

CONTENIDO

SEMINARIOS

- ▶ Caso anterior
- ▶ Título preliminar
- ▶ Presentación
- ▶ Imágenes
- ▶ Resumen
- ▶ Introducción
- ▶ Resultados
- ▶ Discusión
- ▶ Diagnóstico
- ▶ Referencias
- ▶ PDF

DOS PACIENTES CON CLÍNICA DE DOLOR LUMBAR, PÉRDIDA PESO, ESTREÑIMIENTO ... CON BIOPSIA LAPAROSCÓPICA MESENTÉRICA.

Alonso E. M; Conde A. F; Zameza J.; Lanza J.J.

Servicios de Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica. Hospital - Insalud Can Misses. Ibiza, España..

IV-CVHAP 2001 SEMINARIO-CASOS - 054

Fecha recepción: 17/02/2001
Fecha publicación: 06/04/2001

Evaluación: Ver "Taller de Seminario de Casos"

PRESENTACIÓN DEL CASO: HISTORIA CLÍNICA

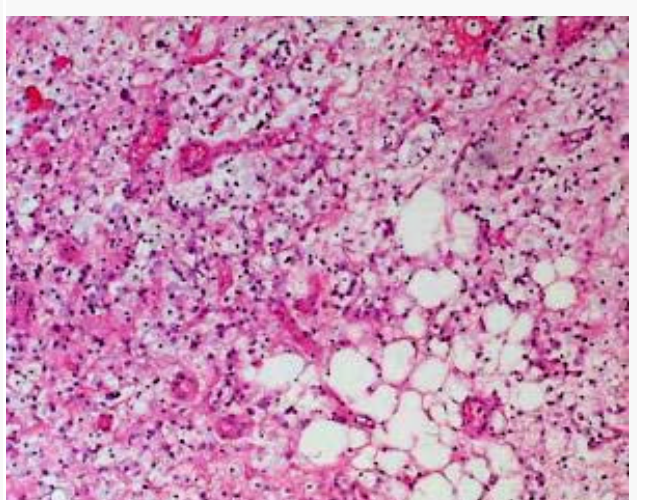
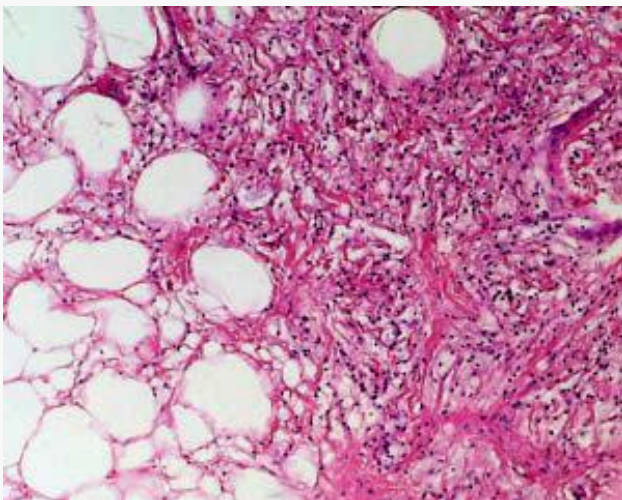
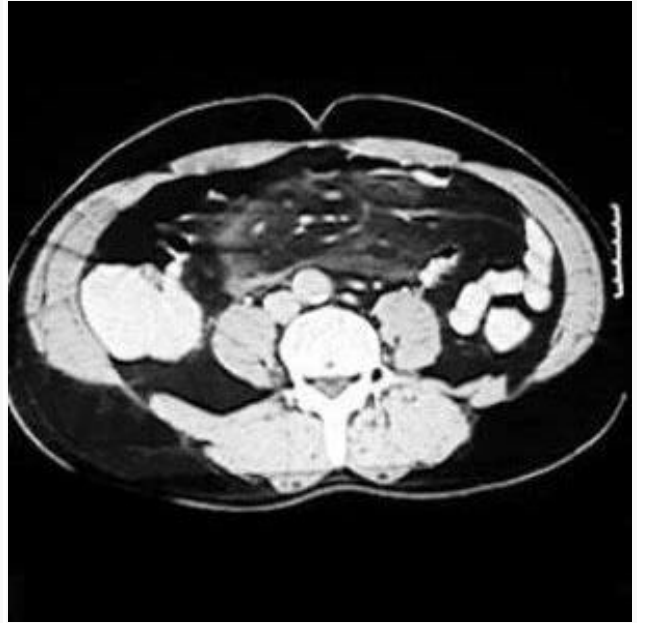
CASO 1: Varón de 67 años que 1 mes previo al ingreso, refería dolor lumbar y en fosa iliaca izquierda muy intenso, junto con pérdida de peso de 4 kg, con tendencia al estreñimiento. No fiebre ni rectorragia.

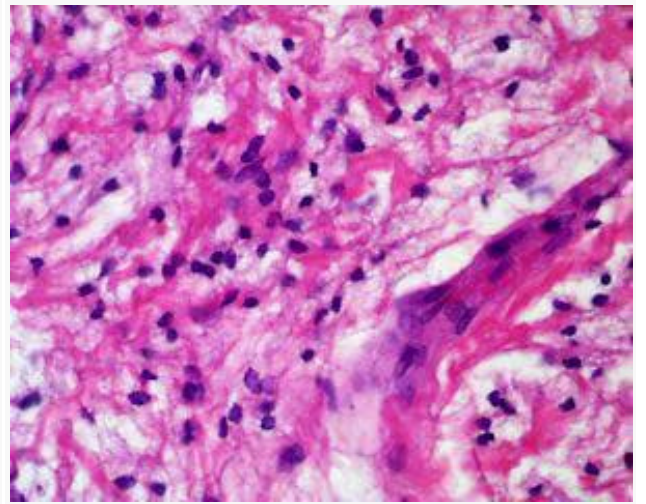
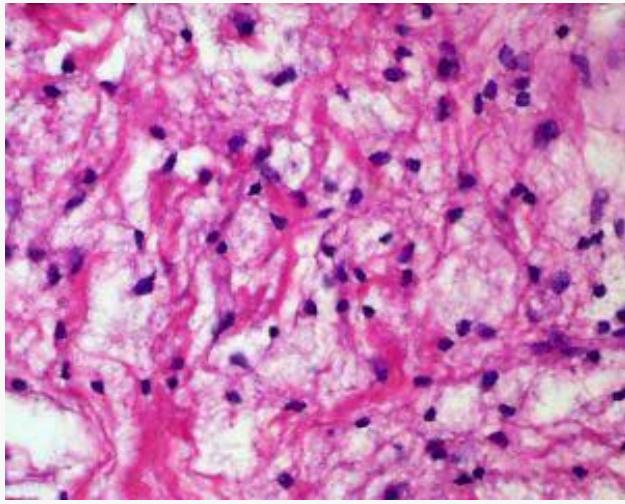
CASO 2: Varón de 52 años, sin antecedentes de interés, que comienza desde hace 1 año con malestar abdominal y sensación de distensión y masa abdominal.

A ambos enfermos se les practicó un tránsito intestinal (Figura 1) así como una tomografía computarizada abdomino-pélvica (T.C.) (Figura 2) (Figura 3) (Figura 4) con contraste intravenoso. En estas exploraciones radiológicas se objetivó un importante desplazamiento de las asas de intestino delgado producido por una masa mesentérica extensa de densidad grasa.

Se confirmó el diagnóstico mediante biopsia laparoscópica mesentérica.

IMÁGENES





CONTENIDO

SEMINARIOS

▣ Caso anterior

▣ Título

▣ Presentación

▣ Imágenes

▣ Resumen

▣ Introducción

▣ Resultados

▣ Discusión

▣ Diagnóstico

Final

▣ Referencias

▣ PDF

PANICULITIS MESENTÉRICA. CORRELACIÓN RADIO-PATOLÓGICA.

Alonso E. M.; Conde A. F; Zameza J.; Lalanza J. J .

Servicios de Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica. Hospital - Insalud Can Misses. Ibiza, España.

IV-CVHAP 2001 SEMINARIO-CASOS - 054

Fecha recepción: 17/02/2001

Fecha publicación: 06/04/2001

Evaluación: Ver "Taller de Seminario de Casos"

RESUMEN

ANTECEDENTES: En la literatura se han descrito muy pocos casos de paniculitis mesentérica. Se trata de una entidad benigna, de origen desconocido que afecta la grasa mesentérica. Se describe como un espectro de entidades patológicas desde la forma aguda-subaguda caracterizada por degeneración grasa con predominio inflamatorio, hasta las formas crónicas con predominio histológico de la fibrosis.

CASO 1: Varón de 67 años que 1 mes previo al ingreso, refería dolor lumbar y en fosa iliaca izquierda muy intenso, junto con pérdida de peso de 4 kg, con tendencia al estreñimiento. No fiebre ni rectorragia. **CASO 2:** Varón de 52 años, sin antecedentes de interés, que comienza desde hace 1 año con malestar abdominal y sensación de distensión y masa abdominal. Tránsito intestinal importante efecto masa, compresión extrínseca, con desplazamiento muy significativo de todo el intestino con infiltración e irregularidad de la pared intestinal. Tomografía con contraste intravenoso: efecto masa sobre las asas intestinales producido por una masa que nace desde la región

mesentérica, con densidad grasa, de aspecto lineal que también produce en algunos puntos irregularidad de las paredes intestinales. No se objetivan formaciones nodulares ni cápsula fibrosa captante de contraste. Tras la administración de contraste intravenoso destaca la intensa captación de los vasos mesentéricos así como una mejor definición dentro de la tumoración grasa mesentérica en forma de bandas lineales. Ante estos hallazgos, se realizó biopsia laparoscópica mesentérica con el diagnóstico anatomopatológico de paniculitis mesentérica.

CONCLUSIONES: Creemos que la pauta de estudio, el diagnóstico radiológico y la correlación radio-patológica es importante porque al sugerir la enfermedad puede condicionar la pauta quirúrgica.

Palabras clave: mesenterio | paniculitis | mesenteritis

INTRODUCCIÓN

La paniculitis mesentérica constituye un raro proceso inflamatorio crónico, no neoplásico, que afecta al tejido adiposo del mesenterio fundamentalmente. El diagnóstico es anatomopatológico, pero los métodos de imagen: tomografía computarizada, ecografía y resonancia magnética han demostrado ser útiles tanto en el reconocimiento como en el seguimiento de esta entidad.

La correlación radio-patológica es importante pues puede evitar la resección quirúrgica de la masa que a menudo es imposible y de dudoso beneficio para el paciente.

RESULTADOS

En el Tránsito intestinal (Figura 1) se observa importante efecto masa, compresión extrínseca, con desplazamiento, infiltración e irregularidad muy significativa de la pared intestinal.

Tomografía con contraste intravenoso: (Figura 2) (Figura 3) (Figura 4) compresión y desplazamiento de las asas intestinales producido por una masa que nace desde la región mesentérica, con densidad grasa, de aspecto lineal que también produce en algunos puntos irregularidad de las paredes intestinales. No se objetivan formaciones nodulares ni cápsula fibrosa captante de contraste. Destaca la intensa captación de contraste intravenoso por los vasos mesentéricos así como una mejor definición dentro de la tumoración grasa mesentérica en forma de bandas lineales.

Ante estos hallazgos, se realizó biopsia laparoscópica mesentérica con el diagnóstico anatomopatológico de paniculitis mesentérica.

Histológicamente se observa infiltración por células inflamatorias, miofibroblastos y macrófagos espumosos en forma de septos que rodean nódulos de tejido adiposo (Figura 5) (Figura 6). A mayor aumento se observa además entre dichas células, otras con citoplasma estrellado amplio de hábito mesenquimal (Figura 7) (Figura 8).

DIAGNÓSTICO FINAL

PANICULITIS MESENTÉRICA. Creemos que un contexto clínico apropiado, los métodos de imagen y especialmente la correlación radiopatológica pueden sugerir el diagnóstico, definir la extensión del proceso y orientar la pauta terapéutica.

DISCUSIÓN

El término mesenteritis es inespecífico y puede ser secundario a una gran variedad de patologías como infección, traumatismo, isquemia, vasculitis, patología granulomatosa o bien coexistir con neoplasias malignas. Se ha descrito este signo de afectación mesentérica y omental por edema en los pacientes con cirrosis.

La paniculitis mesentérica y la mesenteritis esclerosante se refieren a dos estadios evolutivos del mismo proceso desde la forma aguda-subaguda caracterizada por degeneración grasa con predominio inflamatorio, hasta las formas crónicas con predominio histológico de la fibrosis (1).

Los hallazgos tomográficos más habituales (2, 3, 4) incluyen: una masa heterogénea con valores densitométricos correspondientes a grasa, aunque con densidad ligeramente superior a la grasa retroperitoneal adyacente a la raíz del mesenterio del intestino delgado, o nódulos con densidad de tejidos blandos con diámetro inferior a 5mm. Suele rodear o englobar los vasos mesentéricos, pero sin infiltración de los mismos. Produce también desplazamiento significativo de las asas intestinales, pero sin invadirlas. La resonancia magnética es especialmente útil para asegurar que no existe afectación vascular y permite un diagnóstico diferencial fiable respecto a los sarcomas retroperitoneales.

Sabate et al (5) describieron la preservación de la grasa adyacente a los vasos mesentéricos "fat-ring sign" y la pseudocápsula "pseudotumoral stripe" como semiología muy sugestiva de mesenteritis retráctil y de patología benigna, pero sigue siendo controvertido, (6) que permita un

diagnóstico diferencial fiable respecto a etiologías malignas.

El diagnóstico diferencial incluye (2) la enfermedad de Whipple, enfermedad de Weber-Christian y neoplasias de partes blandas (liposarcoma bien diferenciado). En la enfermedad de Whipple, la tinción de PAS muestra abundantes cuerpos bacilares en el interior del citoplasma de los macrófagos de citoplasma claro, que en este caso no se observan. La enfermedad de Weber-Christian consiste en inflamación aguda y subaguda del tejido adiposo subcutáneo que se resuelve con fibrosis, acompañada de fiebre y mal estado general. En esta entidad, la distribución de las alteraciones es lobular más que septal, como es el caso de la paniculitis mesentérica. Respecto al liposarcoma bien diferenciado, hay que decir que los macrófagos espumosos se diferencian morfológicamente de los lipoblastos en que en los primeros las vacuolas son más regulares, el núcleo de los macrófagos tiende a ser central y de aspecto picnótico. Inmunohistoquímicamente los macrófagos muestran positividad a marcadores histiocitarios (vgr.: CD68), lo cual también los distingue de los lipoblastos.

El pronóstico es benigno una vez que exista fiabilidad diagnóstica mediante biopsia. laparoscópica o laparotomía, especialmente cuando existe afectación omental o un patrón nodular.

El tratamiento es mínimo, los corticoides reducen la inflamación mesentérica y mejoran o acortan el curso clínico de esta entidad poco frecuente y benigna.

NOTAS AL PIE DE PÁGINA

Correspondencia: E. M. Alonso. Servicios de Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica. Hospital - Insalud Can Misses. Ibiza, España. <mailto:evalonso@hcm-ibiza.es>

REFERENCIAS

1. Emory TS, Monihan JM, Sobin LH. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy. A single entity ? Am J Surg Pathol 1997; 21: 392-398.
2. 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- 431
3. Patel N, Saleeb SF, Teplick SK. General case of the day. Mesenteric panniculitis with extensive inflammatory involvement of the peritoneum and intraperitoneal structures. Radiographics 1999; 19:1083-1085
4. Katz ME, Heiken JP, Lee JKT. Intraabdominal panniculitis: clinical, radiographic, and CT features. AJR Am J Roentgenol 1985; 145: 293-296.
5. Sabate JM, Torrubia S, Maideu J, Franquet T, Morill JM, Perez C. Sclerosing mesenteritis: imaging findings in 17 patients. AJR Am J Roentgenol 1999; 172: 625-629.
6. Valls C. Fat-ring sign in sclerosing mesenteritis. AJR Am J Roentgenol 2000; 174:259-260.