



262/156 - UN RETO DIAGNÓSTICO

E. Ortigosa Rodríguez^a, C. Valcárcel Sierra^a, M. García Amaro^a, R. García Hernández^a, M. Guerra Jiménez^a y E. Minguela Puras^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.

^bMédico de Familia. Tutora. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años, exfumador, hernia de hiato en tratamiento con omeprazol, y angiomiolipoma renal izquierdo, sin otros antecedentes, colonoscopia previa con pólipos en colon transverso (adenoma tubular con neoplasia intraepitelial de bajo grado). Consulta por dolor abdominal de 5 meses de evolución, en hemiabdomen izquierdo, que dificulta la ingesta; y estreñimiento pertinaz que no mejora a pesar de medidas dietéticas. Refiere pérdida de peso de 3 kg. En 2 meses. Asocia epigastralgia no irradiada de predominio postprandial, sin náuseas ni fiebre. Niega viajes a países tropicales, nunca ha recibido transfusiones ni tiene contacto con animales.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física fue anodina, tacto rectal con esfínter normotónico y sin patología anorrectal. Hemograma y bioquímica normales. Se realizó ecografía abdominal en atención primaria (AP) sin hallazgos, salvo el angioliopoma renal conocido. Durante el seguimiento pautamos tratamiento sintomático con omeprazol y mebepirina 135 mg/8h sin mejoría por lo que ante la pérdida de peso se deriva a digestivo. Gastroscopia: pequeña hernia de hiato, gastritis crónica astral; con muestras con evidencia de H. pylori en la muestra. Se realiza tratamiento erradicador; con test de aliento posterior negativo. La colonoscopia mostró hemorroides internas I/IV. Ante la persistencia de la clínica a pesar de antiespasmódicos, procinéticos e inhibidores de protones y por la pérdida de peso se solicita TC de abdomen, que evidencia: paniculitis mesentérica con aumento densidad la grasa asociadas a pequeñas adenopatías de características inflamatorias ovaladas subcentimétricas. Produce una pequeña impronta sobre las asas intestinales adyacentes. No existe un componente esclerosante ni retráctil. No otras lesiones.

Juicio clínico: Paniculitis mesentérica.

Diagnóstico diferencial: Dispepsia funcional, diverticulosis colónica, isquemia mesentérica, obstrucción intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias.

Comentario final: La mesenteritis esclerosante incluye la lipodistrofia y la paniculitis mesentérica. Es una causa infrecuente de dolor abdominal que afecta a varones de entre 50-70 años, con diversas manifestaciones clínicas. Supone un reto para el médico de AP a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de dolor abdominal, al ser una entidad inusual con presentaciones clínicas diversas.

Bibliografía

1. Friedman LS, Lamont JT. Sclerosing mesenteritis. Uptodate, 2016.