

MESENTERITE ESCLEROSANTE: RELATO DE CASO

Introdução: Com prevalência de 0,16 a 3,4%, mesenterite esclerosante é caracterizada por necrose gordurosa inespecífica crônica, inflamação e fibrose do mesentério abdominal. A etiologia pode ser por cirurgia abdominal, autoimunidade, processo paraneoplásico, isquemia ou infecção. A clínica pode evoluir em obstrução intestinal, ascite quilosa ou isquemia mesentérica, com sintomas inespecíficos de dor abdominal, diarreia, vômitos, constipação. A tomografia mostra o sinal do anel de gordura, pseudocápsula e o sinal de mesentério nebuloso. O tratamento com ressecção cirúrgica ou fármacos, como corticosteróides ou imunomoduladores. **Objetivo:** Evidenciar o acometimento de uma doença rara e com entendimento limitado na literatura. **Metodologia:** Relato de caso. **Resultados:** Masculino, 50 anos, clínica de dor abdominal difusa de forte intensidade, diarreia com episódios de melena e posteriormente com sangue vivo. Ao exame físico, abdome plano, doloroso a palpação e com sinais de irritação peritoneal. Tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciando coleção de paredes espessadas no hipogastro, medindo 9,9 x 6,8 x 11,8 cm, importante espessamento parietal do aspecto proximal da alça colônica ascendente, com densificação difusa do mesentério, bem como aumento no número dos linfonodos focais. Colonoscopia evidenciando lesão estenosante em cólon ascendente. Episódio há um ano de isquemia mesentérica com ressecção de 1,7 metros do intestino delgado. Em uso de rivaroxabana. No terceiro dia de internação, realizada laparotomia exploratória em que havia grande processo aderencial em todo abdome (abdome congelado), com presença de coleção líquida citrina no recesso retrovesical. Biópsia mostrando vasculite no retroperitônio e esteatonecrose no mesocólon. No sétimo dia, apresenta episódios de vômitos com aspecto fecalóide e episódios de melena, abdome distendido, dor intensa, enfisema subcutâneo. TC de abdome evidenciando pneumoperitônio discreto, distensão gástrica importante, sinais de enteroanastomose dilatada próximo ao ângulo de Treitz, borramento em flanco direito e fossa ilíaca direita, com alças do delgado apresentando espessamento de sua parede, associado a sinais de fecalização residual. Sem condutas cirúrgicas, iniciado tratamento para mesenterite esclerosante com pulsoterapia de metilprednisolona e ciclofosfamida com melhora dos sintomas. **Conclusões:** Apresentamos este caso devido às dificuldades de diagnóstico pela raridade desta patologia.

REFERÊNCIAS

1. GREEN, M. S.; CHHABRA, R.; GOYAL, H. Sclerosing mesenteritis: a comprehensive clinical review. **Annals of translational medicine**, v. 6, n. 17, p. 336, 2018.
2. DANFORD, C. J.; LIN, S. C.; WOLF, J. L. Sclerosing mesenteritis. **The American journal of gastroenterology**, v. 114, n. 6, p. 867–873, 2019.
3. CORADO, S. C.; ALMEIDA, H.; BALTAZAR, J. R. A severe case of sclerosing mesenteritis. **BMJ case reports**, v. 12, n. 7, p. e229035, 2019
4. SHARAWI, S.; GRAFFEO, V.; GOEBEL, L. J. Sclerosing mesenteritis: A rare cause of abdominal pain. **Cureus**, v. 14, n. 8, p. e28573, 2022.

