

DOI: 10.26820/recimundo/5.(3).sep.2021.333-338

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1275>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 333-338








Síntomas, causas y tratamiento de una mesenteritis esclerosante

Symptoms, causes and treatment of a sclerosing mesenteritis

Sintomas, causas e tratamiento de una mesenterite esclerosante

Gema Gabriela Basurto Macías¹; Rodrigo Isaac Yamberla Luna²; Roberth Andrés Hidrovo Giler³;
Allisson Nathalie Orozco Macías⁴; Joselyn Gisella Ibarra Granda⁵

RECIBIDO: 11/04/2021 **ACEPTADO:** 15/06/2021 **PUBLICADO:** 13/09/2021

1. Médico Cirujano; Médico General en Funciones Hospitalarias Hospital Dr. Gustavo Domínguez - Santo Domingo de los Tsachilas, Ecuador; gemy_19_06_gb@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9801-806X>
2. Médico Cirujano; Médico de Primer nivel de atención - CS. San Gabriel del Baba - Santo Domingo de los Tsachilas, Ecuador; rodryamberla96@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5782-9643>
3. Médico Cirujano; Médico General en Funciones Hospitalarias - Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano; Santo Domingo de los Tsachilas, Ecuador; rahg_1993@outlook.es;  <https://orcid.org/0000-0002-9915-2754>
4. Médico Cirujano; Centro Médico de Especialidades – Concordia; Ecuador; nathalieorozco25@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-6677-6328>
5. Médico Cirujano; China Camc Engineering – Pedernales, Ecuador; jogi.92_2010@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-4755-5658>

CORRESPONDENCIA

Gema Gabriela Basurto Macías

gemy_19_06_gb@hotmail.com

Santo Domingo, Ecuador

RESUMEN

El término mesenteritis esclerosante, hace referencia a una enfermedad idiopática, rara, de curso crónico, caracterizada por cambios inflamatorios y fibróticos en el tejido adiposo del mesenterio del intestino. Se desconoce su etiología, pero se cree que puede ser el resultado de una respuesta inflamatoria inespecífica del mesenterio a una agresión alérgica, química, térmica, infecciosa, autoinmune o quirúrgica, aunque no existe evidencia científica que sostenga esta hipótesis. El presente artículo describe y compara diferentes literaturas sobre Síntomas, causas y tratamiento de una mesenteritis esclerosante. Para ello, se recolecta esta información de diferentes fuentes bibliográficas adquiridas de bases de datos (SCOPUS, PubMed, Biblioteca Cochrane, Google Scholar) valorando la calidad y veracidad de la información recopilada, así como la actualidad del contenido. Los dos casos de estudio aquí presentados, confirman que esta afección se presenta principalmente en hombres y que el diagnóstico para determinarla puede ser confuso por la similitud de otras patologías, lo que conlleva a la realización de múltiples estudios (incluidos procedimientos laparoscópicos). En el contexto del tratamiento a menos que haya una obstrucción intestinal en donde se requiere un procedimiento quirúrgico (derivaciones, resecciones parciales o colostomía) no existe un tratamiento específico, aunque hay investigaciones que sugieren fármacos inmunosupresores e inmunomoduladores.

Palabras clave: Mesenterio, esclerosante, idiopática, quirúrgico, resección.

ABSTRACT

The term sclerosing mesenteritis refers to an idiopathic, rare, chronic disease characterized by inflammatory and fibrotic changes in the adipose tissue of the mesentery of the intestine. Its etiology is unknown, but it is believed that it may be the result of a non-specific inflammatory response of the mesentery to an allergic, chemical, thermal, infectious, autoimmune or surgical attack, although there is no scientific evidence to support this hypothesis. This article describes and compares different literatures on Symptoms, causes and treatment of sclerosing mesenteritis. To do this, this information is collected from different bibliographic sources acquired from databases (SCOPUS, PubMed, Cochrane Library, Google Scholar), assessing the quality and veracity of the information collected, as well as the timeliness of the content. The two case studies presented here confirm that this condition occurs mainly in men and that the diagnosis to determine it can be confusing due to the similarity of other pathologies, which leads to the performance of multiple studies (including laparoscopic procedures). In the context of treatment, unless there is an intestinal obstruction where a surgical procedure is required (diversions, partial resections, or colostomy), there is no specific treatment, although there is research that suggests immunosuppressive and immunomodulatory drugs.

Keywords: Mesentery, sclerosing, idiopathic, surgical, resection.

RESUMO

O termo mesenterite esclerosante se refere a uma doença idiopática, rara e crônica, caracterizada por alterações inflamatórias e fibróticas no tecido adiposo do mesentério do intestino. Sua etiologia é desconhecida, mas acredita-se que possa ser o resultado de uma resposta inflamatória inespecífica do mesentério a um ataque alérgico, químico, térmico, infeccioso, autoimune ou cirúrgico, embora não haja evidências científicas para apoiar essa hipótese. Este artigo descreve e compara diferentes literaturas sobre sintomas, causas e tratamento da mesenterite esclerosante. Para isso, essas informações são coletadas de diferentes fontes bibliográficas adquiridas em bancos de dados (SCOPUS, PubMed, Cochrane Library, Google Scholar), avaliando a qualidade e veracidade das informações coletadas, bem como a atualidade do conteúdo. Os dois estudos de caso aqui apresentados confirmam que essa condição ocorre principalmente em homens e que o diagnóstico para determiná-la pode ser confuso devido à semelhança com outras patologias, o que leva à realização de múltiplos estudos (incluindo procedimentos laparoscópicos). No contexto do tratamento, a menos que haja uma obstrução intestinal onde um procedimento cirúrgico seja necessário (desvios, ressecções parciais ou colostomia), não há tratamento específico, embora haja pesquisas que sugiram drogas imunossupressoras e imunomoduladoras.

Palavras-chave: Mesentério, esclerosante, idiopático, cirúrgico, ressecção.

Introducción

El término mesenteritis esclerosante, hace referencia a una enfermedad idiopática, rara, de curso crónico, caracterizada por cambios inflamatorios y fibróticos en el tejido adiposo del mesenterio del intestino. Según Sharma en su revisión sistemática, fue descrita por primera vez por Jura en 1924 como mesenteritis retráctil; posteriormente Crane, en 1955, presenta cinco casos con mesenterio intestinal firme y engrosado, y Ogden en 1960 la reseña como una paniculitis mesentérica (Chalacán, Benalcazar, Recalde, & Negrete, 2021, pág. 339).

Se desconoce su etiología, pero se cree que puede ser el resultado de una respuesta inflamatoria inespecífica del mesenterio a una agresión alérgica, química, térmica, infecciosa, autoinmune o quirúrgica, aunque no existe evidencia científica que sostenga esta hipótesis. Es un proceso benigno, que en la mayoría de los casos se autolimita (Vidal-González, y otros, 2008, pág. 343). Suele tener lugar en la sexta década de la vida y es más frecuente en varones. Como se ha mencionado, la mesenteritis esclerosante es una enfermedad benigna, pero en ocasiones su naturaleza infiltrativa puede desarrollar complicaciones como trombosis de los vasos mesentéricos y desarrollo de colaterales o varices que pueden sangrar, obstrucción de las asas de intestino delgado por atrapamiento de las mismas o isquemia intestinal (De La Vega, González, Cabillas, & López, 2018, pág. 1).

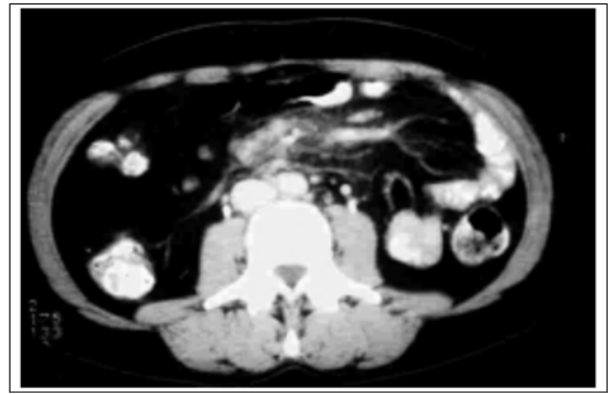


Imagen 1. Tomografía computarizada en la que se detectan adenopatías en localización retroperitoneal, paraaórtica, interaortocava y raíz de mesenterio y engrosamiento de la grasa en torno al pedículo vascular central del mesenterio

Fuente: (Martínez Odriozola, García Jiménez, Cabeza García, & Oveja Barrutieta, 2003).

La epidemiología de la mesenteritis esclerosante es desconocida. Se ha descrito una prevalencia de 0,6% en más de 7.000 tomografías computarizadas abdominales. La enfermedad se considera rara en la edad pediátrica, con solo 17 casos reportados hasta la fecha. Aunque hay reportes en menores de 3 años, la mayoría de los pacientes están entre ~ la quinta y la séptima décadas de la vida (Parra-Buitrago, Valencia-Zuluaiga, Rivera-Echeverry, Contreras-Ramírez, & Vélez-Hoyos, 2013).

Histológicamente, y en función del tejido que predomina, se describen tres formas: - Paniculitis (nodular) mesentérica, por su componente inflamatorio crónico predominante; Lipodistrofia mesentérica, en base a la mayor necrosis grasa; y Mesenteritis retráctil, en base a la fibrosis predominante. La apariencia radiológica es variable, desde un sutil aumento de la densidad con pequeños nódulos en el mesenterio, a una masa sólida. La TC juega un papel importante como primera modalidad de imagen para sugerir el diagnóstico, así como para

distinguirla de otras entidades más frecuentes que pueden presentarse con hiperatenuación de la grasa intraabdominal (Ribelles, y otros, 2012).

Su diagnóstico es un desafío. Para su diagnóstico se deben asociar criterios clínicos, radiológicos, quirúrgicos e histológicos; aunque su diagnóstico definitivo viene marcado por la necesidad de confirmación histológica mediante biopsia (Serrato & Rivas, 2018, pág. 100).

Metodología

El presente artículo describe y compara diferentes literaturas sobre Síntomas, causas y tratamiento de una mesenteritis esclerosante. Para ello, se recolecta esta información de diferentes fuentes bibliográficas adquiridas de bases de datos (SCOPUS, PubMed, Biblioteca Cochrane, Google Scholar) valorando la calidad y veracidad de la información recopilada, así como la actualidad del contenido.

Resultados

1. Síntomas

Clínicamente se presenta con signos y síntomas inespecíficos, siendo el dolor abdominal la principal manifestación clínica, además de distensión abdominal y la presencia de una masa abdominal, que muchas veces puede confundirse con un tumor, lo que dificulta el diagnóstico (Chalacán, Benalcazar, Recalde, & Negrete, 2021, pág. 339). La clínica es variable, desde un cuadro de dolor abdominal con náuseas, fiebre, malestar general, y pérdida de peso; diarrea; masa palpable; isquemia u obstrucción intestinal; así como incidental. Hay predilección en varones, entre 20-90 años, con una edad media de 60 años (Ribelles, y otros, 2012).

2. Tratamiento

El tratamiento puede ser médico, con el uso

de fármacos inmunosupresores e inmunomoduladores, o quirúrgico (Chalacán, Benalcazar, Recalde, & Negrete, 2021, pág. 339). Pocos pacientes requieren tratamiento quirúrgico, el cual generalmente está dirigido a complicaciones secundarias, como obstrucción intestinal (Parra-Buitrago, Valencia-Zuluaga, Rivera-Echeverry, Contreras-Ramírez, & Vélez-Hoyos, 2013).

3. Causas

Se trata de una entidad de causa desconocida, con frecuente asociación a otros desórdenes fibroesclerosos idiopáticos como la fibrosis retroperitoneal, colangitis esclerosante, enfermedad de Riedel y pseudotumor orbitario (masas que desplazan, con inflamación y fibrosis) (Ribelles, y otros, 2012). Algunas series describen coexistencia con entidades tumorales como el linfoma, cáncer de mama, pulmón o colon, o melanoma... Recientemente, existen algunos casos publicados que relacionan esta entidad con enfermedades del metabolismo de la glucosa. Existen otras publicaciones, también recientes, que describen una posible relación entre esta entidad y la enfermedad relacionada con la IgG4, aunque no hay nada concluyente al respecto (De La Vega, González, Cabillas, & López, 2018, pág. 2).

4. Diagnostico

4.1. Hallazgos por imagen

Por lo general, la prueba de elección para el estudio de masas tumorales en el mesenterio es la tomografía computarizada (TC). Habitualmente, uno de los tres componentes de la mesenteritis (inflamación, necrosis grasa y fibrosis) será el predominante y detectable a su vez en los estudios de TC permitiendo su clasificación en uno de los tres subtipos.

- La paniculitis mesentérica aparece como un área focal de aumento de la atenuación con grasa a su alrededor a

modo de pseudocápsula, en una apariencia como de “bruma”. Estos hallazgos se intercalan con áreas de fibrosis que se visualizan como bandas lineales de atenuación de tejidos blandos.

- La mesenteritis esclerosante es una forma con gran componente fibroso que afecta a la raíz del mesenterio del intestino delgado, aunque en ocasiones puede afectar al mesocolon. En TC se visualiza como una o varias masas sólidas, mal definidas, de densidad de tejidos blandos que infiltra la grasa circundante conformando un patrón “estrellado”, o como un aumento de la atenuación o un engrosamiento que se extiende hasta el borde mesentérico intestinal. Puede contener calcificaciones y zonas de densidad grasa en el seno de la masa (Ribelles, y otros, 2012, pág. 2).

5. Presentación de algunos casos clínicos



Imagen 2. Zona de estenosis en el intestino delgado

Fuente: (Chalacán, Benalcazar, Recalde, & Negrete, 2021).

Caso I. Paciente masculino de 28 años de edad. Ingresó con cuadro de 12 horas de evolución de dolor abdominal, localizado en epigastrio, asociado a vómito, en el hemograma se encontró leucocitosis de 12.070 células por microlitro y neutrofilia de 84 %. Se realizó una tomografía computarizada de abdomen que informó distensión de asas

de intestino delgado, con zona de transición a nivel del íleon terminal, compatible con obstrucción intestinal mecánica (posible brida intestinal).

Diagnóstico

Por lo anterior, el paciente fue diagnosticado con obstrucción intestinal por adherencias y se realizó una liberación de adherencias por laparoscopia. En el posoperatorio, el paciente se mantuvo con débitos altos por la sonda nasogástrica, por lo que al quinto día se solicitó un tránsito intestinal con gastrografina, sin existir progresión del contraste en el intestino delgado, con falta de vaciamiento gástrico.

Tratamiento

Posteriormente se decidió una nueva intervención quirúrgica y se realizó laparotomía exploratoria, identificando un asa de intestino delgado con zona de estenosis aproximadamente a 150 cm de la válvula ileocecal, que se trató mediante resección intestinal más anastomosis (Chalacán, Benalcazar, Recalde, & Negrete, 2021, págs. 339-340).

Caso II. Paciente de 42 años con antecedentes de exposición laboral a vinilos y apendicetomía, que seis meses antes de su ingreso en nuestra unidad precisó asistencia hospitalaria por dolor abdominal con diagnóstico al alta de crisis suboclusiva. Ingresó por dolor periumbilical de dos meses de evolución, con episodios de febrícula intermitente, de predominio vespertino, acompañada de sudoración y adelgazamiento de nueve kg, sin anorexia ni astenia. La exploración física se encontraba dentro de los límites de la normalidad. En las radiografías de tórax, abdomen, ecografía pélvica, tránsito intestinal, TC (tomografía computarizada) de tórax y gammagrafía con galio no se encontró anomalía relevante alguna. En la TC abdominal, se apreciaron cuatro adenopatías de 15 mm de diámetro

en localización retroperitoneal, paraaórtica, interaortocava y raíz de mesenterio, más afectación tipo masa mal definida afectando la grasa en torno al pedículo vascular central del mesenterio. En la endoscopia digestiva alta se detectó una hernia hiatal no complicada. Se realizó laparotomía exploradora, en la que se pudo observar imagen de masa que afectaba la grasa mesentérica proximal a un asa yeyunal.

El paciente fue tratado con antiinflamatorios no esteroideos obteniéndose respuesta parcial y el tratamiento con prednisona por vía oral, a dosis de 1 mg/kg/día, no consiguió resolver el proceso. Tras asociar colchicina el paciente mejoró clínica, analítica y radiológicamente.

Conclusiones

Los dos casos de estudio aquí presentados, confirman que esta afección se presenta principalmente en hombres y que el diagnóstico para determinarla puede ser confuso por la similitud de otras patologías, lo que conlleva a la realización de múltiples estudios (incluidos procedimientos laparoscópicos). En el contexto del tratamiento a menos que haya una obstrucción intestinal en donde se requiere un procedimiento quirúrgico (derivaciones, resecciones parciales o colostomía) no existe un tratamiento específico, aunque hay investigaciones que sugieren fármacos inmunosupresores e inmunomoduladores.

Bibliografía

- Chalacán, M. F., Benalcazar, C., Recalde, J., & Negrete, R. (2021). Mesenteritis esclerosante: diagnóstico y tratamiento. *Revista Colombiana de Cirugía*, 36(2), 338-343.
- De La Vega, M. S., González, A., Cabillas, M., & López, M. (2018). Mesenteritis esclerosante: gran simuladora. *Seram*.
- Martínez Odriozola, P., García Jiménez, N., Cabeza García, S., & Oveja Barrutieta, E. (2003). Mesenteritis esclerosante: A propósito de dos casos con diferente forma de presentación clínica. In *Anales de medicina interna*. Arán Ediciones, SL, 20(5), 38-40.
- Parra-Buitrago, A., Valencia-Zuluaga, N., Rivera-Echeverry, J., Contreras-Ramírez, M., & Vélez-Hoyos, A. (2013). Mesenteritis esclerosante idiopática en la edad pediátrica: presentación de un caso clínico. *Revista de Gastroenterología de México*, 78(4), 255-257.
- Ribelles, C. R., Aguilar, V., Hernández, O., Benavent, R., Valles, C., & Guilabert, J. (2012). Mesenteritis Esclerosante: espectro radiológico en la Tomografía Computarizada. *European Congress of Radiology-SERAM 2012*.
- Serrato, S. N., & Rivas, M. (2018). Mesenteritis esclerosante " aparente enfermedad maligna": alternativa diagnóstica ante la presencia de dolor, ascitis y suboclusión intestinal. *Revista andaluza de patología digestiva*, 41(2), 99-102.
- Vidal-González, P., Cervantes-Castro, J., Rojas-Reyna, G., Ramírez-Cerda, C., Kunz-Martínez, W., & Toiber-Levy, M. (2008). Mesenteritis esclerosante. Presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Cirugía y Cirujanos*, 76(4), 343-348.



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Basurto Macías, G. G., Yamberla Luna, R. I., Hidrovo Giler, R. A., Orozco Macías, A. N., & Ibarra Granda, J. G. (2021). Síntomas, causas y tratamiento de una mesenteritis esclerosante. *RECIMUNDO*, 5(3), 333-338. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(3\).sep.2021.333-338](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(3).sep.2021.333-338)