



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2605 - En la fiebre... siempre hay que buscar un foco

A.M. Mur Pérez^a, N. Lozano Torrubia^b, S. Franco García^c, M. Barba Guzmán^d, C. Canet Fajas^d y P. Liévano Segundo^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunicativa. Centro de Salud Valdefierro. Zaragoza. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunicativa. Centro de Salud Oliver. Zaragoza. ^cMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Miralbueno. Zaragoza. ^dMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. ^eMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años con antecedentes de glaucoma, hiperglucemia, reflujo gástrico-esofágico, bocio multinodular normofuncionante, hipertensión arterial en tratamiento con Ameride, amigdalectomizada e intervenida de dedo martillo de pie. Acude a consulta por presentar episodios autolimitados de 24-48 horas de fiebre de 39 °C, sin periodicidad, que se acompaña de astenia sin pérdida de fuerza ni síndrome constitucional con orexia conservada de un año de evolución. También presenta de forma ocasional dolor cervical anterior con odinofagia. Sin relación a lo expuesto presenta episodios de lumbociatalgia izquierda de distribución L5. Como resultados analíticos: VSG 120, PCR 1'46 y ANA 1/80 sin otras alteraciones significativas. En la exploración física se observa obesidad, sin hallazgos remarcables, sin bocio ni adenopatías. En un primer momento se interpreta el cuadro como posible polimialgia reumática y se sigue completando estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Se realizan radiografías de tórax y columna lumbo-sacra, ecografía abdominal (esteatosis hepática), fibrocolonoscopia (pólipo adenomatoso), ecografía tiroidea (bocio), frotis faríngeo y urocultivo sin resultados que justifiquen el cuadro. Tan sólo eosinofilia sin leucocitosis (10,2%), ANA + 1/80 moteado y anticuerpos antitiroides +, con resultado gammagráfico normal. En TAC abdominal: aumento de densidad regional de grasa de la raíz del mesenterio rodeando vasos mesentéricos y adenopatías asociadas. Se da diagnóstico posible de afectación mesentérica inespecífica, compatible con paniculitis. Para descartar proceso no idiopático se realiza laparotomía exploradora con toma de biopsia y estudio anatomo-patológico de grasa y adenopatías, con resultado de linfadenitis reactiva inespecífica con moderada histiocitosis de senos e hiperplasia folicular, sin signos de especificidad y ausencia de lesiones granulomatosas.

Juicio clínico: Paniculitis mesentérica.

Diagnóstico diferencial: Linfomas, linfosarcomas, tumores carcinoides, tumores desmoides, enfermedades infecciosas (tuberculosis, histoplasmosis), mesotelioma peritoneal, amiloidosis, inflamación crónica por cuerpo extraño, carcinoma metastásico desmoplásico, reacción a cáncer adyacente o absceso crónico, enfermedad de Whipple, sarcoma retroperitoneal.

Comentario final: Ante toda situación de fiebre mantenida en el tiempo en la que no encontramos foco habitual nos tenemos que plantear diagnósticos menos frecuentes hasta que se consiga filiar dicho proceso febril. La paniculitis mesentérica es un proceso inflamatorio idiopático crónico poco frecuente y de etiología

desconocida. Afecta al tejido graso del mesenterio, sobre todo intestino delgado. Se cree que existen varios mecanismos desencadenantes: isquemia, infecciones, traumatismos, cirugía abdominal previa, fármacos y fenómenos autoinmunes o paraneoplásicos. Afecta con más frecuencia a hombres entre 50 y 70 años (2-3:1). Su diagnóstico es difícil y suele ser anatomo patológico y su tratamiento es variado dados los resultados. Se basa en corticoides aunque también se utilizan colchicina, azatioprina, tamoxifeno, antibióticos, radioterapia y emetina. Su pronóstico es bueno y sus recurrencias raras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Signorelli SS, Fiore V, Mangiafico M, Giuseppe C. The chance case history of an unusual disease: mesenteric panniculitis. Intern Emerg Med. 2015.
2. Buyukkaya A, Gunes H, Ozaydin I, Ozel MA, Buyukkaya R, Saritas A. An unusual cause of acute abdominal pain: mesenteric panniculitis. Am J Emerg Med. 2015;33(9):1328.
3. Soyer P, Hoeffel C, Zins M. Mesenteric panniculitis: more research is needed. Diagn Interv Imaging. 2015;96(3):225-6.