

Lipodistrofia de Mesenterio

Dra. Mónica Castillo M *, Dr. Erik Romero A *, Dr. Enrique Medina G *, Dra. Carmen Berumen †

*Servicio de Cirugía General. Hospital General de zona 1 "Gabriel Mancera", † Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Zona 1 "Gabriel Mancera".
Recibido para publicación 28-VIII-94. Aceptado para publicación 12-I-95.

RESUMEN Se realiza la presentación clínico-patológica de un pseudotumor inflamatorio del mesenterio en un masculino de 43 años. Acudió al hospital con un tumor abdominal de 2 meses de evolución, el cual había condicionado cuadros de obstrucción intestinal. De los estudios de gabinete realizados, la tomografía axial computada y la angiografía mesentérica fueron de gran utilidad. Los exámenes de laboratorio fueron inespecíficos, y el diagnóstico de certeza se obtuvo mediante cirugía y estudio histológico de la lesión. Se realizó la revisión bibliográfica de otros casos previos reportados.

Palabras clave: Lipodistrofia, mesenterio, pseudotumor, angiografía

Los pseudotumores inflamatorios intestinales constituyen una parte del espectro de las alteraciones infiltrativas benignas de la grasa mesentérica. Existen múltiples términos utilizados para esta amplia gama de degeneraciones grasas como son lipodistrofia de mesenterio, paniculitis mesentérica y mesenteritis retráctil, entre otros; y no ha sido sino hasta las últimas décadas que se han reportados estos casos. Kipfer y cols reportan menos de 100 casos en la literatura inglesa en los últimos años¹. En 1947, Pemberton y cols², describieron tres pacientes con engrosamiento mesentérico por infiltración de macrófagos, inflamación de la grasa y algunas zonas de fibrosis. Inicialmente creyeron que se trataba de enfermedad de Whipple en etapa inicial, sin embargo, estos pacientes evolucionaron favorablemente lo cual los llevó a concluir que se trataba únicamente de inflamación inespecífica de la grasa mesentérica. En 1955 Crane, Aguilar y Grimes³ describieron cinco pacientes con alteraciones mesentéricas similares y acuñaron el término de lipodistrofia de mesenterio. A partir de esa fecha se han utilizado múltiples términos para denominar a estas alteraciones mesentéricas, en función del componente histológico principal de la infiltración mesentérica: Lipodistrofia aislada-infiltración grasa, paniculitis mesentérica-infiltración de linfocitos y macrófagos y mesenteritis retráctil-fibrosis. El presente estudio tiene como ob-

SUMMARY This case report describes the clinic and pathologic findings of an inflammatory pseudotumor of the mesentery in a 43 years old male. Previous to the hospital admission he had several episodes of intestinal occlusion and an abdominal mass. Computed tomography and mesenteric angiography were very helpful. Laboratory tests were inespecific, and the final diagnosis was obtained after surgery and histologic study of the lesion. We review published literature on inflammatory pseudotumors.

Key words: Lipodistrophy, mesentery, pseudotumor, angiography

jetivo reportar un caso de lipodistrofia del mesenterio, y revisar las publicaciones existentes en la literatura inglesa.

CASO CLINICO

Masculino de 43 años que acude al servicio de cirugía general por un tumor abdominal autodetectado de dos meses de evolución. Dentro de sus antecedentes de importancia sufrió traumatismo craneo encefálico en la juventud, el cual ameritó drenaje quirúrgico de hematoma y uso de anticonvulsivos hasta la actualidad. No tenía antecedentes de traumatismo abdominal o enfermedades inflamatorias intestinales. Dos meses previos a su ingreso detectó una tumoración periumbilical, en un inicio de aproximadamente 7 cm de diámetro que fue aumentando rápidamente de tamaño. No había antecedente de dolor, pérdida de peso, anorexia, náusea o vómito. Cursó en dos ocasiones con cuadros de oclusión intestinal parcial, 30 y 15 días previos a su ingreso, los cuales se resolvieron médicamente.

A la exploración física el único hallazgo fue un tumor de aproximadamente 15 cm de diámetro en mesogastrio, duro, móvil, no doloroso y no fijo a planos profundos. Los exámenes de laboratorio resultaron dentro de límites normales.

Se realizó ultrasonido abdominal, el cual reportó

Lipodistrofia de Mesenterio

un tumor abdominal de aprox 20 x 15 cm con ecos mixtos en su interior. La tomografía axial computada reportó un gran tumor dependiente del mesenterio de intestino delgado con zonas de necrosis en su interior (Figura 1). La angiografía mesentérica mostró un tumor dependiente del mesenterio con múltiples vasos de neoformación y desplazamiento intestinal (Figura 2).

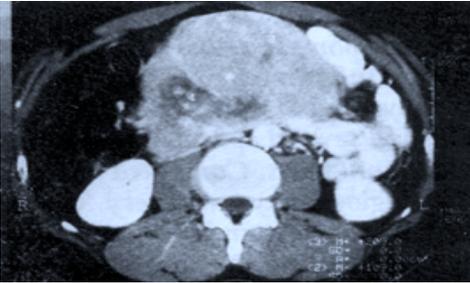


Figura 1.
TAC de abdomen:
Extensa tumoración
del mesenterio del
intestino delgado con
zonas de necrosis.

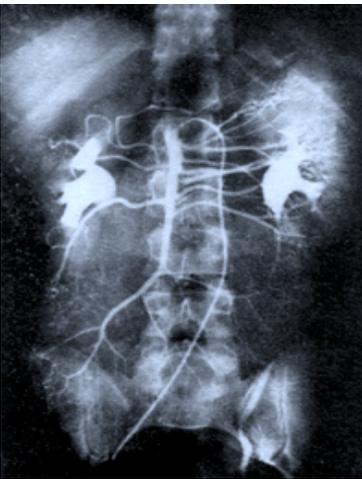


Figura 2. Angiografía
mesentérica con tumor
dependiente del mesenterio,
múltiples vasos
de neoformación. Nótese
desplazamiento intestinal.

La laparotomía exploradora mostró un tumor del mesenterio del yeyuno e ileon que midió aprox 15 x 20 cm, de aspecto nodular, blanco amarillento que abarcaba desde la raíz del mesenterio hasta unos cuantos centímetros del intestino, sin interesar al mismo. Se efectuó resección tumoral amplia la cual incluyó 90 cm de yeyuno e ileon. A 8 meses de seguimiento el paciente se encuentra con buena evolución clínica, asintomático y la tomografía axial computada de control sin evidencia de reactivación tumoral.

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS

La pieza quirúrgica fue reportada como tumor mesentérico de 16 x 18 x 8 cm bien delimitado con superficie externa lobulada. Al corte, superficie firme, blanco amarillento con pequeñas zonas necróticas

café rojizas. El tumor rechazaba al intestino delgado sin invadir su pared (Figura 3). Microscópicamente estaba formado por células inflamatorias mononucleares y macrófagos espumosos inmersos en un fino estroma fibroso. Focalmente predominaba la fibrosis hialina poco celular (Figura 4).

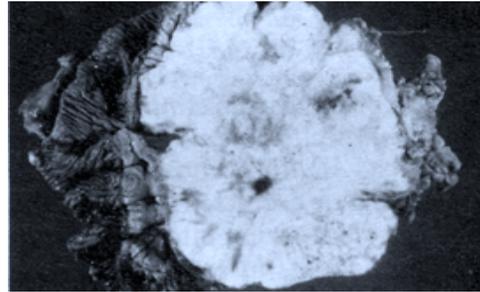


Figura 3.
El tumor no muestra
invasión de la pared
intestinal.

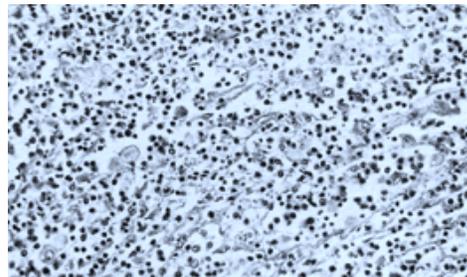


Figura 4.
Histológicamente se
observan células
mononucleares y
macrófagos espumosos
que ocupan un
estroma con fibrosis,
existe fibrosis hialina.

DISCUSION

La Lipodistrofia del mesenterio, la paniculitis mesentérica y la mesenteritis retráctil, son algunos de los términos descriptivos usados para denominar a los pseudotumores del mesenterio. Son alteraciones poco usuales caracterizadas por inflamación del tejido graso. El diagnóstico de estas alteraciones descansa en tres criterios principalmente: 1) Masa única, múltiple o difusa que engrosa el mesenterio, epip'ón o retroperitoneo. 2) Confirmación histológica de necrosis grasa con un infiltrado inflamatorio, infiltración grasa por macrófagos llenos de grasa, inflamación crónica y fibrosis. 3) Ausencia de pancreatitis, enfermedad inflamatoria intestinal o necrosis grasa extraabdominal^{4,5}.

Las alteraciones inflamatorias de la grasa mesentérica que dan origen a los pseudotumores inflamatorios son entidades poco frecuentes y cuya etiología no se ha determinado^{1,4,6,8,11}. En algunos casos se han asociado a traumatismos o intervenciones quirúrgicas abdominales previas. Su mayor incidencia ocurre entre la quinta y sexta décadas de la vida⁸ y existe discreto predominio del sexo masculino con una relación 1.5:1^{4,5,10,12}.

Los principales signos y síntomas son dolor

abdominal y sensación de masa ocupativa abdominal, los cuales pueden tener duración desde unas cuantas semanas hasta 20 años⁸. Sin embargo, se ha reportado que hasta en un 43% los pacientes se refieren asintomáticos y se presentan sólo como hallazgos transoperatorios o tomográficos⁵. Con menor frecuencia existe pérdida de peso, fiebre, náusea, vómito y anorexia. A la exploración física, el principal hallazgo es el tumor abdominal palpable en 50% de los pacientes⁴, el cual es profundo, firme, mal definido y con frecuencia doloroso.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con tumores intrabdominales especialmente linfomas.

El hallazgo radiológico más frecuente en el tránsito intestinal es el desplazamiento de asas intestinales por una masa extrínseca. El ultrasonido generalmente muestra una masa heterogénea con componentes hiperecóticos asociados con la infiltración grasa. La tomografía axial computada ha demostrado ser de gran utilidad, pues permite precisar la localización, tamaño y relación del tumor. Los hallazgos tomográficos tienen un amplio espectro que varía desde un tumor heterogéneo bien definido con áreas de necrosis hasta áreas mal definidas de infiltración mesentérica, las calcificaciones son raras. Ningún estudio de gabinete es específico^{5,10,12}. Los exámenes de laboratorio son generalmente normales⁵.

Histológicamente, cuando la infiltración grasa es el componente principal, nos referimos a lipodistrofia aislada. Cuando predomina la infiltración linfocítica y de macrófagos, se denomina como paniculitis mesentérica; y la mesenteritis retráctil se utiliza como término descriptivo cuando el componente principal es la fibrosis. Estos diferentes términos permiten describir diferentes estadios de la alteración inflamatoria del mesenterio, de modo que estas patologías son parte de un espectro muy amplio que abarca desde la paniculitis mesentérica hasta la mesenteritis retráctil^{4,6,7,9,10,12}. El diagnóstico de certeza se establece con base en los criterios histológicos ya comentados, para lo cual es necesario una laparotomía exploradora con toma de biopsia o excisión tumoral. El curso clínico es generalmente benigno. Las masas no resecaadas tienden a permanecer del mismo tamaño o inclusive disminuyen con el tiempo y las masas resecaadas quirúrgicamente rara vez recidivan^{1,3,4,13}.

El manejo de este tipo de tumores es muy controvertido. Algunos autores como Cooper y Kipfer^{1,8} recomiendan el manejo conservador no resectivo, argumentando que su curso es benigno y la mayoría tienden a disminuir con el tiempo. Otros proponen

la resección quirúrgica, principalmente en aquellos casos en los que el tamaño del tumor pueda predisponer a obstrucción intestinal⁸.

En el presente caso fue necesario resecar gran parte de yeyuno e ileon, dado que el paciente había cursado con cuadros de obstrucción intestinal, debido al efecto de compresión extrínseca que ejercía el tumor.

CONCLUSIONES

Los pseudotumores inflamatorios del mesenterio constituyen una rara degeneración de la grasa mesentérica, forman parte de un espectro de alteraciones inflamatorias e infiltrativas, cuyo curso por lo regular es benigno. Generalmente pueden alcanzar gran tamaño, lo que puede condicionar cuadros de obstrucción intestinal. El diagnóstico de certeza se establece mediante biopsia del tumor. El manejo de este tipo de tumores debe ser conservador siempre y cuando el tamaño del mismo así lo permita.

REFERENCIAS

1. Kipfer R, Moertel C, Dahlin D. Mesenteric Lipodystrophy. *Ann Intern Med* 1974;80:582-588.
2. Pemberton J de J, Comfort MW, Fair E, et al. Intestinal lipodystrophy (Whipples disease). *Surg Gynecol Obstet* 1947;85:85-91.
3. Crena JT, Aguilar MJ, Grimes OF. Isolated lipodystrophy, a form of mesenteric tumor. *Am J Surg* 1955;90:169-179.
4. Cooper CJ, Silverman PM, Forer L, et al. Mesenteric Paniculitis. *AJR* 1990;154.
5. Monahan DW, Poston WK, Brown GJ. Mesenteric Paniculitis. *South Med J* 1989;82:782-784.
6. Wu JP, Yunis EJ, Fetterman WF, et al. Inflammatory pseudotumors of the abdomen: Plasma cell granulomas. *J Clin Pathol* 1973;26:943-948.
7. Kelly JK, Hwang WS. Idiopathic retractile (sclerosing) Mesenteritis and its differential Diagnosis. *Am J Surg Pathol* 1989;13:513-521.
8. Tedeschi CG, Botta BC. Retractable Mesenteritis. *New Engl J Med* 1962;266:1035-1040.
9. Reske M, Namiki H. Sclerosing Mesenteritis, Report of two cases. *AJCP* 1975;64:661-667.
10. Pérez-Fontan FJ, Soler R, Sánchez J, et al. Retractable Mesenteritis Involving the Colon: Barium enema, sonographic and CT findings. *AJR* 1986;147:937-940.
11. Han SY, Koehler RE, Keller FS, et al. Retractable Mesenteritis Involving the colon: Pathologic and Radiologic Correlation (case report). *AJR* 1986;147:268-270.
12. NG SH, Wong HF, Kosf, et al. Retractable Mesenteritis with Colon and Retroperitoneum Involvement: CT Findings. *Gastrointest Radiol* 1992;17:333-335.
13. Meis JM, Enzinger FM. Inflammatory Fibrosarcoma of the Mesentery and Retroperitoneum. A tumor colsely simulating Inflammatory Pseudotumor. *Am J Surg Pathol* 1991;15:1146-1156.
14. Pettinato G, Manivel C, De Rosa N, et al. Inflammatory Myofibroblastic Tumor (plasma cell granuloma). *AJCP* 1989;94:538-545.
15. Pisciotto PT, Gray GF, Miller DR. Abdominal Plasma Cell Pseudotumor. *J Pediatr* 1978;93:628-630.