



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

## 242/1539 - UN DOLOR DE BARRIGA TONTORRÓN QUE SE COMPLICÓ

B. Costa Martínez<sup>a</sup>, J. Zieleniewski Centenero<sup>b</sup>, B. Sanchís Pardo<sup>c</sup>, M. Tovar Peñaranda<sup>c</sup>, T. Segura Úbeda<sup>d</sup> y P. Andújar Brazal<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Centro. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Gracia. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 82 años que consulta por: dolor abdominal y estreñimiento. AP: DLP sin tratamiento. Obesidad. Fibrilación auricular de reciente diagnóstico no anticoagulada. Diverticulosis colónica. Fibromialgia e hiperfrecuentadora. Apendicectomizada hace 10 años, Histerectomía hace 4. Refiere dolor abdominal recurrente de carácter generalizado más focalizado a nivel de flanco y fosa iliaca derecha de 3 meses de evolución, más exacerbado en los últimos 10 días. Asociando estreñimiento y 1-2 vómitos diarios biliosos sin productos patológicos en los últimos 4 días con hiporexia. Pérdida de peso no cuantificada. No fiebre termometrada. No alteración del hábito intestinal.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Normohidratada. Palidez cutánea. TA: 120/84, FC: 88 ppm, SatO2: 96% basal, T<sup>a</sup>: 37,0 °C. Auscultación cardiopulmonar: tonos arrítmicos, sin soplos audibles. MVC, sin ruidos patológicos. Abdomen globuloso y algo distendido. Doloroso moderadamente a la palpación a nivel de flanco y fosa iliaca derecha con defensa abdominal voluntaria pero sin signos de irritación peritoneal. No masas ni visceromegalias. Murphy negativo. Peristaltismo conservado. MMII: No signos de TVP. Linfedema crónico bilateral. Pulsos distales conservados y simétricos. Analítica: Bioquímica con función hepática normal, salvo GGT 102 UI/l. Amilasa normal con Lipasa 79. LDH 1,230 UI/l, VSG 60 mm. Leucocitosis con neutrofilia. Orina normal. autoinmunidad negativa y marcadores tumorales normales. Se solicita ecografía abdominal preferente: sin alteraciones significativas pero ante presión con el transductor dolorosa en hipocondrio y fosa iliaca derechas y el empeoramiento clínico, se deriva a ingreso para completar estudio. TAC abdominal: grasa del mesenterio del intestino delgado aumentada de densidad de forma difusa con pérdida de definición de los vasos mesentéricos. Múltiples divertículos en colon sin signos de complicación. Pequeñas colecciones de líquido libre.

**Juicio clínico:** Paniculitis mesentérica secundaria a reacción pancreática.

**Diagnóstico diferencial:** Enteritis aguda, pancreatitis.

**Comentario final:** La paniculitis mesentérica es un proceso inflamatorio idiopático de etiología desconocida, aunque se ha asociado a procesos autoinmunes, infecciosos, neoplásicos (gastrointestinales, linfomas), traumatismos abdominales o fármacos. Suele cursar de forma asintomática, aunque la clínica más frecuente es dolor abdominal. El diagnóstico definitivo es histopatológico.

### Bibliografía

1. Lee L, Callen J, Ofori AO. Panniculitis: recognition and diagnosis. UptoDate, 2017.

**Palabras clave:** Estreñimiento. Dolor abdominal. Paniculitis mesentérica.