitado por Moreira et al, é possível estabelecer com segurança o diagnóstico de paniculite mesentérica e avaliar a eficácia do tratamento por TC ou ressonância magnética.¹⁰ A aparência varia conforme os componentes predominantes e correlaciona-se com os achados patológicos.¹⁰ Habitualmente, no estágio de paniculite mesentérica, encontra-se uma massa heterogénia com grande componente de gordura e bandas lineares com densidade de partes moles (achados concordantes com os da nossa doente), enquanto na mesenterite retráctil é visível uma massa homogénia de partes moles.¹⁰

Habitualmente, a paniculite mesentérica tem um curso lentamente progressivo ou resolve espontaneamente. Contudo, 20% dos doentes têm uma evolução debilitante com morbidade significativa,³ particularmente em doentes com comorbidades.⁵

Como referido por Issa et al, o tratamento tem sido reservado para os casos sintomáticos,¹ como era o caso da nossa doente. Várias terapêuticas têm sido propostas, com sucesso variável, incluindo a abordagem farmacológica, com corticóides, talidomida, ciclofosfamida, progesterona, colchicina, azatioprina, tamoxifeno, antibióticos e emetina, a radioterapia¹ e a cirurgia (esta, habitualmente é reservada para as situações resistentes à terapêutica farmacológica ou para complicações graves, como oclusão ou perfuração intestinal).² Não há consenso sobre a melhor abordagem. Na nossa doente, obteve-se completa resolução sintomática e imagiológica com prednisolona, apesar do lamentável desfecho do caso.

Em conclusão, a paniculite mesentérica é uma condição incomum e de diagnóstico difícil, benigna, mas por vezes com morbidade significativa. Pode ocorrer isoladamente ou associada a outras patologias. As características tomodensitométricas são altamente sugestivas e a biópsia é diagnóstica (embora raramente seja necessária). Na maioria dos casos, a terapêutica baseia-se em anti-inflamatórios ou imunossuppressores, embora com sucesso variável.

BIBLIOGRAFIA

1. Issa I, Baydoun H. Mesenteric panniculitis: various presentations and treatment regimens. *World J Gastroenterol.* 2009; 15: 3827-30.
2. Gu G, Wang S, Wei X, Ren L, Li D, Zou F. Sclerosing mesenteritis as a rare cause of abdominal pain and intraabdominal mass: a cases report. *Cases J.* 2008; 1: 242.
3. Akram S, Pardi DS, Schaffner JA, Smyrk TC. Sclerosing mesenteritis: clinical features, treatment, and outcome in ninety-two patients. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007; 5: 589-96.
4. Emory TS, Monihan JM, Carr NJ, Sobin LH. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J Surg Pathol.* 1997; 21: 392-8.
5. Plasencia LD, Ballester LR, Fernández EM, Morales AH, Pallarés AC, Siverio NH. Mesenteric panniculitis: experience in our center. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007; 99: 291-7.
6. 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: 427-31.
7. Cuff R, Landercasper J, Schlack S. Sclerosing mesenteritis. *Surgery.* 2001; 129: 509-10.
8. Shah AN, You CH. Mesenteric lipodystrophy presenting as an acute abdomen. *South Med J.* 1982; 75: 1025-6.
9. Ferrari TC, Couto CM, Vilaça TS, Xavier MA, Faria LC. An unusual presentation of mesenteric panniculitis. *Clinics.* 2008; 63: 843-4.
10. Moreira LBM, Pinheiro RA, Melo ASA, Alves JRD, Noro F, Marchiori E. Paniculite mesentérica: aspectos na tomografia computadorizada. *Radiol Bras.* 2001; 34: 135-40.