

Fecha de Recepción: 10/11/15

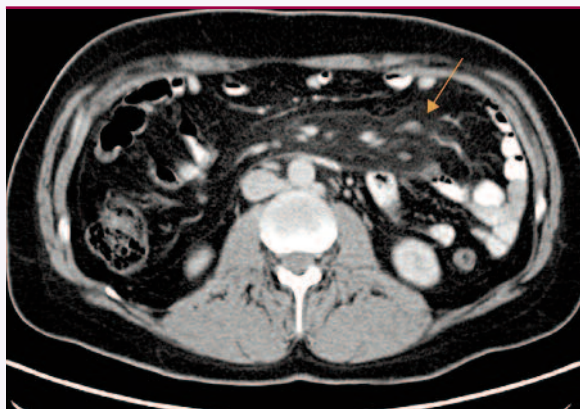
Fecha de Aprobación: 13/11/15

Artículo científico

CASO CLINICO: VARÓN DE 50 AÑOS CON PANICULITIS MESEN- TÉRICA

CASE REPORT: 50 YEARS OLD WITH MALE PANICULITIS MESENTERIC

Est. Rodrigo S. Mariño Ortiz 1.
Est. Juan J. Peñaranda Molina 2.
Dra. Lydia M. Hernández Gaillard 3.



RESUMEN

La paniculitis mesentérica es una enfermedad inflamatoria crónica, rara, con afección focal o multifocal del tejido adiposo del mesenterio intestinal con una demostrada predilección por el intestino delgado, de causa desconocida, de la cual se han descrito menos de 300 casos en la literatura médica hasta el momento.

En los casos descritos, se la asocia frecuentemente a otras enfermedades no transmisibles, como ser trastornos autoinmunitarios (vasculitis, artritis reumática, enfermedades granulomatosas), procesos neoplásicos e inflamatorios; lo cual puede orientarnos a proponer, como mecanismo patogénico, una respuesta autoinmune a fuentes desconocidas o una respuesta isquémica del mesenterio. La sintomatología provocada por esta enfermedad es de igual forma inespecífica, provocando dolor abdominal, astenia, alteraciones en el tránsito intestinal, pérdida de peso y otros.

Según estudios realizados, se aproxima que alrededor del 90% de los diagnósticos de esta enfermedad son incidentales al hacer estudios de TC en patologías no asociadas, o durante intervenciones quirúrgicas abdominales por laparoscopia o laparotomía. En nuestro centro fue diagnosticado, por histopatología, un varón de 50 años con un cuadro clínico compatible con el de una suboclusión intestinal alta y sospecha de linfoma intestinal. El paciente fue tratado exitosamente con administración de corticoides una vez realizado el diagnóstico.

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

ABSTRACT

Mesenteric panniculitis is a, rare, chronic inflammatory disease with focal or multifocal affection of the bowel mesentery adipose tissue of unknown cause, with a demonstrated predilection for the small intestine. Less than 300 cases have been described in the medical literature so far.

1. Estudiante de la carrera de Medicina de Univalle, La Paz. rodrigomaor310793@gmail.com
2. Estudiante de la carrera de Medicina de Univalle, La Paz. juanjose.penaranda@facebook.com
3. Cirujano Gastroenterólogo del Hospital Militar Central, La Paz. lya_hergaillard@yahoo.es

In the cases that have been described, it is often associated with other noncommunicable diseases, such as autoimmune disorders (vasculitis, rheumatoid arthritis, granulomatous diseases) and neoplastic or inflammatory processes. This can guide us to propose an autoimmune response to unknown sources or an ischemic response of the mesentery as a pathogenic mechanism. The symptoms caused by this disease are non-specific; they include abdominal pain, fatigue, changes in bowel movement, weight loss and others.

Some studies estimate that about 90% of diagnoses of this disease are incidental findings in CT scans in conditions not associated with the panniculitis, or during abdominal surgery by laparoscopy or laparotomy. In our center, a 50 year-old male was histopathologically diagnosed with MP, with a clinical picture compatible with a partial high bowel obstruction and with the suspicion of bowel lymphoma. The patient was successfully treated with corticosteroid administration after the diagnosis.

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

INTRODUCCIÓN

La paniculitis mesentérica es un proceso inflamatorio crónico inespecífico del tejido adiposo mesentérico. Su forma de presentación es muy variable (1). Su diagnóstico final generalmente logra conseguirse con una muestra de biopsia del área afectada; esto por la falta de especificidad de las pruebas imagenológicas y la poca información disponible respecto a los factores precipitantes (2).

Actualmente, se reconoce que esta entidad presenta varios estadios evolutivos. Los criterios diagnósticos anatomopatológicos incluyen la presencia de gran cantidad de macrófagos espumosos en la fase inicial de lipodistrofia mesentérica; infiltrado de células plasmáticas, respuesta inflamatoria granulomatosa con células gigantes y en el estadio final destaca el depósito de colágeno y la fibrosis tisular.

A pesar de haberse reconocido distintos factores que pueden desencadenar esta enfermedad, su etiología en un gran porcentaje de casos sigue

siendo incierta. Es posible también, que por su difícil diagnóstico, muchos casos de esta enfermedad no se diagnostiquen apropiadamente (3).

Presentamos nuestro análisis retrospectivo de un paciente con los criterios diagnósticos de paniculitis mesentérica diagnosticada el año 2009 y seguimiento actual en el Hospital Militar Central, con el objetivo de compartir nuestra experiencia del caso.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 50 años que ingresa por el servicio de emergencia del Hospital Militar Central – La Paz, en abril del año 2009 refiriendo dolor abdominal de tipo espasmódico de inicio progresivo, localizado en región de epigastrio de intensidad moderada y posteriormente con irradiación difusa a todo el abdomen; además de presentar distensión abdominal, náuseas y vómitos postprandiales. Otro síntoma importante fue la pérdida de 4 kg de peso en el lapso de 4 meses.

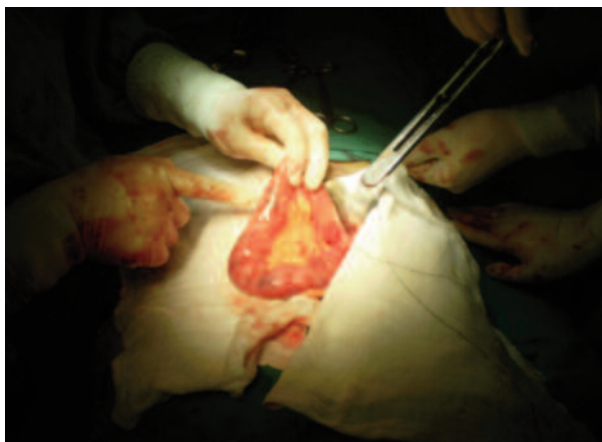
Al examen físico, el abdomen se encontraba distendido, depresible, timpánico, doloroso a la palpación superficial y profunda pero sin datos de irritación peritoneal y o presencia de visceromegalias. A la auscultación los ruidos hidroaéreos se encontraban normo activos. El paciente no refería antecedentes no patológicos o heredofamiliares importantes. Entre sus antecedentes patológicos destacaban cuadros de dolor abdominal durante tres años previos a la consulta, así como el año 2007 se le diagnosticó gastritis, y se internó por un cuadro de infección intestinal el año 2002.

Laboratorialmente se solicitó un hemograma, donde se evidenció anemia, con un HTC de 34% y Hb de 10,6 g; leucograma con recuento total de leucocitos de 6500/mm³, neutrófilos 74%, eosinófilos 3%, linfocitos 23% y VES de 83 mm. El perfil de la función renal y hepática no presentaba alteraciones.

El diagnóstico de ingreso fue de abdomen agudo de tipo oclusivo intestinal alto y probable linfoma intestinal. La conducta a realizarse fue someter al paciente a una laparoscopia diagnóstica con la posibilidad de realizar biopsia, sin embargo, ésta tuvo que convertirse a laparotomía exploratoria

por la dificultad de acceso a la cavidad, que presentaba múltiples adherencias. Durante el acto quirúrgico se realizó también adhesiolisis y biopsia ganglionar del mesenterio, lavado y drenaje de cavidad peritoneal. Dentro de los hallazgos de esta intervención destacan la presencia de ganglios trombosados en toda la extensión del mesenterio, además de áreas isquémicas a lo largo de las paredes del intestino delgado, adherencias laxas con tejido fibroso y líquido libre seropurulento en cavidad en poca cantidad (Figuras N° 1, 2 y 3).

Figura N° 1. Intestino delgado con presencia de



asas intestinales dilatadas y pared edematosa.

Fuente: Elaboración propia, Agosto 2015.

Figura N° 2. Múltiples ganglios mesentéricos trombosados y líquido libre en cavidad abdominal



Fuente: Elaboración propia, Agosto 2015.

Figura N° 3. Exploración para toma de biopsia mesentérica y ganglionar



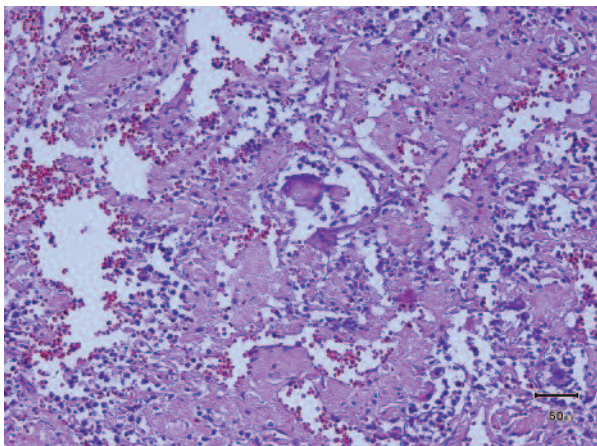
Fuente: Elaboración propia, Agosto 2015.

El diagnóstico posoperatorio fue el de Síndrome Adherencial Secundario a bridas y adherencias; suboclusión intestinal alta secundaria a, lo que sospechábamos podía ser un linfoma intestinal. La evolución postoperatoria se manejó fundamentalmente en base a la administración de líquidos parenterales, analgesia endovenosa, alimentación parenteral parcial y ayuno, ya que el paciente permaneció con una SNG con débitos gastrointestinales de tipo retentivo secundario a íleo intestinal.

Una semana después, el estudio histopatológico reportó pancreatitis mesentérica o lipogranulomatosa asociada a peritonitis crónica activa inespecífica reaccional visceral. Los hallazgos que justificaron este diagnóstico fueron: infiltrado reactivo inflamatorio crónico, fibrosis multinodular hialinizada, reacción inflamatoria granulomatosa y ausencia de signos de malignidad (figuras N° 4 y 5).

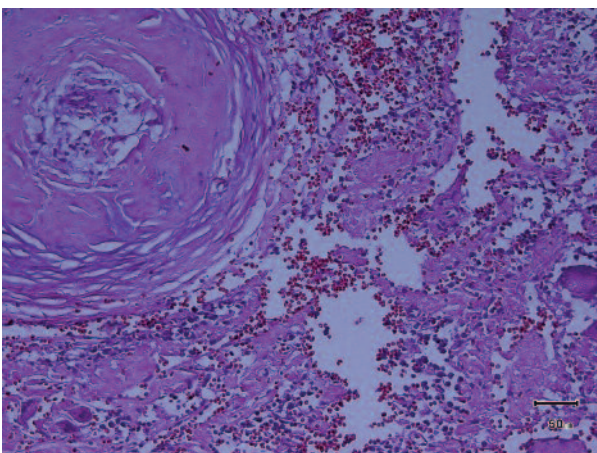
Posterior al diagnóstico histopatológico se realizó una junta médica en la cual se decidió realizar: tratamiento inmediato con inmunodepresores (prednisona) y se solicitó para complementar estudios del perfil inmunológico del paciente (que incluya anticuerpos anti-DNA, ANAs, test de ENAs y complemento) y manejo conjunto por medicina interna, reumatología y gastroenterología.

Figura N° 4. Infiltrado reactivo inflamatorio crónico, fibrosis multinodular hialinizada, reacción inflamatoria granulomatosa



Fuente: Elaboración propia, Agosto 2015.

Figura N° 5. Infiltrado reactivo inflamatorio crónico, fibrosis multinodular hialinizada, reacción inflamatoria granulomatosa



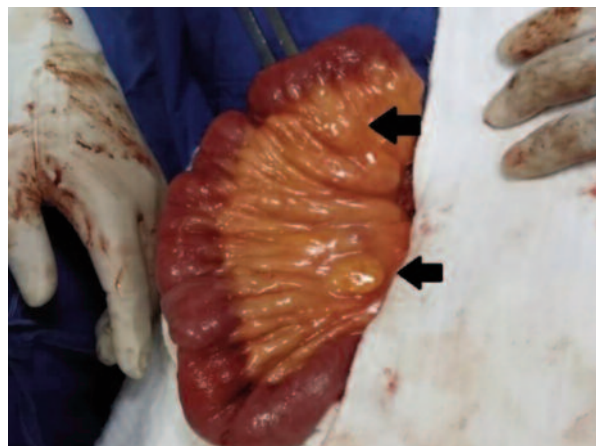
Fuente: Elaboración propia, Agosto 2015.

Posteriormente, se concluyó que el diagnóstico definitivo era: paniculitis mesentérica en tratamiento, suboclusión intestinal secundaria resuelta y síndrome adherencial resuelto.

Desde ese año se le han realizado controles anuales al paciente. Su tratamiento con corticoides duró un año, y en los años siguientes no presentó sintomatología relevante hasta el 2013, año en el que fue intervenido quirúrgicamente por apendicitis aguda. En este caso se hizo una exploración en

la cual se evidenció la presencia de ganglios mesentéricos pero sin ninguna modificación estructural. En junio del presente año el paciente fue intervenido nuevamente con una colecistectomía por colecistitis crónica litásica. Se volvieron a evidenciar ganglios mesentéricos, pero en este caso se evidenciaron cambios en su consistencia y coloración (se halaban de color amarillento muy parecido a tejido graso) y también se evidenció el edema de pared intestinal en algunos segmentos (figura N° 6). Clínicamente el paciente refiere presentar dolor de tipo cólico en oportunidades episódicas, sobre todo después de la ingesta de comidas condimentadas y con alto contenido graso. El seguimiento del paciente continuará a lo largo del tiempo.

Figura N° 6. Cambios en la consistencia y coloración de los ganglios mesentéricos y edema de pared intestinal



Fuente: Elaboración propia, Agosto 2015.

Posteriormente, se concluyó que el diagnóstico definitivo era: paniculitis mesentérica en tratamiento, suboclusión intestinal secundaria resuelta y síndrome adherencial resuelto.

Desde ese año se le han realizado controles anuales al paciente. Su tratamiento con corticoides duró un año, y en los años siguientes no presentó sintomatología relevante hasta el 2013, año en el que fue intervenido quirúrgicamente por apendicitis aguda. En este caso se hizo una exploración en la cual se evidenció la presencia de ganglios mesentéricos pero sin ninguna modificación estructural. En junio del presente año el paciente

fue intervenido nuevamente con una colecistectomía por colecistitis crónica litiásica. Se volvieron a evidenciar ganglios mesentéricos, pero en este caso se evidenciaron cambios en su consistencia y coloración (se halaban de color amarillento muy parecido a tejido graso) y también se evidenció el edema de pared intestinal en algunos segmentos

(figura N° 6). Clínicamente el paciente refiere presentar dolor de tipo cólico en oportunidades episódicas, sobre todo después de la ingesta de comidas condimentadas y con alto contenido graso. El seguimiento del paciente continuará a lo largo del tiempo.

Figura N° 6. Cambios en la consistencia y coloración de los ganglios mesentéricos y edema de pared intestinal

<i>PM con afección de intestino delgado</i>
Tipo 1: Es la forma más frecuente. Engrosamiento difuso parduzco amarillento desde la raíz del mesenterio hasta los bordes del asa intestinal. Tipo 2. Masa nodular aislada en la raíz del mesenterio Tipo 3. El mesenterio contiene múltiples nódulos de diferente tamaño y aspecto.

Fuente: Elaboración propia. Agosto 2015.

Diagnóstico y cuadro clínico: Las manifestaciones clínicas son muy variables e inespecíficas debido a que dependen del tiempo de evolución, el estado de la enfermedad y la localización a lo largo del mesenterio. Se calcula que hasta en un 40% de los casos la PM puede ser asintomática. Dentro de las manifestaciones más frecuentes destacan: dolor abdominal, pérdida de peso progresiva, anorexia y plenitud abdominal.

Otros síntomas menos frecuentes son: diarrea, fiebre y masas abdominales palpables. En casos excepcionales se ha reportado rectorragia, ictericia y obstrucción estomacal. Los motivos de consulta más comunes son aquellos compatibles con obstrucción intestinal, como dolor y distensión abdominal. Menos casos se presentan con fiebre, estreñimiento y masa abdominal de colon y recto. Se han descrito formas de presentación tipo abdomen agudo. La duración de dichos síntomas puede ser de un par de semanas a años.

Las técnicas imagenológicas, en especial la TC, pueden ser de ayuda diagnóstica en la sospecha de PM pero el diagnóstico definitivo siempre será el histopatológico por biopsia de mesenterio.

Diagnóstico diferencial: Por la característica inespecífica del cuadro clínico el diagnóstico diferencial puede hacerse con una variedad de patologías, entre las cuales se destacan: lipomas y liposarcomas abdominales, linfangiomas, linfomas, tumor desmoide, tumor carcinoide, sarcoma retroperitoneal, carcinomatosis peritoneal, amiloidosis, enfermedad de Whipple, fibrosis peritoneal, mesoteliomas, histoplasmosis e infecciones por micobacterias (5).

Tratamiento: Por sus características, solo se tratan los casos sintomáticos de PM con un diagnóstico histopatológico previo (6). Los tratamientos que ofrecen los mejores resultados son aquellos basados en el uso de corticoides (prednisona) o corticoides asociados a colchicina o inmunodepresores tales como la ciclofosfamida, ciclosporina o azatioprina, especialmente cuando el tratamiento con corticoides no consigue los resultados esperados. El uso de corticoides puede reducir la inflamación y evitar que la entidad progrese a una etapa de fibrosis.

Estudios realizados por la Mayo Clinic concluyeron que pacientes sintomáticos pueden beneficiarse de una combinación de prednisona y tamoxifeno.

xifeno, que puede ir acompañado de progesterona (por su efecto inhibitor de fibroblastos). El manejo quirúrgico de esta entidad debería reservarse para los cuadros de obstrucción o isquemia intestinal. No se aconseja la resección total de la masa mesentérica afectada debido al elevado riesgo quirúrgico y por la falta de evidencia que demuestre que resulte beneficioso hacerlo.

CONCLUSIONES

Los casos con presencia de paniculitis mesentérica, continúan generando controversia. El análisis

retrospectivo de muchas series ha identificado posibles factores de riesgo y multitud de agentes se han involucrado en su aparición. En nuestro caso, el estudio a detalle y con participación de un grupo de profesionales, pudo evidenciar el diagnóstico y manejo adecuados.

Recomendamos estudios referidos a factores asociados al desarrollo de paniculitis mesentérica para analizar posibles asociaciones y así formular intervenciones oportunas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CABALLERO O, MADRID, B. GUTIÉRREZ, M. BORRERO, AND S. CALDERÓN. "Paniculitis mesentérica: un caso de presentación aguda y fatal." *An Med Interna* 12 (1995): 36-38.
2. MCLAUGHLIN P, FILIPPONE A, MAHER M. The "Misty Mesentery": Mesenteric Panniculitis & Its Mimics. *American Journal of Roentgenology* 2013 200:2, W116-W123
3. FERNÁNDEZ R, GÜERRI J, GARCÍA V. "Paniculitis mesentérica, primera manifestación clínica de un linfoma de células B diseminado." *Revista clinica espanola* 208, no. 2 (2008): 109-110.
4. MARTÍNEZ O, GARCÍA O, CABEZA. "Mesenteritis esclerosante: A propósito de dos casos con diferente forma de presentación clínica." In *Anales de medicina interna*, vol. 20, no. 5, pp. 38-40. Arán Ediciones, SL, 2003.
5. DASKALOGIANNAKI, M, VOLOUDAKI A, PRASSOPOULOS P. "Evaluación computarizada de paniculitis mesentérica: prevalencia y enfermedades asociadas." *AJR Am J Roentgenol* 174 (2000): 427-431.
6. PIESSEN G, MARIETTE C, TRIBOULET JP. Mesenteric panniculitis. *Ann Chir.* 2006; 131:85-90. Medline.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ALI KEMAL SIVRIOGLU, MUZAFFER SAGLAM, MEHMET DEVEER, GUNER SONMEZ. Another reason for abdominal pain: mesenteric panniculitis. *BMJ Case Reports* 2013: published online 2 May 2013, doi: 10.1136/bcr-2013-009305
- ARANDA S, RIVERO M, VILLAR A. "Paniculitis mesentérica sintomática y sarcoidosis." *Medicina Clínica* 126, no. 14 (2006): 554.
- GARRIDO A, VERDEJO C, MÁRQUEZ JL. "Linfoma intestinal y paniculitis mesentérica: complicaciones de una enfermedad celíaca no diagnosticada." *Gastroenterología y hepatología* 31, no. 4 (2008): 221-224.
- RIQUELME F, VEGA L, O'BRIEN A. "Masas mesentéricas: evaluación por tomografía computada." *Revista chilena de radiología* 15, no. 4 (2009): 165-173.
- WRIGHT DH. The major complications of coeliac disease. *Baillieres Clin Gastroenterol.* 1995; 9:351-69. Medline