

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA PANICULITE MESENTÉRICA

SCIENTIFIC PRODUCTION ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MESENTERIC PANICULITE

Ronnier Angelo Matias de Sá¹
Ankilma Andrade do Nascimento Feitosa²
Thaise de Abreu Brasileiro Sarmiento³
Welington Antônio Silva⁴

RESUMO: Introdução: Paniculite mesentérica representa uma condição rara de etiologia não totalmente conhecida, que afeta o tecido adiposo do mesentério do intestino delgado. Acomete geralmente pacientes do sexo masculino, entre a 6ª e a 7ª década de vida. A doença cursa com sintomas gastrointestinais e sistemáticos inespecíficos, ao exame físico é comum a presença de massa abdominal palpável. Sua patogênese pode estar associada com alguns mecanismos, como história prévia de cirurgia ou trauma no abdome, autoimunidade, síndrome paraneoplásica, isquemia e infecção. Achados em exames de imagens são comuns, sendo a Tomografia Computadorizada (TC) o exame de eleição para investigação. **Objetivo:** Analisar o diagnóstico e tratamento da paniculite mesentérica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de caráter descritivo e abordagem qualitativa. O levantamento bibliográfico foi feito nas bases de dados *Public Medline* (PubMed), *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), a *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), utilizando os descritores “Diagnóstico”, “Paniculite mesentérica” e “Tratamento”. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: texto completo e disponível de forma gratuita, artigos dos anos de 2009 a 2016, excluindo artigos que não tinham relação ou não abordavam a temática. **Resultados:** Dos 17 artigos selecionados após a passagem dos filtros, a contagem total foi de 106 pacientes; o sintoma mais comum foi dor abdominal (37,78%); o exame complementar mais utilizado foi a tomografia computadorizada (92%) e o

¹ Acadêmico do curso de Medicina - Faculdade Santa Maria - FSM, PB. Contato: ronnier.matias@gmail.com;

² Enfermeira. Docente FSM-PB. Mestre em enfermagem pela UFPB. Doutora em ciências da Saúde pela FMABC-Paulista;

³ Médica pela FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (2011), com Residência em Pediatria pelo Hospital Universitário Osvaldo Cruz (HUOC). Docente no módulo Saúde da Criança e Coordenadora do internato do curso de medicina da Faculdade Santa Maria de Cajazeiras-PB;

⁴ Médico pela UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO (1996), com Residência em Clínica Médica pelo Hospital Geral Cesar Cals e Residência em Cardiologia pelo Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Docente no módulo de cardiologia na Faculdade Santa Maria-PB;

tratamento mais comum foi apenas com sintomáticos (85%) apresentando boa resposta. **Considerações Finais:** Conclui-se que há concordância dos resultados apresentados com o descrito na literatura, no entanto, devido a sua etiologia desconhecida e a pouca quantidade de estudos sobre o tema, são necessários mais estudos sobre a Paniculite mesentérica.

Palavras chave: Diagnóstico. Tratamento. Paniculite mesentérica.

ABSTRACT: Introduction: Panniculitis mesenteric represents a rare condition of not fully known etiology, which affects the adipose tissue of the mesentery of the small intestine. Usually affects male patients, between the 6th and the 7th decade of life. The disease presents with non-specific gastrointestinal and systematic symptoms, physical examination is common the presence of palpable abdominal mass. Its pathogenesis may be associated with some mechanisms, such as previous history of surgery or trauma in the abdomen, autoimmunity, paraneoplastic syndrome, ischemia and infection. Imaging findings are common, with CT being the examination of choice for investigation. **Objective:** To analyze the diagnosis and treatment of mesenteric panniculitis. **Methodology:** This is an integrative review of the literature of a descriptive nature and a qualitative approach. The bibliographical survey was carried out in the databases of Public Medline (PubMed), Virtual Health Library (VHL), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), using the described "Diagnosis", "Panniculitis mesenteric" And "Treatment". The following inclusion criteria were used: complete text and available for free, articles from the years 2009 to 2016, excluding articles that had no relation or did not address the theme. **Results:** Of the 17 articles selected after the passage of the filters, the total count was 106 patients; The most common symptom was abdominal pain (37.78%); The most common complementary examination was computed tomography (92%) and the most common treatment was with symptomatic patients (85%), presenting a good response. **Final considerations:** It is concluded that there is concordance of the presented results with that described in the literature, however, due to its unknown etiology and the few studies on the subject, more studies on mesenteric panniculitis are necessary.

Keywords: Diagnosis. Mesenteric panniculitis. Treatment.

1 INTRODUÇÃO

Paniculite mesentérica (PM) representa uma condição rara de etiologia não totalmente conhecida, que afeta o tecido adiposo do mesentério do intestino delgado promovendo uma inflamação não específica que pode conduzir, em última análise, à fibrose e à retração do mesmo (BALESTRIM FILHO, A. *et al.*, 2009; VAN PUTTE-KATIER N. *et al.*, 2014).

Descrita pela primeira vez em 1924, ainda com o nome de mesenterite retrátil, este distúrbio só passou a ser chamado paniculite mesentérica na década de 1960, após um relato descritivo de sete pacientes apresentando dor abdominal moderada, febre, náuseas intermitentes, mal-estar e na maioria deles massa abdominal palpável, com evolução patológica de inflamação crônica inespecífica, envolvendo grande parte do mesentério do intestino delgado. Atualmente, a PM faz parte de um espectro que inclui lipodistrofia mesentérica e mesenterite esclerosante. Tal espectro acomete o intestino delgado de três formas simultaneamente: inflamação, fibrose e necrose de gordura. No entanto, há uma predominância de cada uma dessas formas em cada uma das afecções: paniculite mesentérica (inflamação); lipodistrofia mesentérica (necrose de gordura); mesenterite esclerosante (fibrose) (BRANDAO, E. M. *et al.*, 2010; FRIEDMAN L. S.; LAMONT J. T.; GROVER S., 2016; VAN PUTTE-KATIER N. *et al.* 2014).

Acomete com maior frequência pacientes entre os 50 e 70 anos, com uma leve predominância no sexo masculino. A doença cursa com uma sintomatologia inespecífica, geralmente com uma variedade de manifestações gastrointestinais e sistêmicas, como: dor abdominal (hipocôndrio esquerdo), náusea, vômitos, diarreia ou constipação, perda de peso, anorexia e febre. Ao exame físico é possível encontrar massa abdominal palpável em 50% dos pacientes, distensão abdominal, 10 a 15%, sinais de inflamação peritoneal em menos de 5% dos casos e pode ser encontrada também ascite, geralmente quilosa, mas é raro. As massas são situadas

de forma profunda no mesentério, sendo mal definidas (CHECHI M. *et al.*, 2015; FRIEDMAN L. S.; LAMONT J. T.; GROVER S., 2016).

O conhecimento acerca do desenvolvimento e manejo da doença é fundamental, visto que ela pode estar relacionada a doenças autoimunes, cirurgia ou trauma abdominal, trombose mesentérica, aneurisma da aorta abdominal, lesão química ou térmica, fármacos e vasculites. Outro dado que reforça a relevância do estudo da PM é sua associação com futuras malignidades, que podem chegar a 70% (FRIEDMAN L. S.; LAMONT J. T.; GROVER S., 2016; GUNDUZ Y.; TATLY L.; KARA R. O., 2012; RIBEIRO R.; BARGIELA I.; DUARTE C., 2015).

A importância dessa patologia, somado ao número reduzido de trabalhos disponíveis a respeito do tema, motivaram-me a desenvolver este artigo com a intenção de estimular a divulgação, debate e aprofundamento dessa questão no meio acadêmico. Seu objetivo foi analisar a produção científica sobre o diagnóstico e o tratamento da Paniculite mesentérica.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de caráter descritivo e abordagem qualitativa para a análise dos dados e epítome do conhecimento acerca do tema, abordado pela seguinte questão norteadora: Quais os diagnósticos e tratamentos para a Paniculite mesentérica?

As fontes de pesquisa para a base de dados foram: *Public Medline* (PubMed), *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), a *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e o UpToDate, utilizando os descritores “Paniculite mesentérica”, “Diagnóstico” e “Tratamento”. Foram usados como critérios de inclusão: texto completo e disponível de forma gratuita, artigos dos anos de 2009 a 2016, excluindo artigos que não tinham relação ou não abordavam a temática.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2017, a partir do levantamento bibliográfico feito nas bases de dados já mencionadas. Será feita a leitura dos artigos com o objetivo de esclarecer ao máximo a questão

norteadora; ocorrerá também uma discussão acerca das hipóteses levantadas. As informações serão analisadas e comparadas e poderão ser dispostas e organizadas em tabelas ou descritos.

3 RESULTADOS e DISCUSSÃO

Os resultados foram dispostos em 5 tabelas para facilitar a compreensão do artigo. Elas estão dispostas nos anexos e serão comentadas conforme o decorrer do texto. As Tabelas 01 e 02 mostram os descritores e as bases de dados, sendo a primeira correspondente à pesquisa sem os filtros e a segunda com os filtros mencionados na metodologia. Já na tabela 03 podem ser encontrados os exames solicitados, sua frequência e seus achados. Nas Tabelas 04 e 05 estão dispostos, respectivamente, os diagnósticos diferenciais encontrados nos artigos e os tratamentos utilizados pelos pesquisadores.

TABELA 01. Resultados obtidos sem uso de filtros

BASE DE DADOS	PUBMED	BVS	LILACS	TOTAL
PANICULITE MESENTÉRICA	404	438	27	869
DIAGNÓSTICO	8.788.510	3.261.934	104.298	12.154.742
TRATAMENTO	9.443.397	4.603.581	114.818	14.161.796
PANICULITE MESENTÉRICA E TRATAMENTO	178	120	9	307
TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO	4.029.933	903.494	28.112	4.961.539
PANICULITE MESENTÉRICA E DIAGNÓSTICO	266	324	16	606
PANICULITE MESENTÉRICA, TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO	152	83	6	241

TABELA 02. Resultados obtidos após uso de filtros de inclusão.

BASE DE DADOS	PUBMED	BVS	LILACS	TOTAL
PANICULITE MESENTÉRICA	46	133	10	189
DIAGNÓSTICO	593.478	830.430	15.470	1.439.378
TRATAMENTO	1.459.368	708.703	28.713	2.196.784
PANICULITE MESENTÉRICA E TRATAMENTO	23	37	2	62
TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO	303.016	281.058	4.967	589.041
PANICULITE MESENTÉRICA E DIAGNÓSTICO	38	75	3	116
PANICULITE MESENTÉRICA, TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO	18	23	0	41

Utilizando o descritor “Paniculite mesentérica/Panniculitis Mesenteric” foram encontrados 869 artigos, com o descritor “Tratamento/Treatment” foram encontrados 14.161.796 artigos, com o “Dianóstico/Diagnostic” foram encontrados 12.154.742. Quando associados “Paniculite mesentérica AND Tratamento/Panniculitis Mesenteric AND Treatment” foram encontrados 178 artigos, “Tratamento AND Diagnóstico/Treatment AND Diagnostic” foram encontrados 4.029.933, Paniculite mesentérica AND Diagnóstico/ Panniculitis Mesenteric AND Diagnostic” foram encontrados 324 e quando associados “Paniculite mesentérica AND Diagnóstico AND Tratamento/Panniculitis Mesenteric AND Diagnostic AND Treatment” foram encontrados 241. Após o uso de todos os filtros e a leitura dos resumos, restaram 17 artigos.

Não foi inserido o site UptoDate, visto que não foi feito verdadeiramente uma pesquisa. O único artigo proveniente da página foi fornecido diretamente pelo professor da disciplina de gastroenterologia do curso de medicina da Faculdade Santa Maria, professor José Nairton Alves de Sousa, que é possuidor de uma conta

no endereço eletrônico. Para melhor organização, os dados a respeito das pesquisas dos descritores foram inseridos em tabelas, disponíveis em anexo.

Observando as tabelas e após a leitura dos resumos restou um total de 17 artigos, sendo 03 em português, 01 em espanhol, 01 em francês e 12 em inglês, todos lidos na íntegra em busca pela melhor forma de discutir acerca do diagnóstico e tratamento da PM.

Para construção das tabelas foram contabilizados todos os pacientes relatados em estudos de casos, dando um total de 106 pessoas, sendo 74 homens (69%) e 32 mulheres (31%); a média de idade foi 65,5 anos aproximadamente. Estes dados confirmam o que a literatura defende: a população mais acometida é a masculina e encontra-se entre a 6ª e a 7ª década de vida.

Os principais sintomas presentes foram dor abdominal, ultrapassando um terço dos casos, perda de peso e massa abdominal palpável, ambas aparecendo em mais de um quinto dos quadros. Desta forma infere-se que a PM não apresenta uma sintomatologia específica; associando este fato com a etiologia da doença tem-se um paciente do sexo masculino, com 65 anos de idade e provavelmente possuidor de alguma morbidade, logo, fica clara a necessidade da solicitação de exames complementares para auxiliar no diagnóstico e afastar a grande quantidade de enfermidades possíveis.

Na tabela 03 foram incluídas 03 variantes para facilitar a compreensão do leitor. São elas: exame não solicitado (ENS), exame solicitado sem alteração (ESSA) e exame solicitado com alteração (ESCA). A tabela contém estas variantes e suas respectivas frequências porque existem 2 situações que dificultam o trabalho desse dado: 1º - Alguns estudos solicitaram certos exames e outros não; 2º - O mesmo exame pode apresentar achados diferentes dependendo de cada estudo.

TABELA 03. Exames solicitados e seus resultados

EXAMES SOLICITADOS	ENS	ESSA	ESCA	RESULTADOS
BIÓPSIA	X (69%)	-	X (31%)	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas fibrosas espessadas como um “peitoral” • Processo inflamatório reativo crônico com proliferação exuberante de fibroblastos, fibrócitos e fibrose • Tecido fibroso e adiposo com edema focal e infiltrado linfoide moderado sem atipia significativa
COLONOSCOPIA	X (84%)	-	X (16%)	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações inflamatórias do cólon sigmoide • Estreitamento concêntrico e abrupto do cólon transversal próximo ao ângulo esplênico • Mucosa hiperemiada e friável
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA)	X (92%)	-	X (8%)	<ul style="list-style-type: none"> • Compressão extrínseca da segunda porção do duodeno sem comprometimento mucoso
ENEMA OPACO	X (84%)	X (16%)	-	<ul style="list-style-type: none"> • Exame sem alterações
RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM)	X (92%)	-	X (8%)	<ul style="list-style-type: none"> • Massa com intensidade de sinal intermediária-baixa no mesentério, que deslocou os laços do intestino delgado

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC)	-	X (8%)	X (92%)	<ul style="list-style-type: none"> • Ascite • Aumento da densidade de gordura mesentérica • Aumento da densidade dos planos gordurosos peripancreáticos, com perda da definição da cabeça deste órgão • Compressão extrínseca sobre o duodeno • Deslocamento dos vasos mesentéricos sem invasão dos mesmos. • Espessamento das alças intestinais • Malignidade prévia ou concomitante • Lesão de infiltrante de limites imprecisos • Pseudocápsula tumoral • Pequenos nódulos de partes moles • Sinal de anel de gordura acompanhado por múltiplos gânglios linfáticos
ULTRASSONO GRAFIA ABDOMINAL TOTAL (USG)	X (77%)	X (7,7%)	X (15,3%)	<ul style="list-style-type: none"> • Aglomerado de alças intestinais espessadas no hipocôndrio esquerdo • Heterogeneidade e hiperecogenicidade do mesentério
PROTEÍNA C REATIVA (PCR)	X (46%)	-	X (54%)	<ul style="list-style-type: none"> • Bastante elevado • Discretamente elevado
VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VSH)	X (69,2%)	-	X (30,8%)	<ul style="list-style-type: none"> • Bastante elevado • Discretamente elevado
LACTATO	X (92%)	-	X (8%)	<ul style="list-style-type: none"> • 8,1 mol/L
HEMOGRAMA	X (61,5%)	X (7,8%)	X (30,7%)	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Leucocitose com neutrofilia

SUMÁRIO DE URINA	X (92%)	-	X (8%)	• Hematúria
FUNÇÃO HEPÁTICA	X (69,2%)	X (30,8%)	-	• Albumina • Bilirrubina • Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA)
FUNÇÃO RENAL	X (61,5%)	X (30,7%)	X (7,8%)	• Creatinina - 4,4 mg/dL • Ureia - 294 mg/Dl

Legenda: Os espaços das variantes (ENS - Exame Não Solicitado; ESSA - Exame Solicitado Sem Alteração; ESCA - Exame Solicitado Com Alteração) que não foram preenchidos com o “X” devem ser entendidos como: não houve.

Devido a sua raridade e sua sintomatologia inespecífica, o achado mais comum foi dor abdominal (37,78%). A PM apresenta um diagnóstico difícil, como menciona o estudo de Popkharitov A. I.; Chomov G. N. (2009), no qual foram avaliados 27 pacientes com Paniculite, e apenas 2 desses pacientes receberam diagnóstico pré-operatório corretamente.

O trabalho feito por Chechi M., Alsallami Z., Armstrong L. (2015), mostra um caso de um paciente com 80 anos diagnosticado com PM e cursando com lactato significativamente elevado, sem outras causas que o pudessem justificar, levantando a discussão de que o mesmo pode ser um marcador da doença, e justifica com uma pesquisa histológica que evidenciou necrose e inflamação da gordura nos casos investigados da doença. Tais achados podem promover este achado laboratorial, no entanto, para estabelecer provas concretas, deve ser realizado um ensaio clínico randomizado.

A confirmação diagnóstica da doença só pode ser feita por uma biópsia cirúrgica ou guiada por imagem. Entretanto, devido à dificuldade de se obter esse exame, muitos diagnósticos são dados com base em imagens de tomografia computadorizada, que apresenta algumas alterações bastantes sugestivas de PM. São elas: presença de massa solitária bem definida não homogênea de tecido adiposo na raiz do mesentério do intestino delgado; massa que desloca alças intestinais com nenhuma evidência de invasão; imersão dos vasos mesentéricos

superiores sem envolvimento vascular; nódulos linfáticos com eixo curto, menor que 10 milímetros.

O diagnóstico diferencial é vasto, incluindo Câncer de Cólon, Doença Inflamatória Intestinal (DII), fibromatose retroperitoneal, linfoma Não-Hogkin intra-abdominal, pseudotumores inflamatórios, entre outros, como descritos na Tabela 04.

TABELA 04. Diagnósticos diferenciais

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Câncer de cólon
Carcinoma gástrico
Carcinomatose mesentérica
Doença de Weber-Christian
Doença de Whipple
Doença Inflamatória Intestinal (DII)
Edema mesentérico
Fibromatose retroperitoneal
Isquemia intestinal
Leiomiossarcoma
Linfoma Não-Hogkin intra-abdominal
Pancreatite
Peritonite fibrosante secundária
Pseudotumores inflamatórios
Tumor abdominal
Tumores carcinoides

Sobre o tratamento para PM não há um consenso, já que autores defendem diversas formas de tratamento, desde apenas o acompanhamento com uso de sintomáticos até o uso de imunomoduladores; em casos graves, o tratamento deve ser individualizado. A cirurgia possui papel limitado, visto que, na maioria dos casos, a ressecção cirúrgica completa é impossível, devido à grande extensão da doença e o comprometimento vascular associado.

No estudo feito por Parra-Buitrago (2013) o paciente recebeu ciclofosfamida apresentando melhora significativa. Após isso, foi retirado a medicação e inserido corticoide, por 6 meses. Este trabalho fala que em pacientes com maior componente inflamatório, mal-estar, perda de peso e febre são mais receptivos ao corticoide, seja

em tratamento isolado ou combinado. Um trabalho que demonstrou sua eficácia a terapêutica combinada com foi o realizado por Balestrim Filho et. al. (2009), que associou corticoide com colchicina, levando um paciente grave a uma melhora em 115 dias. O estudo realizado por Ribeiro R.; Bargiela L.; Duarte C. (2015) também demonstra a eficácia da medicação de forma isolada, através do tratamento com 40 mg/dia de prednisona por 60 dias, obtendo resposta clínica significativa.

Embora abordem vários medicamentos para o tratamento da Paniculite, um grande estudo realizado por Van Putte-Katier et. al. (2014), no qual participaram 94 pacientes por 05 anos, o tratamento padrão utilizado foi apenas sintomáticos, obtendo sucesso em 98% dos participantes vivos ao final da pesquisa. Apenas um paciente precisou ser tratado com esteroides, sem resultado positivo.

O procedimento cirúrgico geralmente é usado para complicações ou não resolatividade do tratamento medicamentoso. Deve ser levado em consideração o fato que a grande maioria dos pacientes estão entre a 6^a e a 7^a década de vida e muito provavelmente já são portadores de outras doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, entre outras, e provavelmente possuem um certo grau de morbidade. A Paniculite mesentérica geralmente apresenta um curso benigno, no entanto, há casos de severidade da doença com desfecho fatal, como no estudo realizado por Rispo A. *et al* (2015).

A tabela 05 contém as formas de tratamento utilizadas, a periodicidade com que foram utilizadas e a frequência com que foi obtido sucesso no tratamento ou não. Constata-se concordância com o que está escrito na literatura, observando excelente resposta ao tratamento sintomático (98%), reforçando a natureza benigna da doença. Do total de pacientes apenas 01 caso teve um quadro mais severo com desfecho fatal comprovadamente influenciado pela patologia.

TABELA 05. Tratamento

TRATAMENTO	FREQUÊNCIA DE TRATAMENTO	RESULTADOS
CICLOFOSFAMIDA	1%	<u>Com melhora: 100%</u> <u>Sem melhora: 0%</u>
CORTICOSTEROIDES	7,75%	Com melhora: 66,66% Sem melhora: 33,33%
CIRURGIA	2,58%	Tratar complicações
COLCHICINA	2,58%	Com melhora: 100% Sem melhora: 0%
MEDICAÇÕES SINTOMÁTICAS	85%	Com melhora: 98% Sem melhora: 2%
TAMOXIFENO	1%	Com melhora: 0% Sem melhora: 100%

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Paniculite mesentérica é uma patologia rara, com prevalência de menos de 1% da população, de natureza ainda não totalmente conhecida, que acomete preferencialmente pacientes do sexo masculino entre 60 e 70 anos de vida. Apresenta alguns fatores que estão presentes em mais de metade dos casos, como história prévia de cirurgia ou trauma abdominal. Possui sintomatologia inespecífica, necessitando de exames complementares para confirmar seu diagnóstico.

Analisando os diagnósticos dos textos base, concluímos que a tomografia computadorizada (TC) é o método mais acessível e com menos prejuízo para o paciente por fornecer informações claras e sugestivas para aumentar o grau de suspeição da doença. A confirmação deve ser feita por meio de um estudo histopatológico conduzido a partir de uma laparotomia exploradora, no entanto, foi realizado apenas 31% dos casos.

A PM possui um curso benigno, como foi explorado neste artigo. O tratamento com sintomáticos e acompanhamento periódicos com exames laboratoriais e de imagem obteve sucesso em 98% dos casos, guardando medicações como corticosteroides, colchicina e ciclofosfamida para casos mais severos. O tratamento

cirúrgico é realizado para tratar complicações que podem vir associados à doença e sempre associado ao tratamento medicamentoso.

Com isso, esse trabalho reforça o que é exposto pela literatura, no entanto conclui-se que estudos nessa área ainda são necessários para que possam ser esclarecidos e confirmados mais dados a respeito da Paniculite mesentérica e, dessa forma, possam ser prestados um manejo e uma conduta de forma rápida e com qualidade aos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALESTRIM FILHO, A. *et al.* Paniculite mesentérica (PM) e fibromatose mesentérica (FM): relato de casos. **Rev bras. colo-proctol.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 389-92, Set. 2009.

BRANDAO, E. M. *et al.* Paniculite mesentérica pseudotumoral: aspectos tomográficos de um caso. **Rev. Radiol. Bras.** São Paulo, v. 43, n. 1, p. 59-61, Feb. 2010.

CHECHI M, ALSALLAMI Z, ARMSTRONG L. A case report of an 80 year old man with mesenteric panniculitis, a raised lactate and hyperglycaemia. **International Journal of Surgery Case Reports**, 2015.

FASOULAS K. *et al.* Efficacy of Colchicine in the Treatment of Mesenteric Panniculitis in a Young Patient. **Saudi Journal of Gastroenterology**, 2012.

FRIEDMAN L. S.; LAMONT J. T.; GROVER S. Sclerosing mesenteritis. *UptoDate*, 2016.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas S. A., 2011.

GUETTROT-IMBERT G. *et al.* Panniculite mésentérique. **La Revue de médecine interne**, 2012.

GUNDUZ Y.; TATLI A. P. L.; KARA R. O. Mesenteric Panniculitis: A Case Report and Review of the Literature. **Mædica**, 2012.

HUSSEIN M. R. A.; ABDELWAHED S. R. Mesenteric panniculitis: na update. **Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol.** 2015.

JANI P. G.; JIVANJEE M. Mesenteric panniculitis mimicking acute pancreatitis: a case report and literature review. **East and Central African Journal of Surgery**, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

NEWMAN P. A.; THAHAL H.; CHAUDHERY B. Mesenteric panniculitis. **BMJ Case Report**, 2014.

PAO-YING L.; HORNG-YUAN L.; CHUN-CHAO C. A rare cause of diffuse abdominal pain and fullness in a 57-year-old man. **Electronic clinical challenges and images in GI**, 2014.

PARRA-BUITRGO A. *et al.* Idiopathic sclerosing mesenteritis in the pediatric patient: a case report. **Revista de Gastroenterologia de México**, 2013.

POPKHARITOV A. I.; CHOMOV G. N. Mesenteric panniculitis of the sigmoid colon: a case report and review of the literature. **Journal of Medical Case Reports**, 2009.

PRODANOV C.; FREITAS E. Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. Nova Hamburgo, RS: FEEVALE, 2013.

RIBEIRO R.; BARGIELA I.; DUARTE C. Um caso clínico de paniculite mesentérica associada a gastrite crônica e litíase biliar - diagnóstico terapêutica e morbidade. **Rev. Clin. Hosp. Prof. Dr. Fernando Fonseca**, 2015.

RISPO A. *et al.* Protein-losing enteropathy in sclerosing mesenteritis. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**, 2015.

VAN PUTTE-KATIER N. *et al.* Mesenteric panniculitis: prevalence, clinicoradiological presentation and 5-year follow-up. **The British Journal of Radiology**, 2014.

WINANT A. J. *et al.* More than just metástases: a practical approach to solid mesenteric masses. **Springer Science+Business**, 2014.