

Paniculitis mesentérica como causa poco frecuente de dolor abdominal agudo

María Luiza Fatahi Bandpey, María Dolores Yago Escusa, Pedro José Sánchez Santos, Behrouz Fatahi Bandpey*, Cristina Roig Salgado, Florín Olimpiu Lenghel

Resumen

La paniculitis mesentérica es un proceso inflamatorio poco habitual que afecta al tejido graso del mesenterio y, con menor frecuencia, al mesocolon o al retroperitoneo. Puede cursar con dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso o masa palpable, y rara vez se presenta con un cuadro de dolor abdominal agudo. En la mayoría de los casos es asintomática.

La etiología es desconocida, aunque se han descrito como posibles agentes causales la isquemia, la infección, el traumatismo abdominal, los antecedentes quirúrgicos y los procesos autoinmunes. También se ha planteado su asociación con determinados fármacos, procesos inflamatorios idiopáticos y neoplasias.

La tomografía computada (TC) es la técnica de imagen de elección para su diagnóstico y los hallazgos pueden variar desde el incremento de la atenuación en el mesenterio hasta la presencia de una masa sólida en relación con el componente tisular predominante (grasa, tejido inflamatorio o fibrosis).

Presentamos 3 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias con dolor abdominal agudo y cuyo diagnóstico final fue paniculitis mesentérica como causa del cuadro.

Palabras clave. Paniculitis mesentérica. Tomografía computada. Dolor abdominal. Abdomen agudo.

Abstract

Mesenteric panniculitis as a rare cause of acute abdominal pain.

Mesenteric panniculitis is an unusual inflammatory disorder involving the adipose tissue of the mesentery and, less frequently, the mesocolon and the retroperitoneum. Patients may present with abdominal pain, diarrhea, weight loss or abdominal mass, and only rarely with symptoms of acute abdominal pain. In most cases, it is asymptomatic.

Although the etiology of mesenteric panniculitis is unknown, ischemia, infection, abdominal trauma, previous abdominal surgery, and autoimmune disorders have been reported as possible causative agents. It has also been suggested its association with certain drugs, idiopathic inflammatory processes, and malignancy.

Computed tomography (CT) is the gold standard imaging technique for its diagnosis; computed tomography findings may vary from increased attenuation of the mesentery to a solid soft-tissue mass depending on the predominant tissue component (fat, inflammation or fibrosis).

We report 3 cases of patients who presented at the Emergency Department with acute abdominal pain and were diagnosed with mesenteric panniculitis.

Keywords. Mesenteric panniculitis. Computed tomography. Abdominal pain. Acute abdomen.

INTRODUCCIÓN

La paniculitis mesentérica (PM) es un proceso inflamatorio poco frecuente que afecta al tejido graso del mesenterio y provoca el engrosamiento, endurecimiento y nodularidad del mismo.

En el 40% de los casos es asintomática⁽¹⁾ y frecuentemente se presenta como un hallazgo casual al realizar evaluaciones con tomografía computada (TC) abdominal o intervenciones quirúrgicas.

Cuando es sintomática suele presentarse en forma solapada y rara vez como un cuadro agudo. Dado que no es una entidad muy conocida, pocas veces se sospecha clínicamente como causa de dolor abdominal agudo y, por ende, no se la investiga de manera dirigida. Su diagnóstico suele ser imagenológico o quirúrgico⁽²⁾.

La etiología es desconocida, aunque se han descrito como posibles agentes causales la isquemia, la

infección, el traumatismo abdominal, los antecedentes quirúrgicos y los procesos autoinmunes. También se ha planteado en la literatura su asociación con la administración de determinados fármacos y procesos inflamatorios idiopáticos (tiroiditis de Riedel, fibrosis retroperitoneal, colangitis esclerosante, pseudotumor orbitario) así como con procesos neoplásicos, incluyendo el linfoma, el cáncer de mama, el cáncer de pulmón, el melanoma y el cáncer de colon^(3,4).

Se presentan 3 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro hospital con dolor abdominal agudo en un período de 2 años. En todos los casos se indicó TC. Los estudios se realizaron en un equipo helicoidal, modelo HiSpeed de General Electric de una corona. A todos los pacientes se les administró 120 ml de contraste intravenoso con jeringa precargada y contraste oral (15 ml de gastrografin diluidos en 1000 ml de agua). Uno de los pacientes fue intervenido quirúrgico.

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España.

* Servicio de Urgencias, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España.

Correspondencia: Dra. María Luiza Fatahi Bandpey - mlfatahi@yahoo.es

Recibido: marzo 2012; aceptado: junio 2012

Received: march 2012; accepted: june 2012

©SAR

gicamente, y en los tres casos el diagnóstico final fue paniculitis mesentérica como causa del cuadro agudo.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1

Paciente varón de 49 años se presentó con dolor abdominal agudo, predominantemente epigástrico, y sensación de masa a la palpación. El examen analítico de sangre fue normal.

En la ecografía se apreciaba un aumento de la ecogenicidad de la grasa abdominal con efecto de masa y en el estudio de TC se demostró un aumento de la atenuación de la grasa mesentérica, rodeada de una pseudocápsula que englobaba a los vasos mesentéricos sin desplazarlos y sin afectación de la grasa que los rodeaba. Presentaba pequeños ganglios linfáticos y efecto de masa desplazando periféricamente las asas intestinales adyacentes, las cuales tenían morfología conservada (Fig. 1a).

La evolución clínica con tratamiento conservador fue satisfactoria y la TC de control a los 6 meses mostró disminución de la densidad de la grasa mesentérica y leve disminución del efecto masa (Fig. 1b).

Caso 2

Varón de 50 años se presentó con dolor abdominal intenso en el flanco derecho, de 48 h de evolución. En el examen de sangre la eritrosedimentación era elevada y la amilasa sérica de 35 UI. El resto de los parámetros se encontraban dentro de lo normal.

La ecografía no evidenció hallazgos relevantes. La TC mostró aumento de la densidad de la grasa mesentérica y retroperitoneal, con una zona de morfología nodular de 3 cm x 5 cm, algo heterogénea y de bordes

mal definidos, adyacente al borde medial de la 2ª y 3ª porción del duodeno, con múltiples adenopatías mesentéricas menores de 1 cm (Fig. 2a). El páncreas presentaba tamaño y morfología normales. Dado que había predominio del componente sólido, se planteó el diagnóstico diferencial con un proceso tumoral (liposarcoma o tumor dermoide).

El paciente presentó una buena evolución con el tratamiento corticoideo y antibiótico. Se desestimó realizar una biopsia por falta de consentimiento del paciente y se decidió el seguimiento imagenológico. En la TC de control a los 6 meses se evidenció una mejoría imagenológica y a los 12 meses se objetivó la desaparición de la lesión nodular adyacente al duodeno, pero persistía un ligero aumento de la densidad de la grasa mesentérica y retroperitoneal respecto al resto de la grasa abdominal (Fig. 2b).

Caso 3

Varón de 61 años se presentó con dolor abdominal de 6 días de evolución. En la exploración física presentaba defensa abdominal y en el análisis hemático, leucocitosis con desviación hacia la izquierda. En el estudio de TC se identificó un importante aumento de la atenuación de la grasa mesentérica (Fig. 3).

Ante la sospecha clínica de isquemia mesentérica, se realizó laparotomía exploradora de urgencia, describiéndose en la hoja quirúrgica plastrón inflamatorio en la raíz del mesenterio, con esfacelos y sin signos de isquemia en el intestino delgado. El estudio anatómopatológico confirmó el diagnóstico de paniculitis mesentérica.

El paciente presentó una mala evolución clínica hasta su desenlace fatal por complicaciones cardiorespiratorias en el posoperatorio.

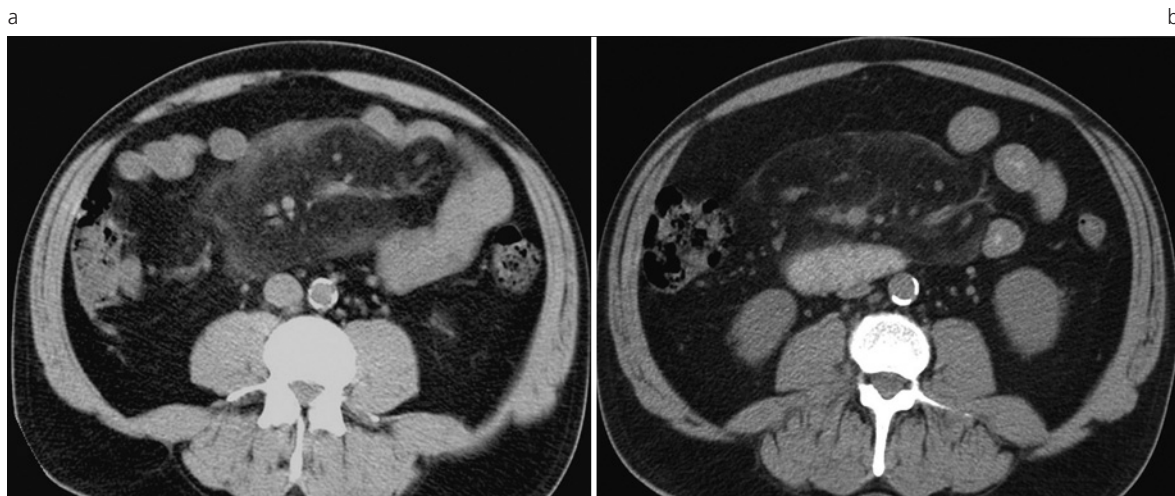


Fig. 1: Varón de 49 años con paniculitis mesentérica aguda. (a) Aumento de la densidad del tejido graso mesentérico con respecto al resto de la grasa intraabdominal, delimitado por una pseudocápsula que engloba a los vasos mesentéricos, con preservación de la grasa que los rodea ("signo del anillo graso"). Presenta efecto de masa con desplazamiento periférico de las asas intestinales y pequeñas adenopatías mesentéricas. (b) Control a los 6 meses del cuadro agudo, con disminución de la atenuación de la grasa mesentérica y del efecto de masa.

DISCUSIÓN

La enfermedad inflamatoria mesentérica incluye tres entidades básicas en relación con los diferentes estadios de la misma enfermedad: la lipodistrofia mesentérica, la paniculitis mesentérica y la mesenteritis retráctil. La PM fue descrita por primera vez por Odgen ⁽⁵⁾ en 1960. Ocorre en general en la edad adulta y su incidencia aumenta luego de los 50 años. Es más común en varones, con una relación hombres-mujeres de 1,8:1 ⁽⁶⁾.

Aunque de patogenia y etiología desconocidas, se han descrito varios agentes etiológicos posibles, como la isquemia, las infecciones, los traumatismos abdominales, la cirugía reciente previa (principalmente colecistectomía y apendicectomía), trombosis mesentérica, diversos fármacos y enfermedades autoinmunes ^(3,5). Está bien documentada su asociación con procesos neoplásicos (sobre todo con enfermedades linfoproliferativas, melanoma, cáncer de mama, colon y pulmón) y con enfermedades inflamatorias fibrosantes, como la fibrosis retroperitoneal, la colangitis esclero-

sante, la tiroiditis fibrosante de Riedel y el pseudotumor orbitario ⁽⁴⁾.

Se localiza fundamentalmente en el mesenterio del intestino delgado (más del 90% de los casos), pero también puede afectar el mesocolon transversal y sigmoideo, el epiplón y el retroperitoneo ⁽⁶⁾.

En el 40% de los casos es asintomática ⁽¹⁾. Cuando presenta síntomas clínicos, los más frecuentes son dolor y plenitud abdominal, diarrea, fiebre, anorexia, pérdida de peso y masa abdominal palpable. En la literatura se han descrito pocos casos que se presentaron como cuadros de dolor abdominal agudo y que obligaron al paciente a acudir al Servicio de Urgencias ⁽¹⁾.

En la mayoría de los pacientes, el análisis de sangre es normal. Puede haber elevación de la velocidad de eritrosedimentación o anemia, y en alguna ocasión se ha descrito neutrofilia en la mesenteritis retráctil ⁽⁶⁾.

Desde el punto de vista histológico, la enfermedad presenta tres estadios. El primero, llamado lipodistrofia mesentérica, presenta escasos cambios inflamatorios y la grasa mesentérica, en esta fase, es reemplazada por

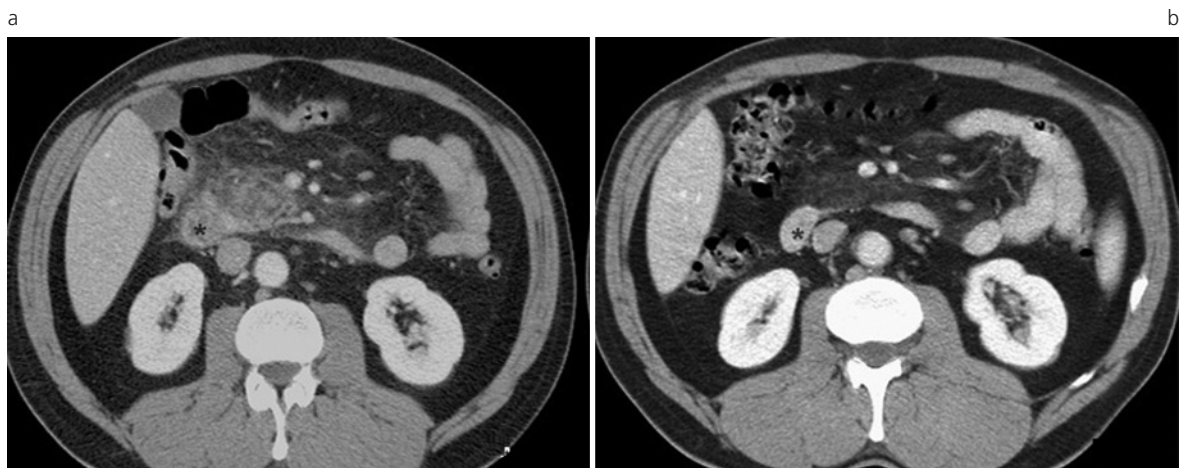


Fig. 2: Varón de 50 años con paniculitis mesentérica aguda. (a) Aumento de la atenuación de la grasa mesentérica y retroperitoneal, con imagen de mayor densidad de morfología nodular, mal definida y adyacente al borde medial de la 2ª y 3ª porción del duodeno (asterisco), sin plano graso de separación con los vasos mesentéricos. Múltiples adenopatías mesentéricas. (b) Control a los 12 meses: desaparición de la lesión nodular y disminución de la densidad de la grasa mesentérica y retroperitoneal con respecto al estudio inicial.

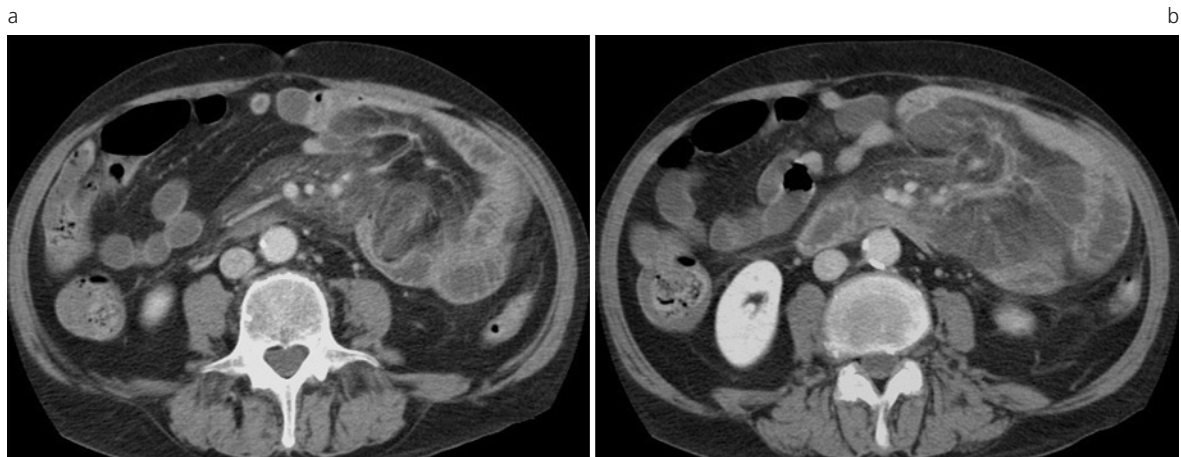


Fig. 3: Varón de 61 años con paniculitis mesentérica aguda. (a) y (b) Importante aumento de la atenuación de la grasa de todo el mesenterio que desplaza e involucra a las asas intestinales.

macrófagos espumosos. El segundo es la paniculitis mesentérica y en ésta aparece un infiltrado de células plasmáticas, escasos leucocitos polimorfonucleares, células gigantes de cuerpo extraño y macrófagos espumosos cargados de lípidos con áreas de necrosis focal. Finalmente, el tercer estadio, denominado mesenteritis retráctil, presenta depósito de colágeno, fibrosis e inflamación retráctil del meso^(5,6). En la mayoría de los pacientes se encuentran hallazgos mixtos con cambios inflamatorios crónicos, necrosis grasa y fibrosis^(3,8).

En cuanto a los exámenes de imágenes, la radiografía simple de abdomen no suele aportar datos. La ecografía habitualmente es normal, aunque en ocasiones se puede identificar una masa hiperecogénica bien definida desplazando a las asas intestinales⁽⁷⁾.

La TC es el método por imágenes de elección. Los hallazgos pueden variar desde el incremento de la atenuación de la grasa del mesenterio (denominado "mesenterio nebuloso" o "mesenterio empañado") hasta la presencia de una masa de partes blandas. Generalmente engloba a los vasos mesentéricos y desplaza a las asas intestinales, sin invasión de las estructuras adyacentes. La preservación de la densidad normal de la grasa que rodea a los vasos (signo del anillo graso *-fat ring sign-*) es un hallazgo específico de la PM que ayuda a distinguirla de otros procesos mesentéricos, como el linfoma, el tumor carcinoide o la carcinomatosis⁽³⁾. Sabaté describió la presencia de una pseudocápsula tumoral en el 50% de los casos⁽⁹⁾. También pueden verse adenomegalias mesentéricas y con menor frecuencia adenomegalias retroperitoneales.

Las calcificaciones son infrecuentes y se aprecian generalmente en la porción central necrótica de la masa. Se ha descrito la presencia de un componente quístico como resultado de la obstrucción venosa o linfática^(3,10).

Aunque los métodos de imágenes son muy útiles en el diagnóstico de esta entidad, en ocasiones, cuando predomina el componente de partes blandas, puede ser necesaria la biopsia para llegar al diagnóstico definitivo. Se puede realizar mediante laparotomía o laparoscopia, aunque la biopsia percutánea con aguja gruesa de 16 G guiada con TC puede contribuir a determinar el diagnóstico histológico y evitar la cirugía^(7,11).

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con tumores, como el liposarcoma, teratoma, sarcoma, linfoma, tumor carcinoide, la carcinomatosis o el mesotelioma mesentérico primario, con patologías benignas, como el edema mesentérico (asociado a cuadros como la cirrosis, la hipoalbuminemia, el fallo cardíaco, la trombosis mesentérica o portal y la vasculitis)^(3,11), la pancreatitis, y con otros cuadros que cursan con dolor abdominal agudo y necrosis grasa, como la apendicitis epiploica, el infarto omental y la diverticulitis⁽¹²⁾.

La evolución es variable (pero en general favora-

ble) y fluctúa entre pacientes asintomáticos o con episodios repetidos de dolor e infrecuentes casos fatales⁽¹⁾.

El tratamiento es normalmente empírico y puede consistir en la administración de corticosteroides, colchicina, agentes inmunosupresores (azatioprina o ciclofosfamida) y progesterona por vía oral⁽³⁾.

En conclusión, la paniculitis mesentérica que se manifiesta clínicamente con dolor abdominal agudo, aunque es infrecuente, se presenta como un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias con esta sintomatología. Es fundamental el papel de las imágenes, especialmente de la TC, en su detección, caracterización, estadificación, guía de toma de biopsias y control evolutivo.

Bibliografía

1. Arjona Sánchez A, Torres Tordera E, Martínez CD, Alonso Gómez J, Rufián Peña S. Laparotomía urgente en un caso de paniculitis mesentérica. *An Med Interna* 2007; 24:566-7.
2. Motta Ramírez GA, Rodríguez Treviño C, Paredes Manjarrez C, Echavarry DJ, Valenzuela Tamariz J. Infarto focal de grasa intraperitoneal (IFGI) como causa bien conocida y establecida pero inusual de dolor abdominal agudo. *An Radiol Mex* 2009; 8:281-90.
3. Horton KM, Lawler LP, Fishman EK. CT findings in sclerosing mesenteritis (panniculitis): spectrum of disease. *Radiographics* 2003; 23:1561-7.
4. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR Am J Roentgenol* 2000; 174:427-31.
5. Colomer Rubio E, Blanes Gallego A, Carbonell Biot C, Villar Grimalt A, Tomás Ivorra H, Llamusi Lorente A. Paniculitis mesentérica con afectación retroperitoneal resuelta tras tratamiento con pulsos de ciclofosfamida endovenosa. *An Med Interna* 2003; 20:31-3.
6. Delgado Plasencia L, Rodríguez Ballester L, López-Tomasetti Fernández EM, Hernández Morales A, Carrillo Pallarés A, Hernández Siverio N. Paniculitis mesentérica: experiencia en nuestro centro. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99:291-7.
7. Viscido G, Napolitano D, Rivoira G, et al. Paniculitis mesenterica asociada con absceso intraabdominal. *Rev Chil Cir* 2008; 60:452-6.
8. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *Radiographics* 2005; 25:1521-34.
9. Sabaté JM, Torrubia S, Maideu J, Franquet T, Monill JM, Pérez C. Sclerosing mesenteritis: imaging finding in 17 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1999; 172:625-9.
10. Johnson LA, Longacre TA, Wharton KA Jr, Jeffrey RB. Multiple mesenteric lymphatic cysts: an unusual feature of mesenteric panniculitis (sclerosing mesenteritis). *J Comput Assist Tomogr* 1997; 21:103-5.
11. Jiménez FJ, Pina L. Diagnóstico radiológico y confirmación histológica mediante biopsia percutánea. *Radiología* 1996; 38:276-9.
12. Aguilar-García JJ, Alcaide-León P, Vargas-Serrano B. Necrosis grasa intraabdominal. *Radiología* 2011. doi: 10.1016/j.rx.2011.07.006

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.