



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-358 - MESENTERITIS RETRÁCTIL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Gomar, Daniel; Fornell Ariza, Mercedes; Roldán Ortiz, Susana; Bazán Hinojo, Carmen; Valverde Martínez, Amparo; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

### Resumen

**Introducción:** La mesenteritis retráctil está incluida dentro de la mesenteritis esclerosante, una rara enfermedad que afecta a los mesos intestinales, de carácter inflamatorio, y que se manifiesta de forma inespecífica aunque suele cursar con dolor abdominal.

**Caso clínico:** Varón de 43 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias en varias ocasiones por cuadro de dolor abdominal tipo cólico, junto con síndrome constitucional, no asociado a otros síntomas. Se realiza estudio, en TAC hallazgos compatibles con mesenteritis esclerosante como primera opción, se realiza laparoscopia exploradora para toma de biopsia diagnóstica, no visualizándose imágenes sospechosas de malignidad. Anatomía patológica con diagnóstico de mesenteritis retráctil, con actina y betacatenina positivas. Actualmente en seguimiento.

**Discusión:** La mesenteritis esclerosante es una rara enfermedad de carácter inflamatorio que afecta a los mesos intestinales, de etiología no clara, aunque se ha relacionado con alteraciones de la inmunidad, traumatismos previos, déficits vitamínicos, vasculitis e isquemia. Está asociado hasta en un 70% con procesos tumorales por lo que es importante el diagnóstico diferencial de la misma (los más frecuentes los linfomas y tumores carcinoides). Las manifestaciones clínicas son inespecíficas variando desde dolor abdominal, alteraciones del tránsito, subocclusiones; por lo que la sospecha diagnóstica puede iniciarse tras una prueba de imagen realizada por uno de estos motivos. Está recomendada el angioTAC para visualización de los vasos y en casos de sospecha tumoral el PET-TAC. Para su diagnóstico es necesaria una confirmación histológica mediante biopsia quirúrgica. Los hallazgos varían según el estadio, pero suele confirmar infiltrado inflamatorio del tejido adiposo en estadios iniciales, y necrosis grasa en los finales, con negatividad para el CD117 y betacatenina y ser positivo a la actina. Su evolución dependerá del estadio y de su asociación o no a presencia de patología tumoral. No existe un tratamiento específico para ella y deberá individualizarse en cada enfermo; suelen ser efectivos en caso de presencia de síntomas los AINES y según progresión los corticoides, la azatioprina y la ciclofosfamida. En ocasiones cuando la fibrosis es muy importante o existen complicaciones como la obstrucción o perforación, puede ser necesaria la cirugía con resecciones intestinales. El pronóstico está asociado a su asociación con patología tumoral.