

Mesenterite Esclerosante: Relato de Caso de um Mimético de Malignidade

Aatiya Ahmad ¹, Rahul Bhakta ¹, Bharati Yalamanchili ^{2,*}

¹ BayCare St. Joseph's Hospital, Tampa, Florida, United States.

² H. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute, Tampa, Florida, United States.

* Correspondência: devi.yalamanchili@moffitt.org.

Resumo: A mesenterite esclerosante (ME) é uma doença rara e não maligna, caracterizada por inflamação crônica e fibrose do mesentério. Apresentamos o relato de caso de uma mulher de 52 anos que apresentou dor torácica pleurítica e dor na região costal esquerda, sendo diagnosticada com embolia pulmonar bilateral e, incidentalmente, com uma massa mesentérica. Após 13 meses de investigação extensiva, incluindo múltiplos métodos de imagem para avaliação de malignidade e bi-ópsia, a paciente foi finalmente diagnosticada com ME. Este relato de caso enfatiza a importância de considerar a ME em pacientes fora do perfil demográfico típico e explora estratégias para diferenciá-la de outras condições e neoplasias.

Palavras-chave: Necrose Gordurosa; Fibrose; Mesentério; Isquemia Mesentérica; Paniculite Peritoneal.

Citação: Ahmad A, Bhakta R, Yalamanchili B. Mesenterite Esclerosante: Relato de Caso de um Mimético de Malignidade. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr229.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr229>

Recebido: 15 Setembro 2026

Aceito: 27 Setembro 2026

Publicado: 1 Outubro 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A mesenterite esclerosante (ME) é uma condição rara e idiopática caracterizada por inflamação crônica e fibrose do tecido adiposo do mesentério do intestino delgado [1]. Trata-se de um espectro de processos inflamatórios mesentéricos que inclui a lipodistrofia mesentérica e a paniculite mesentérica [2,3]. É mais frequentemente relatada em homens, com idade média de início entre 60 e 65 anos [4,5]. Pode apresentar sintomas inespecíficos, como dor abdominal e febre, ou manifestações decorrentes de obstrução ou isquemia [4,5]. Os achados de imagem frequentemente se sobrepõem aos de doenças malignas, mas determinadas características radiográficas podem auxiliar na diferenciação da ME de outros diagnósticos.

Uma mulher de 52 anos, com uma massa mesentérica identificada incidentalmente, foi submetida a uma investigação extensiva durante 13 meses antes do diagnóstico de ME. Este caso, envolvendo uma mulher assintomática de meia-idade e fora do perfil demográfico típico, evidencia a variabilidade de apresentação clínica da doença. Além disso, destaca a importância do reconhecimento precoce da ME, a fim de evitar a utilização excessiva de recursos de saúde e reduzir a carga psicológica e financeira desnecessária para a paciente.

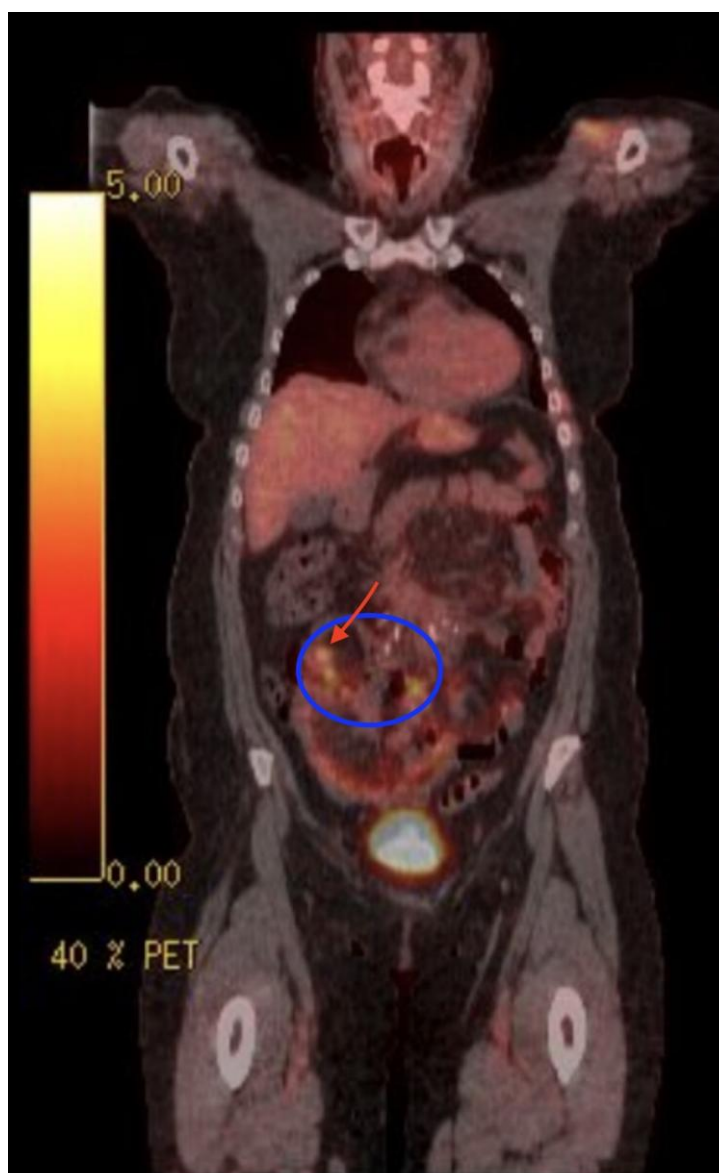
2. Relato de Caso

Uma mulher de 52 anos procurou o pronto-socorro por dor torácica pleurítica e dor na região costal esquerda. A angiotomografia computadorizada (CTA) revelou embolias pulmonares (EPs) bilaterais e uma massa mesentérica identificada incidentalmente. O histórico médico pregresso era significativo para um trauma ocorrido seis meses antes, que exigiu artrodese da coluna cervical. Os exames laboratoriais iniciais não apresentavam alterações relevantes, incluindo hemoglobina, marcadores inflamatórios (VHS e PCR), al-

bumina, marcadores tumorais (CEA, CA 19-9 e CA 27-29) e extensa investigação autoimune. O CA-125 estava discretamente elevado, em 62,8 U/mL (valor de referência <37 U/mL).

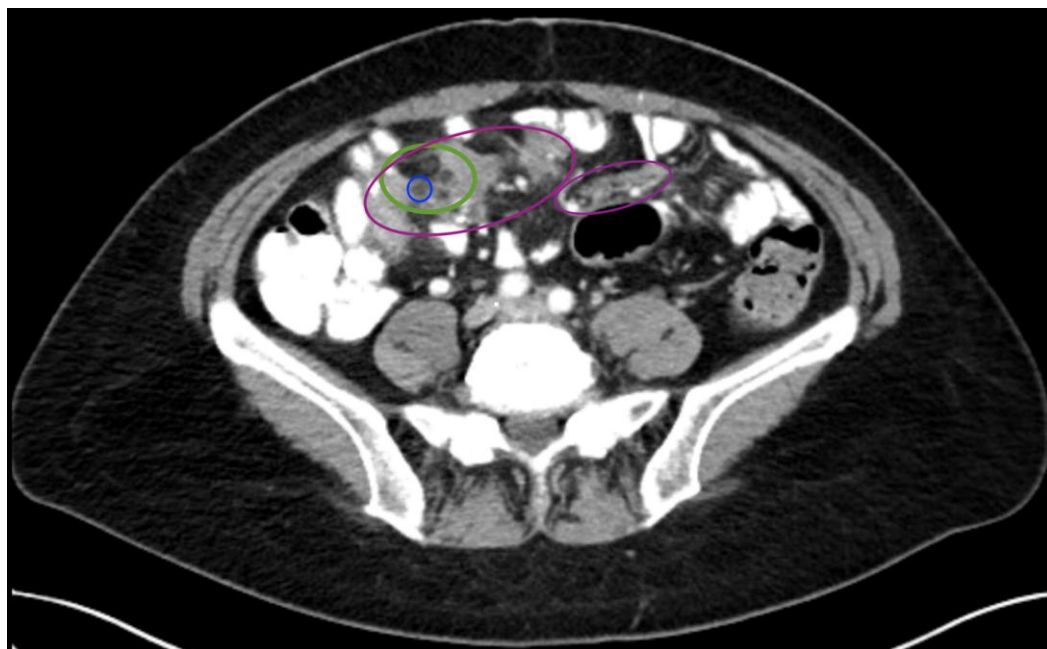
A enterotomografia computadorizada realizada um mês depois demonstrou calcificação central do mesentério em aspecto de placa, com alguns nódulos de tecido mole espiculados e não calcificados na porção inferior do mesentério. A esofagogastroduodenoscopia e a colonoscopia foram adiadas devido às EPs e ao uso de anticoagulantes. A tomografia por emissão de pósitrons com fluorodesoxiglicose (FDG-PET) (Figura 1) evidenciou uma massa mesentérica parcialmente calcificada e com discreta atividade metabólica (valor máximo de captação padronizada [SUVmax] de 1,3), acompanhada por linfonodos mesentéricos adjacentes com discreta atividade metabólica (SUVmax de 4,0). Também foi observada uma opacidade pulmonar no lobo inferior esquerdo, de 5,9 cm e metabolicamente ativa (SUVmax de 4,0), menor em relação à CTA anterior, sendo atribuída à resolução de um processo inflamatório.

Figura 1. Corte coronal da tomografia por emissão de pósitrons/tomografia computadorizada com fluorodesoxiglicose (FDG-PET/CT) inicial, demonstrando linfonodos mesentéricos com discreta atividade metabólica (SUVmax 4,0; oval azul), sendo um deles destacado pela seta vermelha.



A tomografia computadorizada (TC) de tórax, abdome e pelve realizada cinco meses depois demonstrou aumento da massa mesentérica, com calcificação interna, medindo 8,1 cm, além de linfonodos bilaterais nas cadeias ilíacas, com menos de 1 cm. A biópsia por agulha grossa, guiada por TC, de um linfonodo mesentérico revelou tecido fibroadiposo e inflamação crônica discreta, sem evidências de malignidade. Uma nova TC de abdome e pelve com contraste, realizada cinco meses após a biópsia, demonstrou uma lesão mesentérica calcificada estável ($6,3 \times 1,6$ cm), uma lesão mesentérica de tecido mole em crescimento, medindo $2,6 \times 2,4$ cm (anteriormente $1,9 \times 1,6$ cm), com linfadenopatia mesentérica igualmente estável, além de um nódulo pulmonar subpleural estável ($1,2 \times 1,0$ cm) (Figura 2).

Figura 2. Corte axial da tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste, realizada 11 meses após a apresentação inicial, demonstrando duas massas mesentéricas de tecido mole (ovais magenta). Também são observados quatro sinais do anel de gordura (fat ring signs) (oval verde), sendo um deles destacado pelo círculo azul; entretanto, esse achado não foi descrito no laudo radiológico, conforme detalhado na seção de discussão.



No 13º mês, foram solicitadas tomografia por emissão de pósitrons/tomografia computadorizada (PET/CT) com Ga-DOTATATE e dosagem de ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) urinário de 24 horas para investigação de tumor neuroendócrino. A PET/CT com Ga-DOTATATE demonstrou aumento marginal no tamanho de múltiplas lesões mesentéricas parcialmente calcificadas e não calcificadas (Figura 3). A paciente não realizou a coleta urinária de 5-HIAA em 24 horas. Negava perda de peso não intencional, náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia. Relatava rubor facial (flushing), que atribuía à menopausa, e perda de peso intencional de 10 libras ao longo de um ano.

O caso foi apresentado em reunião multidisciplinar de oncologia (tumor board). Com base nos achados de imagem, incluindo massas mesentéricas calcificadas e infiltrativas sem captação significativa na PET/CT com Ga-DOTATATE, espessamento do mesentério e sinais do anel de gordura (fat ring signs), associados ao resultado anatomopatológico demonstrando tecido fibroadiposo e inflamação crônica, foi estabelecido o diagnóstico de mesenterite esclerosante (ME). Foi recomendado tratamento conservador, com acompa-

nhamento pela gastroenterologia para realização de esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia, além de monitoramento clínico. Decorreram 13 meses entre a apresentação inicial e o estabelecimento do diagnóstico (Figura 4).

Figura 3. Imagem coronal da PET/CT com Ga-DOTATATE demonstra múltiplas lesões mesentéricas parcialmente calcificadas (seta verde indica uma delas) e não calcificadas (seta amarela indica uma delas), sem aumento da captação de fluorodesoxiglicose (FDG). Em uma revisão posterior, a imagem também demonstra o aspecto de “mesentério nebuloso” (*misty mesentery*) (seta roxa, indicando uma área de aumento da densidade da gordura mesentérica), que não foi descrito no laudo radiológico, conforme detalhado na seção de discussão.

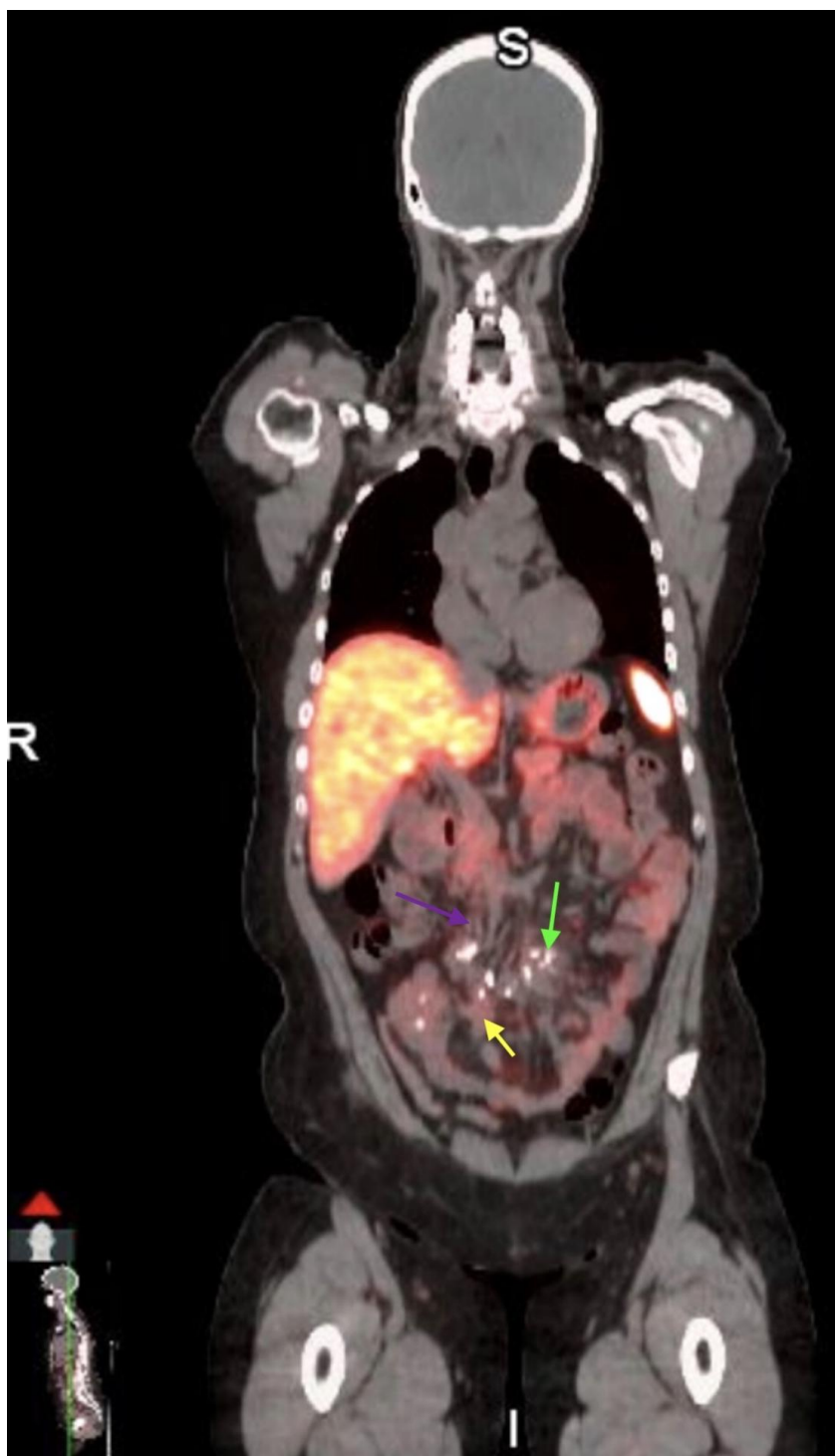
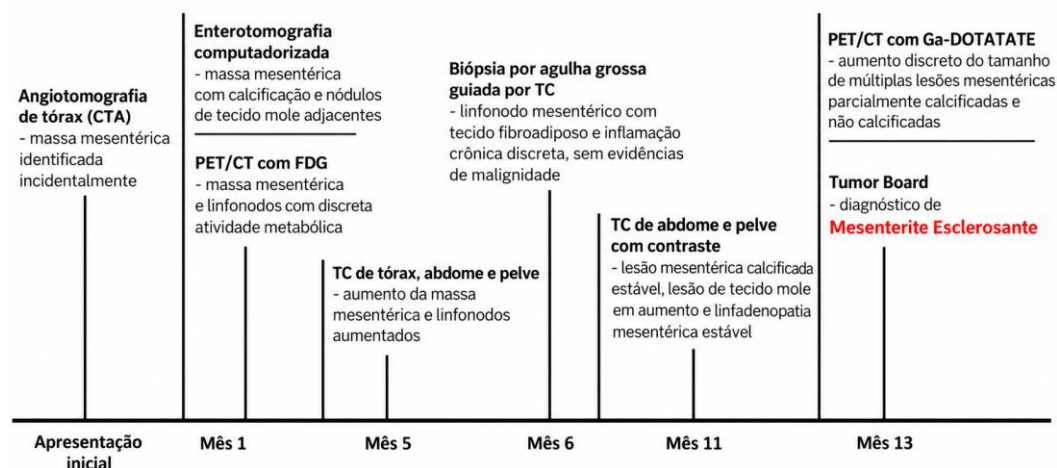


Figura 4. Linha do tempo desde a apresentação inicial da paciente até o diagnóstico final, 13 meses depois.



3. Discussão e Conclusão

A ME é um processo inflamatório raro e não neoplásico do tecido adiposo do mesentério do intestino delgado, frequentemente confundido com neoplasia [1]. Trata-se de um espectro que progride desde a necrose gordurosa (lipodistrofia mesentérica), passando pela inflamação crônica (paniculite mesentérica), até a fibrose (ME) [2,3]. A prevalência varia de 1,3% a 7,8%, com acometimento duas vezes mais frequente em homens e início da apresentação entre 50 e 70 anos (idade média de início de 60 a 65 anos) [1]. A etiologia permanece incerta, mas a doença está associada a condições autoimunes, infecções, cirurgias abdominais prévias e trauma [1]. Neste caso, a paciente sofreu um trauma importante seis meses antes da apresentação. Entre os pacientes com ME, 75% apresentam dor abdominal, 30% a 40% apresentam alterações do hábito intestinal, 25% perda de peso, 20% vômitos, 15% anorexia e 5% a 20% febre [4,5]. Os achados laboratoriais podem incluir elevação da PCR e do VHS, anemia ou hipoalbuminemia [4,5]. A normalidade dos exames laboratoriais e a ausência de sintomas tornaram este caso atípico.

Um achado característico da ME na tomografia computadorizada é a presença de uma massa mesentérica circunscrita, envolta por uma pseudocápsula fibrótica e delimitada por uma borda de gordura, denominada “sinal do anel de gordura” (fat ring sign), embora um achado semelhante possa ser observado em doenças malignas [6-8]. Na revisão da TC da paciente, o sinal do anel de gordura estava presente, embora não tenha sido mencionado no laudo radiológico (Figura 2). Outro achado radiológico da ME é o “mesentério nebuloso” (misty mesentery), caracterizado pelo aumento da densidade da gordura mesentérica, que também pode ser observado em doenças malignas [1,9]. O mesentério nebuloso pode ser identificado na revisão da PET/CT com Ga-DOTATATE (Figura 3), embora também não tenha sido descrito pelo radiologista. Se reconhecidos mais precocemente, os achados de imagem poderiam ter possibilitado um diagnóstico mais rápido, ressaltando a necessidade de maior conhecimento sobre a ME, inclusive entre os radiologistas.

O diagnóstico diferencial de uma massa mesentérica inclui neoplasias. Características que favorecem malignidade incluem linfonodos >1 cm, linfadenopatia extramesentérica e “sintomas B” (febre, sudorese noturna e perda de peso não intencional) [1]. Exames de imagem baseados em PET podem apresentar resultados falso-positivos na presença de processos inflamatórios, potencialmente dificultando a avaliação de malignidade [10,11].

Neste caso, a PET/CT inicial com FDG, que demonstrou captação nas massas mesentéricas, aumentou a preocupação com malignidade. A PET/CT final com Ga-DOTATATE não demonstrou focos metabolicamente ativos e contribuiu para o estabelecimento do diagnóstico final após discussão em reunião multidisciplinar (tumor board).

Histologicamente, a ME é caracterizada por necrose gordurosa, inflamação crônica e fibrose [3]. A evolução natural consiste em crescimento lento em 80% dos pacientes [5]. O tratamento depende dos sintomas, de modo que pacientes assintomáticos podem ser acompanhados clinicamente. As complicações incluem obstrução intestinal, ascite e isquemia mesentérica decorrentes do aumento da massa [4,12]. Sintomas não obstrutivos, como dor abdominal, vômitos e diarreia, podem ser tratados com corticosteroides e/ou tamoxifeno, com escalonamento progressivo para imunomoduladores [1,4]. O prognóstico é favorável, com casos raros de regressão espontânea anos após o diagnóstico [13].

A identificação da ME permanece um desafio diagnóstico devido à presença de sintomas inespecíficos, à sobreposição dos achados de imagem com malignidade e à sua raridade. Embora o “sinal do anel de gordura” seja uma característica típica e altamente sugestiva de ME, ele não é patognomônico e pode ocasionalmente ser observado em outros processos patológicos [6-8]. Portanto, a biópsia permanece o padrão-ouro para o diagnóstico [1,2]. É necessário um alto grau de suspeição para ME a fim de reduzir atrasos diagnósticos, exames de imagem desnecessários e custos relacionados à assistência à saúde.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Foi obtido consentimento informado por escrito do representante legal da paciente, e o estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Agradecemos à paciente por permitir generosamente o compartilhamento de sua experiência, para que outras pessoas possam aprender com este caso..

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Danford CJ, Lin SC, Wolf JL. Sclerosing mesenteritis. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(6):867-873. doi:10.14309/ajg.000000000000167.
2. Kelly JK, Hwang WS. Idiopathic retractile (sclerosing) mesenteritis and its differential diagnosis. *Am J Surg Pathol*. 1989;13(6):513-521. doi:10.1097/0000478-198906000-00008.
3. Emory TS, Monihan JM, Carr NJ, Sobin LH. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J Surg Pathol*. 1997;21(4):392-398. doi:10.1097/0000478-199704000-00004.
4. Akram S, Pardi DS, Schaffner JA, Smyrk TC. Sclerosing mesenteritis: clinical features, treatment, and outcome in ninety-two patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5(5):589-596; quiz 523-584. doi:10.1016/j.cgh.2007.02.032.
5. Sharma P, Yadav S, Needham CM, Feuerstadt P. Sclerosing mesenteritis: a systematic review of 192 cases. *Clin J Gastroenterol*. 2017;10(2):103-111. doi:10.1007/s12328-017-0716-5.
6. Kajihara Y. Sclerosing mesenteritis: "fat ring sign". *Chonnam Med J*. 2022;58(3):135. doi:10.4068/cmj.2022.58.3.135.
7. Horton KM, Lawler LP, Fishman EK. CT findings in sclerosing mesenteritis (panniculitis): spectrum of disease. *Radiographics*. 2003;23(6):1561-1567. doi:10.1148/rg.1103035010.
8. Valls C. Fat-ring sign in sclerosing mesenteritis. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;174(1):259-260. doi:10.2214/ajr.174.1.1740259.
9. Mindelzun RE, Jeffrey RB Jr, Lane MJ, Silverman PM. The misty mesentery on CT: differential diagnosis. *AJR Am J Roentgenol*. 1996;167(1):61-65. doi:10.2214/ajr.167.1.8659422.
10. Yilmaz B, Arslan HS, Gundogan C, Gunes MN, Cermik TF. False-positive 68Ga-DOTATATE PET/CT in active chronic prostatitis. *Clin Nucl Med*. 2019;44(8):e499-e500. doi:10.1097/RLU.0000000000002594.
11. Khalaj K, Rowe JH, Thupili CR, Tammisetti VS. False-positive 68Ga-DOTATATE uptake in a uterine subserosal fibroid mimicking mesenteric neuroendocrine tumor: a case study. *Clin Nucl Med*. 2023;48(9):e452-e454. doi:10.1097/RLU.0000000000004768.
12. Hoang T, Karavelic A, Sunil A, Murray T, Telford J, Clement E, Gador A. Sclerosing mesenteritis presenting as hilar cholangiocarcinoma causing recurrent chylous ascites and gastric outlet obstruction. *ACG Case Rep J*. 2025;12(3):e01637. doi:10.14309/crj.0000000000001637.

13. Daumas A, Agostini S, Villeret J, Ah-Soune P, Emungania O, Granel B. Spontaneous resolution of severe, symptomatic meso-colic panniculitis: a case report. BMC Gastroenterol. 2012;12:59. doi:10.1186/1471-230X-12-59.