



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## P-130 - PANICULITIS MESENTÉRICA

A. de la Hera Romero, L. Muñoz Abad, L. Alonso Bravo, M.J. Lozano Fernández, J. Herrador Paredes y V. Bueno García

CS La Paz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 54 años con AP de HTA desde hace 5 años, ex-fumador, litiasis renal, alergia a AINEs en tratamiento con ramipril y atorvastatina. IQ: queloide en MSI. Fístula anal. Consulta en junio 2015 por dolor abdominal y a nivel lumbar con irradiación a testículo y pierna izquierda de un mes de evolución. Disuria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica: bq y hg normales. Orina: leucocitos 25. Debido a los antecedentes de cólico renoureterales y el tipo de dolor que presentaba se completó el estudio con ecografía en la que se objetivan quistes en riñón izquierdo.

**Juicio clínico:** Cólico renal no complicado.

**Evolución:** Antiinflamatorios y espasmolíticos. En agosto de 2015 el paciente vuelve a acudir a nuestra consulta refiriendo un cambio en la sintomatología: dolor abdominal, distensión y dificultad para orinar y estreñimiento. Ante esta clínica atípica en un paciente diagnosticado de cólico renal, sin hematuria y con un sedimento normal debemos hacer un diagnóstico diferencial: aneurisma de aorta abdominal, ca. próstata, ca. vesical/ca. del tracto urinario superior, obstrucción intestinal. Se solicita TAC abdomen. Aumento de densidad de la grasa en la raíz mesentérica con alguna pequeña adenopatía en su espesor, compatible con paniculitis mesentérica. Fue descrita por primera vez por Jura en 1924 como mesenteritis retráctil. También denominada = lipogranuloma del mesenterio = mesenteritis xantugranulomatosa. Es una inflamación crónica inespecífica del tejido adiposo del mesenterio intestinal poco frecuente, actualmente no hay ningún estudio al respecto, únicamente series de casos. Epidemiológicamente predomina en el sexo masculino, siendo más frecuente entre 50-70 años. Se puede considerar un estadio evolutivo de una enfermedad mesentérica en la que: en una primera fase aparece Lipodistrofia mesentérica sin signos inflamatorios. Posteriormente aparece paniculitis mesentérica con macrófagos cargados de lípidos, áreas de necrosis focal, e infiltrados inflamatorios y finalmente aparece la fibrosis, denominándose mesenteritis retráctil. La etiología es desconocida y se han descrito posibles causas como infecciones, enfermedades autoinmunes, fármacos, agresiones retroperitoneales, neoplasias y trastornos inflamatorios idiopáticos). Solo precisa confirmación histológica cuando el tratamiento habitual no es efectivo antes de iniciar un nuevo tratamiento. La mayoría de los casos no requieren tratamiento y solo se realiza control evolutivo periódico. El tratamiento se reserva para los casos sintomáticos. Los fármacos habitualmente empleados son: colchicina, tamoxifeno, dapsona (ATB para dermatitis herpetiforme), y corticoides asociados o no a inmunosupresores. El tratamiento más recomendado son los corticoides aunque se han descrito casos de remisión espontánea sin tratamiento.

**Comentario final:** En nuestro paciente la sintomatología cedió espontáneamente por lo que nos plantea la diatriba de seguimiento periódico mediante técnicas de imagen o consultar a otros especialistas. El paciente consulta con el servicio de medicina interna que tras anamnesis solicita ANA + 1/320, anti RP155 de la RNA polimerasa III (específicos de esclerosis sistémica), Quantiferon +. Ante un Quantiferon positivo se solicita biopsia para descartar inflamación secundaria a infección tuberculosa. Al explicarle los riesgos de la intervención el paciente opta por el control evolutivo mediante pruebas de imagen, por lo que se nos plantea el debate sobre cuál es el fin de la medicina paliar síntomas, frenar la progresión de la enfermedad o curarla.