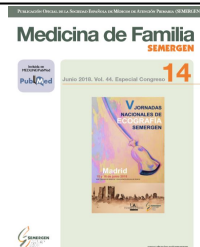




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 11 - VIEJAS ENTIDADES, NUEVOS DIAGNOSTICOS ECOGRÁFICOS

O. Vicente López<sup>1</sup>, A. Sáez Fernández<sup>2</sup>, A. Segura Grau<sup>3</sup>, I. Alba Gago<sup>4</sup>, A. Fernández Rodríguez<sup>5</sup> y I. Salcedo Joven<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas de Madrid. Madrid. <sup>2</sup>Médico de Familia Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>3</sup>Médico de Familia CDE, Unidad de Ecografía H San Francisco de Asís. Madrid. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas de Madrid. Madrid. <sup>5</sup>Médico de Familia SAR Rascafría. Madrid. <sup>6</sup>Médico de Familia Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid.

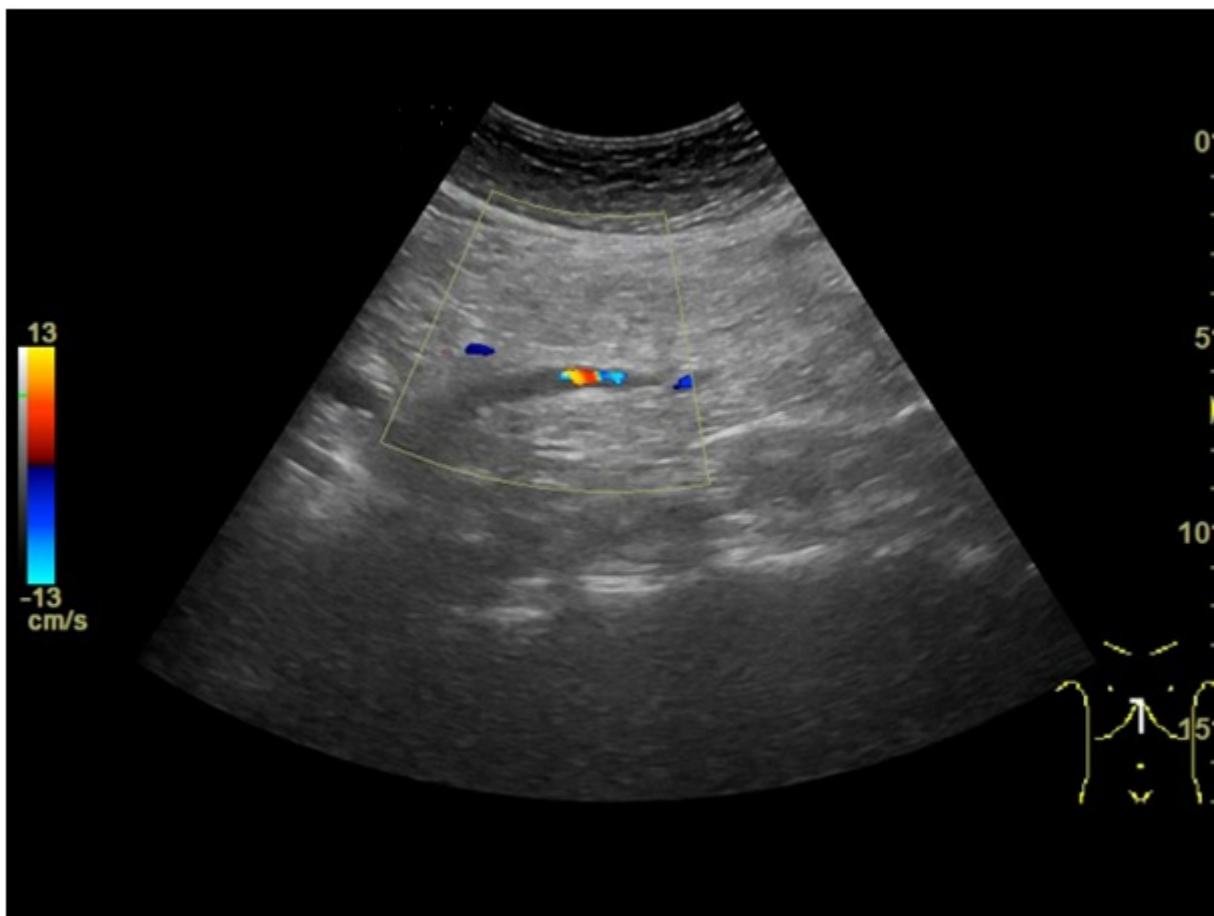
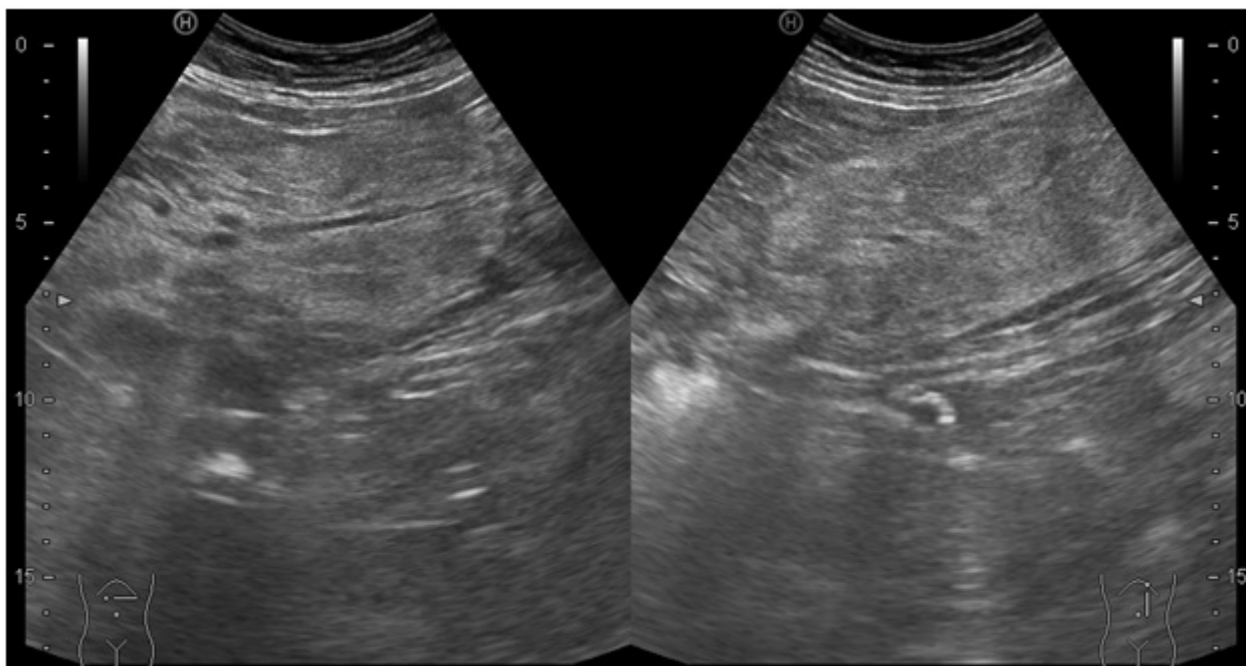
### Resumen

**Descripción del caso.** Varón de 66 con antecedentes de DM 2 en tratamiento con metformina, fumador de 20 cigarrillos al día. Apendicectomía a los 12 años. Refiere desde hace dos meses molestias difusas recurrentes en hemiabdomen superior, acompañado de sensación de plenitud postprandial. No otra sintomatología digestiva acompañante ni síndrome constitucional. No se acompaña de fiebre.

**Exploración física y pruebas complementarias:** A la exploración impresiona de buen estado general. TA 129/83. El abdomen es blando y depresible, con molestias difusas a la palpación de epigastrio. No se palpan masas ni organomegalias. No signos de irritación peritoneal. Pulsos periféricos presentes. Auscultación cardiopulmonar normal. En analítica destaca PCR 16 mg/dl, resto dentro de la normalidad. Realizamos ecografía en el centro de salud, detectando hígado de tamaño y morfología normal con ecogenicidad fuerte y brillante sugestiva de esteatosis leve. Vesícula, vía biliar, páncreas, bazo y ambos riñones sin alteraciones. Aorta de calibre normal. Nos llama la atención a nivel de epigastrio efecto masa de bordes mal delimitados, excepto la cara anterior que está bien definida, que desplaza las asas intestinales, con ecogenicidad homogénea muy hiperecoica, que impresiona de naturaleza grasa y que engloba en su interior vasos mesentéricos, sin desplazarlos ni comprimirlos. Aplicamos Doppler color no estando dicha masa vascularizada, y observando vascularización y permeabilidad normal de dichos vasos. Nos impresiona de aumento de grasa de raíz de mesenterio, más hiperecogénica que sugiere cambios inflamatorios, compatible con paniculitis mesentérica. Solicitamos TC abdominal que confirma nuestra impresión diagnóstica.

**Juicio clínico:** Paniculitis mesentérica

**Diagnóstico diferencial:** Debemos realizar diagnóstico diferencial con patología que pueda producir efecto masa a dicho nivel como patología tumoral (linfoma, tumor desmoide, mesotelioma), patología inflamatoria o fibrosis retroperitoneal.



**Comentario final:** Nuestro paciente evolucionó favorablemente de forma espontánea, no precisando tratamiento ni confirmación histológica, realizando en la actualidad seguimiento ecográfico periódico. La paniculitis mesentérica es un trastorno caracterizado por inflamación crónica e inespecífica del tejido adiposo del mesenterio intestinal de etiopatogenia desconocida, aunque parece reactivo a diversas agresiones intraabdominales (ya sean tumorales, inflamatorias o traumáticas), poco descrito en la literatura médica. Sin embargo, el uso cada vez mayor de técnicas de imagen, sobre todo la ecografía en el estudio del dolor abdominal, está incrementando su diagnóstico. Los criterios ecográficos descritos para el diagnóstico de paniculitis mesentérica incluyen: efecto masa en raíz del mesenterio que origina desplazamiento de asas, no compresible a la ecopalpación, junto con aumento de la ecogenicidad del mesenterio con pérdida de la

ecoestructura laminada normal. Los vasos mesentéricos están englobados en dicha masa, no estando desplazados ni estenosados, y al aplicar Doppler se observa vascularización normal de dichos vasos. La mayoría de los casos presentan una evolución favorable y autolimitada, reservando el tratamiento médico (corticoides, tamoxifeno, metotrexato, azatioprina, AINE, colchicina) para los casos sintomáticos. Los hallazgos radiológicos se mantienen durante meses o años. Un pequeño porcentaje de pacientes tienen una evolución tórpida progresando a mesenteritis esclerosante que puede precisar cirugía.

**Palabras clave:** Paniculitis mesentérica. Mesenterio. Ecografía.

## Bibliografía

Ayala Gutierrez MM, De Ramón Garrido E. Paniculitis mesentérica. Med. Clin 2016; 146 (11):497-505

Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, Magkanas E, Stefanaki K, Apostolaki E, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: Prevalence and associated diseases. AJR Am J Roentgenol. 2000; 174:427-31

Katz ME, Heiken JP, Lee JKT. Intraabdominal panniculitis: clinical, radiographic, and CT features. AJR Am J Roentgenol 1985; 145: 293-296.

Fatahi Bandpey ML, Yago Escusa MD, Sánchez Santos PJ y col. Paniculitis mesentérica como causa poco frecuente de dolor abdominal agudo. Rev Argent Radiol. 2012; 76(4)

Delgado Plasencia I, Rodríguez Ballester L, López-Tomassetti Fernández EM, Hernández Morales A, Carrillo Pallarés A, Hernández Siverio N. Paniculitis mesentérica: experiencia en nuestro centro. Rev. esp. enferm. dig. 2007; vol.99 no.5.