



NOTA CLÍNICA

Paniculitis mesentérica: ¿es algo de lo que nos tenemos que preocupar?

Irene Martínez García* y Claudio Calvo Espinós

Servicio de Cuidados Paliativos. Fundación Rioja Salud. Logroño, La Rioja. España

Recibido el 29 de junio de 2021

Aceptado el 19 de octubre de 2021

PALABRAS CLAVE

Paniculitis mesentérica, cuidados paliativos, estreñimiento, dolor.

Resumen

La paniculitis mesentérica es una entidad poco frecuente, y menos aún detectada salvo de modo incidental. Sin embargo, puede estar asociada a sintomatología muy prevalente en cuidados paliativos. Presentamos un caso que ilustra esta problemática, a modo de reflexión.

KEYWORDS

Mesenteric panniculitis, palliative care, constipation, pain.

Abstract

Mesenteric panniculitis is a rare condition that is even rarer to detect except incidentally. However, it may be associated with very prevalent symptoms in the setting of palliative care. We report a case that illustrates this problem in order to invite reflection.

Martínez García I, Calvo Espinós C. Paniculitis mesentérica: ¿es algo de lo que nos tenemos que preocupar? Med Paliat. 2021;28:258-260.

*Autor para correspondencia:

Irene Martínez García

Servicio de Cuidados Paliativos. Fundación Rioja Salud. c/ Piqueras, n.º 98. 26006, Logroño, España

Correo electrónico: irenemunilla@gmail.com

DOI: [10.20986/medpal.2021.1273/2021](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1273/2021)

1134-248X/© 2021 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis mesentérica es una entidad poco conocida e infrecuente, especialmente en los ámbitos más de perfil asistencial como los cuidados paliativos. Suele ser un hallazgo casual a nivel radiológico o intraoperatorio. A menudo es considerada como un estadio evolutivo de una enfermedad mesentérica, que cursa habitualmente con una primera fase de lipodistrofia mesentérica sin signos inflamatorios, seguida de una segunda fase de pancreatitis, para finalizar en fibrosis, denominándose entonces mesenteritis retráctil¹. Es nombrada por primera vez por Jura en 1924 como "mesenteritis retráctil"², posteriormente como "lipodistrofia mesentérica" en 1955 por Crane³, apareciendo ya bajo el término "panculitis mesentérica" por Ogden y cols. en 1960, en una serie de casos a modo de hallazgos intraoperatorios, enfocados principalmente en su distinción de estirpes malignas⁴. Es 2,3 veces más frecuente en varones, con una edad media de 61 años (rango de 3-88 años según estudios)⁵. La etiología es desconocida, habiéndose descrito diferentes factores asociados (pero inespecíficos) como cirugías previas (28 %) o algunas comorbilidades como la hipertensión (11 %), malignidad, algunas enfermedades autoinmunes o la presencia en algunos casos de valores elevados de IgG⁴.

La presentación clínica es variable, en función del estadio de la enfermedad, predominando el dolor, tanto de nueva aparición¹ como crónico⁷, con o sin aumento de intensidad basal, en fases iniciales o moderadas, y el estreñimiento pertinaz, incluidos cuadros de obstrucción intestinal de difícil manejo en fases ya fibróticas⁸. Para su diagnóstico, las alteraciones analíticas fueron poco frecuentes, destacando el aumento de la velocidad de sedimentación glomerular (VSG) (16,5 % de los pacientes)⁸. La tomografía axial computarizada (TAC) es la prueba de imagen indicada⁹, y el estudio anatomopatológico se mantiene como el "gold standard"⁵, aunque pocas veces está disponible (33 % de las veces)⁸, dependiendo de la situación global del paciente. La tasa de malignización es baja (6 %) y con importantes sesgos en la misma, lo que hace muy excepcional dicha evolución⁹. Los tratamientos disponibles en la actualidad son muy variados, poco específicos y de dudosa efectividad, siendo los más usados la corticoterapia, la colchicina, el tamoxifeno y algunos inmunosupresores^{8,10}.

No existe bibliografía específicamente en el ámbito de cuidados paliativos. Nos preguntamos si esta entidad debe ser tenida en cuenta en nuestra práctica clínica. Presentamos, a modo de reflexión, un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Varón de 77 años derivado a nuestro servicio de cuidados paliativos domiciliarios (Fundación Rioja Salud). Estaba diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón estadio IV (T4N1M1) y descompensación de insuficiencia cardiaca por miocardiopatía dilatada (FEVI 17 %). Funcionalmente presenta un índice de Barthel de 80. A nivel cognitivo, la valoración es normal (Pfeiffer 0 errores).

Antecedentes: obesidad, EPOC con disnea grado III de la Escala modificada de disnea (mMRC); SAOS grave, hipertensión arterial y dislipidemia. Había sido intervenido de prótesis de cadera y enfermedad de Dupuytren. Tratamiento: prednisona 10

mg, furosemida 40 mg 2-2-2, espironolactona 50 mg, bisoprolol 5 mg, cloperastina 10 ml/8 h, omeprazol 20 mg, tapentadol (TPTD) 50 mg/12 h, lormetazepam 1 mg y tamsulosina 0,4 mg.

Tras un periodo de estabilidad clínica, empeora el dolor, somático (visceral difuso y óseo lumbar izquierdo), basal (EVA 2) e irruptivo (EVA 6), necesitando varios rescates al día de fentanilo por vía sublingual (FS) además de su analgesia de base (TPTD 50 mcg/12 h). Se solicitó radiografía (19/01/2021) con el resultado de escoliosis importante y disminución de espacio vertebral en varios puntos lumbares y lumbosacro, con artrosis generalizada, incluida en sacroiliacas y en caderas. Se asoció a un dolor abdominal continuo, irradiado de la zona lumbar (EVA 7), necesitando 7-8 rescates diarios (FS 100 mcg). Subimos analgesia de base hasta TPTD 200 mcg/12 h y FS 400 mcg, sin respuesta, subiendo el corticoide adyuvante a prednisona 30 mg.

Simultáneamente, el estreñimiento empeoró, por lo que precisó laxantes osmóticos en dosis máximas y enemas, presentando aumento de perímetro abdominal que impresionaba de ascitis. Se solicitó ecografía abdominal (22/2/21) sin líquido intraabdominal, con aumento de ecogenicidad centro-abdominal y nódulos hipoeogénicos de 19 mm, hallazgos compatibles con pancreatitis mesentérica. En la analítica (8/3/21) se evidenció elevación de la VSG 37 mm, fosfatasa alcalina 168 UI/l, gamma GT 180 U/l y filtrado glomerular 59 ml/min.

Ante la sospecha de pancreatitis mesentérica, se completó el estudio con una TAC (26/2/21), descartando el estudio histopatológico en acuerdo con el paciente por la situación de fragilidad y mal pronóstico a corto-medio plazo. A nivel torácico, se observaron nódulos satélites pulmonares múltiples. A nivel abdominal, en mesogastrio, nódulo en vacío izquierdo con aspecto de implante metastásico (3 cm de diámetro). En cadena iliaca externa derecha, otro implante similar (2 cm), así como subdiafragmático posterior derecho (1,2 cm). Se observaron otros implantes en tejido subcutáneo de pared posterior derecha (2,5 cm), músculo glúteo derecho (2 cm) y óseos radio-densos múltiples sospechosos. No se evidenció líquido libre.

Después de 3 meses del inicio de los síntomas, el estreñimiento se controló cambiando lactulosa por macrogol y añadiendo un laxante estimulante. El dolor continuó en parrilla costal izquierda, decidiendo rotar a fentanilo TTS 50 mcg/72 h, subiendo hasta 75 mcg/48 h, y aumentar dosis de rescates (FS 600 mcg).

Progresó el declive funcional (índice de Barthel: 55), y esto, unido a claudicación familiar, precisó ingreso hospitalario, perdiendo la vía oral y pasando la analgesia a vía intravenosa con cloruro mórfico. Mantuvo buen control sintomático hasta el final, salvo la agitación psicomotriz, que precisó de sedación paliativa en los últimos días, falleciendo un mes después.

DISCUSIÓN

Creemos que este caso puede ayudar a reflexionar al respecto de esta entidad, poco frecuente pero con una sintomatología muy prevalente (dolor y estreñimiento) en cuidados paliativos. Consideramos que la pancreatitis mesentérica (y sus ulteriores evoluciones), y su hallazgo (ya sea incidental o tras estudio intencionado), puede ser de interés para los profesionales de cuidados paliativos, fundamentalmente ante la aparición (o empeoramiento) de sintomatología no bien expli-

cada por su patología de base, con especial atención al estreñimiento. Respecto a la utilidad enfocada a un posible tratamiento, creemos que la detección en fases iniciales y su tratamiento precoz puede evitar su evolución a fases de fibrosis retráctil, en las que el riesgo de obstrucción es alto y el tratamiento ya meramente sintomático.

Nuestro paciente coincide con lo descrito en los estudios previos, en la franja alta de edad, con mucha pluripatología de base (incluida hipertensión arterial y malignidad). A nivel sintomático, lo más llamativo fue la aparición de un dolor de características distintas a las habituales (lumbar con irradiación abdominal), que precisó quintuplicar la dosis basal de opioide y una rotación a fentanilo TTS para un control más adecuado, y nunca como previo al diagnóstico. En el trabajo de González y cols.¹, el cuadro comenzó con la aparición de un dolor continuo en región lumbar izquierda, irradiado a abdomen, que mejoraba con la deambulación y empeoraba con el decúbito.

Fue muy llamativo el desajuste del estreñimiento, en un paciente muy bien controlado al respecto que usaba durante meses opioides y sin laxantes diarios. Además de asociar dosis altas de hasta 2 tipos de laxantes (osmóticos y aumentadores del peristaltismo), precisó incluso de medidas rectales 2 veces por semana durante un mes. Esto último puede ser explicado (aunque no del todo, dado lo marcado y abrupto de su aparición) por la escalada rápida de opioides, aunque dudoso dado el buen ajuste previo incluso sin laxantes de forma regular. Esto concuerda con lo existente en la bibliografía^{1,5,6} e incide en las dudas en el diagnóstico etiológico. El dolor que justifica la progresión ósea convivió, en el tiempo, con el paravertebral izquierdo y la irradiación abdominal, no anatómicamente justificada por las imágenes de carcinomatosis, así como el desequilibrio del estreñimiento de rápido inicio y pertinaz, ambos más congruentes con una patología mesentérica como la paniculitis.

Las pruebas diagnósticas (leve elevación de VSG, diagnóstico por ecografía sin posterior confirmación en la TAC) concuerdan con lo que muestran los estudios previos, incluida las 2 revisiones sistemáticas^{5,9}. Habitualmente, el diagnóstico definitivo es el estudio anatomopatológico, aunque en este caso, como en muchos en la bibliografía⁸, no estaba indicado dada la limitación de esfuerzo pactada al inicio del proceso de seguimiento por nuestra unidad. En cuanto al tratamiento, las distintas propuestas terapéuticas, en un paciente tan frágil (especialmente a nivel cardiaco), no son de fácil aplicación, por lo que hay que valorar el balance riesgo-beneficio. En nuestro caso, solo la subida de dosis de

corticoide nos pareció adecuada, siendo simultánea a la subida y rotación de opioide, por lo que no se puede afirmar nada claramente sobre su efectividad analgésica. Dada la respuesta tardía al estreñimiento, decidimos mantener la dosis a la vez que los laxantes.

CONCLUSIONES

Como conclusión, creemos que en la mayoría de los casos la paniculitis mesentérica es un hallazgo casual como imagen radiológica, y de bajo interés para nuestra práctica. Sin embargo, consideramos que, en algunos casos en los que la enfermedad de base no explica claramente la sintomatología, puede ser útil, especialmente de cara a evitar complicaciones futuras. Creemos que, en especial en pacientes con expectativa de supervivencia prolongada (meses o años), el riesgo de desarrollar las variantes más graves del cuadro (por ejemplo, fibrosis retráctil y consiguiente riesgo de obstrucción intestinal) hace recomendable tener presente esta entidad dentro de nuestro diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. González CI, Cires M, Rubio T, Jiménez FJ, García de Eulate I, Artondo MT. Paniculitis mesentérica. A propósito de un caso. *An Sist Sanit Navar.* 2007;30:81-5.
2. Jura V. Sulla mesenterite retratile e sclerosante. *Policlinico (Sez Chir).* 1924;31:575.
3. Crane JT, Aguilar MJ, Grimes OF. Isolated lipodystrophy, a form of mesenteric tumor. *Am J Surg.* 1955;90:169-79.
4. Ogden WW 2nd, Bradburn DM, Rives JD. Panniculitis of the mesentery. *Ann Surg.* 1960;151:659.
5. Sharma P, Yadav S, Needham CM, Feuerstadt P. Sclerosing mesenteritis: a systematic review of 192 cases. *Clin J Gastroenterol.* 2017;10:103-11.
6. Abdelwahed MR, Abdelwahed SR. Mesenteric panniculitis: an update. *Expert Rev of Gastroenterol Hepatol.* 2015;9:67-78.
7. Martín-Mateos RM, Moreira-Vicente VF, Burdaspal-Moratilla A, Gallego-Rivera JI. Paniculitis mesentérica como causa de dolor abdominal crónico. *Gastroenterol Hepatol.* 2014;37:297-9.
8. Ayala Gutiérrez M Mar, de Ramón Garrido E. Paniculitis mesentérica. *Med Clin.* 2016;146:497-505.
9. Halligan S, Plumb A, Taylor S. Mesenteric panniculitis: systematic review of cross-sectional imaging findings and risk of subsequent malignancy. *Eur Radiol.* 2016;26:4531-7.
10. Friedman LS, Pardi D. Sclerosing mesenteritis. En: Post TW, ed. *UpToDate.* Waltham, MA: UpToDate Inc [última actualización 21 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>