

CARTA CLÍNICA

Paniculitis mesentérica: una causa infrecuente de dolor abdominal crónico

Mesenteric paniculitis: An uncommon cause of chronic abdominal pain



Presentamos el caso de un varón de 45 años sin antecedentes de interés que acudió a nuestra consulta por epigastralgia de tiempo de evolución asociando astenia y náuseas ocasionales, sin pérdida ponderal. Describía un dolor leve continuo, sin irradiación, exacerbado de manera ocasional. A la exploración presentaba buen aspecto general con constantes en rango de normalidad con una palpación levemente dolorosa a nivel epigástrico sin signos de irritación peritoneal. Se realizó tratamiento domiciliario con analgésicos habituales y se siguió evolución del paciente. En ausencia de respuesta completa al tratamiento, acudió en varias ocasiones al servicio de urgencias hospitalarias, presentando únicamente en los análisis realizados discreta elevación de proteína C reactiva sin hallazgos significativos en las ecografías de abdomen.

El paciente consultó de manera insistente en nuestra consulta por persistencia de la sintomatología por lo que se solicitó una gastroscopia de forma ambulatoria descartándose enfermedad péptica gastroduodenal; además, se tomaron biopsias para cultivo de *Helicobacter pylori* con resultado negativo. A pesar de las pruebas complementarias realizadas sin hallazgos significativos, la evolución del paciente no fue óptima. Acudió a la consulta en numerosas ocasiones sin alivio de la clínica presentada de aproximadamente 2 años de evolución en ese momento, a pesar de presentar buen estado general, por lo que fue derivado a la consulta de aparato digestivo. Finalmente se solicitó TC de abdomen con contraste intravenoso (fig. 1) evidenciando un aumento de densidad de la grasa de la raíz del mesenterio con presencia de pequeños ganglios compatible con paniculitis mesentérica (PM). Se inició tratamiento en domicilio con prednisona 40 mg con mejoría clínica progresiva y con un TC de abdomen de control con desaparición de las imágenes sugestivas de inflamación. Actualmente continúa en seguimiento en consulta de Aparato Digestivo.

La PM es una enfermedad poco frecuente, caracterizada por la inflamación crónica del tejido adiposo del mesenterio¹⁻³. Aparece con mayor frecuencia entre los

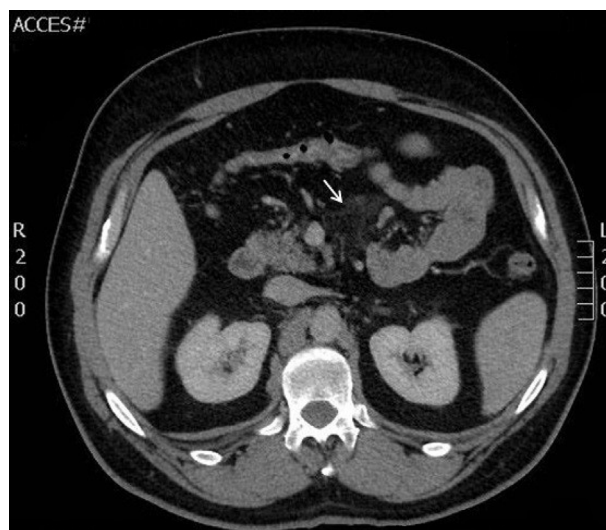


Figura 1 Corte transversal de la TC abdominal con aumento de la densidad y el grosor del tejido adiposo mesentérico (flecha).

50-60 años, de predominio en varones 2:1. Su prevalencia varía entre el 0,16 y el 7,83% según los criterios utilizados para su diagnóstico^{1,2}. Frecuentemente afecta a mesenterio de intestino delgado y en menor medida de colon². Su patogenia es desconocida y se sugieren como posibles causas los traumatismos o cirugías abdominales, vasculitis, isquemia, procesos inflamatorios, infecciones y neoplasias entre otros^{2,3}. La clínica es variada e inespecífica siendo el dolor abdominal la causa más frecuente de consulta y que presentan más de la mitad de los pacientes¹⁻³. Otros síntomas menos frecuentes son la pérdida de peso (9,3%), náuseas o vómitos (8,9%), diarrea (7%) y obstrucción intestinal (6,8%)¹. Las pruebas de laboratorio habitualmente son poco útiles, con escasa elevación de los reactantes de fase aguda^{1,3}. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen (preferiblemente TC) confirmándose con biopsia^{2,3}. En cuanto al tratamiento no existen guías de actuación validadas y en la literatura se describen respuestas satisfactorias con glucocorticoides, tamoxifeno e inmunosupresores precisando en casos graves tratamiento quirúrgico^{1,3}. Como conclusión, reseñar la PM como posible causa de dolor abdominal crónico, siendo este un motivo frecuente de consulta en atención primaria. Esta enfermedad supone un reto diagnóstico para el médico de familia debido a su baja frecuencia

y una presentación clínica inespecífica con pruebas analíticas poco concluyentes; por ello, destacar la importancia de incluirla en el diagnóstico diferencial habitual desde la consulta de atención primaria, así como la necesidad de desarrollar algoritmos terapéuticos validados para su tratamiento.

Financiación

No ha existido financiación económica para la preparación del artículo.

Bibliografía

1. Ayala MM, de Ramón E. Paniculitis mesentérica. *Med Clin*. 2016;146:497–505.
 2. Buyukkaya A, Gunes H, Ozaydin I, Ali Ozel M, Buyukkaya R, Saritas A. An unusual cause of acute abdominal pain: mesenteric panniculitis. *Am J Emerg Med*. 2015;33, 1328.e1-2.
 3. Martín-Mateos RM, Moreira-Vicente VF, Burdaspal-Moratilla A. Mesenteric panniculitis as a cause of chronic abdominal pain. *Gastroenterol Hepatol*. 2014;37:297–9.
- W. González Rico^{a,*}, E. Junquera Alonso^b,
I. Herguedas Callejo^c y L. Seoane Blanco^d
- ^a *Medicina de Familia, Centro de Salud La Calzada, Gijón, Asturias, España*
^b *Aparato Digestivo, Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España*
^c *Medicina de Familia, Centro de Salud El Natahoyo, Gijón, Asturias, España*
^d *Aparato Digestivo, Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: wanda_2809@hotmail.com
(W. González Rico).