



CARTA CIENTÍFICA

Paniculitis mesentérica y dolor abdominal: ¿una asociación casual? Análisis de una serie de casos retrospectiva



Mesenteric panniculitis and abdominal pain: A casual association? Retrospective case series analysis

La paniculitis mesentérica (PM) es una entidad inflamatoria crónica de origen incierto que afecta al mesenterio. Algunos autores afirman que constituye un hallazgo frecuente y generalmente incidental¹. Debido al relativo desconocimiento sobre esta entidad, es necesario aportar mayor casuística, especialmente con relación a su asociación con manifestaciones clínicas abdominales. El objetivo principal de este trabajo es analizar la prevalencia de PM registrada en los informes de TC de abdomen, las variables socio-demográficas asociadas, presencia de dolor abdominal en ausencia de otra causa atribuible, antecedentes de neoplasia o cirugía abdominal, reactantes de fase aguda y hallazgos radiológicos más frecuentes.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo transversal (serie de casos) a partir de las TC de abdomen realizadas en nuestro hospital durante 2018. Para ello se realizó una búsqueda por filtros con palabras clave pertinentes (paniculitis, mesenteritis, fibrosante, esclerosante). El estudio contó con la aprobación del comité de ética hospitalario. Una vez eliminadas las TC redundantes, se revisaron los informes e imágenes de TC y se seleccionaron los casos con diagnóstico radiológico de PM. A continuación se revisó la justificación clínica del estudio, la historia clínica del episodio asociado y la analítica sanguínea. Se recogió la edad, el sexo, los antecedentes y el tipo de cirugía abdominal o pélvica, la historia de neoplasia abdominal, la presencia de dolor abdominal y de otra causa atribuible detectada en la TC, el recuento de leucocitos en sangre y la proteína C reactiva. Los casos se registraron en una base de datos anonimizada. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas, y las variables cuantitativas continuas como media y desviación estándar.

En total se incluyeron 4.665 TC de abdomen en la población de estudio. Se identificaron un total de 77 casos (1,65%) con diagnóstico de PM. La edad media fue de 71,7 años (desviación estándar: 11,2 años), con un predominio de

varones (64,9%). En total, 27 pacientes (35,1%) presentaban antecedentes de neoplasia con afectación abdominal, destacando el cáncer colorrectal y genitourinario; y 33 pacientes (47,1%) tenían antecedentes de cirugía abdominal, con una mayor frecuencia de colecistectomía y resección intestinal (tabla 1). Treinta pacientes (39,0%) presentaron dolor abdominal en el momento de la realización de la TC y no se encontraron otros hallazgos que justificasen dicho dolor en 12 de ellos (15,6% de los casos de PM). En 66 pacientes se solicitó proteína C reactiva y/o hemograma con recuento de leucocitos. De ellos, en 33 casos (50%) ninguno de los parámetros estuvo alterado. Solo 7 pacientes con dolor abdominal sin etiología atribuible presentaron elevación de alguno de los reactantes de fase aguda. El hallazgo radiológico más frecuente fue el aumento de la densidad de la grasa mesentérica, con o sin aumento en el número de ganglios linfáticos locales.

Se han reportado diversas asociaciones, entre las que destacan enfermedades autoinmunes (por ejemplo, por IgG4) y diversos tipos de cáncer (antecedentes en el 30-70% de los pacientes con PM según las series), sobre todo carcinomas (mama, colorrectal, renal y gástrico) y hematológicos (linfomas no Hodgkin y de células plasmáticas)². También se ha reconocido la asociación con traumatismos abdominales (incluyendo la cirugía) y enfermedades de naturaleza inflamatoria-infecciosa, entre otras^{1,3}. En nuestra serie, un tercio de los pacientes presentaba antecedentes de neoplasia con afectación abdominal, siendo más prevalentes el cáncer colorrectal y el genitourinario –también frecuentes en otras series²–, mientras que casi la mitad tenían antecedentes de cirugía abdominal, destacando la colecistectomía y la resección intestinal.

El carácter sintomático de la PM es controvertido. Se admite que puede ser asintomática o manifestarse como molestias abdominales, fiebre, náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento, entre otros^{4,5}. En nuestra muestra, solo un 15% de los pacientes presentaron PM como único hallazgo que justificase el dolor abdominal, mientras que en el 85% restante se encontraron otras entidades (nefrolitiasis, coledolitiasis, pancreatitis, etc.) que lo explicarían, aunque no es posible descartar un efecto conjunto. Teniendo en cuenta la existencia de otras causas de dolor abdominal que no presentan hallazgos específicos en la TC, estos resultados evidencian una asociación casual entre PM y dolor abdominal. En conclusión, la frecuencia de PM diagnosticada por TC es baja, y en la mayoría de los casos no se asoció al dolor abdominal. No obstante, la potencial existencia de

Tabla 1 Historia de neoplasia o cirugía abdominal, presencia de dolor abdominal y reactantes de fase aguda en la serie analizada

Variable	n/N (%)
Antecedentes de neoplasia abdominal^a	27/77 (35,1)
Genitourinaria ^b	9/27 (33,3)
Colorrectal	8/27 (29,6)
Próstata	3/27 (11,1)
Síndrome linfoproliferativo	3/27 (11,1)
Otros (pulmón, ovario)	4/27 (14,8)
Antecedentes de cirugía abdominal	33/77 (42,9)
Colecistectomía	8/33 (24,2)
RAB/colectomía/resección ileal	7/33 (21,2)
Nefrectomía/cistectomía/pieloplastia	5/33 (15,2)
Apendicectomía	4/33 (12,1)
Histerectomía ± doble anexectomía	3/33 (9,1)
Pared abdominal	3/33 (9,1)
Hernia hiatal	3/33 (9,1)
Dolor abdominal	30/77 (39,0)
Identificación de otra causa de dolor abdominal	18/30 (60,0)
Uropatía obstructiva litiásica	5/30 (27,8)
Pancreatitis aguda	5/30 (27,8)
Suboclusión intestinal	3/30 (16,7)
Otras (biliar, entérica, diverticulitis)	5/30 (27,8)
Aumento de PCR y/o leucocitos	33/66 (50,0) ^c
PCR elevada (> 5 mg/l)	20/36 (55,6) ^b
Leucocitosis (> 10.000 céls/mm ³)	15/66 (22,7) ^d

PCR: proteína C reactiva; RAB: resección anterior baja de recto.

^a En 12 casos se trataba de neoplasia activa (estudio de extensión) y en los 15 restantes de neoplasia previa (estudio de seguimiento).^b Porcentaje respecto al total de PCR solicitadas.^c Porcentaje respecto al total de hemogramas solicitados.^d Porcentaje respecto al total de reactantes de fase aguda solicitados.

sesgos derivados de la naturaleza retrospectiva de nuestro trabajo hace necesario realizar estudios prospectivos específicos para verificar nuestros resultados.

Bibliografía

1. Gögebakan Ö, Osterhoff MA, Albrecht T. Mesenteric panniculitis (MP): A frequent coincidental CT finding of debatable clinical significance. *Rofo*. 2018;190:1044–52.
2. Ehrenpreis ED, Roginsky G, Gore RM. Clinical significance of mesenteric panniculitis-like abnormalities on abdominal computerized tomography in patients with malignant neoplasms. *World J Gastroenterol*. 2016;22:10601–8.
3. Baxi AC, Swanson PE, Tomizawa Y. An unusual cause of abdominal pain. *Gastroenterology*. 2019;157:1490–1.
4. Sharma P, Yadav S, Needham CM, Feuerstadt P. Sclerosing mesenteritis: A systematic review of 192 cases. *Clin J Gastroenterol*. 2017;10:103–11.
5. Buragina G, Biasina AM, Carrafiello G. Clinical and radiological features of mesenteric panniculitis: A critical overview. *Acta Bio-med*. 2019;90:411–22.

Antonio Jesús Láinez-Ramos-Bossini^{a,b,*},
María Gómez-Huertas^a y Regina Gálvez-López^c

^a Sección de Radiología Abdominal, Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Departamento de Radiología, Universidad de Granada, Granada, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ajbossini@ugr.es

(A.J. Láinez-Ramos-Bossini).