

## **Paniculitis mesentérica como hallazgo incidental en paciente con obstrucción ureteral litiásica**

Dra. Aniley Martínez González<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2507-8122>

Dra. Yamilé Marcos Gutiérrez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8685-4426>

Dra. Llimia Bencomo Rodríguez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8611-2406>

<sup>1</sup> Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

### **Resumen:**

**Introducción.** La paniculitis mesentérica es una enfermedad inflamatoria crónica del mesenterio, clínicamente infrecuente y de etiología desconocida. Dentro de su baja prevalencia, resulta con frecuencia un hallazgo casual durante un estudio de tomografía computarizada. **Objetivo.** Describir el hallazgo radiológico incidental de paniculitis mesentérica en una paciente con litiasis ureteral. **Presentación del caso.** Paciente femenina de 54 años, fumadora, hipertensa esencial y con estenosis aórtica congénita, en seguimiento en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Refiere litiasis renal previa y cólicos nefríticos a repetición, y acude a consulta con intenso dolor lumbar izquierdo. Tras ultrasonido abdominal donde se comprueba ureterohidronefrosis izquierda con litiasis como obstáculo en tercio medio ureteral, se indica estudio tomográfico. Se comprueban en el mismo las características de la enfermedad renoureteral litiásica, encontrando como hallazgo incidental una imagen ocupativa a nivel del mesenterio en hemiabdomen izquierdo con características patognomónicas de paniculitis mesentérica. Se sugiere seguimiento clínico e imagenológico al no comprobarse relación causal con patología que amerite intervención inmediata. **Conclusiones.** La paniculitis mesentérica presenta una apariencia tomográfica típica, que facilita su diagnóstico imagenológico. El reporte de este tipo de caso en la literatura debe contribuir al diagnóstico de esta infrecuente patología con incierta repercusión clínica.

**Palabras Clave:** Paniculitis peritoneal; Tomografía Computarizada Multidetector; Hallazgos Incidentales.

### **Introducción:**

La paniculitis mesentérica es una enfermedad inflamatoria crónica del mesenterio, clínicamente infrecuente.<sup>(1-5)</sup> Se caracteriza por inflamación crónica inespecífica del tejido adiposo del mesenterio intestinal en más del 90 % de los casos, y ocasionalmente del mesocolon, omento y retroperitoneo.<sup>(1,3,6)</sup> Con una prevalencia entre 0,6 y 1 %, <sup>(2,3)</sup> resulta frecuentemente un hallazgo casual durante una laparotomía o un estudio tomográfico.<sup>(1)</sup>

Generalmente en adultos entre 50 y 70 años, es más frecuente en hombres (2 – 3: 1).<sup>(1,3,6)</sup> De etiología desconocida, se proponen como mecanismos patogénicos la isquemia mesentérica, trauma, infección o una respuesta autoinmune a fuentes desconocidas que pudieran guardar relación con procesos malignos, cirugía abdominal previa, vasculitis o enfermedades granulomatosas.<sup>(3,5)</sup> Se ha descrito su asociación con neoplasias gastrointestinales y genitourinarias, y con otras patologías no tumorales, como la enfermedad inflamatoria intestinal, la artritis reumatoidea, la espondilitis anquilopoyética y los estados inflamatorios infecciosos como la tuberculosis, la histoplasmosis y la pancreatitis.<sup>(2)</sup>

El objetivo del presente trabajo es describir el hallazgo imagenológico incidental de paniculitis mesentérica en una paciente con litiasis ureteral. Dicho reporte puede contribuir al diagnóstico de esta infrecuente patología con incierta repercusión clínica.

### **Caso clínico:**

Paciente femenina de 54 años, fumadora, hipertensa esencial, con estenosis aórtica congénita, en seguimiento en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Refiere antecedentes de litiasis renal y cólicos nefríticos a repetición. Acude a consulta programada refiriendo como síntoma añadido intenso dolor lumbar izquierdo desde el día anterior que irradia a flanco izquierdo, sin alivio con analgésicos habituales. Al examen físico se constata frecuencia cardiaca en 90 latidos por minuto y tensión arterial 135 / 90 mmHg.

Se indica ultrasonido abdominal de urgencia que informa hígado de tamaño normal, con discreto aumento de su ecogenicidad y múltiples imágenes quísticas de tamaño variable. Ureterohidronefrosis izquierda, con gruesa imagen de litiasis hacia tercio medio ureteral, sin visualizar la porción distal del uréter. Abundantes gases en epigastrio, impresionando conglomerado de asas intestinales, con peristalsis activa, hacia flanco izquierdo.

Tras interconsulta con nefrología, se realiza urotomografía en equipo multidetector Symbia de 16 cortes. En reconstrucciones multiplanares a 2,5 mm se observan los siguientes hallazgos positivos: l hígado con múltiples imágenes hipodensas de tamaño variable de aspecto quístico (Figura 1). Pequeños quistes renales aislados. Riñón izquierdo con imagen de litiasis hacia el grupo calicial inferior, y marcada dilatación ureteropíelica asociada a imagen de litiasis de 10 mm en tercio medio de dicho uréter, con retraso en la eliminación del contraste comparativamente con el riñón contralateral (Figura 2).

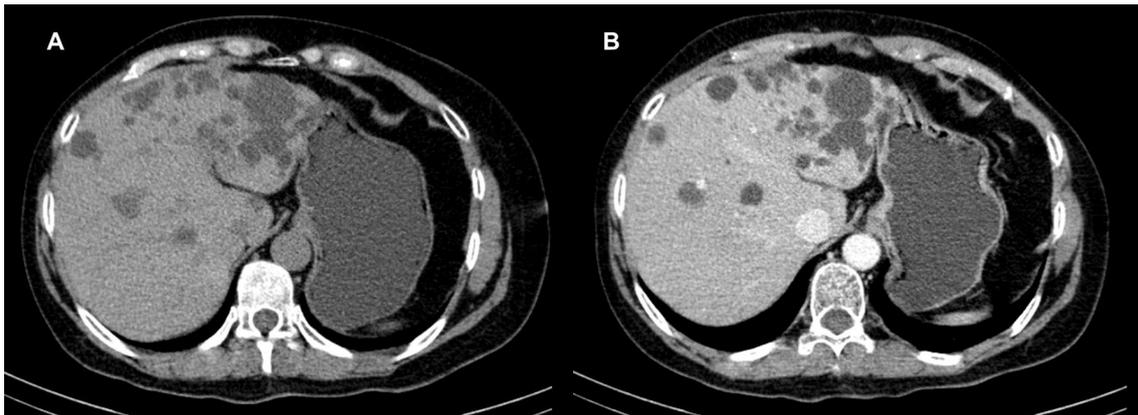


Figura 1: Cortes axiales de tomografía simple (A) y contrastada (B). Múltiples imágenes quísticas hepáticas.

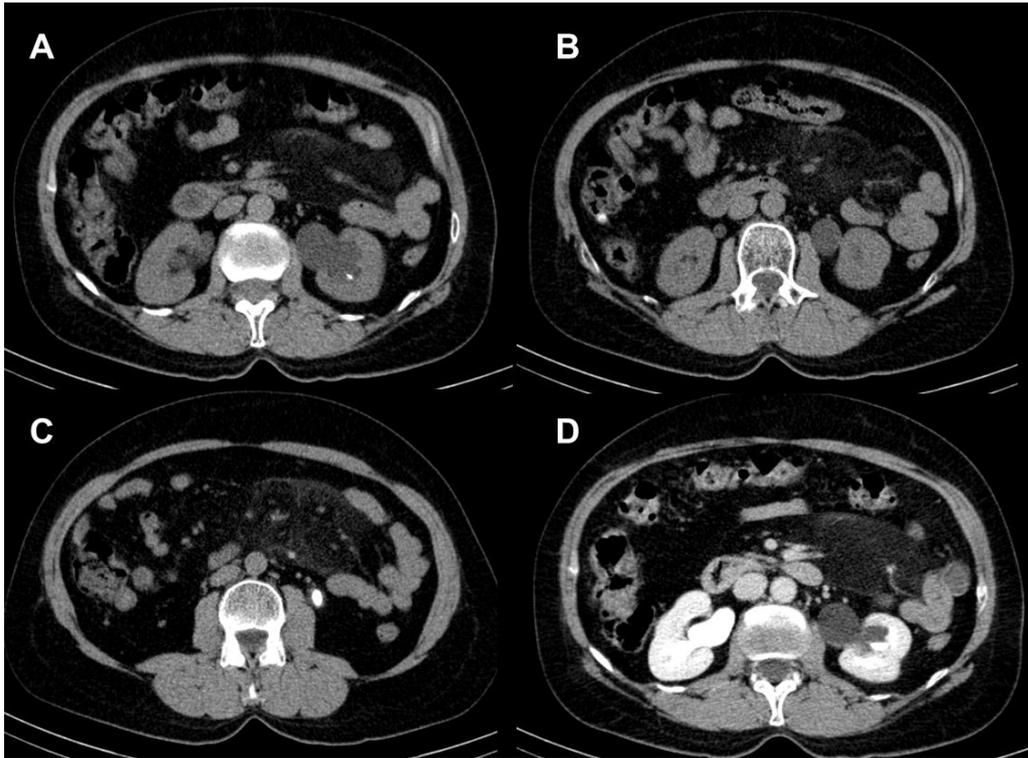


Figura 2: Cortes axiales de tomografía simple (A, B y C) y contrastada (D). Litiasis en grupo calicial inferior del riñón izquierdo (A), dilatación ureteral (A y B) con gruesa imagen de litiasis en tercio medio del uréter (C) y retraso en la eliminación del contraste (D). Alteración de la atenuación de la grasa mesentérica.

Llama la atención aumento de la densidad y trabeculación de la grasa mesentérica hacia hemiabdomen izquierdo, que engloba vasos mesentéricos y pequeñas imágenes nodulares, así como calcificación redondeada hacia la periferia, delimitada por una fina hiperdensidad periférica (2,8 mm) a modo de pseudocápsula y que produce efecto de masa con rechazo y desplazamiento de asas intestinales. La densidad de la imagen es variable entre 50 y 72 UH, sin modificación tras la administración de contraste para las fases urográficas del estudio. (Figuras 3 y 4)

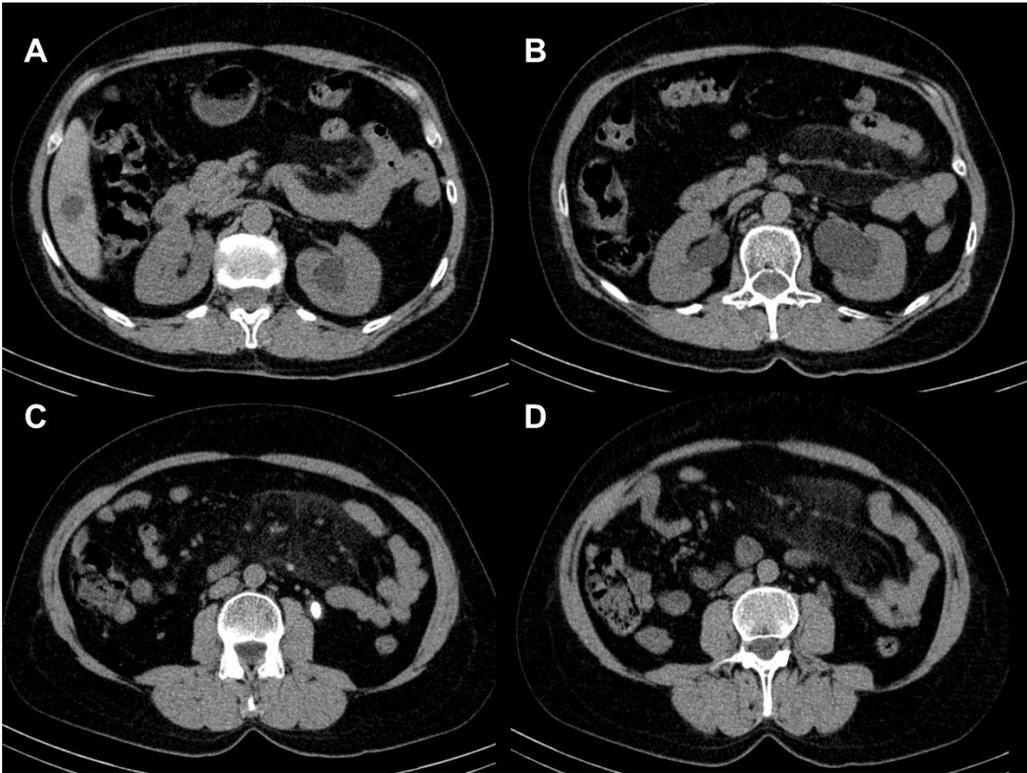


Figura 3: Cortes axiales de tomografía simple. Aumento de la densidad y trabeculación de la grasa mesentérica, englobando vasos y nódulos, delimitada por una fina pseudocápsula, y produciendo efecto de masa sobre estructuras vecinas. Sus máximos diámetros en corte axial fueron 87 x 57 mm.

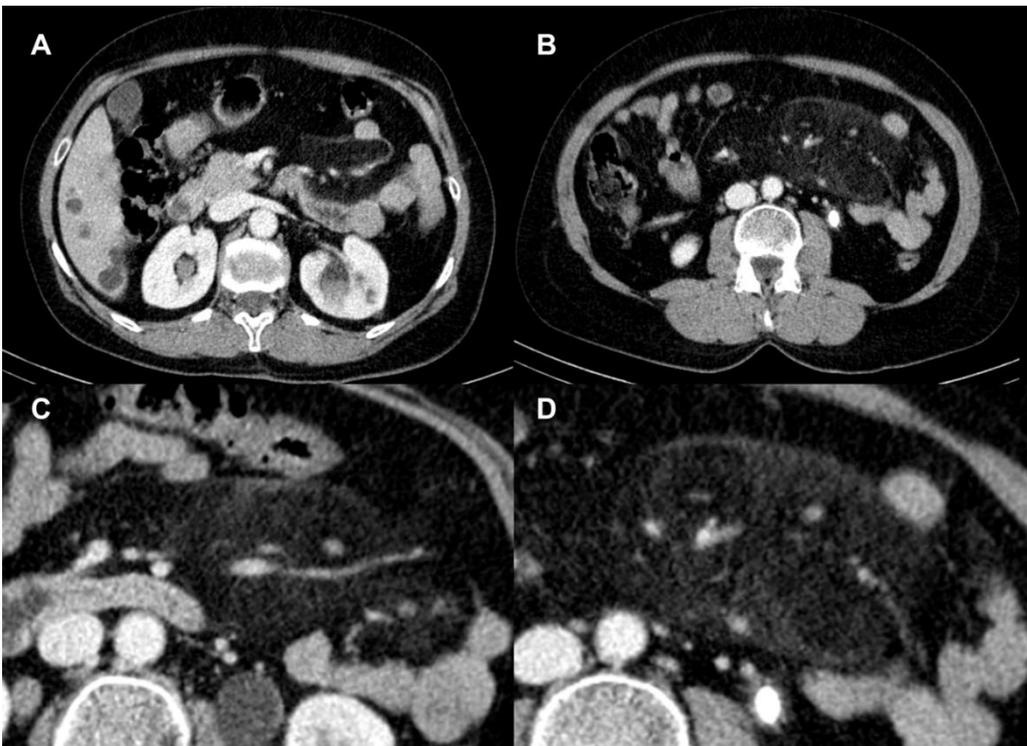


Figura 4: Cortes axiales de tomografía contrastada abdominal sin variaciones en la densidad promedio a nivel de la imagen de paniculitis mesentérica.

Con resultado normal de hematología y química sanguínea, y sin evidencia de otras alteraciones visibles en la tomografía que sugieran posible etiología tumoral, se presume el diagnóstico de paniculitis mesentérica subclínica y se sugiere su seguimiento clínico e imagenológico a los 6 meses.

### **Comentarios:**

La entidad descrita aparece en la literatura con otros términos, como 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>(1,4)</sup>

Asociada a múltiples patologías, benignas o malignas, la paniculitis mesentérica resulta un proceso inespecífico y reactivo a una agresión abdominal que provoca una reacción inflamatoria local similar en todos los casos. Se describen varios estadios evolutivos: degeneración de la grasa mesentérica (lipodistrofia mesentérica), reacción inflamatoria (paniculitis mesentérica) y fibrosis del tejido adiposo (mesenteritis retráctil).<sup>(1,6)</sup>

Subclínica en alrededor del 43 % de los casos,<sup>(3)</sup> cuando es sintomática muestra manifestaciones inespecíficas dependientes del tamaño y localización de la masa, así como su relación con el intestino y los vasos sanguíneos y linfáticos.<sup>(6)</sup> Puede acompañarse de dolor abdominal, náuseas, febrícula, pérdida de peso, alteraciones intestinales, diarrea y masa abdominal palpable.<sup>(1,3)</sup>

Aunque puede haber una alta incidencia de mesenteritis en pacientes oncológicos, algunos autores reportan la ausencia de asociación estadísticamente significativa con la patología de base, por lo que la han considerado como un epifenómeno y no un evento paraneoplásico.<sup>(6)</sup>

La biopsia es necesaria para su confirmación histológica; no obstante, el diagnóstico de esta entidad es principalmente imagenológico; la tomografía computarizada y la resonancia magnética son las técnicas de mayor utilidad

para su caracterización.<sup>(6)</sup> A pesar de que la paniculitis mesentérica usualmente se puede observar por ultrasonido abdominal en modo B como un proceso ocupativo, resulta difícil definir su etiología, por lo que la tomografía abdominal resulta la técnica de elección para el diagnóstico. En la misma se describen como signos patognomónicos: el efecto de masa bien definido, mayor atenuación del tejido graso mesentérico respecto a la grasa intra-abdominal adyacente, nódulos pequeños de tejido blando, signo del halo y pseudocápsula.<sup>(4)</sup> Puede presentar un patrón difuso de aumento generalizado en la densidad del tejido adiposo, o nodular donde 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>(1)</sup>

El caso que se presenta coincide con las características tomográficas clásicas descritas en la literatura, así como también la localización más frecuente hacia el hemiabdomen izquierdo. Se observan, además, las características distintivas de los principales signos imagenológicos que se describen con mayor frecuencia: el signo del halo o anillo graso, definido como un anillo de grasa normal alrededor de los vasos y nódulos (70 – 92 % de los pacientes), y la pseudocápsula o anillo fibrótico fino, de menos de 3 mm, alrededor de la masa (50 – 60 % de los pacientes). Los reportes de casos describen otros signos menos frecuentes: trombosis de vasos mesentéricos, signos de necrosis y calcificaciones principalmente en el área necrótica de la masa.<sup>(6)</sup>

La clasificación de la paniculitis mesentérica se establece atendiendo al grado de compromiso mesentérico:<sup>(3)</sup>

Tipo 1: Mesenterio difusamente engrosado. (42 %)

Tipo 2: Masa aislada nodular en la raíz del mesenterio. (32 %)

Tipo 3: Múltiples nódulos de varios tamaños. (26 %)

La tomografía permite evidenciar la presencia de masas, conglomerados ganglionares o alteración de la densidad de la grasa mesentérica que en ausencia de tumoraciones encamina al diagnóstico y a la toma de biopsia dirigida.<sup>(2)</sup> Cabe destacar la utilidad de las diferentes técnicas de imagen para

definir la extensión de la enfermedad y las posibles complicaciones oclusivas, perforativas o isquémicas intestinales relacionadas, frecuentemente, con la infiltración fibrótica o tracción de estructuras vecinas. La correcta evaluación imagenológica es fundamental para la toma de conducta terapéutica.

El diagnóstico diferencial de paniculitis mesentérica incluye condiciones como el edema mesentérico, la hemorragia, el linfedema y la inflamación, cuya diferenciación se basa en las características del resto de las estructuras abdominales que permitan establecer relación con enfermedades sistémicas, traumáticas e infecciosas.<sup>(6)</sup> Así mismo, por la asociación que algunos autores han establecido con procesos malignos, resulta indispensable su diferenciación de la carcinomatosis peritoneal.<sup>(7)</sup> Se ha reportado asociación entre la obesidad y la inflamación crónica de bajo grado, aunque la relación entre la paniculitis mesentérica y el volumen del tejido graso subcutáneo y visceral no está claro.<sup>(8)</sup>

No se encontró en la literatura revisada ninguna referencia o caso reportado que muestre la asociación entre la paniculitis mesentérica y la enfermedad litiásica renal y/o quística hepática, entidades presentes en el caso mostrado. No obstante, las características de la imagen presentan una alta coincidencia con las imágenes de los reportes de casos publicados, sugiriendo su diagnóstico.

En conclusión, la paniculitis mesentérica presenta una apariencia tomográfica típica, que facilita su diagnóstico imagenológico. El seguimiento clínico e imagenológico resulta indispensable para descartar etiologías subyacentes.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Belaunde Clausell A, Márquez Hernández RA, Morales Días A. Paniculitis mesentérica como causa de masa abdominal palpable. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 Oct [citado: 25 Nov 2022]; 24 (6): e4464. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4464/pdf>.
2. Camargo Sarmiento H, Buchaca Faxas E, Fernández Valdés F, Rodríguez Amador L, Chong López A. Paniculitis mesentérica asociada a enfermedad relacionada con IgG4 como causa de fiebre de origen desconocido. Rev Cubana Med [Internet]. 2015 Oct-Dic [citado 28 Nov 2022]; 54 (4): 355 - 62.

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232015000400009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232015000400009).

3. Mella Laborde M, Ivorra Muñoz F, García García S, Seguí Ripoll JM, Compañ Rosique A. Paniculitis mesentérica como manifestación inicial de un linfoma de células B. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2015 [citado: 25 Nov 2022]; 45 (2): 137 - 9. Disponible en: <https://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2015/Vol-45-N2/Vol45N2-PDF12.pdf>.
4. Zhao M, Zhang L, Ren L, Li Z, Xu X, Wang H, et al. A case report of mesenteric panniculitis. Journal of International Medical Research [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 15]; 47 (7) 3354 – 9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0300060519845785>.
5. Mahafza WS, Manzalawi KA, Gharaibeh AA, Khayat OW, Shahait AD, Juweid ME. Diagnosis of mesenteric panniculitis in the multi-detector computed tomography era. Association with malignancy and surgical history. Saudi Med J [Internet]. 2017 Oct [cited 2022 Dec 12]; 38 (10): 1013 - 8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5694634/>.
6. Buragina G, Magenta Biasina A, Carrafiello G. Clinical and radiological features of mesenteric panniculitis: a critical overview. Acta Biomed [Internet]. 2019 Dec [cited 2022 Dec 12]; 90 (4): 411 - 22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7233778/>.
7. Elmohr MM, Elsayes M, Pickhardt PJ. Non-neoplastic conditions mimicking peritoneal carcinomatosis at CT imaging. Br J Radiol [Internet]. 2020 Sep [cited 2022 Dec 12]; 93 (1113): 20200401 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7465865/>.
8. Özer Gökaslan Ç, Aslan E, Demirel E, Yücel A. Relationship of mesenteric panniculitis with visceral and subcutaneous adipose tissue. Turk J Med Sci [Internet]. 2020 Feb [cited 2022 Dec 16]; 50 (1): 44 - 8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7080351/>.