

# Corpo Peritoneal Livre Gigante: Caso Clínico e Revisão da Literatura

## Giant Peritoneal Loose Body: Case Report and Review of Literature



Rodrigo OOM<sup>1</sup>, Cátia CUNHA<sup>2</sup>, Vítor Moura GUEDES<sup>2</sup>, Luís Palma FÉRIA<sup>2</sup>, Rui MAIO<sup>2</sup>  
*Acta Med Port* 2018 May;31(5):272-276 • <https://doi.org/10.20344/amp.9177>

### RESUMO

Os corpos peritoneais livres são habitualmente diagnosticados de forma incidental. Apenas alguns casos estão documentados na literatura. A sua fisiopatologia não é totalmente conhecida, estando eventualmente relacionada com a torção e separação dos apêndices epilóicos. É descrito o caso de um homem com 64 anos de idade, com uma lesão sólida esférica de 6 cm de diâmetro na cavidade pélvica, identificada incidentalmente por tomografia computadorizada. Foi realizada laparotomia exploradora, identificando-se uma lesão livre, de morfologia ovoide e esbranquiçada. O exame histológico mostrou uma massa de esteatonecrose calcificada e capsulada. Foi feita uma revisão dos casos de corpos peritoneais livres gigantes descritos na literatura. A excisão cirúrgica é recomendada quando o diagnóstico é duvidoso ou quando as lesões são sintomáticas. Os médicos devem ter conhecimento desta entidade, para poderem estabelecer um diagnóstico e plano de tratamento corretos.

**Palavras-chave:** Calcinoses; Doenças Peritoneais

### ABSTRACT

Peritoneal loose bodies are usually diagnosed incidentally. Only a few cases are documented in the literature. The pathophysiology of this condition is not fully known and its origin may possibly be related to the twisting and separation of epiploic appendages. The authors describe the case of a patient with a spherical solid lesion 6 cm in diameter, identified incidentally in the pelvic cavity of a 64 year old man. The patient underwent laparotomy and a free ovoid shaped white body was identified. Histological examination described a calcified and encapsulated mass with a steato-necrosis core. A review of all cases of giant peritoneal loose bodies described in the literature is included. Surgical excision is recommended when the giant peritoneal loose body diagnosis is uncertain or when they are symptomatic. Doctors should be aware of its existence in order to establish a proper diagnosis and treatment plan.

**Keywords:** Calcinosis; Peritoneal Diseases

### INTRODUÇÃO

A incidência dos corpos peritoneais livres (CPL) não é clara na literatura médica. Estão descritos apenas alguns casos com mais de 5 cm, considerados corpos peritoneais livres gigantes (CPLG).<sup>1</sup>

O diagnóstico dos CPL habitualmente não é imediato. Os CPL são frequentemente assintomáticos e identificados em autópsias ou cirurgias, mas o seu crescimento pode originar sintomas, implicando um desafio para o diagnóstico e terapêutica.<sup>2-7</sup>

O objectivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de um doente com uma massa abdominal rara, de comportamento benigno, tratada por abordagem cirúrgica simples e diagnosticada como um CPL. Foi realizada ainda uma revisão da literatura dos casos desta entidade.

Os dados do presente caso clínico foram recolhidos do registo eletrónico hospitalar do doente em estudo. A revisão da literatura foi realizada pela pesquisa do termo *giant peritoneal loose body* no PubMed, tendo sido avaliados todos os artigos desta temática descritos como casos clínicos ou em revisões prévias.

### CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, raça caucasiana, com 64 anos de idade, referenciado à consulta de Cirurgia Geral

por massa pélvica de etiologia desconhecida. O doente apresentava antecedentes de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* não insulino-dependente, bronquite crónica, gota, dislipidémia, obesidade e artropastia do joelho.

Estava assintomático quando recorreu à consulta de Medicina Geral e Familiar para a realização de análises clínicas de rotina. Nestas, detetou-se um valor de antigénio prostático específico (PSA) elevado, sem outras alterações analíticas relevantes. Realizou ecografia prostática trans-rectal que, para além de descrever um aumento ligeiro do volume da próstata, revelou uma massa esférica em contacto com a bexiga. Para estudo desta massa, fez uma tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica, que identificou uma lesão nodular sólida com calcificação nodular central, com pequeno componente de gordura na sua vertente anterior esquerda e com diâmetro máximo de 6 cm. A lesão contactava a parede lateral da bexiga, mas aparentemente era independente desta. A bexiga apresentava paredes de contornos regulares e com conteúdo homogéneo (Fig. 1).

No contexto da lesão pélvica de etiologia desconhecida, realizou-se uma laparotomia exploradora. Esta identificou uma massa livre na cavidade pélvica, esbranquiçada, com forma ovoides e contornos regulares (Fig. 2). A exploração

1. Serviço de Cirurgia Geral. Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. Lisboa. Portugal.

2. Serviço de Cirurgia Geral. Hospital Beatriz Ângelo. Loures. Portugal.

✉ Autor correspondente: Rodrigo Oom. rodrigo.oom@gmail.com

Recebido: 08 de maio de 2017 - Aceite: 29 de novembro de 2017 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018



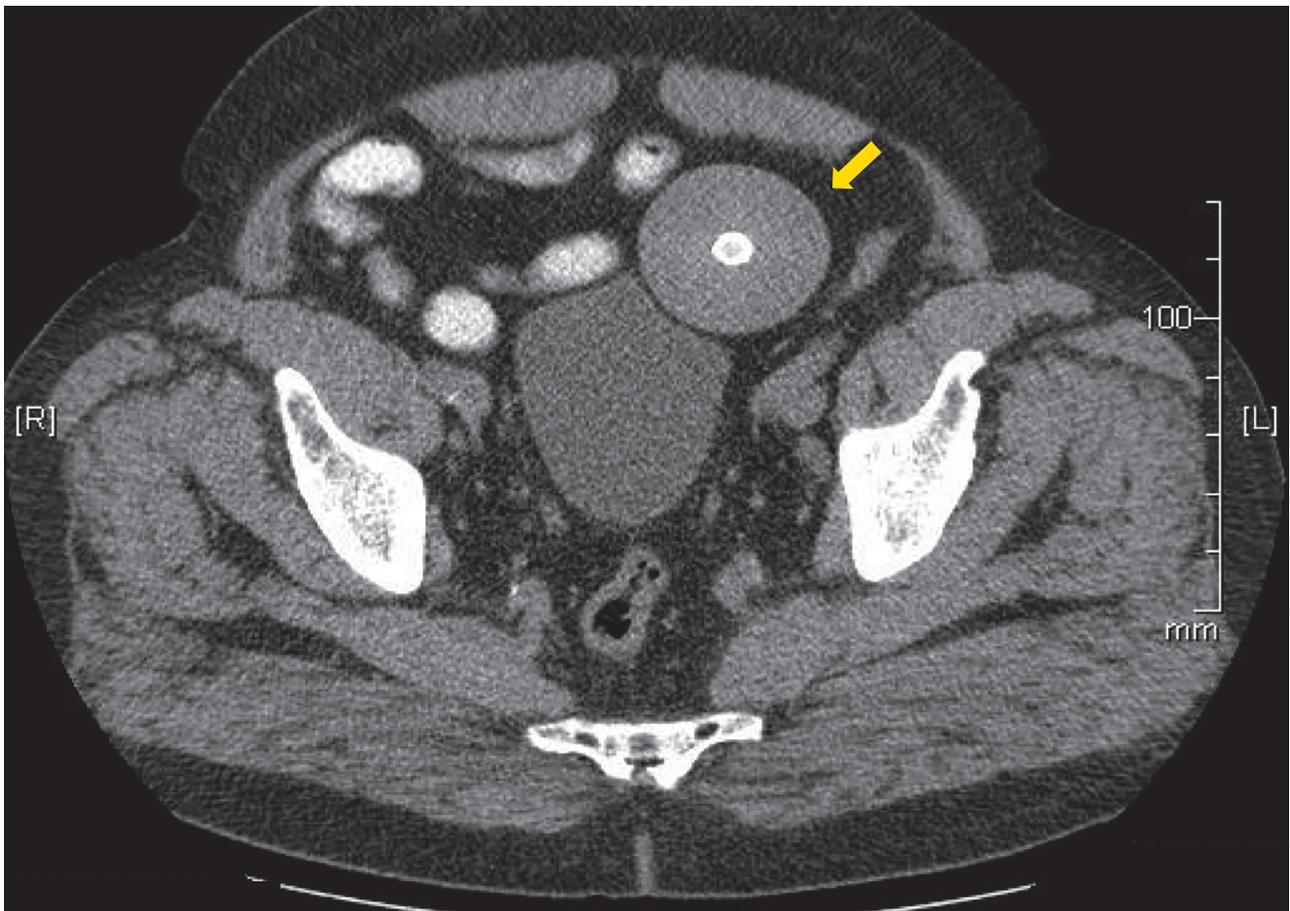


Figura 1 – Tomografia computadorizada evidencia imagem esférica na cavidade pélvica em contacto com a bexiga (seta)

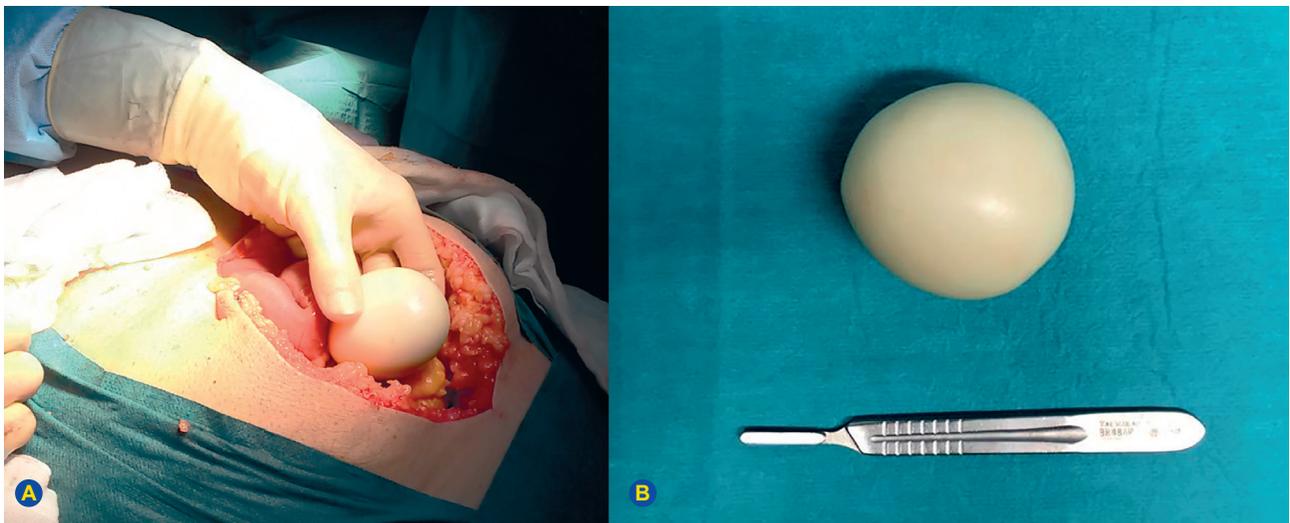


Figura 2 – Laparotomia infra-umbilical com excisão de estrutura esférica esbranquiçada livre na cavidade pélvica (A); Peça operatória (B)

da cavidade abdominal não identificou outras alterações, líquido livre ou lesões peritoneais, pelo que se procedeu à remoção da lesão. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, e o doente teve alta ao terceiro dia.

A avaliação macroscópica da peça operatória identificou uma formação ovóide com 101 g e 6 x 4 x 6 cm, com superfície lisa e branca e que em secção, apresentava uma superfície laminada, elástica e centrada por formação cal-

cificada com 1 cm de maior eixo (Fig 3). O exame microscópico revelou uma lesão centrada por calcificação com padrão alveolar correspondendo a esteatonecrose, envolvida por tecido acelular, laminar e disposto de forma concêntrica. Estes aspectos morfológicos eram sugestivos de necrose de apêndice epilóico com posterior calcificação, deposição e precipitação de material proteináceo.



Figura 3 – Avaliação macroscópica de peça operatória (A, B)

## DISCUSSÃO

Os CPL são normalmente diagnosticados incidentalmente em exame de imagens ou durante cirurgias ou autópsias.<sup>6</sup> Este caso de CPLG é, do nosso conhecimento, o único descrito na literatura médica portuguesa.

A sua patogénese não é completamente conhecida. Alguns autores defendem diferentes origens entre os quais, os apêndices epiplóicos, grande epíploon,<sup>7</sup> tecido pancreático<sup>5</sup> ou órgãos anexiais.<sup>8</sup> A hipótese mais frequente é ter origem num apêndice epiplóico, o qual sofre um processo sequencial: 1) torção do apêndice epiplóico; 2) isquémia; 3) saponificação; 4) calcificação; 5) separação do cólon devido à atrofia do pedículo e formação do corpo peritoneal livre.<sup>7</sup> Este fenómeno de torção dos apêndices epiplóicos foi já descrito em 1917 por Harrigan.<sup>2</sup>

Estas entidades são geralmente semelhantes entre

elas: estruturas brancas de forma ovóide, margens regulares, consistência de borracha e em alguns casos mais calcificadas,<sup>9</sup> tal como o caso descrito (Fig. 3). Alguns autores sugerem que estes corpos peritoneais vão gradualmente absorvendo líquido peritoneal e aumentando progressivamente de dimensões. A maioria tem dimensões de 0,5 a 2,5 cm de maior eixo mas quando o seu diâmetro ultrapassa os 5 cm, são considerados CPLG, tal como o caso descrito. A maioria dos CPLG ocorre em doentes do sexo masculino entre a terceira e sétima década de vida e a lesão de maiores dimensões descrita na literatura tem 20 cm<sup>10</sup> (Tabela 1). O tempo de crescimento destas entidades e os factores condicionantes para o seu crescimento também não são claros. Alguns autores descrevem crescimento de 2,5 cm em cinco anos<sup>7</sup> enquanto outros não encontraram alteração de dimensões ao longo de pelo menos três anos.<sup>11</sup>

Tabela 1 - Casos de corpos peritoneais livres descritos na literatura

Autor	Ano	Sexo	Idade	Sintomas	Exame imagem	Dimensão (maior eixo em cm)	Terapêutica
Shepherd <i>et al</i> <sup>13</sup>	1951	M	79	Retenção urinária	Rx	7,0	Laparotomia
Bhandarwar <i>et al</i> <sup>15</sup>	1996	M	65	Retenção urinária	Não realizado	9,0	Laparotomia
Takada <i>et al</i> <sup>6</sup>	1998	M	79	Assintomático	TC e RM	7,0	Laparotomia
Nomura <i>et al</i> <sup>16</sup>	2003	M	63	Assintomático	TC e RM	5,0	Laparoscopia
Ghosh <i>et al</i> <sup>17</sup>	2006	M	63	Oclusão intestinal	TC	5,8	Laparoscopia
Mohri <i>et al</i> <sup>1</sup>	2007	M	73	Dor abdominal	TC	9,5	Laparotomia
Hedawoo and Wagh <i>et al</i> <sup>18</sup>	2010	M	65	Obstipação	TC	9,5	Laparotomia
Sewkani <i>et al</i> <sup>14</sup>	2011	M	64	Oclusão intestinal	Rx	7,0	Laparotomia
Kim <i>et al</i> <sup>9</sup>	2013	M	50	Assintomático	TC	7,5	Laparoscopia
Rajbhandari <i>et al</i> <sup>20</sup>	2013	M	67	Sintomas neurológicos membro inferior	Eco e TC	5,0	Laparoscopia
Sahadev <i>et al</i> <sup>21</sup>	2014	M	52	Dor abdominal	Eco e TC	7,0	Laparoscopia
Makineni <i>et al</i> <sup>22</sup>	2014	M	52	Dor abdominal	TC	6,0	Laparotomia
Rubinkiewicz <i>et al</i> <sup>10</sup>	2014	F	78	Oclusão intestinal	Rx e Eco	20,0	Laparotomia
Suganuma <i>et al</i> <sup>23</sup>	2015	F	35	Assintomático	Eco e RM	7,5	Laparoscopia
Zhang <i>et al</i> <sup>24</sup>	2015	M	51	Assintomático	Eco e TC	5,0	Laparoscopia
Elsner <i>et al</i> <sup>25</sup>	2016	M	52	Proctite	TC	5,2	Laparoscopia
Rosic <i>et al</i> <sup>26</sup>	2016	M	72	Retenção urinária	TC	6,6	Laparoscopia
Matsubara <i>et al</i> <sup>27</sup>	2017	M	70	Retenção urinária	TC	5,8	Laparoscopia
Huang <i>et al</i> <sup>28</sup>	2017	M	79	Retenção urinária	Eco e TC	10,4	Laparotomia

Rx: radiografia; TC: tomografia computadorizada; RM: ressonância magnética; Eco: ecografia

Normalmente os CPL são assintomáticos, contudo, podem estar associados a sintomas de dor abdominal,<sup>7,12</sup> retenção urinária<sup>13</sup> ou oclusão intestinal.<sup>14</sup> A sua localização mais frequente é na cavidade pélvica pela sua posição a favor da gravidade.

O diagnóstico diferencial é feito com doenças benignas (teratoma, fibroma, leiomioma uterinos calcificados, litíase urinária ou vesicular), malignas (cancro do ovário, colo-rectal ou metástases peritoneais) e outras entidades como corpos estranhos ou adenopatias. Os exames imagiológicos, como a ecografia, a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética, são importantes para o seu diagnóstico sendo a imagem mais frequente dos CPL uma estrutura de forma oval, bem delimitada e com centro calcificado rodeado por tecido fibroso. A realização de exame de imagem com o doente em diferentes posições pode facilitar o diagnóstico do CPL pela sua mobilidade.<sup>6</sup>

Em apenas um caso revisto na literatura, o diagnóstico foi realizado corretamente antes da cirurgia<sup>1</sup> provavelmente devido à raridade destas lesões e pelo facto dos médicos não estarem familiarizados com esta entidade. A excisão cirúrgica e o exame patológico subsequente são o método de eleição para estabelecer o diagnóstico definitivo.

Nos doentes assintomáticos e com diagnóstico imagiológico inequívoco, é possível optar por uma abordagem conservadora de vigilância.<sup>11</sup> Está indicado o tratamento cirúrgico quando estas lesões são sintomáticas ou quando o diagnóstico não está esclarecido. A abordagem cirúrgica que tem sido mais utilizada é a laparotomia mas a via laparoscópica é uma opção, sendo mais fácil de seleccionar se o diagnóstico for considerado no pré-operatório, o que é pouco frequente.<sup>12</sup> Retrospectivamente, no caso descrito, a via laparoscópica poderia ter sido realizada, mas o diagnóstico de CPL não foi considerado no pré-operatório.

## CONCLUSÃO

Os CPLG são entidades raras e diagnosticados incidentalmente na maioria dos casos.

O seu diagnóstico nem sempre é fácil de realizar através de métodos complementares de diagnóstico, sendo a exploração cirúrgica recomendada quando o diagnóstico é duvidoso ou na presença de sintomas. A exploração por via laparoscópica deve ser a abordagem inicial, uma vez que a identificação de uma massa calcificada livre na cavidade abdominal sugere este diagnóstico, que deve ser confirmado histologicamente.

Este caso demonstra que o conhecimento da patologia é importante para que o plano de tratamento seja o mais apropriado, pelo que a apresentação e discussão de um caso clínico exemplar poder ser útil para médicos de várias especialidades, como a Cirurgia Geral, a Urologia, a Imagiologia ou mesmo para os médicos generalistas.

## PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

## CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

## CONSENTIMENTO DO DOENTE

Obtido.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram subsídios ou bolsas que tenham contribuído para a realização do trabalho.

## REFERÊNCIAS

- Mohri T, Kato T, Suzuki H. A giant peritoneal loose body: report of a case. *Am Surg*. 2007;73.9:895-6.
- Harrigan AH. Torsion and inflammation of the appendices epiploicae. *Ann Surg*. 1917;66.4:467.
- Jang JT, Kang HJ, Yoon JY, Yoon SG. Giant peritoneal loose body in the pelvic cavity. *J Korean Soc Coloproctol*. 2012;28.2:108-10.
- Southwood WF. Loose body in the peritoneal cavity. *Lancet*. 1956;271:1079.
- Takabe K, Greenberg JI, Blair SL. Giant peritoneal loose bodies. *J Gastrointest Surg*. 2006;10.3:465-8.
- Takada A, Moriya Y, Muramatsu Y, Sagae T. A case of giant peritoneal loose bodies mimicking calcified leiomyoma originating from the rectum. *Jpn J Clin Oncol*. 1998;28.7:441-2.
- Desai HP, Tripodi J, Gold BM, Burakoff R. Infarction of an epiploic appendage. *J Clin Gastroenterol*. 1993;16:323-5.
- Koga K, Hiroi H, Osuga Y, Nagai M. Autoamputated adnexa presents as a peritoneal loose body. *Fertil Steril*. 2010;93.3:967-8.
- Donald KJ, Kerr JF. Peritoneal loose bodies. *Aust N Z J Surg*. 1968;37:403.
- Rubinkiewicz M, Kenig J, Zbierska K, Lasek A. Autoamputated leiomyoma of the uterus as a rare cause of the mechanical bowel obstruction - report of a case. *Pol Przegl Chir*. 2014;86.7:341-4.
- Gayer G, Petrovitch I. CT diagnosis of a large peritoneal loose body: a case report and review of the literature. *Br J Radiol*. 2011;84:83-5.
- Murat FJ, Gettman MT. Free-floating organized fat necrosis: rare presentation of pelvic mass managed with laparoscopic techniques. *Urology*. 2004;63.1:176-7.
- Shepherd JA. Peritoneal loose body causing acute retention of urine. *Br J Surg*. 1951;39:185-7.
- Sewkani A, Jain A, Maudar K, Varshney S. Boiled egg' in the peritoneal cavity-a giant peritoneal loose body in a 64-year-old man: a case report. *J Med Case Rep*. 2011;5:297.
- Bhandarwar AH, Desai VV, Gajbhiye RN, Deshraj BP. Acute retention of urine due to a loose peritoneal body. *Br J Urol*. 1996;78:951-2.
- Nomura H, Hata F, Yasoshima T, Kuwahara S, Naohara T, Nishimori H, et al. Giant peritoneal loose body in the pelvic cavity: report of a case. *Surg Today*. 2003;33:791-3.
- Ghosh P, Strong C, Naugler W, Haghghi P, Carethers JM. Peritoneal mice implicated in intestinal obstruction: report of a case and review of the literature. *J Clin Gastroenterol*. 2006;40:427-30.
- Hedawoo JB, Wagh A. Giant peritoneal loose body in a patient with haemorrhoids. *Trop Gastroenterol*. 2010;31:132-3.

19. Kim HS, Sung JY, Park WS, Kim YW. A giant peritoneal loose body. Korean J Pathol. 2013;47:378–82.
20. Rajbhandari M, Karmacharya A, Shrestha S. Pathological diagnosis of peritoneal loose body: a case report. J Pathol Nepal. 2013;3: 512-4.
21. Sahadev R, Nagappa PK. A case of peritoneal free floating calcified fibromyoma. J Clin Diagn Res. 2014;8: ND03-4.
22. Makineni H, Thejeswi P, Prabhu S, Bhat RR. Giant peritoneal loose body: a case report and review of literature. J Clin Diagn Res. 2014;8:187–8.
23. Sukanuma I, Mori T, Takahara T, Torii H, Fujishiro M, Kihira T, et al. Autoamputation of a pedunculated, subserosal uterine leiomyoma presenting as a giant peritoneal loose body. Arch Gynecol Obstet. 2015;291:951-3.
24. Zhang H, Ling YZ, Cui MM, Xia ZX, Feng Y, Chen CS. Giant peritoneal loose body in the pelvic cavity confirmed by laparoscopic exploration: a case report and review of the literature. World J Surg Oncol. 2015;13:118.
25. Elsner A, Walensi M, Fuenfeschilling M, Rosenberg R, Mechera R. Symptomatic giant peritoneal loose body in the pelvic cavity: A case report. Int J Surg Case Rep. 2016;21:32-5.
26. Rosic T, Khumalo V, Nethathe DG. A pelvic "loose" body tumour causing urinary symptoms in a 73-year-old man. S Afr J Surg. 2016;54:53-4.
27. Matsubara K, Takakura Y, Urushihara T, Nishisaka T, Itamoto T. Laparoscopic extraction of a giant peritoneal loose body: case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2017;39:188-91.
28. Huang Q, Cao A, Ma J, Wang Z, Dong J. Two giant peritoneal loose bodies were simultaneously found in one patient: a case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep. 2017;36:74-7.

## Hepatic Abscess Induced by Fish Bone Migration: Two Case Reports

## Abcesso Hepático Induzido por Migração de Espinha de Peixe: Dois Casos Clínicos



José Eduardo MATEUS<sup>1</sup>, Carlos SILVA<sup>1</sup>, Sofia BEIRÃO<sup>2</sup>, Jorge PIMENTEL<sup>2</sup>  
Acta Med Port 2018 May;31(5):276-279 • <https://doi.org/10.20344/amp.9662>

### ABSTRACT

Although foreign body ingestion is a common occurrence, perforation and penetration of the gastrointestinal tract is unusual and the development of a hepatic abscess is even more rare. The authors describe two cases of fish bone perforation of the gastrointestinal tract with hepatic perforation and abscess formation, from distinctive age groups and varying presentation, although both developed septic shock. The lack of history of ingestion of foreign bodies, non-specificity of both clinical presentation and complementary examinations all play a role in delaying the diagnosis and therefore in the prognosis itself.

**Keywords:** Fishes; Foreign Bodies; Intestinal Perforation; Liver Abscess

### RESUMO

Embora a ingestão de corpo estranho seja uma situação relativamente comum, a perfuração e penetração do trato gastrointestinal é pouco frequente e a formação de um abscesso hepático é ainda mais rara. Os autores descrevem dois casos de perfuração do trato gastrointestinal por espinha de peixe com formação de abscesso hepático, pertencentes a grupos etários distintos e com diferente apresentação clínica, embora ambos tenham desenvolvido choque séptico. A ausência de história de ingestão de corpo estranho, a inespecificidade dos resultados dos exames complementares e das manifestações clínicas contribuem para um atraso no diagnóstico e, também por isso, influenciam o próprio prognóstico.

**Palavras-chave:** Abcesso Hepático; Corpo Estranho; Peixes; Perfuração Intestinal

### INTRODUCTION

Although foreign body ingestion is a common occurrence, in most cases the ingested object will pass through the gastrointestinal (GI) tract without causing any damage.<sup>1,2</sup> Perforation and penetration of the GI tract is unusual and the development of an hepatic abscess is even more rare.<sup>3-6</sup> As patients hardly ever recall the ingestion event and clinical presentation can be so diverse and non-specific, diagnosis can be challenging.<sup>1,3,4,7</sup>

In this report we describe two cases of fish bone perforation of the GI tract with hepatic perforation and abscess formation that illustrate the difficulty of diagnosis and emphasize the need for attention towards this rare but serious condition.

### CASE REPORTS

#### Case 1

A 76-year-old man presented with a three-day history of abdominal pain and constipation. He had no significant medical history. Physical examination revealed distended abdomen, without any sign of acute abdomen. Laboratory investigations showed leukocytosis (21300/μL), elevated C-reactive protein (34.9 mg/dL), elevated liver enzymes (alanine transaminase 251 U/L; aspartate transaminase 415 U/L; alkaline phosphatase 204 U/L) and elevated bilirubin level (33 μmol/L).

Abdominal ultrasound found a 9 cm heterogeneous lesion in the liver. Abdominal computed tomography (CT) scan (Fig. 1) showed a peripherally enhancing multi-loculated lesion measuring 8.7 x 8.2 cm in the left lobe and a hyperdense linear foreign body in its posterior wall.

1. Serviço de Medicina Interna A. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra. Portugal.

2. Serviço de Medicina Intensiva. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra. Portugal.

✉ Autor correspondente: José Eduardo Mateus. zeduardomateus@gmail.com

Recebido: 10 de setembro de 2017 - Aceite: 06 de fevereiro de 2018 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018

