



Revista Portuguesa
de

irurgia

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 Silva¹, Artur Silva², Eva Barbosa³

¹ Interno de Formação Específica de Cirurgia Geral, ² Assistente Hospitalar de Anatomia Patológica,

³ 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 peritoneu¹. É a doença peritoneal difusa mais comum e implica, geralmente, uma fase terminal da doença maligna, pelo que está associada a um mau prognóstico¹. 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^{1,2}.

A peritonite granulomatosa pode ser induzida por diversos agentes etiológicos². Dentro das causas infecciosas, destacam-se bactérias como *Mycobacterium tuberculosis*, fungos e Helminthas². 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 digestivo².

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

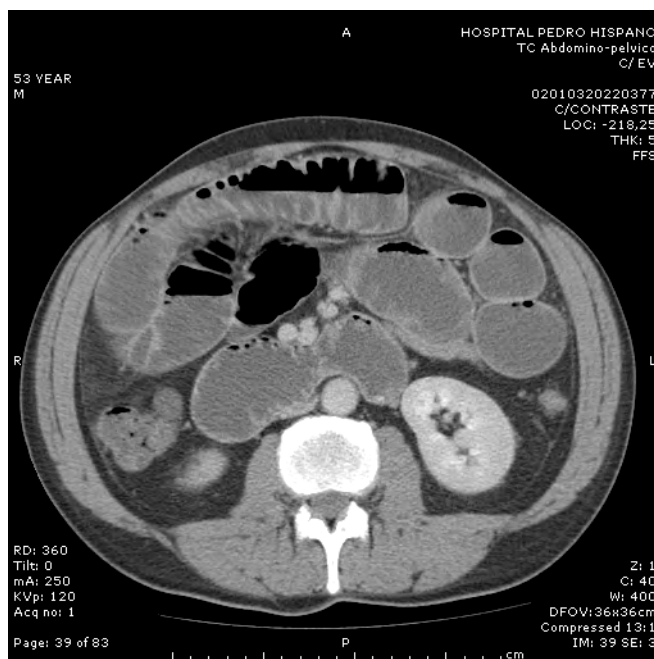


FIGURA 1 – TAC abdomino-pélvica demonstrando distensão de ansas de delgado, excepto a nível pélvico; parece haver um repuxamento na região inguinal direita

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



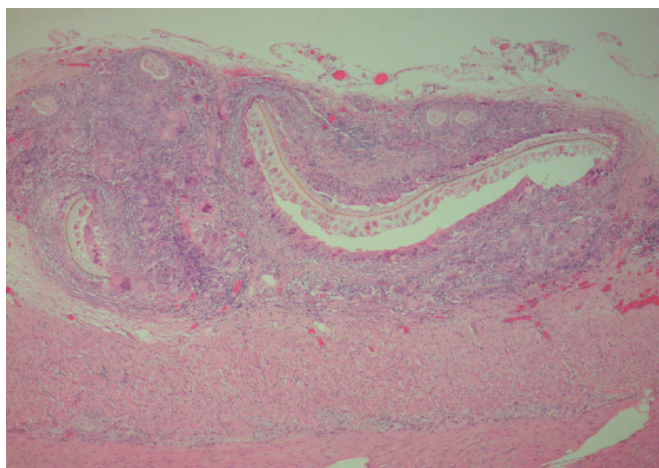


FIGURA 2 – Exame histológico de mesentério compreendendo (à periferia da imagem) reacção gigantocelular de tipo corpo estranho, em relação com estruturas exógenas centralmente localizadas na imagem

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 tuberculótico (que, macroscopicamente, poderia manifestar-se através de uma peritonite granular semelhante à carcinomatose)². 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 celulose². 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 detectados³.

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.⁴ 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.⁴

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 herniário⁵. As micro-perfurações do intestino delgado não condicionam necessariamente o



aparecimento de abscesso ou de peritonite purulenta, e é possível que decorram de forma assintomática⁵.

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.⁶ 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



