

RELATO DE CASO



Obstrução Intestinal por Peritonite Esclerosante Encapsulante: Um Relato de Caso

Intestinal Obstruction due to Sclerosing Encapsulating Peritonitis: A Case Report

Leonardo Landim Fernades^{1*}, Eduardo Silva Farias¹, Yan Vitor¹, Caio Leite¹, Daniel Ribeiro¹, Lorena Macedo¹, Maria de Lucca¹

¹Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital Santa Izabel, Salvador, Bahia, Brasil

Correspondence addresses:

Dr. Leonardo Landim Fernades
leonardolandimfernades@gmail.com

Received: December 15, 2024

Revised: January 22, 2024

Accepted: February 20, 2024

Published: March 31, 2025

Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of author's initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The author has declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2025 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia.
All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
e-ISSN: 2764-2089

Introdução: A peritonite esclerosante encapsulante (SEP) é uma condição rara caracterizada pela formação de uma membrana fibrocolagenosa que envolve parcial ou totalmente as alças intestinais, resultando em episódios recorrentes de obstrução intestinal. Sua etiologia pode ser idiopática ou secundária a condições como diálise peritoneal, quimioterapia intraperitoneal, transplantes de órgãos ou doenças inflamatórias crônicas. O diagnóstico é desafiador e muitas vezes realizado apenas durante procedimento cirúrgico, visto a inespecificidade dos achados clínicos e de imagem. **Relato:** Apresenta-se o caso de um paciente de 67 anos, com múltiplas comorbidades, internado com episódio de dor abdominal refratária, náuseas e vômitos. A tomografia sugeriu hérnia interna, sendo submetido a laparotomia exploradora e identificada cápsula fibrosa envolvendo segmentos de jejuno e íleo, sendo realizada adesiólise e ressecção da membrana. Após breve melhora clínica, o paciente apresentou novos episódios de sub-oclusão, com necessidade de reinternamento, sendo submetido a nova cirurgia por refratariedade ao tratamento clínico com achados semelhante. Foi realizada nova ressecção de cápsula e aplicação de barreira antiaderente. Apresentou boa evolução clínica com melhora do quadro. **Conclusão:** A SEP deve ser considerada no diagnóstico diferencial de pacientes com quadros recorrentes de sub-oclusão intestinal sem causa evidente. O tratamento cirúrgico com excisão da cápsula e adesiólise é a principal estratégia terapêutica, especialmente em casos refratários. O uso de barreiras pode ajudar a prevenir complicações e recorrências. Este relato contribui para o reconhecimento da SEP como uma entidade relevante na prática cirúrgica.

Palavras-chave: Síndrome de Encapsulamento Peritoneal (SEP); Obstrução Intestinal; Peritonite; Inflamação Peritoneal.

Introduction: Sclerosing encapsulating peritonitis (SEP) is a rare condition characterized by the formation of a fibrocollagenous membrane that partially or completely encases the intestinal loops, leading to recurrent episodes of intestinal obstruction. Its etiology may be idiopathic or secondary to factors such as peritoneal dialysis, intraperitoneal chemotherapy, organ transplantation, or chronic inflammatory diseases. Diagnosis is challenging, often being established only during surgery due to the nonspecific nature of clinical and imaging findings. **Case Report:** We present the case of a 67-year-old patient with multiple comorbidities who was admitted with refractory abdominal pain, nausea, and vomiting. Abdominal CT suggested an internal hernia, prompting an exploratory laparotomy, which revealed a fibrous capsule encasing segments of the jejunum and ileum. Adhesiolysis and membrane resection were performed. Although

the patient initially showed clinical improvement, recurrent episodes of subocclusion led to hospital readmission. Due to the failure of conservative treatment, a second surgical intervention was performed, revealing similar intraoperative findings. Another capsule resection was carried out, and an anti-adhesion barrier was applied. The patient subsequently exhibited a favorable clinical course with significant symptom relief. Conclusion: SEP should be considered in the differential diagnosis of patients presenting with recurrent episodes of intestinal subocclusion of unclear etiology. Surgical management, involving capsule excision and adhesiolysis, remains the primary therapeutic strategy, especially in refractory cases. The use of adhesion barriers may help prevent complications and recurrences. This case report highlights SEP as a relevant consideration in surgical practice.

Keywords: Peritoneal Encapsulation Syndrome (EPS); Intestinal Obstruction; Fibrous Membrane; Peritonitis; Peritoneal Inflammation.

A peritonite esclerosante encapsulante (SEP) é uma condição rara caracterizada pela inflamação crônica do peritônio, que pode repercutir em obstrução intestinal devido ao espessamento de aderências peritoneais. A etiologia da SEP pode ser idiopática ou secundária a fatores como diálise peritoneal, transplante de órgãos ou quimioterapia intraperitoneal.¹⁻³

Seus sinais clínicos variam de acordo com a gravidade, duração da doença, comorbidades e status imunológico do doente. Podendo se manifestar desde episódios de obstrução intestinal (agudos, subagudos ou crônicos recorrentes), até em casos mais complicados de fístulas, necrose e desnutrição.²

O diagnóstico pré-operatório dessa patologia é desafiador, porém exames de imagem como a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética podem ajudar na identificação dessa condição. Outra ferramenta diagnóstica tem sido a laparoscopia, auxiliando no reconhecimento precoce e no seu tratamento antes que a fibrose peritoneal extensa ocorra.⁴

Levando em consideração a raridade da doença, o objetivo desse estudo é relatar o caso clínico de um paciente com achados clínicos e histopatológicos compatíveis com a peritonite esclerosante encapsulante, bem como o seu tratamento, correlacionando o caso com os dados presentes na literatura.

Relato de Caso

Paciente de 67 anos, apresentando múltiplas internações hospitalares devido a quadro de

sub-oclusão intestinal. Paciente com história patológica prévia de herniorrafia inguinal técnica TAPP em outubro de 2023, além de passado de revascularização miocárdica, com insuficiência cardíaca NYHA classe I. Em outubro de 2024, foi internado devido a quadro de dor abdominal difusa, com episódios associados de vômito, inferindo quadro sub-oclusivo. Tomografia computadorizada de abdome total sugeriu hérnia interna.

Paciente foi então submetido à videolaparoscopia em novembro de 2024, com posterior conversão cirúrgica para laparotomia exploradora, com achado de cápsula fibrosa envolvendo todo intestino delgado, com importante restrição de mobilização, sugestivo de peritonite esclerosante encapsulante, realizando-se, então, ressecção completa de cápsula de todo intestino delgado. Encaminhado material para estudo anatomopatológico, com o resultado de tecido conjuntivo fibroadiposo com vasos congestos, discreto infiltrado inflamatório crônico, deposição de exsudato fibrinoso e discreta esclerose, com aspectos morfológicos e imuno-histoquímica correspondendo aos da peritonite esclerosante encapsulante.

Em janeiro de 2025, paciente retorna com novos sintomas de dor abdominal e vômitos por novo quadro de sub-oclusão, tratado com medidas clínicas, recebendo alta com resolução de sintomas.

Em março de 2025, paciente reinternado com novo quadro sub-oclusivo, realizada nova tomografia, visualizada área de espessamento, inferindo processo inflamatório.

Figura 1. Tomografia de abdome (outubro de 2024, corte axial).

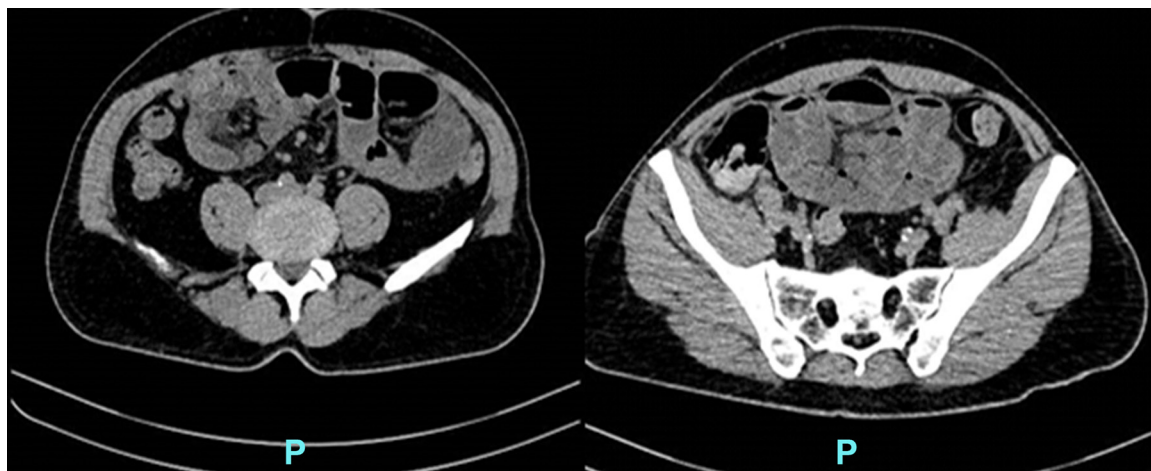


Figura 2. Tomografia de abdome (janeiro de 2025, corte axial).

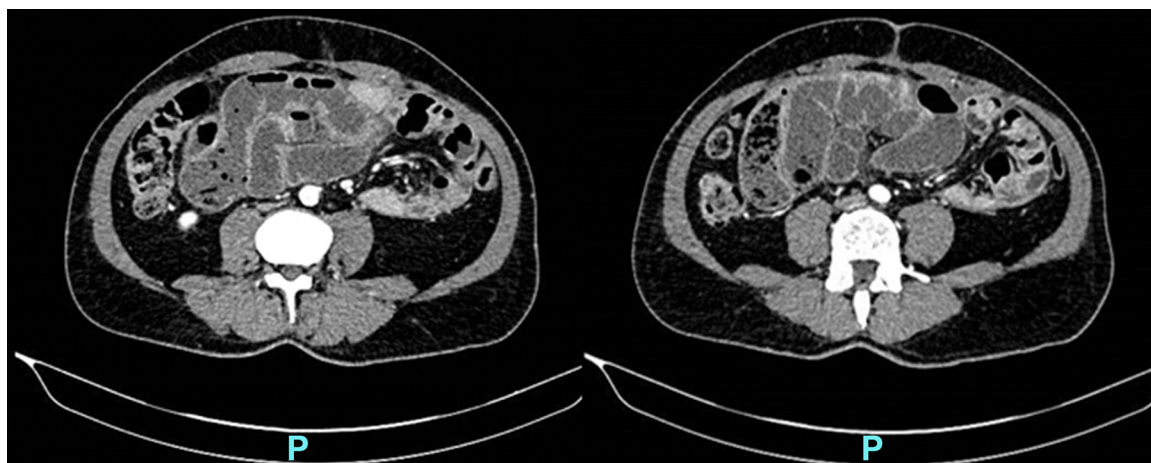


Figura 3. Tomografia de abdome (março de 2025, corte axial).

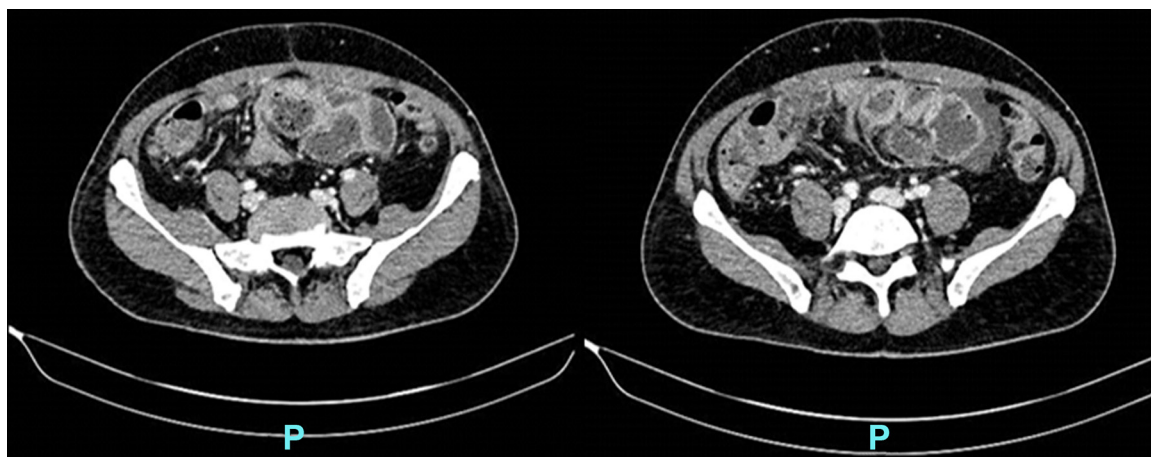
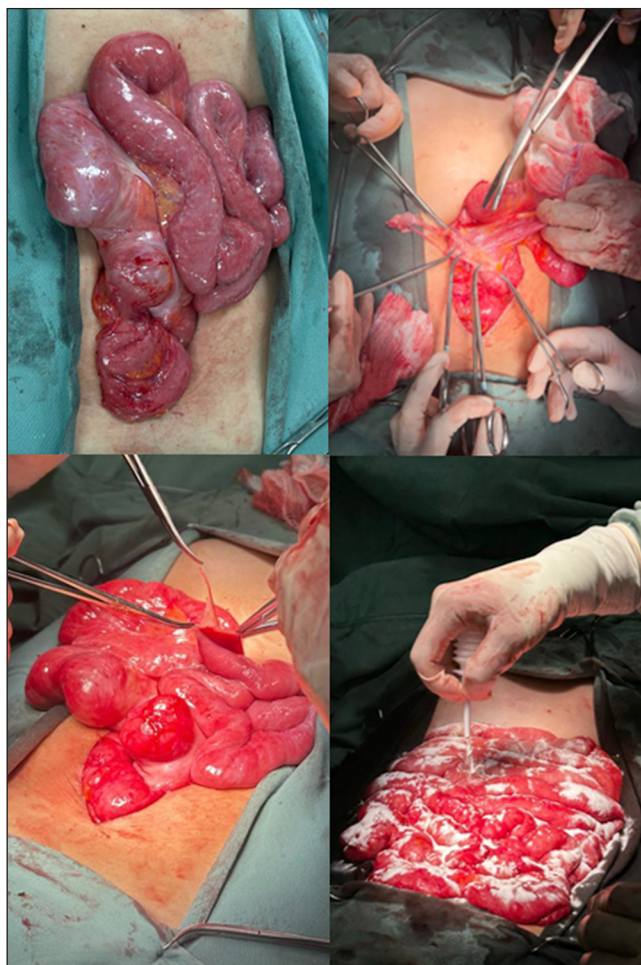


Figura 4. Aspecto intraoperatório de capsula fibrosa envolvendo segmentos de intestino delgado.



Ressecção de cápsula e aplicação de membrana antiaderente.

Paciente submetido a nova laparotomia com achado de cápsula fibrosa novamente, envolvendo alças do intestino delgado, pelo que foi realizado adesiólise e ressecção completa de cápsula e inserida barreira antiaderente de polissacarídeo vegetal e carboximetilcelulose. Enviada nova peça para anatomia patológica.

Discussão

A peritonite esclerosante encapsulante (SEP), também denominada síndrome do abdome em casulo, é uma condição rara caracterizada pelo encapsulamento total ou parcial das alças intestinais por uma membrana fibro-colagenosa espessa, que resulta em sintomas recorrentes de obstrução intestinal.⁴ Acredita-se que seja causada

por inflamação peritoneal crônica subclínica, com esclerose e formação de membrana encapsulante. Pode acometer parcial ou totalmente o intestino, além de outros órgãos abdominais.⁵

A SEP pode ser classificada em idiopática ou secundária. Formas secundárias da doença são mais prevalentes e estão associadas a complicações de diálise peritoneal, uso de betabloqueadores, lúpus eritematoso sistêmico, tuberculose peritoneal e cirurgias abdominais prévias.² A forma idiopática não tem causa definida, sendo mais comum em países tropicais e subtropicais, além de predominância no sexo masculino.⁵

A apresentação clínica pode ser oligossintomática e insidiosa. Dor abdominal intermitente, distensão, náuseas, obstipação e perda ponderal são as

manifestações clínicas mais comuns, que podem apresentar intensidade variável. Ao exame físico pode apresentar massa abdominal palpável. Quase 30% dos pacientes apresentam indicação cirúrgica na admissão hospitalar por obstrução, isquemia ou perfuração intestinal.^{1,5}

A tomografia computadorizada de abdome é considerada o exame de imagem de escolha e pode evidenciar alças intestinais em conglomerado com sinais de espessamento peritoneal, adensamento de gordura mesentérica e calcificações peritoneais difusas.^{2,5} Contudo, por trata-se de uma doença rara com achados clínicos inespecíficos, o diagnóstico definitivo é frequentemente intraoperatório.⁴

O tratamento inicial geralmente é conservador, com repouso intestinal, descompressão com sonda nasogástrica e suporte nutricional, seja enteral ou parenteral. A associação de corticoide e tamoxifeno pode ser efetivo na prevenção e tratamento de PEE, principalmente em casos de recorrência.⁵ O tratamento cirúrgico é reservado para casos sem resposta ao tratamento clínico ou com sinais de complicações. Inclui laparotomia ou laparoscopia para adesiólise com liberação das alças intestinais e ressecção da membrana fibrosa, enterectomia se sinais de isquemia ou perfuração, além de aplicação de membranas antiaderentes. No caso de PEE secundário, o tratamento da causa base é essencial para melhora clínica.⁷

O prognóstico é excelente e o tratamento cirúrgico com excisão de membranas e adesiólise geralmente leva à recuperação total. Complicações incluem infecções, recidiva de aderências e fístulas entéricas.⁶

Conclusão

A SEP é uma entidade clínica rara, com importante impacto na qualidade de vida

dos pacientes. O caso apresentado ilustra os desafios diagnósticos e terapêuticos dessa condição, que frequentemente requer intervenções cirúrgicas múltiplas. O uso de barreiras antiaderentes e o tratamento da causa subjacente, quando identificada, são estratégias importantes para a prevenção de recorrência. O acompanhamento clínico contínuo é fundamental para monitoramento da evolução e planejamento terapêutico. Este relato contribui para a ampliação do conhecimento sobre a SEP, ressaltando a importância da suspeição clínica e do manejo multidisciplinar.

Referências

1. Tang H, Xia R, Xu S, Tao C, Wang C. Sclerosing encapsulating peritonitis presenting with paroxysmal abdominal pain and strangulated mechanical bowel obstruction: a case report. *Medicine (Baltimore)* 2021;100(8):e24794.
2. Akbulut S. Accurate definition and management of idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis. *World J Gastroenterol.* 2015;21(2):675-87.
3. Libérale G, Sugarbaker PH. Sclerosing encapsulating peritonitis as a potential complication of cytoreductive surgery and HIPEC: clinical features and results of treatment in 4 patients. *Surg Oncol.* 2018;27(4):657-62.
4. Zhang Z, Zhang M, Li L. Sclerosing encapsulating peritonitis: three case reports and review of the literature. *J Int Med Res.* 2020;48(8):300060520949104.
5. Chorti A, Papageorgiou G, Theodoropoulou K, Flessas I, Vezakis A. Abdominal cocoon syndrome: rare cause of intestinal obstruction—case report and systematic review of literature. *Medicine (Baltimore)* 2022;101(29):e29837.
6. Aziz F, Al Aradi A, Al Hashimi I. Abdominal cocoon syndrome: a laparoscopic approach. *Cureus* 2021;13(10):e18926.
7. Frazão J, Martins AR, Calado J, Godinho A. Abdominal cocoon syndrome: a rare cause of intestinal obstruction. *Cureus* 2022;14(3):e22929.