



Figura 2 Masa heterogénea, de bordes bien definidos, situada posterior a la aurícula izquierda y anterior a la aorta que ejerce efecto masa sobre dichas estructuras y que indican una localización intrapericárdica.

lógico pensar que esta vía de acceso deba plantearse con la máxima precaución, aunque la experiencia que aporta la literatura médica tanto en experimentación animal como en humanos muestran su utilidad en el abordaje de cavidades cardiacas tanto en la vertiente diagnóstica como en la terapéutica^{4,5}. Hay solo un caso previamente descrito en la literatura médica que aporte las imágenes visualizadas por ecoendoscopia⁶.

Bibliografía

1. Soria MT, Solé M, Pellisé M, Bordas JMA, Ginès A. Ultrasonografía endoscópica intervencionista diagnóstica y terapéutica. *Gastroenterol Hepatol*. 2002;25:467-74.
2. Jassal DS, Légaré JF, Cummings B, Arora RC, Raza A, Crowell R, et al. Primary cardiac ancient schwannoma. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2003;125:733-5.
3. Onoda N, Ishikawa T, Toyokawa T. Adrenal Schwannoma treated with laparoscopic surgery. *JLS*. 2008;12:420-5.
4. López Martín A, Pérez-Paredes M, Esteban P, Latorre R, Soria F, Lima R, et al. Transesophageal access to the cardiac cavities and descending thoracic aorta via echoendoscopy. An experimental study. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101:601-9.
5. Fritscher-Ravens A, Ganbari A, Mosse CA, Swain P, Koehler P, Patel K. Transesophageal endoscopic ultrasound-guided access to the heart. *Endoscopy*. 2007;39:385-9.
6. Romero-Castro R, Rios-Martin JJ, Gallego-Garcia de Vinuesa P, Castro-Fernandez AJ, Marques-Asin FJ, Caparros-Escudero C, et al. Pericardial tumor diagnosed by EUS-guided FNA. *Gastrointest Endosc*. 2009;69 3 Pt 1:562-3.

Aurelio López-Martín^a, Paloma Bebia-Conesa^{a,*},
Matías Pérez-Paredes^b
y Enrique Pérez-Cuadrado Martínez^a

^a Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario José María Morales Meseguer, Murcia, España

^b Unidad de Cardiología, Hospital Universitario José María Morales Meseguer, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: palomabebia@gmail.com

(P. Bebia-Conesa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.10.003>

Paniculitis mesentérica como causa de dolor abdominal crónico



Mesenteric panniculitis as a cause of chronic abdominal pain

La paniculitis mesentérica (PM) es una entidad infrecuente caracterizada por la inflamación crónica del tejido adiposo del mesenterio. El dolor abdominal es la manifestación más común y su diagnóstico se basa en la confirmación histológica de los hallazgos indicados previamente mediante pruebas de imagen.

Presentamos el caso de una mujer de 51 años derivada a las consultas de digestivo para estudio por un cuadro de dolor abdominal de 1 año de evolución.

Sin factores de riesgo cardiovascular, entre sus antecedentes destacan los diagnósticos de trastorno de ansiedad, cólicos renales de repetición, apendicectomía y tonsilectomía en la infancia.

El dolor se localizaba en la región mesogástrica y era de intensidad leve-moderada. No mejoraba de forma significativa con analgésicos comunes. Se acompañaba de

sensación de plenitud posprandial, saciedad precoz y un discreto aumento del número habitual de deposiciones sin productos patológicos. No refería fiebre ni síndrome constitucional asociado.

En la exploración física presentaba un abdomen globuloso con leve dolor a la palpación profunda en mesoepigastrio, sin datos de irritación peritoneal.

Análiticamente destacaba un discreto aumento del fibrinógeno, la proteína c reactiva y la velocidad de sedimentación. La ecografía abdominal, un tránsito intestinal baritado y una colonoscopia con ileoscopia no mostraron alteraciones relevantes.

Ante la persistencia de los síntomas sin respuesta a medidas convencionales (analgésicos y antiespasmolíticos) y el aumento de los marcadores analíticos de inflamación, se decidió solicitar una tomografía computarizada (TC) abdominal. Esta evidenció un aumento de densidad y engrosamiento de la grasa intraabdominal compatible con PM (fig. 1).

Frente a estos hallazgos se llevó a cabo una biopsia guiada por TC para confirmar el diagnóstico, y un estudio exhaustivo para descartar otros procesos asociados a esta entidad (neoplasias, enfermedades hematológicas y vasculitis).

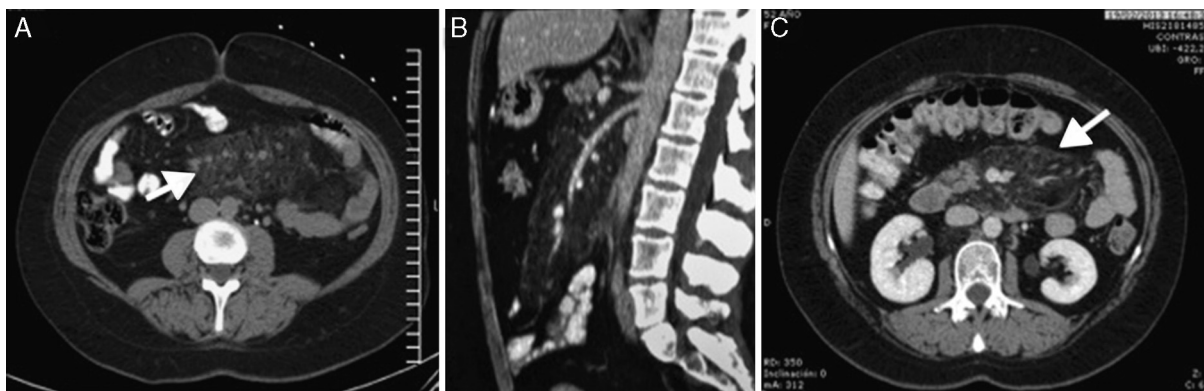


Figura 1 A) TC abdominal inicial, visión transversal con aumento de la densidad y el grosor del tejido adiposo mesentérico (flecha). B) TC abdominal inicial, visión sagital. C) TC abdominal de control 3 años después, donde no se observa clara disminución de la densidad ni el grosor de la grasa mesentérica (flecha).

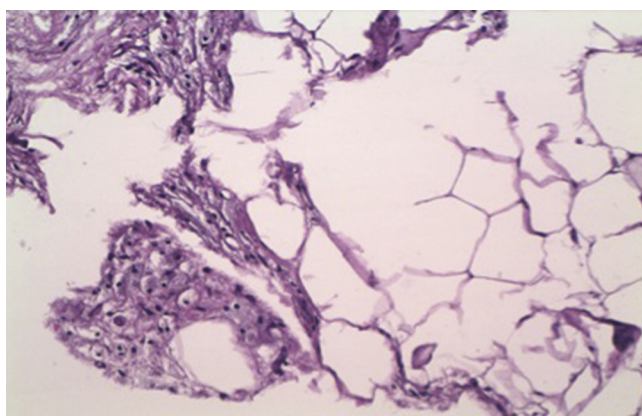


Figura 2 Biopsia con tinción de hematoxilina-eosina que muestra necrosis grasa y adipocitos con citoplasma espumoso.

La biopsia demostró la presencia de múltiples células adiposas con citoplasma espumoso, un infiltrado linfomonocitario con macrófagos y células gigantes, y necrosis grasa, hallazgos que confirmaron el diagnóstico de PM (fig. 2).

Tras excluir otras enfermedades relacionadas, se inició tratamiento con calcio, vitamina D y prednisona 40 mg/día durante el primer mes, seguido de una pauta descendente 5 meses más. La paciente no presentó una mejoría significativa del dolor, por lo que se decidió suspender los corticoides y prescribir tamoxifeno, 20 mg/día.

A los 4 meses del inicio del tratamiento con tamoxifeno la paciente experimentó una importante mejoría de los síntomas, que se ha mantenido en sucesivas revisiones tras 3 años de seguimiento. Sin embargo, las TC de control realizadas a los 12 y 24 meses de la toma de biopsias, no han mostrado variaciones significativas con respecto a las imágenes iniciales (fig. 1).

El espectro patológico del mesenterio incluye diferentes entidades, entre las que destaca la inflamación crónica persistente del tejido adiposo conocida como PM. Otros componentes, como la fibrosis o la necrosis grasa, también suelen estar presentes en proporciones variables, y este hecho ha condicionado la existencia de una nomenclatura

variable y algo confusa en relación con esta afección^{1,2}. Daskalogiannaki et al. tras analizar de forma prospectiva 7.620 TC abdominales determinaron que la frecuencia con la que se detectan hallazgos indicativos de PM es del 0,6%³.

Aunque su etiología es desconocida, la PM frecuentemente se asocia a otras entidades, tanto benignas como traumatismo o cirugía abdominal, vasculitis, isquemia o procesos inflamatorios (diverticulitis, pancreatitis o enfermedad inflamatoria intestinal), como neoplásicas: tumores gastrointestinales, hematológicos o urológicos, entre otros^{4,5}.

La sintomatología es variada y generalmente inespecífica, aunque la indicación más frecuente por la que se solicita la prueba de imagen inicial es el dolor abdominal^{4,6,7}.

Los signos radiológicos característicos son el aumento de densidad y engrosamiento del mesenterio, o la presencia de una masa bien definida. En ocasiones pueden observarse calcificaciones, adenopatías o afectación de estructuras vasculares. El denominado signo del «anillo grasa» aparece cuando el tejido adiposo que rodea a los vasos mesentéricos está preservado^{8,9}.

Tras los hallazgos iniciales, es imprescindible la confirmación histológica de las lesiones mediante biopsia guiada por TC o cirugía, y descartar la existencia de otros procesos relacionados con la PM.

Con respecto al tratamiento, no existen en la actualidad guías de actuación específicas, habiéndose obtenido respuestas satisfactorias con corticoides, tamoxifeno, azatioprina, AINE, colchicina, metotrexato, ciclofosfamida y talidomida^{6,10}. En casos graves o ante la aparición de complicaciones como obstrucción o isquemia intestinal, es necesario el tratamiento quirúrgico. La abstención terapéutica con resolución espontánea de los síntomas en casos paucisintomáticos también ha sido descrita⁶.

La evolución natural tampoco se conoce con exactitud debido al número limitado de casos publicados. En el trabajo presentado por Smith et al., el 4,5% de los pacientes (11/240) desarrollaron durante el seguimiento algún tipo de tumor. Según estos autores, la ausencia de una enfermedad que justifique la PM o el empeoramiento de las alteraciones en la TC de control parecen incrementar este riesgo⁴.

Tras una evolución de más de 3 años desde el diagnóstico inicial, y a pesar de la mejoría sintomática experimentada, la discordancia clínico-radiológica nos obliga a continuar el seguimiento en nuestro caso.

Actualmente no disponemos de protocolos que establezcan los intervalos de revisión o la duración óptima del seguimiento, si bien este parece justificado por la posible relación con el desarrollo de tumores en determinados casos⁴. Sería conveniente disponer de una mayor evidencia científica para poder establecer pautas de actuación específicas.

Bibliografía

- Emory TS, Monihan JM, Carr NJ, Sobin LH. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J Surg Pathol*. 1997;21:392-8.
- George V, Tammisetti VS, Surabhi VR, Shanbhogue AK. Chronic fibrosing conditions in abdominal imaging. *Radiographics*. 2013;33:1053-80.
- 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.
- Smith ZL, Sifuentes H, Deepak P, Ecanow DB, Ehrenpreis AD. Relationship between mesenteric abnormalities on computed tomography and malignancy: clinical findings and outcomes of 359 patients. *J Clin Gastroenterol*. 2013;47:409-14.
- Garrido A, Verdejo C, Márquez JL, Giráldez A, Trigo C, Belda O. Intestinal lymphoma and mesenteric panniculitis: Complications of undiagnosed celiac disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:221-4.
- Akram S, Pardi DS, Schaffner JA, Smyrk TC. Sclerosing mesenteritis: Clinical features, treatment, and outcome in ninety-two patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:589-96.
- Labalde Martínez M, de Jaime Guijarro J, Pacheco Martínez P, Fernández Escudero B, Domingo Asenjo T, Jiménez de los Galanes S, et al. Sclerosing mesenteritis as an exceptional cause of abdominal pain. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34:309-10.
- Horton KM, Lawler LP, Fishman EK. CT findings in sclerosing mesenteritis (panniculitis): Spectrum of disease. *Radiographics*. 2003;23:1561-7.
- Van Breda Vriesman AC, Schuttevaer HM, Coerkamp EG, Puylaert JB. Mesenteric panniculitis: US and CT features. *Eur Radiol*. 2004;14:2242-8.
- Bala A, Coderre SP, Johnson DRS, Nayak V. Treatment of sclerosing mesenteritis with corticosteroids and azathioprine. *Can J Gastroenterol*. 2001;15:533-5.

Rosa M. Martín-Mateos^{a,*}, Víctor F. Moreira-Vicente^a, Ana Burdaspal-Moratilla^b y Jose Ignacio Gallego-Rivera^c

^a Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^c Servicio de Radiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosam.martinma@salud.madrid.org (R.M. Martín-Mateos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.10.002>

Metástasis cutáneas de adenocarcinoma pancreático como forma de presentación de recidiva tumoral



Cutaneous metastasis from a pancreatic adenocarcinoma as a form of presentation of tumoral recurrence

Presentamos un caso de metástasis cutáneas (MC) por carcinoma de páncreas que se presentó en forma de nódulos cutáneos difusos.

Se trataba de un varón de 42 años, diagnosticado en abril de 2011 de adenocarcinoma ductal de cabeza de páncreas. Había recibido tratamiento erradicador mediante cirugía y quimiorradioterapia adyuvante. En junio de 2012 consultó en el servicio de dermatología por presentar 6 nódulos cutáneos, del color de la piel, consistencia dura, de 1-2 cm de tamaño. Las lesiones habían aparecido progresivamente desde hacía 3 semanas localizándose en cuero cabelludo, tórax anterior, hombro derecho, axila y abdomen (fig. 1). Se realizó un *punch*-biopsia que mostró un infiltrado nodular en dermis profunda e hipodermis constituido por una proliferación de células atípicas en disposición glandular,

formando ductos, inmersa en un estroma desmoplásico (fig. 2). El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para citoqueratina 7 (fig. 2), siendo negativo para citoqueratina 20, cromogranina y sinaptosina, por lo que fue diagnosticado de metástasis cutáneas de adenocarcinoma pancreático. En una TC de control realizada 2 semanas después se detectaron metástasis pulmonares múltiples, falleciendo el paciente 2 meses más tarde.

Se calcula que la incidencia del carcinoma pancreático en España es de alrededor 7/100.000 habitantes¹ situándose en el decimotercer lugar entre los tumores por incidencia. Ahora bien, se trata de un tumor agresivo, pues representa la cuarta causa de muerte por cáncer, siendo responsable del 6% de todas las muertes por este motivo. Las manifestaciones cutáneas son frecuentes y consisten en ictericia obstructiva y prurito. Más raramente se ha asociado a panniculitis pancreática y tromboflebitis migratoria superficial.

Las MC representan del 0,6-10,4% del total de metástasis, según las series revisadas². Los tumores que con mayor frecuencia metastatizan en la piel se corresponden con los de mayor prevalencia entre la población. En el hombre la primera causa sería el cáncer de pulmón y en la mujer el de mama. Existen 2 excepciones: el melanoma, un tumor relativamente raro, que metastatiza en la piel con una frecuencia desproporcionalmente alta debido a su