

Paniculitis mesentérica

Mesenteric panniculitis

Rolando Dornes Ramón^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4365-5237>

Yunelkys Martínez Castro² <https://orcid.org/0000-0003-3487-2440>

Damavys López Baró¹ <https://orcid.org/0000-0002-5446-8499>

¹Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila, Cuba.

²Policlínico Rural “Pedro Ballester”. Ciego de Ávila, Cuba.

*Autor para la correspondencia: dornesrolando@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La paniculitis mesentérica es una afección infrecuente. Aparece en la adultez tardía, con manifestaciones clínicas inespecíficas, puede cursar asintomática o caracterizarse por dolor, hinchazón y distensión abdominal, masa palpable a nivel del abdomen. Esto puede ser un hallazgo casual al realizar exploraciones radiológicas.

Objetivo: Describir las características clínico-imagenológicas, así como terapéutica empleada en el tratamiento de un paciente con paniculitis mesentérica.

Presentación de caso: Se presenta el caso de un paciente blanco, masculino de 59 años. Con antecedentes de hiperlipidemia, con cuadros doloroso abdominal inespecífico, de 6 meses de evolución. Se le realiza tomografía axial computarizada de abdomen simple y E/V donde se observó engrosamiento de la grasa mesentérica y múltiples imágenes nodulares a nivel del mesenterio compatible con paniculitis mesentérica.

Desarrollo: La paniculitis mesentérica es una enfermedad de baja prevalencia, con mayor predominio en la sexta década de la vida, es habitualmente un hallazgo incidental en laparotomía exploratoria o tomografía computarizada de abdomen.

Conclusiones: Deben conocerse las manifestaciones clínicas y hallazgos imagenológicos de la paniculitis mesentérica, así como las variantes terapéuticas en su tratamiento para evitar las intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Palabras clave: paniculitis mesentérica; mesenteritis; lipodistrofia.

ABSTRACT

Introduction: Mesenteric panniculitis is a rare condition. It appears in late adulthood, with nonspecific clinical manifestations, it can be asymptomatic or characterized by pain, swelling and abdominal distension, a palpable mass in the

abdomen. This can be a chance finding when performing radiological examinations.

Objective: To describe the clinical-imaging characteristics, as well as the therapy used in the treatment of a patient with mesenteric panniculitis.

Case report: We report the case of a 59-year-old white male patient, with history of hyperlipidemia, nonspecific abdominal pain and 6 months of evolution. A simple abdominal computed tomography and E / V were performed, showing thickening of the mesenteric fat and multiple nodular images at the level of the mesentery compatible with mesenteric panniculitis.

Findings: Mesenteric panniculitis is a low prevalence disease, with greater prevalence in the sixth decade of life, which is usually found incidentally in exploratory laparotomy or abdominal computed tomography.

Conclusions: The clinical manifestations and imaging findings of mesenteric panniculitis must be known, as well as the therapeutic variants in its treatment to avoid unnecessary surgical interventions.

Keywords: mesenteric panniculitis; mesenteritis; lipodystrophy.

Recibido: 27/07/2021

Aprobado: 23/08/2021

Introducción

La pancreatitis mesentérica (PM) fue descrita por primera vez por Jura en 1924. Se caracteriza por ser una enfermedad idiopática, infrecuente y rara. Aparece en la adultez tardía, en su evolución desde el punto de vista histológico produce cambios inflamatorios y fibróticos en el tejido adiposo del mesenterio.⁽¹⁾

Cuando el componente patológico predominante es inflamatorio o graso, la enfermedad se conoce como PM. En una etapa más invasiva, cuando la fibrosis y la retracción son más dominantes, la enfermedad se define como mesenteritis retráctil.⁽¹⁾

Existen otros términos utilizados para describir la enfermedad como son lipodistrofia mesentérica, mesenteritis liposclerótica, lipogranuloma del mesenterio, manifestaciones mesentéricas de la enfermedad de Weber-Christian y mesenteritis esclerosante. Su aparición es más frecuente en el sexo masculino, con una relación hombre: mujer de 2-3:1, y la incidencia aumenta con la edad.⁽²⁾

La PM es una enfermedad de baja prevalencia, la cual se determina en un 0,6 %, es habitualmente un hallazgo incidental en laparotomía o tomografía computarizada con predominio en la sexta década de la vida.⁽³⁾

Aunque no hay síntomas clínicos específicos de PM, las manifestaciones clínicas suelen ser variables y están en relación con el grado de invasión de la grasa mesentérica, el grado de inflamación o con el efecto de masa que se produzca,

entre sus manifestaciones se destaca el dolor abdominal de carácter inespecífico, distensión y masa abdominal palpable.⁽⁴⁾

Otros síntomas asociados a la enfermedad incluyen fiebre, anorexia y pérdida de peso. Las pruebas de laboratorio pueden estar dentro del rango normal o demostrar hallazgos inespecíficos, como leucocitosis leve y elevación de la velocidad de sedimentación globular.⁽⁴⁾

Teniendo en cuenta el amplio uso de la TAC (tomografía axial computarizada), la PM se diagnostica cada vez más como un hallazgo incidental en pacientes asintomáticos. Entre los signos específicos en TAC destacan el aumento en la densidad del mesenterio con nódulos intercalados, un “signo del anillo de grasa” como un halo alrededor de los vasos, la formación de una pseudocápsula y el desplazamiento de las asas intestinales.^(5,6)

Dada la importancia que tiene el manejo del síndrome doloroso abdominal, que incluye entre sus causas a la PM, se presenta el siguiente trabajo con el objetivo de describir las características clínico-imagenológicas, así como terapéutica empleada en el tratamiento de un paciente con pancreatitis mesentérica.

Presentación del caso

Se presenta el caso de un paciente blanco, masculino de 59 años, atendido en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”, en Ciego de Ávila, Cuba. Presenta antecedentes de hiperlipidemia, con cuadros doloroso abdominal inespecífico, de aparición intermitente, de 6 meses de evolución que se intensificó en la última semana. Acude al cuerpo de guardia de cirugía refiriendo dolor abdominal más intenso a nivel de mesogastrio, con irradiación a ambos flancos.

Examen físico:

- Mucosas: Húmedas y normocoloreadas.
- TCS: Sin alteraciones.
- Aparato Respiratorio: MV audible, no se auscultan estertores. Frecuencia respiratoria: 21 Resp./min.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos. Pulso de 79 latidos/minutos. Tensión arterial 118/78 mmHg.
- Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda a nivel de mesogastrio, hepatomegalia, lisa, de 2 cm. Ruidos hidroaéreos presentes.
- SNC: Consciente, orientado en tiempo, espacio y persona.

Se decide su ingreso para un mejor estudio y tratamiento.

Exámenes de laboratorio:

- Hb 15,7 g/dl, hematócrito 0,48, leucograma $18,9 \times 10^9/L$, segmentados 0,45, linfocitos 0,53, eosinófilos 0,02, TGO 12 U/l, TGP 14 U/l, plaquetas 158 mmol/L, glicemia 4,9 mmol/L, eritrosedimentación 10 mm/h, urea 3,2 mmol/L, creatinina 109,2 mmol/L, ácido úrico 153 mmol/L, colesterol 5,9 mmol/L, triglicéridos 2,68 mmol/L.

Entre los estudios imagenológicos se le realiza TAC de abdomen simple (Fig. 1) donde se constata la hepatomegalia de 2 cm y la esteatosis hepática, y TAC de abdomen con empleo de contraste E/V (Fig. 2 y 3). En este se observó engrosamiento de la grasa mesentérica, múltiples imágenes nodulares a nivel del mesenterio compatibles con paniculitis mesentérica.



Fig. 1 - TAC de abdomen simple donde se observa hepatomegalia y signos de esteatosis hepática.



Fig. 2 - TAC de Abdomen E/V en fase arterial donde se observa engrosamiento de la grasa mesentérica.



Fig. 3 - TAC de Abdomen E/V en fase venosa donde se observan múltiples imágenes nodulares a nivel del mesenterio con realce homogéneo tras la administración del contraste.

Teniendo en cuenta la disponibilidad de medicamentos y por encontrarse entre los posibles esquemas terapéuticos, se realizó tratamiento médico con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), ibuprofeno (tableta de 400 mg), 1 tableta cada 8 h por 10 días, con respuesta favorable en la evaluación clínica después del

tratamiento, no se reportaron complicaciones durante la evolución de la enfermedad.

Discusión

La paniculitis mesentérica es un trastorno poco común que se caracteriza por una inflamación crónica inespecífica que afecta el tejido adiposo del mesenterio intestinal.⁽⁷⁾

Aunque la etiología de la paniculitis mesentérica aún no se ha determinado, la evidencia reciente sugiere cada vez más asociaciones con malignidad coexistente o posterior. También se han sugerido asociaciones con cirugía abdominal previa, traumatismos, enfermedades autoinmunes, vasculitis, enfermedad granulomatosa, enfermedad reumática y pancreatitis.^(8,9) Afecciones de las cuales no se recogen antecedentes en el caso que se presenta.

La afección se describe principalmente en la edad adulta media o tardía con un ligero predominio masculino. Los síntomas durante el curso de la enfermedad pueden ser progresivos e intermitentes o ausentes. En el caso que se presenta el paciente refirió cuadros de dolor abdominal inespecífico de aparición intermitente.

Respecto a los exámenes complementarios, no se recogen exámenes que sean específicos de PM, aunque puede encontrarse un aumento de las proteínas de fase aguda, proteína C reactiva (PCR) en el 86,5 % y velocidad de sedimentación globular (VSG) en el 88,4 %, ⁽¹⁰⁾ se enfatiza que de no existir la sospecha clínica, estos estudios no serían de utilidad para el diagnóstico pues pueden estar ausentes o ser de carácter inespecífico.

En el caso que se presenta se constató niveles elevados de triglicéridos por los antecedentes del paciente de hipertrigliceridemia y de esteatosis hepática moderada. Sin embargo, la presencia de leucocitosis con desviación a la izquierda pudiera estar en estrecha relación con la PM.

El diagnóstico de la PM se puede realizar en diferentes etapas histológicas de la enfermedad, dependiendo del hallazgo histológico que predomine. Estas son tres:^(11,12)

- Primera etapa. Lipodistrofia mesentérica: Se caracteriza por la presencia de una capa de células espumosas que reemplaza al tejido adiposo mesentérico, con signos mínimos o inexistentes de inflamación aguda. Puede ser clínicamente asintomática y el pronóstico es bueno.
- Segunda etapa. Paniculitis mesentérica: Existe un infiltrado caracterizado por células plasmáticas, leucocitos polimorfonucleares, células gigantes y macrófagos espumosos. Aparecen segmentos del intestino delgado, que pueden evidenciar un discreto engrosamiento y distensión linfática. Entre los síntomas más comunes de esta etapa se incluye la fiebre, dolor abdominal y mialgias.

- Tercera etapa. Mesenteritis retráctil: Las modificaciones en la histología revelan depósitos de colágeno, fibrosis e inflamación. El depósito de colágeno lleva a la cicatrización y retracción del mesenterio con la consecuente formación de masas abdominales y síntomas obstructivos.

De acuerdo con la serie de la Clínica Mayo,^(11,12) el compromiso mesentérico del intestino delgado permite la clasificación de paniculitis mesentérica en 3 grupos:

- Tipo I: Corresponde al tipo más frecuente. Existe un mesenterio difusamente engrosado de color gris amarillento desde su raíz a los bordes del intestino delgado normal.
- Tipo II: Masa aislada nodular en la raíz del mesenterio.
- Tipo III: El mesenterio contiene múltiples nódulos de variados tamaños. Desde un punto de vista histológico es importante distinguir esta entidad de la fibromatosis mesentérica. Esta última se caracteriza histológicamente por penetración a la muscular propia de la pared intestinal adyacente.

Teniendo en cuenta los hallazgos radiológicos del caso que se presenta se corresponden con el tipo III por el engrosamiento de la grasa mesentérica y la presencia de múltiples imágenes nodulares a ese nivel.

Aunque en algunas ocasiones la evaluación inicial de los pacientes con síndrome doloroso abdominal se realiza a través de la ecografía, los signos radiológicos característicos son mejor observados con el empleo de la TAC de abdomen simple contrastada y con el empleo de la resonancia magnética por imágenes, donde se observa aumento de densidad y engrosamiento del mesenterio, o la presencia de una masa bien definida.⁽¹¹⁾

También en dependencia del grado de la etapa histológica en que se diagnostique pueden observarse calcificaciones, adenopatías o afectación de estructuras vasculares. El denominado signo del anillo graso aparece cuando el tejido adiposo que rodea a los vasos mesentéricos está preservado. Tras la sospecha clínica-imagenológica, es imprescindible la confirmación histológica de las lesiones mediante biopsia guiada por TAC o cirugía, y descartar la existencia de otros procesos relacionados con la PM.⁽¹¹⁾

Los modelos terapéuticos empleados en el manejo de los casos sintomáticos incluyen la administración de corticoides solos o asociados a colchicina o inmunodepresores (azatioprina o ciclofosfamida) con resultados favorables.⁽¹²⁾

El uso de corticoides favorece la reducción de la inflamación, en caso de que la entidad no avance a la etapa de fibrosis. Se sugiere la terapia con ciclofosfamida en caso de falla del uso de prednisona.⁽¹²⁾

En el caso que se presenta existió una respuesta favorable a la terapéutica con AINE a dosis habituales lo cual pudiera estar en relación con la etapa en que se diagnosticó la enfermedad.

En ocasiones se hace necesario el tratamiento quirúrgico, de aparecer complicaciones como la obstrucción y la isquemia intestinales. Debe evitarse la resección total de la masa debido a que usualmente no es posible y no reporta beneficios adicionales.^(11,12)

Se puede concluir que deben conocerse las manifestaciones clínicas y hallazgos imagenológicos de la paniculitis mesentérica, así como las variantes terapéuticas en su tratamiento, para evitar las intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Como limitantes en el estudio los autores alegan que no se pudo realizar estudio histopatológico en el caso que se presenta por encontrarse el país en la epidemia de la COVID-19, por lo que se realizó seguimiento clínico-imagenológico del caso, con respuesta favorable al tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Ueno M, Nishimura N, Shimodate Y, Doi A, Mouri H, Matsueda K, *et al.* Sclerosing mesenteritis diagnosed with computed tomography and ultrasound-guided needle biopsy: the utility of the coaxial technique. *Clin J Gastroenterol.* 2018;11:92-5. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12328-017-0800-x>
2. Mata JM, Inaraja L, Martin J, Olazabal A, Castilla MT. CT features of mesenteric panniculitis. *J Comput Assist Tomogr.* 1987[acceso: 20/02/2020];11(6):1021-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2824579>
3. Emory TS, Monihan JM, Car NJ, Sobin LH. Sclerosingmesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J Surg Pathol.* 1997[acceso: 20/02/2020];21(4):392-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9130985>
4. Khasminsky V, Ram E, Atar E, Steinminz A, Issa N, Bachar GN. Is there an association between mesenteric panniculitis and lymphoma? A case control analysis. *Clinical Radiology.* 2017[acceso: 20/02/2020];72(10):844-49. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S000992601730199X>
5. Delgado Plasencia L, Rodríguez Ballester L, López-Tomassetti Fernández EM, Hernández Morales A, Carrillo Pallarés A, Hernández Siverio N. Paniculitis mesentérica: experiencia en nuestro centro. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007[acceso: 20/02/2020];99(5):291-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000500010&lng=es
6. Emory TS, Monihan JM, Car NJ, Sobin LH. Sclerosingmesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J Surg Pathol.* 1997[acceso: 20/02/2020];21(4):392-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9130985>
7. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, Magkanas E, Stefanaki K, Apostolaki E, *et al.* CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR.*

- 2000[acceso: 20/02/2020];174(2):427-31. Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/ajr.174.2.1740427>
8. Kuriyama A. 'Halo' from the Belly: Mesenteric Panniculitis. American Journal of Medicine 2016[acceso: 20/02/2020];129(11):291-92. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0002934316306969>
9. Ayala Gutiérrez MM, Ramón Garrido E. Panniculitis Mesentérica. Medicina Clinica. 2016[acceso: 20/02/2020];146(11):497-505. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S002577531600049X>
10. Suarez Acosta CE, Romero Fernández E, Calvo Manuel E. Mesenteric panniculitis: A controversial entity. Many unanswered questions. European Journal of Internal Medicine. 2015 [acceso: 20/02/2020];26(10). Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0953620515002897>
11. Martín Mateos RM, Moreira Vicente VF, Burdaspal Moratilla A, Gallego Rivera JI. Panniculitis mesentérica como causa de dolor abdominal crónico. Gastroenterología y Hepatología. 2014[acceso: 20/02/2020];37(5):297-99. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-paniculitis-mesenterica-como-causa-dolor-S0210570513002550>
12. Viscido G, Napotlitano D, Rivoira G, Parodi M, Barotto M, Picón H, *et al.* Panniculitis mesentérica asociada con absceso intrabdominal. Rev Chil Cir. 2008[acceso: 20/02/2020];60(5):451-56. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Rolando Dornes Ramón: Administración del proyecto. Supervisión, redacción, revisión y edición.

Yunelkys Martínez Castro: Conceptualización e ideas. Investigación; redacción, revisión y edición.

Damavys López Baró: Redacción borrador original, recursos, visualización del trabajo, revisión y edición.