



P-574 - MESENTERITIS OSIFICANTE TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL

T. Fernández Miguel, F.J. Guadarrama González, M.V. Vieiro Medina, V. García Gutiérrez, G. Supelano Eslait, L. Brandariz Gil, M. Ortiz Aguilar y M. Lomas Espadas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La osificación heterotópica se define como la formación anormal de hueso diferentes localizaciones; piel, tejido celular subcutáneo, músculo esquelético y mesenterio. Descrita por Riedel en 1883, ha recibido distintos nombres; miositis osificante, osteoma neurogénico o calcificación heterotópica. Aparece en tres contextos; traumatismos, enfermedades neurológicas o asociada a desórdenes genéticos como fibrodisplasia osificante progresiva, osteodistrofia de Albright o heteroplasia ósea progresiva. La fisiopatología de esta enfermedad es desconocida, parece que resulta de una inapropiada diferenciación de las células mesenquimales pluripotenciales en osteoblastos. Generalmente asintomática y detectada en el contexto de una laparotomía o de una prueba radiológica. El término de mesenteritis osificante fue acuñado por Wilson en 1999, es poco frecuente considerando el gran número de laparotomías anuales; más común en varones adultos que han sufrido importante manipulación del contenido abdominal durante una intervención.

Caso clínico: Varón de 42 años, sin antecedentes médicos ni intervenciones quirúrgicas previas, trasladado de urgencia a nuestro hospital tras intento autolítico con cuchillo en el abdomen. A su ingreso el paciente se encuentra consciente, hemodinámicamente estable y con el hallazgo de hemoperitoneo tras valoración por especialistas de la Unidad de Politraumatizados se decide intervención quirúrgica urgente. Realizamos laparotomía, con hallazgo de hemoperitoneo y hematoma retroperitoneal no expansivo, cuchillo enclavado en hipocondrio izquierdo que atravesaba pared anterior y posterior del estómago, mesocolon transverso, llegando hasta retroperitoneo y seccionando vena mesentérica inferior. Ligamos ambos cabos de la vena, realizamos sutura primaria de la perforación gástrica y cierre de orificio traumático en mesocolon transverso; y revisamos hemostasia, cerrando cavidad en bloque con sutura monofilamento reabsorbible de larga duración. El séptimo día postoperatorio el paciente comienza con distensión abdominal, vómitos y ausencia de tránsito intestinal. Realizamos tomografía abdominal apareciendo signos de obstrucción intestinal alta, con cambio de calibre a nivel de yeyuno proximal. Decidimos reintervención urgente, observándose múltiples adherencias pétreas entre asas de yeyuno, sobre retroperitoneo y mesocolon transverso; realizamos adhesiolisis manual y lavado de cavidad abdominal con suero hipertónico. El postoperatorio no es favorable; el paciente presentó nuevamente vómitos y ausencia de tránsito y a la exploración llama la atención un importante efecto masa en hipocondrio y flanco izquierdo e induración de la laparotomía media. Realizamos nueva tomografía abdominal en la que se visualizan calcificaciones groseras en incisión y omento mayor, engrosamiento parietal difuso de intestino delgado y calcificaciones de aspecto distrófico en mesenterio; todo ello compatible con una

Mesenteritis osificante heterotópica. Revisamos bibliografía y decidimos tratamiento con esteroides y bifosfonatos observando mejoría clínica. El paciente fue dado de alta y revisado en consulta sin haber presentado nuevos episodios de obstrucción intestinal.

Discusión: La mesenteritis osificante es un cuadro clínico poco frecuente que se produce en pacientes recientemente intervenidos, induce cirugías sucesivas con una alta iatrogenia y un elevado riesgo de mortalidad postquirúrgica. La actitud correcta en estos casos es el tratamiento médico con corticoides y bifosfonatos y la abstención quirúrgica.