

Paniculitis mesentérica: casos en la práctica clínica diaria

Cad Aten Primaria
Año 2014
Volume 20
Páx. 226

Carpente Montero Julia¹, Carpena Sardiña Álvaro²

1 Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Narón

2 Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Fontenla Maristany- Ferrol

Palabras clave: *Paniculitis. Enfermedades asociadas.*

INTRODUCCIÓN

La paniculitis mesentérica (PM) es una inflamación crónica inespecífica del tejido adiposo del mesenterio intestinal^{1,2} poco frecuente en la literatura médica. Su etiología es desconocida (tabla 1) aunque se postulan como posibles causas la relación con procesos autoinmunes, infecciosos, traumatismos abdominales, fármacos o isquemia mesentérica.

Epidemiológicamente predomina en el sexo masculino 2-3:1, siendo más frecuente entre 50-70 años.

Clínicamente, cursa habitualmente de forma asintomática, aunque a veces, se manifiesta por dolor abdominal sin irritación peritoneal asociada y mayor tendencia al estreñimiento. También puede debutar con rectorragias, fiebre, vómitos y distensión abdominal. En la fase de mesenteritis retráctil puede presentarse como obstrucción intestinal.

Los datos analíticos son inespecíficos, pudiendo haber aumento de VSG y anemia aunque lo más habitual es que sean normales. El diagnóstico definitivo es histopatológico por biopsia evidenciándose infiltración de la grasa del mesenterio intestinal por células inflamatorias que de forma poco frecuente progresan a necrosis, fibrosis e incluso producen retracción en ese tejido.

Algunos estudios indican que hasta el 90% de los casos son diagnosticados de forma casual durante la realización de TAC abdominal, donde se observa un aumento de la densidad de la grasa del mesenterio que provoca un efecto masa con desplazamiento de las asas intestinales adyacentes así como un halo graso que rodea a

ganglios y vasos³.

Para su tratamiento se han utilizado diferentes fármacos^{4,5}: corticoides, colchicina, dapsona, tamoxifeno, inmunosupresores; aunque sean descritos casos de remisión espontánea sin tratamiento.

CASOS CLÍNICOS

A continuación se presentan dos casos clínicos

Caso clínico nº 1:

Mujer de 75 años con antecedentes personales de asma bronquial, fibromialgia, hipertensión arterial, diverticulosis colónica, obesidad. Hiperfrecuentadora. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía hace 20 años, histerectomía y doble anexectomía hace 15. Colectomía hace un año. Herniorrafia post laparotomía hace 10 meses.

Acude a consulta por dolor abdominal recurrente localizado en región de epigastrio e hipocondrio izquierdo de meses de evolución. No otra sintomatología digestiva acompañante, no síndrome general acompañante. A la exploración se pone de manifiesto hipersensibilidad en la zona de epigastrio e hipocondrio izquierdo sin otras alteraciones a la palpación.

Correspondencia

Julia Carpena Montero
Centro de Salud de Narón
julia.carpente.montero@sergas.es

Infecciones	Agresiones	Fármacos	Enfermedades idiopáticas	Otras
Tuberculosis	Traumatismos	Betabloqueantes	E de Ormond	Fenómenos autoinmunes
Histoplasmosis	Cirugía	Metisergida	Weber-Christian	Isquemia mesentérica
Actinomicosis	Hemorragia	Metildopa		

TABLA 1: Posibles agentes causales de PM

Se solicita analítica incluyendo pruebas de función hepática y amilasa que resultan normales. Se realiza ecografía abdominal sin alteraciones significativas pero ante la presencia de presión con el transductor dolorosa en hipocondrio y fosa ilíaca izquierdas se aconseja la realización de TAC para completar estudio.

TAC abdominal con y sin contraste: la grasa del mesenterio del intestino delgado está aumentada de densidad de forma difusa con pérdida de definición de los vasos mesentéricos segmentarios, hallazgo sugestivo de paniculitis mesentérica. Múltiples divertículos en sigma y colon descendente sin signos de complicación. No evidencia de líquido libre peritoneal.

Se han realizado estudios complementarios sin encontrarse por el momento, patología neoplásica asociada.

Caso clínico nº 2:

Varón de 72 años con antecedentes personales de prostatectomía y linfadenectomía hace 9 años por adenocarcinoma de próstata. A tratamiento actual con radioterapia por su tumor de base. Se realizó estadiaje tumoral por medio de TAC abdomino-pélvico con el siguiente resultado: cambios postquirúrgicos en relación con prostatectomía radical, sin que se observen signos groseros de recidiva local, ni agrandamientos adenopáticos evidentes, ni lesiones sugestivas de metástasis a distancia. Aumento de densidad de la grasa en torno a los vasos mesentéricos en relación con paniculitis mesentérica.

DISCUSION

La paniculitis mesentérica es una enfermedad de etiología desconocida que se ha asociado a neoplasias de origen urogenital, gastrointestinal o linfomas⁶ hasta en un 69% de los casos, sin saber si precede o es posterior a la neoplasia.

También se ha asociado a otras patologías benignas como cirugía abdominal previa, traumatismo abdominal, isquemia intestinal, pancreatitis, enfermedades reumatológicas, aneurismas de aorta abdominal, sarcoidosis⁷, enfermedad inflamatoria intestinal, colangitis esclerosante primaria y fibrosis retroperitoneal idiopática. Por todo ello, se cree que es una respuesta a cualquier proceso, sea tumoral, inflamatorio o traumático que provoca una reacción inflamatoria local.

Una vez diagnosticada es por tanto, necesaria la realización de pruebas complementarias para descartar la existencia de otras enfermedades, precisándose un seguimiento periódico para favorecer los diagnósticos precoces, sobre todo dada su asociación con posibles neoplasias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Jura V. Sulla mesenterite retrattile e sclerosante. Policlinico (prot) 1924; 31: 575.
- 2 Daskalogiannaki ME, Voloudaki A, Prassopoulos P et al. CT evaluation of mesenteric paniculitis. Am J Roentgenol .2000;174:427-431

- 3 Raichholz G, Gamba S, Staffieri R, Oxilia H. Paniculitis mesentérica: hallazgos en tomografía computada y enfermedades asociadas. Anuario Fundación Dr JR Villavicencio/2006/nºXIV:72-76
- 4 ToniettoG, Agresta F,Libera D et al.treatment of idiopathic retroperitoneal fibrosis by tamoxifen. Eur J Surge 1997; 163:231-235
- 5 Montgomery E, Torbenson MS, Kaushal M. Beta-catenin immunohistochemistry separates mesenteric fibromatosis from gastrointestinal stromal tumor and sclerosing mesenteritis. AmJ Surg Pathol 2002;26: 1296-1301
- 6 Guerri Fernandez R, Villar Garcia J. Paniculitis mesentérica, primera manifestación clínica de un Infoma de células B diseminado.Rev Clin esp 2008; 208(2): 108-13
- 7 Aranda S, Rivero M, Villar A. Paniculitis mesentérica sintomática y sarcoidosis. Med Cl vol 126, nº14 abril 2006.