

# INVULGAR OBSTRUÇÃO INTESTINO DELGADO (CASULO ABDOMINAL): RELATO DE CASO

*An unusual small bowel obstruction (abdominal cocoon): a case report*

Seyed Ziaeddin **RASHASHEMI**<sup>1</sup>, Ali **RAMOUZ**<sup>2</sup>, Faeghe **EBRAHIMI**<sup>2</sup>

Trabalho realizado no <sup>1</sup>Department of Cardiothoracic Surgery e <sup>2</sup>Medicine Faculty & Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

## Correspondência:

Ali Ramouz:

E-mail: Ali.ramouz@gmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 13/08/2012

Aceito para publicação: 16/04/2013

## INTRODUÇÃO

Casulo abdominal é doença rara que provoca a obstrução do intestino delgado. É caracterizada por uma membrana espessa e fibrosa, como casulo, encapsulando total ou parcialmente o delgado<sup>1,2,3</sup>. Sua causa permanece desconhecida<sup>4,5</sup>. O tratamento cirúrgico é o de escolha<sup>1</sup>. Neste relato, é descrito um paciente jovem com casulo abdominal que apresentou sinais clínicos e paraclínicos de obstrução intestinal.

## RELATO DO CASO

Em julho de 2010, um homem de 25 anos foi internado com história de dor abdominal em cólica intermitente, vômitos biliosos e distensão abdominal de dois meses. Ele também se queixou de constipação crônica, anorexia e 14 kg de perda de peso durante esse período. Ele não tinha nenhum histórico medicocirúrgico ou outro, exceto o uso de suplemento para modelagem do corpo que continha creatina.

Ao exame físico, ele estava ansioso. Os sinais vitais eram normais (pressão arterial 110/75, pulso 85/min, temperatura 37,3° C). Apresentava distensão abdominal com ruídos intestinais hiperativos e sensibilidade leve em todo o abdome, especialmente no quadrante superior. Não havia cicatrizes abdominais, massa abdominal palpável ou organomegalias. O toque retal era normal. Análise de sangue tinha leucócitos em 8.500 células/ml, hemoglobina 16 mg/dl e análise de urina normal. Estudo radiológico simples abdominal mostrou vários níveis hidroaéreos sem pneumoperitônio; o com bário mostrou jejuno e íleo dilatados com o contraste passando lentamente (Figura 1). Tomografia computadorizada abdominal contrastada mostrou os mesmos achados (Figura 2).

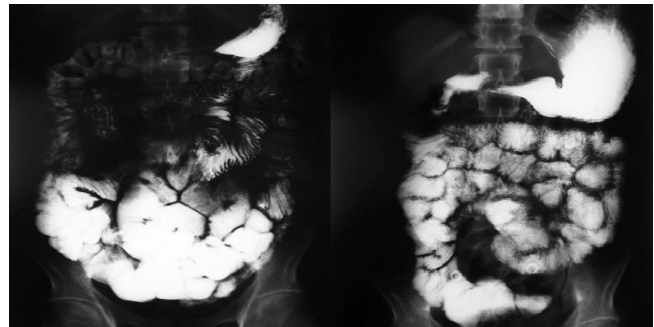


FIGURA 1 – Radiologia baritada mostrando aspecto de couve-flor no abdome inferior e pelve

Devido a sinais de obstrução intestinal mecânica, pequena laparotomia de emergência foi realizada através de uma incisão na linha média. Durante a operação observou-se pequena dilatação do intestino, mesentério edematoso e todo o intestino delgado, coberto por uma membrana densa esbranquiçada que dava a aparência de um casulo (Figura 3). Foi realizada dissecação cuidadosa com excisão da membrana que envolvia o intestino delgado liberando-o desde o ângulo duodenojejunal até a junção ileocecal. A histopatologia da membrana revelou reação inflamatória crônica não-específica com proliferação de tecido fibroconectivo.

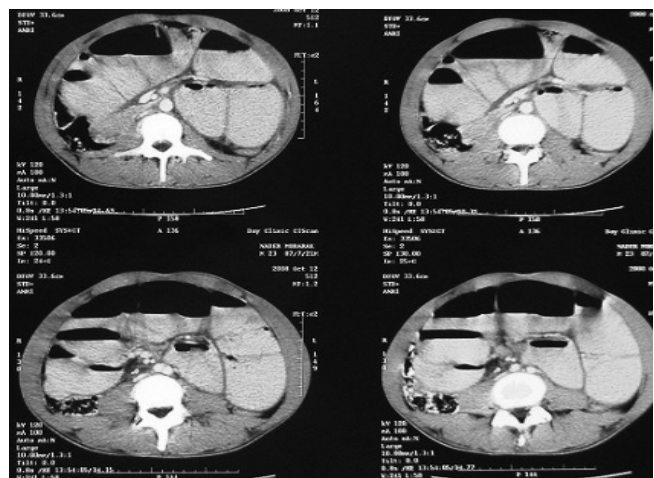


FIGURA 2 – Tomografia computadorizada de abdome mostrando pequena dilatação do intestino com nível líquido



**FIGURA 3** - Fotografia intra-operatória mostrando intestino delgado encapsulado em membrana casulo esbranquiçada e espessa

O paciente recebeu alta hospitalar no 8º. dia pós-operatório. Após 24 meses de acompanhamento regular continuava em condições satisfatórias e o abdome normal.

## DISCUSSÃO

Peritonite esclerosante encapsulada pode ser classificada como idiopática e secundária. A classe idiopática, ou casulo abdominal, foi descrito pela primeira vez por Foo et al em 1978<sup>6</sup>. O tipo idiopático afeta principalmente jovens mulheres em zonas tropicais e subtropicais<sup>1</sup>. É condição rara e desconhecida<sup>2,3</sup> apesar de uma série de hipóteses terem sido mencionadas<sup>4,7</sup>. Casulo abdominal é caracterizado por uma membrana fibrosa brilhante e espessa, revestindo total ou parcial o delgado<sup>5</sup>.

Na apresentação clínica ele promove fases recorrentes de obstrução aguda ou subaguda do intestino delgado, náuseas, perda de peso e anorexia e, por vezes, massa abdominal palpável. A maioria dos pacientes é diagnosticada incidentalmente na laparotomia e o diagnóstico pré-operatório é difícil e requer um alto índice de suspeição<sup>8</sup>. Este paciente tinha usado alguns suplementos para modelagem do corpo, como creatina, por quatro anos. Não foi encontrada nenhuma referência na literatura entre a associação de medicação e casulo abdominal.

A contagem de glóbulos brancos, o nível de proteína C-reativa, hipoalbuminemia e anemia são achados comuns nesses casos, mas nenhum sinal significativo foi aqui observado<sup>2</sup>. Imagem tem papel importante no diagnóstico<sup>9</sup>. Estudos baritados e de CT são úteis para o diagnóstico no preoperatório<sup>5</sup> na hipótese de casulo abdominal. Alças distendidas com vários níveis líquidos podem ser mostrado em raio-X abdominal convencional, mas eles não são específicos<sup>5,7</sup>. Os resultados clássicos de CT abdominal consistem em pequenas alças intestinais concentradas

no centro do abdome com uma membrana fibrosa em torno e melhor visualizadas na tomografia axial computadorizada<sup>3,5,10</sup>. Dissecção cirúrgica, excisão da membrana e lise de aderências permanece a pedra angular no tratamento<sup>2,5</sup>. No caso relatado, com história crônica, intestino delgado dilatado, mesentério edematoso e cobertura de membrana esbranquiçada intestinal densa na laparotomia pôde sugerir peritonite esclerosante idiopática. Por causa do aumento da morbidade e mortalidade com ressecção intestinal, ela só é recomendável se o intestino for inviável<sup>7</sup>. No caso em questão, laparotomia de emergência foi realizada e observado mesentério edematoso coberto por densa membrana esbranquiçada. Foi possível excisão cuidadosa separando a serosa intestinal. Em geral, o prognóstico de casulo abdominal após operação é satisfatório e excisão da membrana com libertação do intestino delgado conduz à recuperação completa.

Em conclusão, peritonite esclerosante capsular não é comum e o diagnóstico pré-operatório definitivo é difícil. Os episódios recorrentes de obstrução do intestino delgado combinada com achados pré-operatórios relevantes em estudos de imagem e falta de outras causas podem facilitar o diagnóstico pré-operatório de casulo abdominal.

## REFERÊNCIAS

1. Serafimidis C, Katsarolis I, Vernadakis S, Rallis G, Giannopoulos G, Legakis N, Peros G: Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis (or abdominal cocoon). BMC surgery J 2006; 6:3.
2. Tombak MC, Apyadin FD, Colak T, Duce MN, Balci Y, Yazici M, Kara E: An unusual cause of intestinal obstruction: Abdominal Cocoon. AJR Am J Roentgenol 2010; 194:W176-W178.
3. Xu p, Chen LH, Li YM: Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis (or abdominal cocoon): A report of 5 Cases. World J Gastroenterol 2007; 13(26): 3649-3651.
4. Tannoury JN, Abboud BN: Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis: Abdominal cocoon. World J Gastroenterol 2012; 18(17).
5. Wei B, Wei HB, Guo WP, Zheng ZH, Huang Y, Hu BG, Huang JL. Diagnosis and treatment of abdominal cocoon: a report of 24 cases. Am J Surg. 2009 Sep;198(3):348-53
6. Foo KT, Ng KC, Rauff A, Foong WC, Sinniah R: Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: the abdominal cocoon. Br J Surg 1978, 65:427-430.
7. Devay AO, Gomceli I, Korukluoglu B, Kusdemir A: An unusual and difficult diagnosis of intestinal obstruction: The abdominal cocoon. Case report and review of the literature. World J Emerg Surg 2006, 1:8.
8. Kawaguchi Y, Kawanishi H, Mujais S, Topley N, Oreopoulos DG: Encapsulating peritoneal sclerosis: definition, etiology, diagnosis, and treatment. International society for peritoneal dialysis ad hoc committee on ultrafiltration management in peritoneal dialysis: Perit Dial Int. 2000, 20 suppl 4: 543-55.
9. Hur j, Kim KW, Park MS, Yu JS: Abdominal cocoon preoperative diagnostic clues from radiologic imaging with pathologic correlation. AJR Am J Roentgenol 2004, 182:639-641.
10. Wig JD, Gupta SK: Computed tomography in abdominal cocoon. J Clin Gastroenterol 1998, 26:156-157