

Ateneo clínico. Masa mesentérica en paciente anciano con dolor abdominal agudo

Coordinador: Roberto Freue. **Editores:** Pablo J. Landi, Enrique Dorado, Gustavo De Feo, Manuel Alejo Buhl, María Florencia Illia. **Disertantes:** Sofía Pujovich (*Resumen*), Ricardo Re, Martín Solernó (*Discusión clínica*), Juan Bautista Palmitano, Mirta Virginillo, Jorge Hevia, Leo Paz, Gustavo De Feo.

Version web: <http://www.geriatriaclinica.com.ar>

RESUMEN DEL PACIENTE

Presentación del caso: Dra. Sofía Pujovich: Paciente de sexo masculino de 87 años consulta a la guardia externa por dolor epigástrico, en reposo, de aproximadamente ocho horas de evolución, carácter sordo, de intensidad 10/10, sin irradiación, y no presentaba agravantes ni atenuantes. Lo único que el paciente refería era una ingesta copiosa la noche previa. No tenía otro antecedente y negaba otros síntomas asociados.

Antecedentes personales: extabaquista; hipertensión arterial; dislipemia; enfermedad coronaria que motivó la colocación de un *stent* en el año 1996; accidente isquémico transitorio en el año 2006, con una ecografía carotídea que mostró estenosis de la carótida derecha; cáncer de próstata diagnosticado en 2006; e hipotiroidismo.

Al examen físico de ingreso presentaba: presión arterial de 180/70 mmHg; frecuencia cardíaca de 65 latidos por minuto; frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto; temperatura axilar de 36°C; y 97% de saturación de oxígeno por oximetría de pulso.

Se encontraba en regular estado general, con facies de dolor y sin signos de falla de bomba. Presentaba abdomen globoso, depresible y doloroso a la palpación profunda, con predominio en epigastrio, sin defensa ni reacción peritoneal. En el laboratorio se evidenciaba leucocitosis leve con neutrofilia, ácido láctico de 3,6 mmol/l, con resto de parámetros bioquímicos dentro de la normalidad.

Se realizaron una ecografía y una tomografía con contraste endovenoso.

Evolucionó adecuadamente con analgésicos (morfina). No repitió el dolor y se le dio el egreso hospitalario.

Se presentó en ateneo para discutir la conducta diagnóstica y terapéutica más adecuada a seguir con este paciente.

Jefe de Imágenes, Dr. Ricardo Re: En la tomografía computada se destaca una imagen de más de 10 cm de diámetro y de -100 y -90 UH, que parece estar encapsulada. Se ubica en la raíz del mesenterio rodeando los vasos sanguíneos y desplazando las asas intestinales hacia la periferia (**Figura 1**). Los diagnósticos diferenciales que planteo son la **paniculitis**, el **liposarcoma** y el **linfoma**.

Jefe de Clínica Médica, Dr. Roberto Freue: ¿Esta es la imagen tomográfica que fue descrita como **mesenterio grumoso** o no cumple con los criterios?

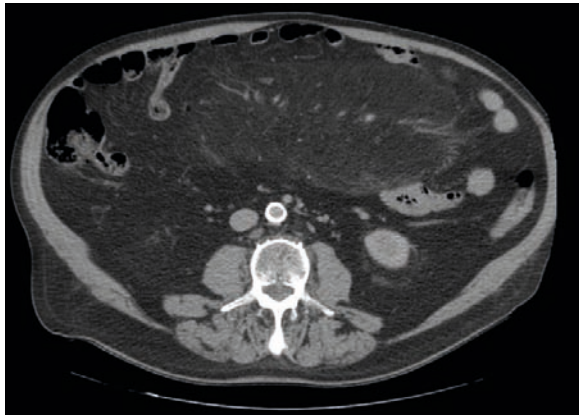


Figura 1.

Dr. Re: Sí, es exactamente eso.

Dr. Freue: Bien, entonces, ¿puede repetir los diagnósticos diferenciales que se consideran cuando se encuentra esa imagen?

Dr. Re: Se considera la paniculitis como primer diagnóstico. Los otros diagnósticos diferenciales son el **liposarcoma**, que suele observarse en pacientes más jóvenes, de difícil diferenciación, y la **enfermedad linfoproliferativa o el linfoma**, asociado a los ganglios que están en la raíz del mesenterio. Estos son los diagnósticos diferenciales más importantes.

Dr. Freue: Lo llamativo de la clínica es que fue autolimitada. Un síntoma doloroso generó la consulta a la guardia y en 24 horas desapareció el dolor. Esto hace difícil pensar cómo seguir. Si fuera un problema activo, desde los síntomas, no parece haber muchas dudas. También es verdad, como decía el Dr. De Feo, que esta lesión expansiva, que claramente tiene compromiso vascular, puede haber tenido un **evento isquémico intestinal transitorio** y que eso haya sido lo que mejoró, independientemente de la persistencia o no de la imagen. El paciente ingresó por guardia y un residente de clínica le hizo una ecografía abdominal, donde se visualizó la imagen, que originó la discusión en el ateneo.

xxx(especialidad)xxxxx Dr. Martín Solernó: En la evaluación inicial del paciente que se presentó en la guardia con dolor abdominal agudo, solo se halló en el laboratorio leucocitosis leve, de 11.200 glóbulos blancos, en contexto de una respuesta inflamatoria, lactacidemia de 3,6 y glucemia de 168 mg/dl, con hepatograma, amilasa y creatininfosfoquinasa (CK) normales. El sedimento urinario tampoco reveló ninguna alteración y se realizó un electrocardiograma para desestimar que estuviera cursando un síndrome coronario agudo, cuya manifestación hubiera sido epigastralgia. Se desestimaron otras entidades que pudieran producir estos síntomas. Se hizo la ecografía, que evidenció la lesión localizada en epigastrio, que el Dr. Palmitano ahora va a describir.

Gastroenterología. Dr. Juan Bautista Palmitano: La primera ecografía la hizo el Dr. Solernó y, si bien no hubo

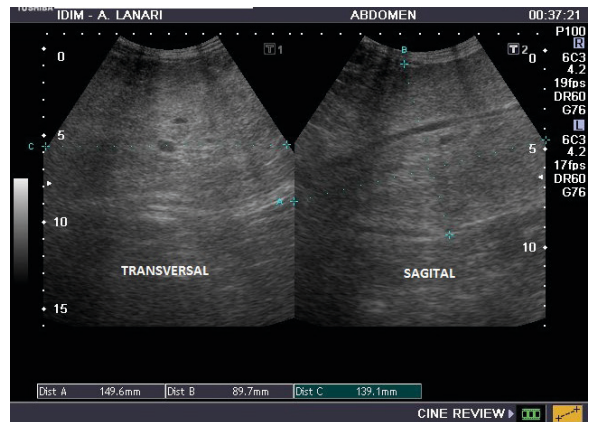


Figura 2.

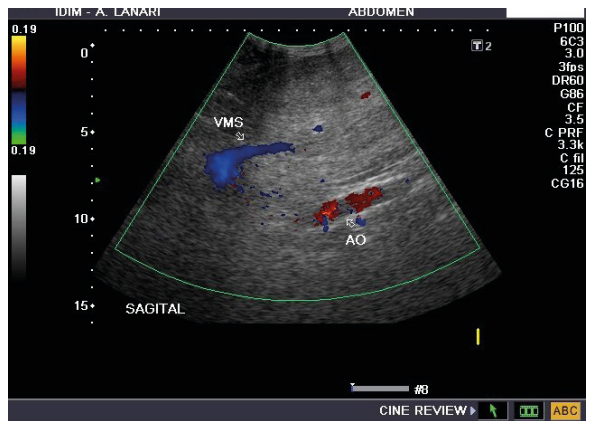


Figura 3.

un diagnóstico aproximado, se vio esa masa en la región epigástrica y umbilical. Una masa que, como se ve, tiene límites bastante poco precisos (Figura 2).

Se veía mejor en tiempo real. Es todo una masa uniforme, ecogénica, bastante homogénea, tiene la particularidad de desplazar a todas las vísceras huecas y engloba a la vena mesentérica superior. En un corte transversal, vemos la aorta en profundidad y la arteria y vena mesentéricas englobadas por toda esta masa. En todos los cortes se ven siempre los vasos mesentéricos rodeados por esa masa homogénea, que está entre el epigastrio y la región umbilical. Al ver esto, se sospecha que pueda tratarse de una **mesenteritis** o de una paniculitis mesentérica, sin otros datos ecográficos. Lo más importante tal vez sea el Doppler vascular, donde se vio que engloba a los vasos mesentéricos. (Figura 3)

Dr. Solernó: Con los hallazgos ecográficos y posteriormente la tomografía, decidimos internar al paciente en sala general. Los residentes plantearon la **paniculitis mesentérica** como diagnóstico más probable. La paniculitis mesentérica debe englobarse dentro de la llamada **mesenteritis esclerosante**, un desorden fibroinflamatorio idiopático que afecta la grasa del mesenterio con un espectro variable, que va desde predominantemente inflamatorio hasta un mayor componente fibroso. La paniculitis tiene un predominio inflamatorio. Con los hallazgos tomográ-

ficos de lo que se denomina un *mesenterio grumoso*, lo que uno se plantea es el diagnóstico etiológico del mismo. Los diagnósticos diferenciales son múltiples. En la bibliografía no hay mucho consenso en cuanto a las etiologías, ni a la asociación con probables neoplasias. Tampoco hay consenso en cuanto a la conducta terapéutica, ni cómo hacer para arribar al diagnóstico etiológico.

¿A qué puede deberse? Como dijimos, a múltiples etiologías: procesos inflamatorios intraabdominales, diverticulitis, apendicitis, traumatismos, cirugía (asociado al talco, debido a los guantes usados en ella). También puede ser secundario a fluidos en caso de hipertensión portal o de insuficiencia cardíaca y secundario a aumento del componente linfático o sanguíneo. Ninguna de estas causas parecen ser la de nuestro paciente. Podría ser de carácter idiopático y también, en el contexto de un paciente anciano, podría ser secundario a una enfermedad neoplásica.

La paniculitis mesentérica, revisando la literatura, puede estar asociada a múltiples enfermedades como las del tubo digestivo: cáncer gástrico, cáncer de páncreas, tumores de colon, tumor carcinoide de intestino delgado, y metástasis hepáticas. También puede asociarse a metástasis por siembra hematogena en neoplasias de pulmón y mama, o secundario a cáncer de próstata, del que nuestro paciente tenía antecedentes.

Recibió tratamiento por cáncer de próstata en 2006, actualmente se sigue en el Departamento de Urología. Presenta dosajes de antígeno prostático específico (PSA) normales posteriores al tratamiento, lo que por supuesto no lo excluye. Lo más importante es definir la conducta diagnóstica; buscar alguna neoplasia asociada a este proceso, que por sus antecedentes clínicos no impresiona que exista. No tiene pérdida de peso, no tiene sudoración nocturna, no tiene fiebre, ni ningún otro equivalente; tampoco tiene síntomas digestivos ni urinarios. El laboratorio tampoco resulta orientador ya que no tiene anemia, tiene eritrosedimentación normal, y la enzima lactato deshidrogenasa (LDH) es normal. Tampoco las imágenes en la tomografía evidenciaban una lesión sugestiva de enfermedad neoplásica.

Son muchos los tumores que pueden asociarse a la paniculitis mesentérica: los linfoproliferativos, como el linfoma no Hodgkin (aunque en este caso no había ninguna adenopatía); y tumores carcinoides, que mayormente aparecen como masas cercanas al intestino delgado pudiendo generar compromiso hepático (que en este caso tampoco se halló).

Al no encontrar una etiología, se decidió en la sala seguir un tratamiento conservador, sintomático, con analgésicos. Algunos autores postulan como tratamiento la inmunosupresión, con corticoides, azatioprina, que en este caso parecía ser una opción desmedida. Se tomó una conducta expectante con la que el paciente evolucionó favorablemente en 24 hs. Desapareció el dolor, toleró la dieta y se decidió dar el alta para continuar de forma ambulatoria el seguimiento y decidir las estrategias diagnósticas. Aunque al respecto, la bibliografía tampoco da pautas claras. Considerando que este es un paciente de 87 años,

los métodos invasivos sugeridos (como la punción biopsia con aguja fina, que da poco rédito, y la laparotomía con toma de biopsia) parecen ser desmedidas en este contexto. Tampoco hay consenso en cuanto al seguimiento. En ausencia de ganglios, algunos autores plantean no hacer seguimiento con métodos de imágenes. En presencia de ganglios de entre 5-10 mm, se propone hacer una TAC a los 6 meses, y si hubiera adenopatías mayores a los 10 mm, recurrir a la biopsia o hacer una TAC entre los 3-6 meses. Me parece que lo más oportuno en este paciente es buscar, con métodos no muy invasivos (endoscopias), alguna neoplasia que pudiera estar en el tubo digestivo; realizar un control con el Servicio de Urología por el antecedente de cáncer de próstata, y un seguimiento tomográfico con control a los 6 meses, acompañado también de seguimiento clínico y bioquímico. Creo que la conducta expectante y el tratamiento antibiótico fueron oportunos y no avanzaría con una conducta más agresiva diagnóstica, incluyendo la biopsia.

Dr. Freue: ¿El paciente no quiere realizar medidas invasivas?

Dr. Solernó: No, el paciente no quiere hacer una biopsia.

Dr. Freue: Bien. Le quería preguntar al Dr. Re: la masa parece tener un comportamiento expansivo. En las peritonitis o en las mesenteritis inflamatorias, ¿esto ocurre o simplemente cualquier mesenteritis puede tenerlo?

Dr. Re: La verdad es que, en general, este tipo de pacientes suele tener lesiones grandes y son lesiones expansivas. En este caso, probablemente, la densidad del tejido graso esté modificada porque tiene compromiso inflamatorio, y eso es lo que le modifica la densidad. Normalmente, la masa tiene la densidad del tejido graso. Lo que planteé recién es la etiología de los lipomas. Hay muchos pacientes que tienen lipomas múltiples en piel, y en general no se busca la etiología de los lipomas. Esto es como un lipoma, pero en el mesenterio, que es un lugar donde normalmente hay grasa. Lo mismo pasa con los lipomas en el tejido celular subcutáneo, donde normalmente también hay grasa. Nosotros estudiamos a muchos pacientes que tienen lipomas en el tejido celular subcutáneo y nadie busca cuál es la etiología de eso. El lipoma no es una grasa diferente, pero sí está encapsulado, y esa cápsula se ve bastante bien, tanto en la ecografía como en la tomografía. Tiene un límite preciso. Yo no conozco cuál es la etiología del lipoma, y por qué hay gente que los tiene. En gente joven, uno tiene que pensar que puede tener un sarcoma que es la proliferación de las células que sostienen a la grasa. En este caso no lo encontré. Por otra parte, es un paciente que tiene 87 años.

Dr. Freue: ¿La imagen es compatible con un sarcoma? Porque tiene densidad de grasa y no de partes blandas.

Dr. Re: No, no es compatible con un sarcoma, porque no tiene densidad de partes blandas, tiene todo densidad de tejido graso.

El resto de la tomografía, no tiene evidencia de tener ninguna lesión hepática, y el estómago parece tener un aspecto normal. No tenemos una imagen del tórax.

Dr. Palmitano: Al igual que en la tomografía, en la ecografía tampoco se vio ninguna imagen de algún tumor. El resto de la ecografía, hígado, vesícula, páncreas, bazo y riñones, es normal. Tampoco se vio una alteración sugestiva de un tumor colónico o gástrico. Tal vez, dentro de los estudios no cruentos que se pueden hacer estarían las endoscopias alta y baja para descartar algún tumor primario.

xxx(especialidad)xxxxx Dra. Mirta Virginillo: La nomenclatura de esta enfermedad es confusa, teniendo diferentes denominaciones para referirse a la misma imagen. Podría tratarse de progresión de diferentes enfermedades como **la lipodistrofia mesentérica**, en donde solamente hay una inflamación leve; **la paniculitis mesentérica**, un grado mayor de inflamación del tejido adiposo; y **la mesenteritis retráctil**, donde hay fibrosis y retracción, lo que puede llevar, según donde se aloje la mayor cantidad de inflamación, a obstrucciones o pseudoobstrucciones intestinales (por ejemplo, en la zona del intestino delgado o del intestino grueso). Por eso pregunté si había alguna evidencia, en este caso, de la existencia de una obstrucción intestinal, para pensar si tenía mayor grado de mesenteritis retráctil o si tenía un menor grado, pudiendo ser una paniculitis.

Con respecto a la etiología se puede agregar que se da mayormente en pacientes varones adultos o ancianos, como sería el caso de este paciente. Hay casos de pacientes fumadores, parece que el tabaco y sus componentes, como la nicotina, pueden causar inflamación en distintos tejidos. Con respecto al diagnóstico, se habla de las punciones biopsias. Sí es factible hacerle una punción dirigida por ecografía, mirando que no haya asas de intestino delgado que interrumpan o compliquen la posible punción. Con respecto al tratamiento, hay otras drogas que se usan, como la colchicina y la progesterona.

xxx(especialidad)xxxxx Dr. Leo Paz: Quiero recordar que, en la autopsia de otro paciente con imágenes similares, encontramos que la lesión correspondía a un linfoma de tipo angiocéntrico y angiodestructivo, que compromete el pulmón, todo el tubo digestivo y el mesenterio. En la masa mesentérica de ese paciente, observamos inflamación y necrosis asociada al linfoma. Nosotros podríamos

contribuir con una punción aspirativa, si es que se quiere avanzar y el paciente se opone a una biopsia mesentérica.

xxx(especialidad)xxx Dr. Gustavo De Feo: La evolución natural de este tipo de patologías es imprevisible, pudiendo tener un curso relativamente indolente y sostenido en el tiempo; o casos evolutivos en donde habría cierto cambio histológico que lleva obstrucciones intestinales o la isquemia vascular, por el compromiso de los vasos mesentéricos. El caso para mí tiene, en particular, dos elementos que quitan presión a la hora de tomar decisiones: el primero es la edad del paciente. Es distinto discutir buscar patologías asociadas o potencialmente ligadas a la génesis del proceso en un paciente de 60-70 años que en un paciente de esta edad. El segundo elemento que también brinda cierta tranquilidad a la hora de tomar decisiones es la preexistencia de una lesión parecida en una tomografía varios años antes. ¿Por qué digo esto? Porque dentro de las pocas certezas que hay respecto a este tipo de lesiones, una de ellas es que alrededor del 40-60% de los casos terminan asociándose a algún tumor. Ya se mencionaron las potenciales etiologías asociadas. Al parecer en cuatro años, en este caso, todavía no hay evidencia de ninguna lesión tumoral asociada. No creo que, frente a una lesión en donde predomina la liposis más que la fibrosis, la progesterona sea una buena elección. Quizás el tamoxifeno en alguien que no quiere hacer un procedimiento diagnóstico invasivo pueda ser una buena opción terapéutica médica.

Médico Consultor. Dr. Jorge Hevia: En muchos de los pacientes que fueron biopsiados se encontraron células inflamatorias, y fibrosis. Fisiológicamente es similar a la fibrosis retroperitoneal, y dosar IgG4 podría ser de interés, porque se desconoce la etiología, salvo que se encuentre un tumor.

La tomografía por emisión de positrones (PET) en estos casos daría negativo para la grasa y, si hubiera un tumor, habría captación. Me parece que en este paciente, lo que ocurrió en realidad es más simple. Tuvo la noche anterior a la consulta una ingesta de alimentos copiosa y se despertó con dolor abdominal. No me parece seguir avanzando, por la edad y la remisión de la sintomatología.

Dr. Freue: Creo que, en definitiva, se discute básicamente un hallazgo de imágenes, y que se debería ser lo menos invasivo posible. Hacer seguimiento clínico, de imágenes y, llegado el caso de que el cuadro clínico cambie, uno podría plantearle al paciente una biopsia guiada por ecografía, que es un procedimiento simple. Él no quería hacer nada y nosotros tampoco.