



## PRESENTACIÓN DE CASO

### Paniculitis mesentérica como causa de masa abdominal palpable

*Mesenteric panniculitis as a cause of palpable abdominal mass*

Antonio Belaunde Clausell<sup>1</sup>✉ , Rey Augusto Márquez Hernández<sup>1</sup> , Alicia Morales Días<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

**Recibido:** 22 de abril de 2020

**Aceptado:** 19 de octubre de 2020

**Publicado:** 1 de noviembre de 2020

Citar como: Belaunde Clausell A, Márquez Hernández RA, Morales Días A. Paniculitis mesentérica como causa de masa abdominal palpable. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado: fecha de acceso]; 24(6): e4464. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4464>

#### RESUMEN

**Introducción:** la paniculitis mesentérica es un trastorno poco frecuente caracterizado por inflamación crónica del tejido adiposo del mesenterio intestinal, su etiología es desconocida.

**Objetivo:** describir la presentación clínica y radiológica de un paciente con paniculitis mesentérica atendido en el Hospital Militar Dr. Carlos J. Finlay de La Habana, Cuba.

**Caso clínico:** paciente masculino de 62 años de edad, con antecedentes de salud aparente, ex fumador que hace seis meses, notó la presencia de una masa abdominal localizada en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen. Se diagnostica paniculitis mesentérica.

**Conclusiones:** a pesar de ser una entidad poco frecuente, la paniculitis mesentérica, debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de los pacientes con masa abdominal palpable, empleando los medios imagenológicos para su estudio.

**Palabras clave:** Paniculitis Peritoneal; Tomografía Computarizada.

#### ABSTRACT

**Introduction:** mesenteric panniculitis is a rare disorder characterized by chronic inflammation of the adipose tissue of the intestinal mesentery, its etiology is unknown.

**Objective:** to describe the clinical and radiological management of a patient with mesenteric panniculitis treated at Dr. Carlos J. Finlay Military Hospital in Havana, Cuba.

**Clinical case:** a 62-year-old, male patient with apparent health history, ex-smoker. Six months ago, the patient noticed the presence of an abdominal mass located in the lower left quadrant of the abdomen. Mesenteric panniculitis is diagnosed.

**Conclusions:** in spite of being a rare entity, mesenteric panniculitis should be considered in the differential diagnosis of patients with palpable abdominal mass, where the imaging studies are valuable for its diagnosis.

**Keywords:** Panniculitis, Peritoneal; Computerized Tomography.

## INTRODUCCIÓN

La paniculitis mesentérica es un trastorno poco frecuente caracterizado por inflamación crónica del tejido adiposo del mesenterio intestinal y ocasionalmente del mesocolon, omento y retroperitoneo.<sup>(1)</sup>

Su etiología es desconocida, otros términos usados han sido lipodistrofia, lipoesclerosis mesentérica, manifestación mesentérica de la enfermedad de Weber-Christian, mesenteritis xantogranulomatosa, pseudotumor inflamatorio, lipogranuloma mesentérico, paniculitis nodular sistémica, mesenteritis lipoesclerótica y lipodistrofia mesentérica.<sup>(1,2)</sup>

La paniculitis mesentérica es una enfermedad infrecuente (prevalencia 0,6 %), siendo habitualmente un hallazgo casual en laparotomía o tomografía computarizada con predominio en la sexta década de la vida.<sup>(3)</sup>

Se presenta este reporte de caso con el objetivo de describir la presentación clínica y radiológica de un paciente con diagnóstico de paniculitis mesentérica, atendido en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 62 años de edad, con antecedentes de salud aparente, exfumador por aproximadamente 21 años de una caja de cigarros/día, maestro de enseñanza primaria. Refiere el paciente que hace seis meses nota la presencia de una masa abdominal localizada en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, que es capaz de palparla mientras permanece en posición decúbito supino, no dolorosa, y que durante este período de tiempo no ha modificado sus características.

Examen físico: mucosas húmedas y normocoloreadas, tejido celular subcutáneo no infiltrado, panículo adiposo conservado, peso 71 kg, talla 165 cm, IMC 26,0 Kg/m<sup>2</sup>. Aparato respiratorio: expansibilidad torácica conservada, murmullo vesicular y vibraciones vocales conservadas, no se precisan estertores, frecuencia respiratoria 22 rpm. Aparato cardiovascular: tonos cardíacos de buen tono, ritmo e intensidad, no se precisan soplos, TA 110/80 mmHg, frecuencia cardíaca 78 latidos por minuto, pulsos periféricos presentes. Abdomen suave, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia, se constata la presencia de masa de aproximadamente 7 cm de largo x 4 cm de ancho, dura, superficie lisa, no dolorosa a la palpación, que abarca flanco izquierdo y mesogastrio. Sistema hemolinfopoyético: bazo no palpable, no se palpan adenopatías superficiales.

Sistema nervioso central: paciente consciente orientado en tiempo, espacio y persona. Memoria a corto y largo plazo conservada. Lenguaje claro y coherente. No defecto motor. Reflejos osteotendinosos y cutaneomucosos sin alteraciones, tono muscular normal, sensibilidad superficial y profunda sin alteraciones, no rigidez de nuca, no signos meníngeos.

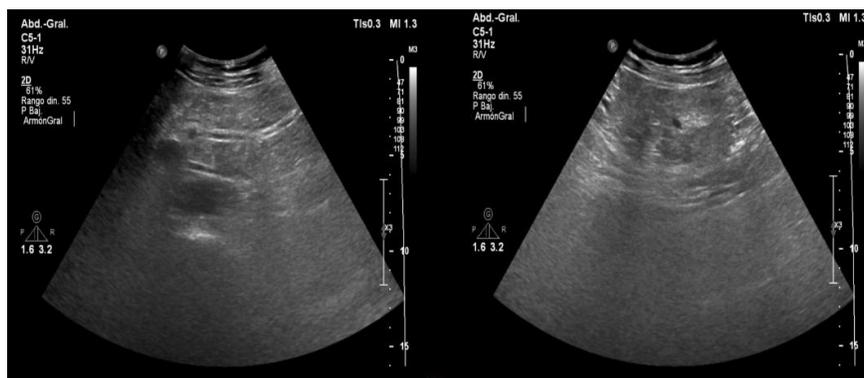
Complementarios: Hto 0,44. Leucograma 6,9 x10<sup>9</sup>/L; neutrófilos 64 %; Linfocitos 34%. VSG 8 mm/L. TGO 19U/L. TGP 18 U/L. GGT 16U/L. Creatinina 113 µmol/L. Ácido úrico 3,51 µmol/L. Urea 4,31 mmol/L. Glucosa 4,84 mmol/L. Bilirrubina total 6,14 mmol/L. Proteínas totales 68,4mmol/L, albúmina 37mmol/L. Colesterol 4,54mmol/L, triacilglicéridos 2,01 mmol/L.

Coagulograma: coágulo retráctil. Tiempo protrombina control 12" paciente 16,8". Tiempo parcial de tromboplastina 38". Plaquetas  $238 \times 10^9/L$ .

Electrocardiograma: ritmo sinusal, complejos estrechos y equidistantes, no bloqueo auriculoventricular, no hipertrofia, no trastorno del segmento ST-T. Fc 68 x'.

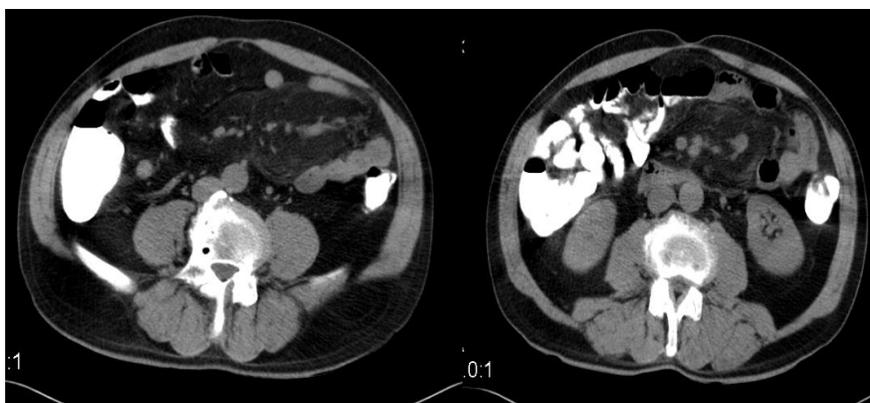
Radiografía de tórax PA: botón aórtico y área cardíaca normal. Engrosamiento pleural biapical. Giba diafragmática izquierda. No lesiones pleuropulmonares. Incipientes cambios degenerativos a nivel de columna dorsal.

Ultrasonido abdominal: hígado de tamaño y ecoestructura normal, no lesiones focales. Vesícula de paredes finas sin litiasis. Páncreas, bazo y ambos riñones normales. No ascitis. No imagen en pseudoriñón. Vejiga de paredes finas sin litiasis. (Fig. 1)



**Fig. 1** Solo es visible en aumento de la hiperecogenicidad de la grasa mesentérica.

Tomografía contrastada de tórax y abdomen: presencia de calcificación puntiforme parenquimatosa de  $\pm 3$  cm hacia lóbulo superior derecho. No otras alteraciones pulmonares o mediastinales. Existe aumento de la atenuación de la grasa mesentérica circunscrita hacia nasogástrico y flanco izquierdo, con contornos bien definidos, conformado por pliegue peritoneal que mide  $107 \times 94 \times 70$  mm, que engloba las asas mesentéricas y desplaza estructuras adyacentes que está en relación con pancreatitis mesentérica, en cuyo interior existen adenopatías inespecíficas, la mayor de  $17 \times 13 \times 17$  mm. No otras alteraciones de órganos intrabdominales. (Fig. 2)



**Fig. 2** Aumento de la densidad de la grasa mesentérica de distribución central que engloba a los vasos mesentéricos.

Colonoscopia: estudio normal.

Ante la evidencia presentada se planteó el diagnóstico de paniculitis mesentérica. Previa discusión entre los médicos y el paciente se decidió dar de alta con seguimiento clínico y radiológico. Al año de realizarse el diagnóstico se realiza tomografía evolutiva, constatándose disminución del tamaño de la masa abdominal.

## DISCUSIÓN

La patogenia de la paniculitis mesentérica es desconocida, aunque se ha descrito su asociación con neoplasias de origen urogenital, gastrointestinal o linfomas, sin saberse si precede o aparece posteriormente a la neoplasia.<sup>(4)</sup>

Otras patologías benignas asociadas son cirugía abdominal previa, traumatismo abdominal, isquemia intestinal, pancreatitis, enfermedades reumatológicas, enfermedad inflamatoria intestinal, colangitis esclerosante primaria y fibrosis retroperitoneal idiopática. La gran diversidad de patologías asociadas orienta a que se trata de un proceso inespecífico, que probablemente sea reactivo a cualquier tipo de agresión intra-abdominal (tumoral, inflamatoria o traumática), provocándose una reacción inflamatoria local idéntica en todos los casos, independiente de la causa subyacente.<sup>(5)</sup>

En la actualidad se reconoce que esta entidad presenta varios estadios evolutivos: degeneración de la grasa mesentérica (lipodistrofia mesentérica), reacción inflamatoria (paniculitis mesentérica) y fibrosis del tejido adiposo (mesenteritis retráctil).<sup>(6)</sup>

Clínicamente puede ser asintomática o presentarse con dolor abdominal, náuseas, febrícula, pérdida de peso y alteraciones intestinales. Los hallazgos de la tomografía computarizada dependen de si la afectación es difusa o nodular.<sup>(7)</sup> Si es difusa aparece un aumento generalizado en la densidad del tejido adiposo, como en el primer caso que se describe. Si es nodular las lesiones simulan masas con paredes bien definidas que contienen áreas de densidad grasa entremezcladas con áreas de densidad cercana al agua o a los tejidos blandos.<sup>(8)</sup>

Para el diagnóstico de dicha enfermedad en muchas ocasiones es necesario recurrir a la toma de biopsia del meso por medio de una laparotomía o laparoscopia. Sin embargo, este es un punto controvertido. Autores tales como Monahan<sup>(9)</sup> aseguran que la cirugía es necesaria para el diagnóstico definitivo, incluso si la enfermedad se sospecha por los hallazgos de la tomografía axial computarizada. De la misma manera, Badiola-Varela sugirió que la cirugía podría ser evitada si en los hallazgos de la tomografía se observan las características típicas de la paniculitis mesentérica y la clínica es sugestiva.<sup>(10)</sup>

En general, la paniculitis mesentérica presenta una buena evolución clínica resolviéndose en la mayoría de las ocasiones de modo espontáneo, aunque no es infrecuente que pueda palparse una masa dos a 11 años después del diagnóstico.<sup>(11)</sup>

El tratamiento recomendado son los corticoides, aunque se han descrito casos de remisión espontánea sin tratamiento, lo que sugiere que posiblemente el curso de esta enfermedad sea hacia la curación espontánea sin necesidad de tratamiento; la resección quirúrgica no ha demostrado aportar beneficios en el tratamiento de la enfermedad.<sup>(12)</sup>

A pesar de ser una entidad poco frecuente, la paniculitis mesentérica, debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de los pacientes con masa abdominal palpable, empleando los medios imagenológicos para su estudio.<sup>(13)</sup> La tomografía computarizada es útil para definir un halo graso hipodenso llamado signo del anillo de grasa, importante en el diagnóstico diferencial de otros procesos tales como carcinosis peritoneal, tumor carcinoide, linfomas y liposarcomas.<sup>(14)</sup>

### Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de intereses.

### Contribución de autores

Todos los autores contribuyeron en igual medida en la concepción, diseño, redacción y revisión de la versión final del manuscrito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, Magkanas E, Stefanaki K, Apostolaki E, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR* [Internet]. 2000 [Citado 20/02/2020]; 174(2): 427-431. Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/ajr.174.2.1740427>
2. Mata JM, Inaraja L, Martin J, Olazabal A, Castilla MT. CT features of mesenteric panniculitis. *J Comput Assist Tomogr* [Internet]. 1987 [Citado 20/02/2020]; 11(6): 1021-1023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2824579>
3. Emory TS, Monihan JM, Car NJ, Sobin LH. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J Surg Pathol* [Internet]. 1997 [Citado 20/02/2020]; 21(4): 392-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9130985>
4. Khasminsky V, Ram E, Atar E, Steinminz A, Issa N, Bachar GN. Is there an association between mesenteric panniculitis and lymphoma? A case control analysis. *Clinical Radiology* [Internet]. 2017 [Citado 20/02/2020]; 72(10): 844-849. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S000992601730199X>
5. Kuriyama A. 'Halo' from the Belly: Mesenteric Panniculitis. *American Journal of Medicine* [Internet]. 2016 [Citado 20/02/2020]; 129(11): 291-292. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0002934316306969>
6. Ayala Gutiérrez MM, Ramón Garrido E. Paniculitis Mesentérica. *Medicina Clínica* [Internet]. 2016 [Citado 22/02/2020]; 146(11): 497-505. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S002577531600049X>
7. Coulier B, Montfort L, Van Hoof M, Bueres I, Cloots V, Parent M. Synchronous association of typical and transient mesenteric panniculitis with acute gastrointestinal attack of adult-onset Henoch-Schönlein purpura. *Diagnostic and Interventional Imaging* [Internet]. 2017 [Citado 22/02/2020]; 98(7): 571-573. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S2211568417300633>

8. Suarez Acosta CE, Romero Fernández E, Calvo Manuel E. Mesenteric panniculitis: A controversial entity. Many unanswered questions. *European Journal of Internal Medicine* [Internet]. 2015 [Citado 22/02/2020]; 26(10). Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0953620515002897>
9. Torregrosa Suau O, Guilló Quiles E, Mora Rufete A. Panniculitis mesentérica asociada al uso de bifosfonatos: ¿son estos más proinflamatorios de lo que sabemos?. *Rev Osteoporos Metab Miner* [Internet]. 2017 [Citado 12/03/2020]; 9(1): 35-37. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1889-836X2017000100035&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1889-836X2017000100035&lng=es)
10. Del Villar Salazar B, Bravo Zelaya AG. Absceso mesentérico inespecífico panniculitis intra-abdominal. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2016 [Citado 12/03/2020]; 22(1): 47-54. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582016000100008&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100008&lng=es)
11. Camargo Sarmiento H, Buchaca Faxas E, Fernández Valdés F, Rodríguez Amador L, Chong López A. Panniculitis mesentérica asociada a enfermedad relacionada con IgG4 como causa de fiebre de origen desconocido. *Rev cubana med* [Internet]. 2015 [Citado 12/03/2020]; 54(4). Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232015000400009&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232015000400009&lng=es)
12. Laborde MM, Muñoz FI, García SG, Ripoll JMS, Rosique AC. Mesenteric panniculitis as the initial manifestation of a b cell lymphoma. *Acta Gastroenterologica Latinoamericana* [Internet]. 2015 [Citado 12/03/2020]; 45(2): 137-139. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26353465/>
13. Martín Mateos RM, Moreira Vicente VF, Burdaspal Moratilla A, Gallego Rivera JI. Panniculitis mesentérica como causa de dolor abdominal crónico. *Gastroenterología y Hepatología* [Internet]. 2014 [Citado 12/03/2020]; 37(5): 297-299. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-paniculitis-mesenterica-como-causa-dolor-S0210570513002550>
14. Delgado Plasencia L, Rodríguez Ballester L, López-Tomassetti Fernández EM, Hernández Morales A, Carrillo Pallarés A, Hernández Siverio N. Panniculitis mesentérica: experiencia en nuestro centro. *Rev. esp. enferm. Dig* [Internet]. 2007 [Citado 12/03/2020]; 99(5): 291-297. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082007000500010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000500010&lng=es)