



Revista Portuguesa  
de

í r u r g i a

II Série • N.º 38 • Setembro 2016

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia



# Peritonite granulomatosa causada por fibras vegetais imitando carcinomatose peritoneal

## Granulomatous peritonitis caused by vegetable material mimicking peritoneal carcinomatosis

*Bruno Ribeiro da Silva<sup>1</sup>, Artur Silva<sup>2</sup>, Eva Barbosa<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Interno de Formação Específica de Cirurgia Geral, <sup>2</sup> Assistente Hospitalar de Anatomia Patológica,

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral

Serviço de Cirurgia Geral – Hospital Pedro Hispano

### RESUMO

A carcinomatose peritoneal é a doença peritoneal difusa mais comum, mas existe uma grande variedade de processos patológicos que a podem imitar. A peritonite granulomatosa, de causa infecciosa ou não-infecciosa, pode apresentar um aspecto macroscópico semelhante, pelo que o diagnóstico definitivo só pode ser estabelecido através do exame anatomopatológico. Os autores apresentam um caso clínico em que o estudo histológico constituiu igualmente um desafio diagnóstico.

**Palavras chave:** neoplasias peritoneais, peritonite, granuloma de corpo estranho.

### ABSTRACT

Peritoneal carcinomatosis is the most common diffuse peritoneal disease, although there is a great variety of disease processes that can re-create this disorder. Granulomatous peritonitis, of infectious or non-infectious cause, may have quite a similar gross appearance, meaning that the final diagnosis can only be established after acquiring anatomopathological results. The authors present a case in which the histological study itself also comprises a diagnostic challenge.

**Key words:** peritoneal neoplasms, peritonitis, foreign body granuloma.

### INTRODUÇÃO

Designa-se por carcinomatose peritoneal a disseminação intraperitoneal de um tumor que não tem origem no próprio peritoneu<sup>1</sup>. É a doença peritoneal difusa mais comum e implica, geralmente, uma fase terminal da doença maligna, pelo que está associada a um mau prognóstico<sup>1</sup>. Este diagnóstico deve ser comprovado histologicamente, já que as

características macroscópicas e imagiológicas podem ser muito semelhantes às peritonites granulomatosas ou às neoplasias primárias do peritoneu<sup>1,2</sup>.

A peritonite granulomatosa pode ser induzida por diversos agentes etiológicos<sup>2</sup>. Dentro das causas infecciosas, destacam-se bactérias como *Mycobacterium tuberculosis*, fungos e Helminthas<sup>2</sup>. Entre os agentes não infecciosos, destacam-se os materiais das roupas cirúrgicas descartáveis (celulose), lubrificantes secos de



luvas cirúrgicas (talco e amido), e restos alimentares provenientes do tubo digestivo<sup>2</sup>.

Os autores apresentam um caso clínico que ilustra a dificuldade diagnóstica inerente a estas situações clínicas.

## CASO CLÍNICO

Homem de 53 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano por um quadro suboclusivo com 4 dias de evolução. Apresentava queixas de dor e distensão abdominal generalizada, vários episódios de vômitos de conteúdo entérico e com trânsito intestinal apenas para gases. Antecedentes conhecidos de hérnia discal lombar e de hérnia inguinal direita, sem cirurgias prévias, não toma medicação crónica. Sem antecedentes pessoais ou familiares de patologia maligna. Sem história de viagens internacionais. Tem um cão e um gato, que são desparasitados regularmente. Não ingere habitualmente alimentos crus, salvo fruta e saladas. Ao exame objectivo mantinha a pele e mucosas hidratadas, abdómen distendido e timpanizado de forma difusa, com dor ligeira à palpação, ampola rectal vazia e sem massas palpáveis; apresentava uma hérnia inguinal direita redutível. Realizou um estudo analítico que revelou uma Proteína C Reactiva de 182 mg/L, sem leucocitose, Ureia 80 mg/dL, Creatinina 1,3 mg/dL, sem alterações iónicas. Efectuado Rx Abdominal que revelou presença de níveis hidroaéreos no intestino delgado, e TAC Abdomino-Pélvica que mostrou distensão do intestino delgado até às ansas ileais localizadas a nível pélvico (Figura 1).

Iniciou tratamento conservador com fluidoterapia, pausa alimentar e drenagem nasogástrica. Apresentou resolução do quadro suboclusivo, pelo que teve alta após 6 dias de internamento, tendo ficado inscrito como prioritário para cura cirúrgica de hérnia inguinal direita.

Passados 2 meses, foi admitido para cirurgia electiva. Intra-operatoriamente foi confirmada a presença de uma hérnia inguinal indirecta, o saco herniário foi aberto e constatou-se a presença de bridas e de um granulado peritoneal em ansa ileal estenosada, muito sugestivo

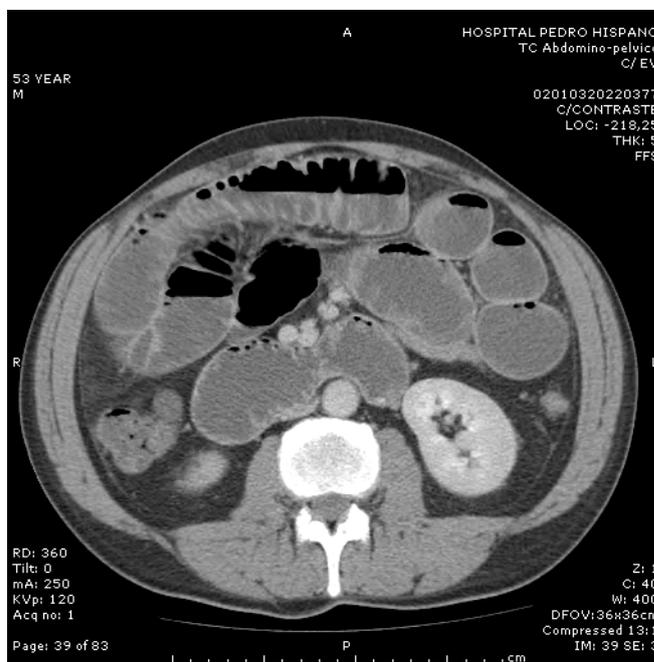


FIGURA 1 – TAC abdomino-pélvica demonstrando distensão de ansas de delgado, excepto a nível pélvico; parece haver um repuxamento na região inguinal direita

de carcinomatose peritoneal. Decidida laparotomia exploradora, e verificados achados semelhantes no apêndice ileocecal e no fundo de saco pélvico. Sem outras massas intra-abdominais visíveis ou palpáveis. Realizada



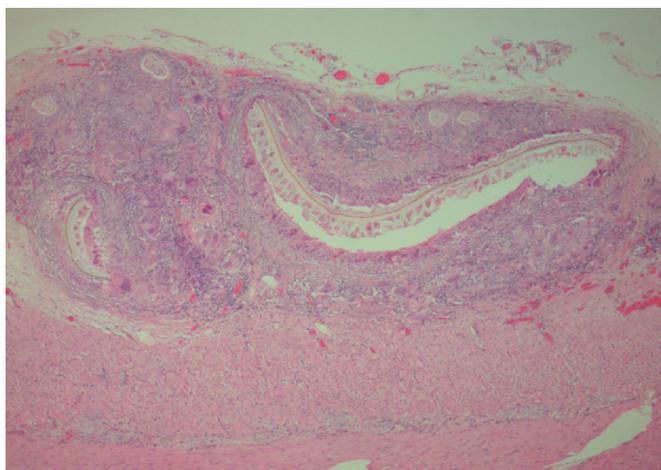


FIGURA 2 – Exame histológico de mesentério compreendendo (à periferia da imagem) reacção gigantocelular de tipo corpo estranho, em relação com estruturas exógenas centralmente localizadas na imagem

enterectomia segmentar, apendicectomia e biópsias das lesões pélvicas. Evolução sem intercorrências, tendo tido alta ao 7º dia pós-operatório. Realizado doseamento de marcadores tumorais (CEA e CA 19-9) que se encontravam dentro de valores normais.

O exame histológico inicial do mesentério do segmento de intestino delgado ressecado revelou a presença de numerosas células gigantes multinucleadas (constituindo uma reacção gigantocelular de tipo corpo estranho), em relação com estruturas exógenas sugestivas de infecção parasitária por *Helminths* (Figura 2). Não se observaram áreas de necrose de tipo caseoso nem sinais de malignidade. A microscopia de luz polarizada não detectou cristais birrefringentes.

O exame parasitológico de fezes foi negativo. Realizou tratamento farmacológico empírico com mebendazol.

Dada a raridade destes achados histológicos, o caso foi enviado em consulta a dois especialistas em Histopatologia Infeciosa, nomeadamente o Prof. Dr. Sebastian Lucas e a Dra. Ula Mahadeva (St. Thomas' Hospital, Londres), que consideraram tratar-se de reacção gigantocelular de tipo corpo estranho em relação com estruturas vegetais (em detrimento de estruturas parasitárias).

## DISCUSSÃO

Este caso clínico ilustra a dificuldade em estabelecer o diagnóstico de carcinomatose peritoneal ou de peritonite granulomatosa, quando baseado em critérios macroscópicos. A ausência de síndrome constitucional, de antecedentes de patologia maligna e, sobretudo, de sinais de malignidade ao exame histológico, infirmava o primeiro daqueles diagnósticos. Tão-pouco era expectável uma peritonite granulomatosa em um doente sem cirurgias prévias, sem história de infecções intra-abdominais, nem antecedentes de doença inflamatória intestinal. Apesar da presença de numerosas células gigantes multinucleadas, a ausência de necrose caseosa e de histiócitos epitelióides afastava um processo granulomatoso tuberculósico (que, macroscopicamente, poderia manifestar-se através de uma peritonite granular semelhante à carcinomatose)<sup>2</sup>. A inexistência de cristais birrefringentes (com fenótipo de “cruzes de Malta assimétricas”) na microscopia de luz polarizada levou inicialmente à exclusão de um processo granulomatoso provocado por talco ou celulose<sup>2</sup>. Porém, sabemos que quando as estruturas vegetais contêm fibras colagenosas imaturas, a birrefringência é muito escassa, pelo que nestes casos é possível que os cristais birrefringentes não sejam detectados<sup>3</sup>.

A hipótese histológica de infecção granulomatosa por *Helminths* levantou ainda mais questões, uma vez que, dada a sua raridade, este é habitualmente um diagnóstico histopatológico “de autoridade” efectuado por especialistas internacionais em Patologia parasitária. As estruturas vegetais podem assemelhar-se morfológicamente a estruturas parasitárias.<sup>4</sup> Efectivamente, muito embora as células de origem vegetal apresentem habitualmente uma membrana externa mais irregular, fibras vegetais com parede celulósica tubuliforme podem ocasionar erros no diagnóstico histopatológico.<sup>4</sup>

A hipótese clínica de perfuração intestinal prévia deverá ser equacionada neste contexto. É sabido que o local mais comum de perfuração intestinal por espinhas de peixe é o íleon distal, podendo também ocorrer dentro do saco herniário<sup>5</sup>. As micro-perfurações do intestino delgado não condicionam necessariamente o



aparecimento de abscesso ou de peritonite purulenta, e é possível que decorram de forma assintomática<sup>5</sup>.

Retrospectivamente, integrando todos os dados disponíveis, podemos ainda admitir a possibilidade de uma apendicite aguda perfurada ter causado o extravasamento de material vegetal, com consequente reacção granulomatosa no apêndice, ansa ileal e fundo de saco pélvico. Uma reacção gigantocelular de tipo corpo estranho em relação com fibras vegetais é, como se sabe, uma causa inusual de apendicite granulomatosa.<sup>6</sup> No entanto, o paciente não recorda nenhum episódio que possa sugerir este quadro clínico, nem há registos clínicos que o suportem, pelo que esta hipótese é meramente especulativa.

O doente foi submetido a enterectomia segmentar da ansa que se encontrava adjacente ao orifício inguinal interno, atendendo a que esta se encontrava estenosada e apresentava múltiplos implantes peritoneais. Aparentemente, o quadro oclusivo teve origem nestas alterações e não estava directamente relacionado com a presença da hérnia inguinal, embora possa existir uma relação entre ambos os processos patológicos. O procedimento cirúrgico foi completado mediante

laparotomia, visando uma exploração adequada da cavidade abdominal e despiste de doença peritoneal em outros locais, que pudesse originar novos episódios oclusivos.

## CONCLUSÃO

Com este caso clínico pretende-se chamar a atenção para a impossibilidade de estabelecer o diagnóstico de carcinomatose peritoneal com base em características macroscópicas. Embora os achados macroscópicos fossem compatíveis com o diagnóstico (frequente) de carcinomatose peritoneal, os seus achados microscópicos (infrequentes) permitiram escarpelizar os possíveis diagnósticos diferenciais perante um quadro de peritonite granulomatosa.

## AGRADECIMENTOS

Estamos gratos ao Professor Sebastian Lucas e à Dra. Ula Mahadeva pelo contributo dado no diagnóstico histológico.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diop AD, Fontarensky M, Montoriol PF, Da Ines D. CT imaging of peritoneal carcinomatosis and its mimics. Diagnostic and interventional imaging. 2014;95(9):861-72.
2. Cintra FF, Martins RP, Moraes GR. Peritonite granulomatosa induzida por talco e fibras de celulose. Revista de Ciências Médicas. 1999; 8(1):23-27.
3. Manjunatha BS, Kumar GS, Raghunath V. Histochemical and polarization microscopic study of two cases of vegetable/pulse granuloma. Indian J Dent Res. 2008;19(1):74-7.
4. Cuomo MJ, Noel LB, White DB. Diagnosing Medical Parasites: A Public Health Officers Guide to Assisting Laboratory and Medical Officers. 2012. [http://www.phsource.us/PH/PARA/Diagnosing Medical Parasites.pdf](http://www.phsource.us/PH/PARA/Diagnosing%20Medical%20Parasites.pdf)
5. Goh BK, Chow PK, Quah HM, Ong HS, Eu KW, Ooi LL, et al. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. World journal of surgery. 2006;30(3):372-7.

#### Correspondência:

BRUNO RIBEIRO DA SILVA  
e-mail: bars911@gmail.com

#### Data de recepção do artigo:

25/10/2014

#### Data de aceitação do artigo:

21/06/2016





