

Mesenteritis esclerosante: gran simuladora. Hallazgos de imagen claves para no confundirla.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **Macarena Sánchez-Carpintero De La Vega**, Ana Collantes González, María Eugenia Rodríguez Cabillas, María José Calvo López

Objetivos Docentes

- Describir los principales hallazgos de imagen de esta patología mediante TC
- Repasar los posibles diagnósticos diferenciales con otras entidades que pueden presentar similar forma de presentación haciendo hincapié en los datos de imagen clave para diferenciarlos.
- Ilustrar, mediante la exposición de varios casos de nuestro servicio, acerca del comportamiento en TC de esta patología y del conjunto de enfermedades que incluimos en el diagnóstico diferencial.

Revisión del tema

La mesenteritis esclerosante abarca un espectro de entidades de naturaleza benigna. Se caracterizan por el engrosamiento del mesenterio del intestino delgado, que se ve envuelto con una cantidad variable de inflamación, necrosis grasa y fibrosis. Desde el punto de vista histológico, se diferencian tres subtipos. Cuando predomina el componente fibroso, se trata de una **mesenteritis esclerosante** (propriadamente dicha), una entidad poco frecuente de la cual se han descrito en torno a 300 casos en la bibliografía. Por otro lado, cuando el componente inflamatorio es el mayoritario, hablamos de **paniculitis mesentérica**, que suele cursar con dolor abdominal agudo y es más frecuente que la anterior; y si es la necrosis grasa recibe el término de **mesenteritis lipodistrófica**. Estos criterios son anatomopatológicos pero por imagen suele ser posible categorizarlo en uno de los tres subtipos según el componente macroscópico mayoritario.

Existen algunos términos con los que se denominan a la mesenteritis esclerosante, aunque éste es el término patológico más aceptado: mesenteritis retráctil, paniculitis sistémica nodular, mesenteritis lipoesclerótica o mesenteritis xantogranulomatosa.

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.

Suele tener lugar en la sexta década de la vida y es más frecuente en varones. Su etiología es desconocida, pero a menudo se relaciona con antecedentes de traumatismos, cirugía abdominal mayor, isquemia, fibrosis retroperitoneal, linfoma y Síndrome de Gardner. También se suele asociar con otras entidades inflamatorias idiopáticas como la tiroiditis de Riedel, colangitis esclerosante o el pseudotumor orbitario. Algunas series describen coexistencia con entidades tumorales como el linfoma, cáncer de mama, pulmón o colon, o melanoma... Recientemente, existen algunos casos publicados que relacionar 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.

Asimismo, la patogénesis no es bien conocida, aunque se piensa que existe una base autoinmune en el contexto de una enfermedad vascular del colágeno establecida.

Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas, siendo a menudo asintomática o pudiendo cursar con dolor abdominal (el más frecuente de los síntomas, llegando en algún caso a producir un cuadro de abdomen agudo), pérdida de peso, febrícula, diarrea, isquemia, obstrucción, masa palpable o incluso incidental.

El tratamiento es farmacológico con glucocorticoides, agentes inmunosupresores, colchicina o progesterona oral. A veces puede requerir cirugía, fundamentalmente cuando se asocian complicaciones.

· DIAGNÓSTICO:

La clínica suele ser inespecífica por lo que tanto los estudios por imagen como la histología son fundamentales. Una vez que existe una sospecha establecida de mesenteritis esclerosante la biopsia es obligada para un diagnóstico definitivo.

Entre los diagnósticos diferenciales que plantea esta entidad, lo fundamental es descartar una infección o entidad maligna subyacente a los hallazgos de imagen.

La TC es fundamental en el diagnóstico de sospecha así como el diagnóstico diferencial con otras enfermedades mesentéricas con hallazgos por imagen similares: tumor carcinoide, carcinomatosis, linfoma, tumor desmoide y edema mesentérico.

· 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 (Figuras 1-2)** aparece como un área focal de aumento de la atenuación por 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 (Figuras 3-14)** 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. En ocasiones, ha sido descrita la afectación del parénquima de algunos órganos como el páncreas, o extenderse hacia el omento, retroperitoneo y pelvis. Es una forma muy retráctil que condiciona la tracción de las asas de intestino delgado. **Uno de los signos más característicos de esta entidad** y que puede ayudarnos a diferenciarlo de otros procesos, es la preservación de la grasa que rodea la vasculatura mesentérica, dando una imagen "**en anillo**". A veces puede extenderse hacia los vasos mesentéricos envolviéndolos y propiciando el desarrollo de vascularización colateral. Estos hallazgos pueden acompañarse de adenopatías mesentéricas y retroperitoneales de tamaño significativo. No se asocia a ascitis.

· DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

En la práctica totalidad de los casos va a ser necesario un diagnóstico histológico para diferenciar la mesenteritis esclerosante de otras entidades, ya que tanto por imagen como clínicamente suelen presentar manifestaciones similares; si bien, existen algunas claves en los estudios radiológicos que nos pueden orientar hacia uno u otro diagnóstico:

- **Tumor carcinoide:** (*Figuras 15-18*) Puede tener manifestaciones radiológicas idénticas. Se trata de un tumor primario que se origina en las asas intestinales como una masa que realza de forma discreta con el contraste intravenoso y se extienden de forma secundaria hacia el mesenterio, bien de forma directa, bien por vía linfática. Si se acompaña de metástasis hipervasculares hepáticas, es un dato a favor de este diagnóstico. También puede condicionar complicaciones como isquemia u obstrucción.
- **Mesotelioma mesentérico:** No suele contener calcificaciones. No suele limitarse a afectar de forma exclusiva la raíz del mesenterio, sino que se expande por el omento y la superficie intestinal, puede acompañarse de ascitis.
- **Carcinomatosis:** Puede acompañarse de calcificaciones, fundamentalmente si el tumor primario es un adenocarcinoma mucinoso. Al igual que el mesotelioma, no suele limitarse a afectar de forma exclusiva la raíz del mesenterio, sino que se expande por el omento y la superficie peritoneal del bazo o el hígado, y suele asociarse a ascitis.
- **Linfoma (Figuras 19 y 20):** cuando se manifiesta como una masa nodular en la raíz del mesenterio puede simular una mesenteritis esclerosante. No suele contener calcificaciones (salvo si ha sido tratado previamente, en cuyo caso el conocer los antecedentes del paciente resulta prioritario). Al igual que la mesenteritis esclerosante, puede envolver los vasos mesentéricos respetándolos, pero no suele condicionar eventos isquémicos.
- **Tumor desmoide:** es poco frecuente y localmente agresivo. Se trata de una masa no encapsulada de tejido fibroso benigno.
- **Pseudotumor inflamatorio o tumor miofibroblástico:** Se considera una entidad de origen mesenquimal poco frecuente, de malignidad intermedia que puede ser localmente agresiva y afecta fundamentalmente a niños. El lugar de presentación más frecuente es el pulmón, siendo la localización abdominal infrecuente, donde suele presentarse como una masa con capacidad de simular otras neoplasias más agresivas. El diagnóstico suele ser histológico.

La mayoría de estas entidades, a excepción del mesotelioma, son mucho más frecuentes que la mesenteritis esclerosante.

Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Hallazgos por imagen de paniculitis mesentérica. Se visualiza un área focal de aumento de la atenuación en la raíz del mesenterio con grasa a su alrededor en una apariencia como de “bruma” que intercala con áreas de fibrosis que se visualizan como bandas lineales de atenuación de tejidos blandos.



Fig. 2: TC de abdomen con contraste intravenoso reconstrucción MIP coronal: área de aumento de la atenuación con grasa a su alrededor a modo de pseudocápsula, en una apariencia como de “bruma”. Estos hallazgos se acompañan de múltiples adenopatías de tamaño subcentimétrico. Hallazgos compatibles con paniculitis mesentérica.



Fig. 3: TC de abdomen con contraste intravenoso, corte axial. Aumento de la atenuación de la grasa mesentérica como "en bruma" con algunas adenopatías de tamaño subcentimétrico locorregionales.



Fig. 4: Hallazgos por imagen de la mesenteritis esclerosante. TC de abdomen con contraste intravenoso, corte transversal: se observa una masa sólida, mal definida en la raíz del mesenterio, de densidad de tejidos blandos que infiltra la grasa circundante conformando un patrón “estrellado”, que rodea a los vasos sin infiltrarlos.



Fig. 5: Hallazgos por imagen de mesenteritis esclerosante. TC de abdomen con contraste intravenoso, corte axial: engrosamiento del mesenterio con aumento de la atenuación de densidad de tejidos blandos, mal definido, infiltra la grasa circundante conformando un patrón “estrellado “ y con carácter retráctil que se extiende hasta el borde mesentérico intestinal. La grasa que rodea la vasculatura mesentérica se encuentra respetada condicionando una imagen "en anillo".



Fig. 6: Hallazgos por imagen de la mesenteritis esclerosante. TC de abdomen con contraste intravenoso, reconstrucción coronal: se aprecia una masa sólida, mal definida, de densidad de tejidos blandos en la raíz del mesenterio que rodea a los vasos sin infiltrarlos. Se acompaña de algunas adenopatías mesentéricas de tamaño subcentimétrico.



Fig. 7: TC de abdomen con contraste intravenoso reconstrucción MIP coronal: masa de densidad de partes blandas en la raíz del mesenterio, de bordes más o menos delimitados, que respeta a los vasos y se acompaña de alguna adenopatía de tamaño subcentimétrico.





Fig. 8: Hallazgos por imagen de la mesenteritis esclerosante. TC de abdomen con contraste intravenoso, reconstrucción MIP en plano oblicuo: se observa una masa de densidad de partes blandas en la raíz del esenterio, que para su tamaño no condiciona efecto masa sino efecto retráctil, y rodea los vasos a los cuales respeta.



Fig. 9: TC de abdomen con contraste intravenoso, reconstrucción MIP. Masa de densidad de partes blandas en la raíz del mesenterio que engloba a los vasos los cuales permanecen permeables. Presenta bordes mal definidos con patrón "estrellado" y se extiende hacia la vertiente derecha del mesenterio. Hallazgos compatibles con mesenteritis esclerosante.



Fig. 10: TC de abdomen con contraste intravenoso reconstrucción MIP coronal: masa de densidad de partes blandas en la raíz del mesenterio que respeta a los vasos que, para su tamaño, llama la atención que no ejerce efecto masa. Hallazgos en relación con mesenteritis esclerosante.



Fig. 11: Mismo paciente de la figura anterior.



Fig. 12: TC de abdomen con contraste intravenoso reconstrucción MIP sagital, mismo paciente de la figura anterior.



Fig. 13: Hallazgos por imagen de la mesenteritis esclerosante. TC de abdomen con contraste intravenoso, corte transversal: aumento de atenuación/engrosamiento de la grasa en la raíz del mesenterio, mal definido, con algunas zonas de densidad grasa en el seno. Se encuentra adyacente al páncreas aunque no llega a infiltrarlo.

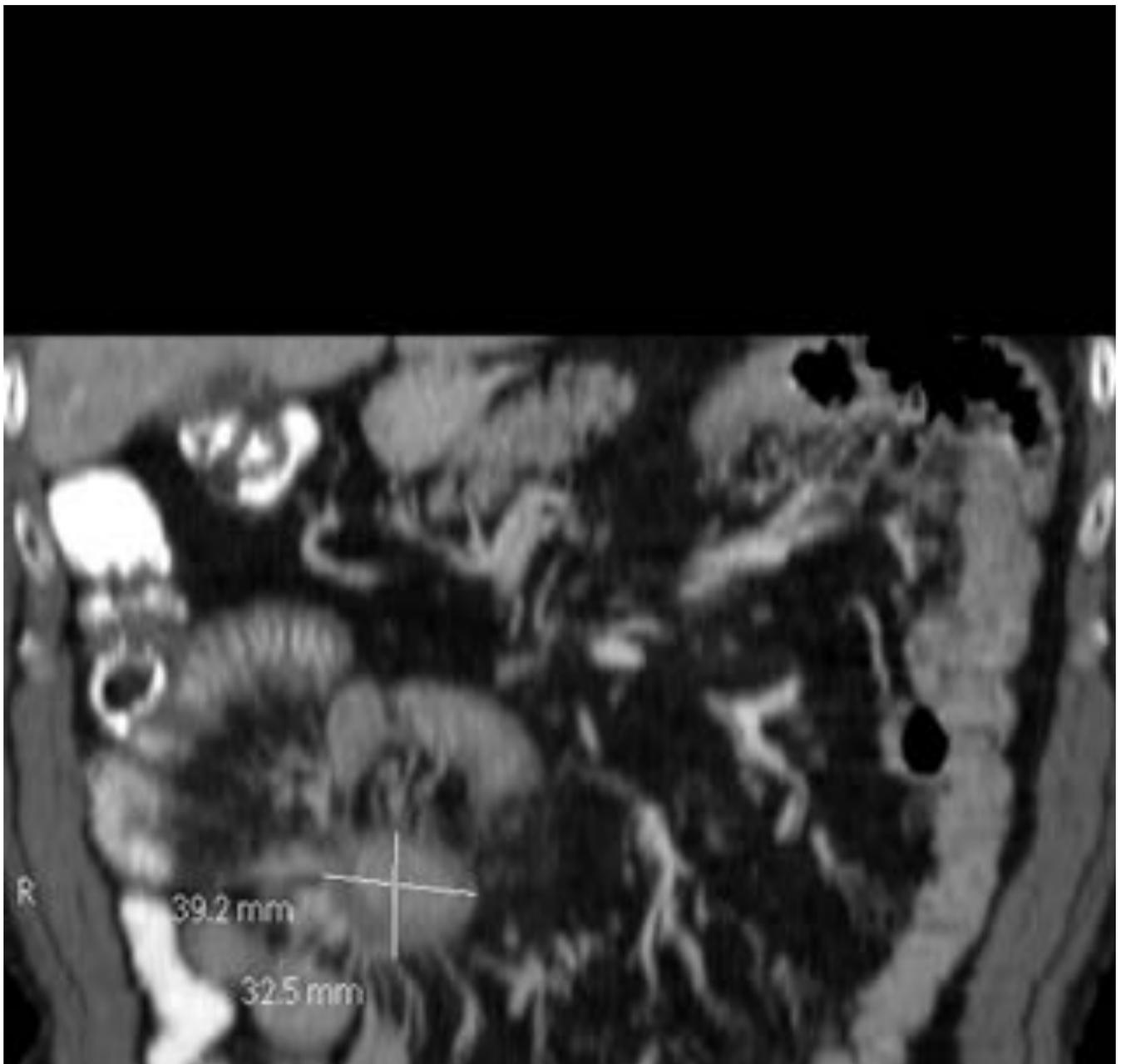


Fig. 14: Se observa una masa de densidad de partes blandas en la raíz del mesenterio que engloba a los vasos los cuales permanecen permeables. Presenta bordes más o menos bien definidos y retrae las asas que se encuentran a su alrededor. Hallazgos compatibles con mesenteritis esclerosante.





Fig. 15: TC de abdomen con contraste intravenoso, corte axial: masa mesentérica que realza de forma discretamente heterogénea con el contraste intravenoso, de bordes más o menos bien delimitados, no retráctil, que se acompaña de un aumento de la vascularización. Estos hallazgos están en relación con metástasis de tumor carcinoide localizado en intestino delgado.



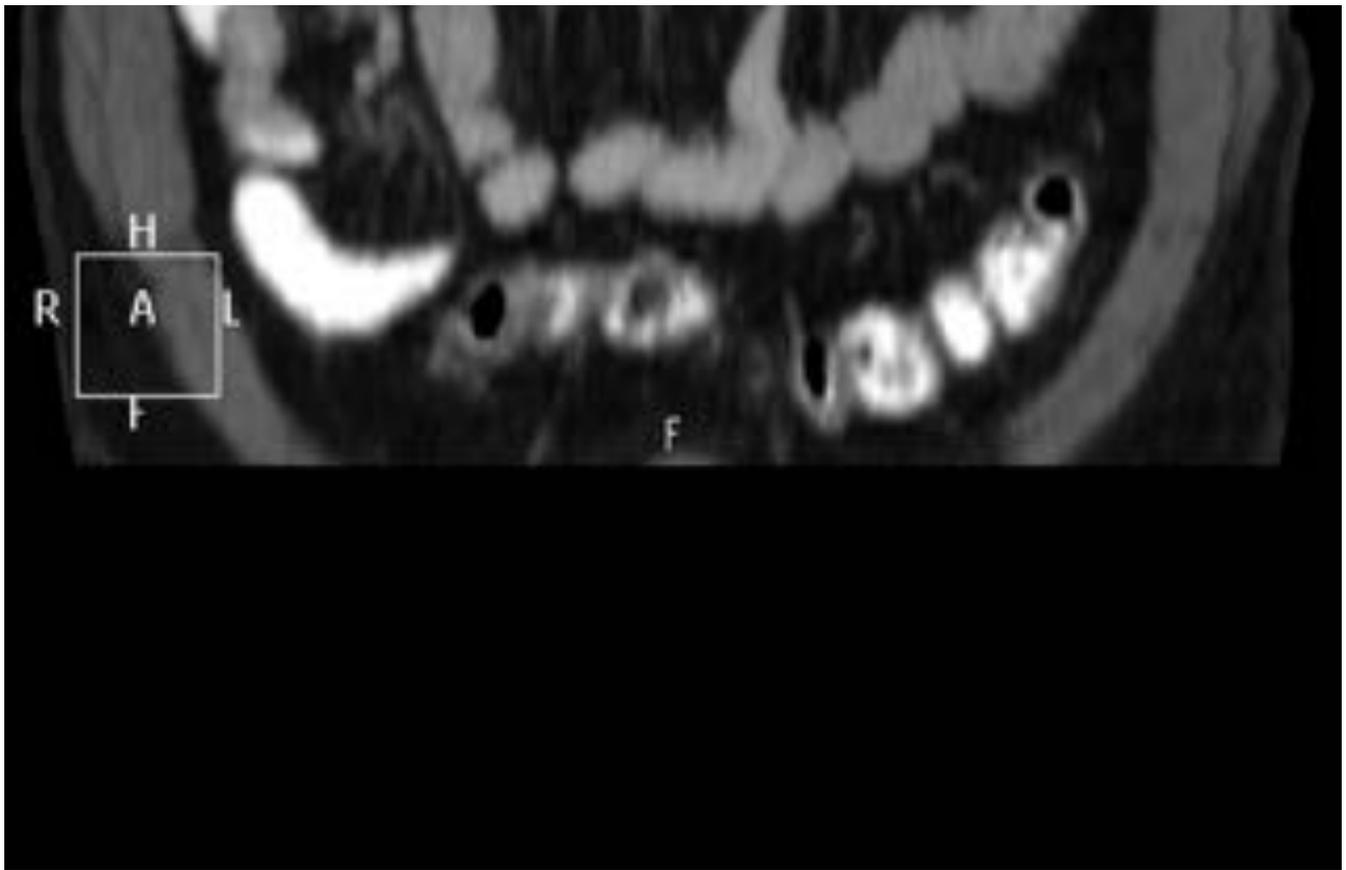
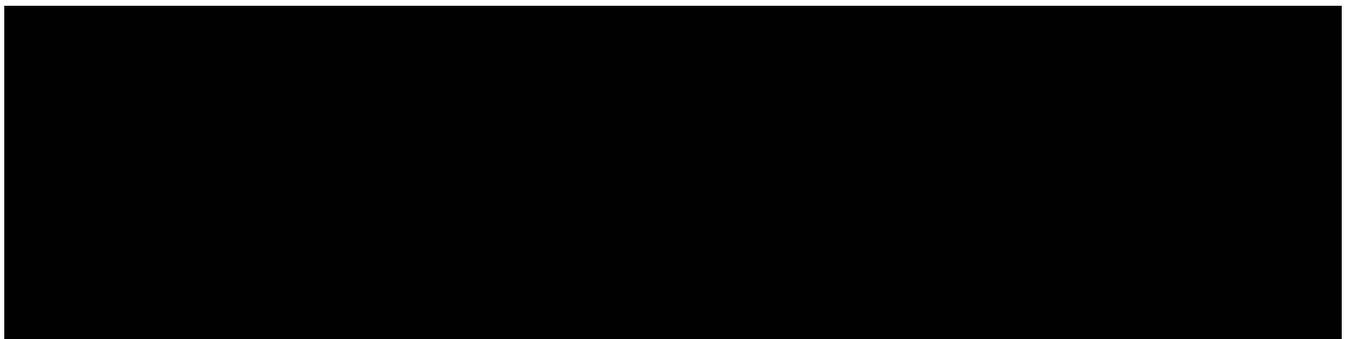


Fig. 16: Mismo caso de la figura anterior, corte coronal.





Fig. 17: Mismo paciente de la figura anterior. Vemos como la masa también presenta un efecto retráctil, lo que dificulta su diagnóstico diferencial con la mesenteritis esclerosante.



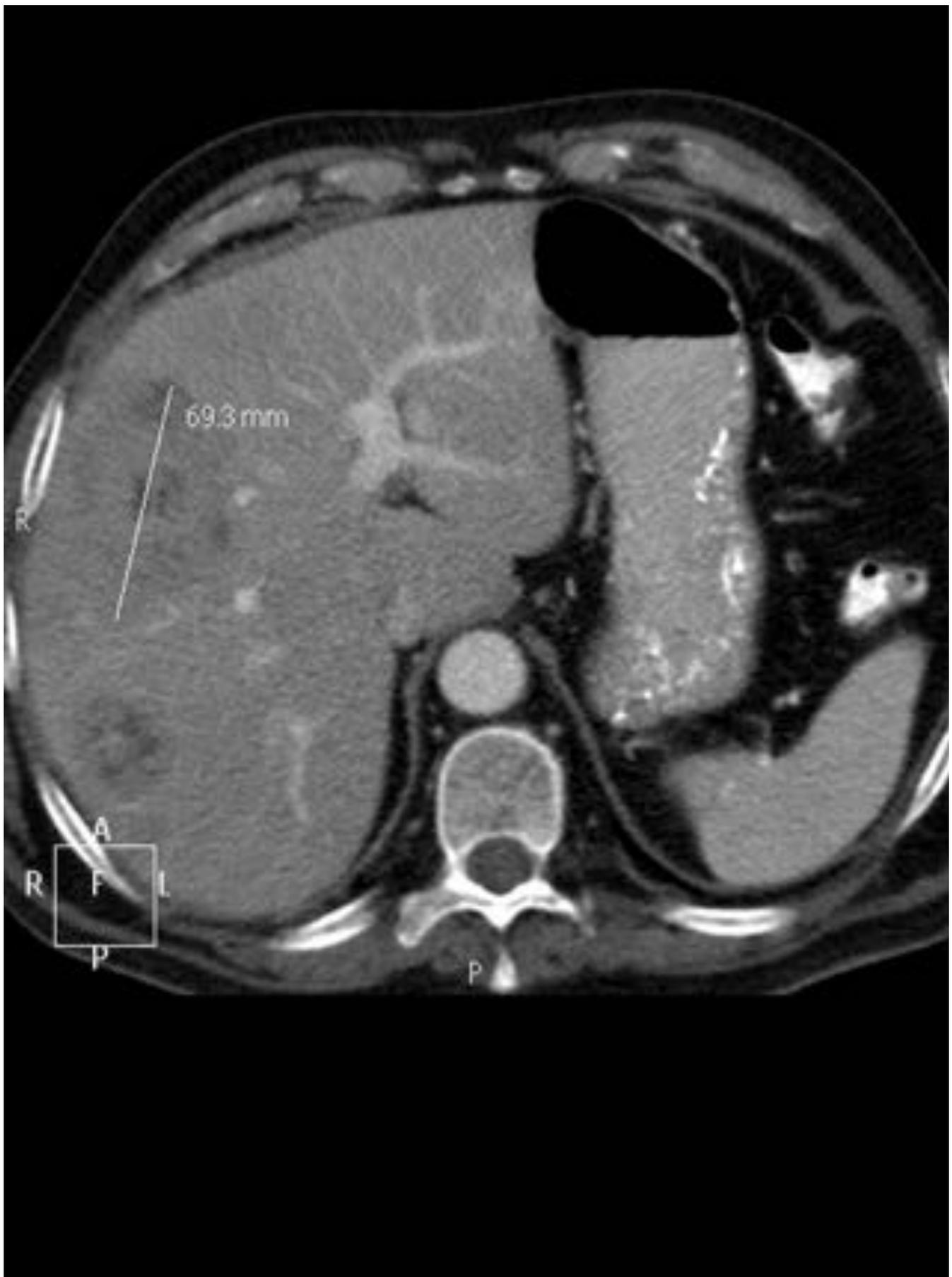


Fig. 18: Mismo paciente de las figuras anteriores. Se aprecian dos metástasis hepáticas hipervasculares, lo que apoya el diagnóstico de sospecha de tumor carcinoide y metástasis mesentérica de tumor carcinoide.



Fig. 19: TC de abdomen con contraste intravenoso, reconstrucción MIP coronal: se observa una masa de densidad de tejidos blandos en la raíz del mesenterio, de bordes más o menos bien delimitados, que rodea a los vasos sin infiltrarlos y con algunas calcificaciones en su seno. Estos hallazgos están en relación con

linfoma.



Fig. 20: Mismo paciente de la figura anterior. Los hallazgos se acompañaban de múltiples adenopatías de gran tamaño en otras cadenas ganglionares, lo que apoya el diagnóstico de linfoma.

Conclusiones

La mesenteritis esclerosante es un proceso inflamatorio benigno que puede presentar aspecto radiológico similar a otras entidades tanto benignas como malignas que interesan a la raíz del mesenterio por lo que es imprescindible que el radiólogo esté familiarizado con la existencia de esta patología y conozca los datos de imagen clave para enfocar de manera acertada el proceso diagnóstico y le permita diferenciarla del resto de patologías que revisten gravedad.

Bibliografía / Referencias

- Tavares JP, Romao V, Eulalio M; et al. Sclerosing Mesenteritis and Disturbance of Glucose Metabolism: A New Relationship? A Case Series. *Am J Case Rep.* 2016 Feb 1;17:55-9.
- Guettrot-Imbert G, Boyer L, Piette JC, et al. Mesenteric panniculitis. *Rev Med Interne.* 2012;33:621–27
- Jerraya H, Khalfallah M, Nouira R; et al. Mesenteric Panniculitis: An Unusual Cause of Epigastric Pain. *J Clin Diagn Res.* 2015 Dec; 9(12): PJ01.
- Avincsal MO, Otani K, Kanzawa M; et al. Sclerosing mesenteritis: A real manifestation or histological mimic of IgG4-related disease? *Pathol Int.* 2016; 66:158-163
- S.Sheth, K. M. Horton, M. R. Garland and K. Fishman, Mesenteric Neoplasms: CT Appearances of Primary and Secondary Tumors and Differential Diagnosis, *Radiographics*, 23 (2003): 457- 73
- McLaughlin PD, Filippone A, Maher MM. The "misty mesentery": mesenteric panniculitis and its mimics. *AJR Am J Roentgenol.* 2013;200:W116–23
- Buyukkaya A, Gunes H, Ozaydin I, et al. An unusual cause of acute abdominal pain: mesenteric panniculitis. *Am J Emerg Med.* 2015:S0735–6757
- K. M. Horton, L. P. Lawler, E. K. Fishman , CT Findings in Sclerosing Mesenteritis (Panniculitis): Spectrum of Disease, *Radiographics*, 23 (2003): 1561-67.
- Phillips RH, Carr RA, Preston R, et al. Sclerosing mesenteritis involving the pancreas: two cases of a rare cause of abdominal mass mimicking malignancy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11:1323–29
- Mindelzun RE, Jeffrey RB, Lane MJ, Silverman PM. The misty mesentery on CT: differential diagnosis. *AJR Am J Roentgenol* 1996; 167:61–65.
- McLaughlin PD, Filippone A, Maher MM. The “Misty Mesentery”: Mesenteric Panniculitis and Its Mimics. *AJR Am J Roentgenol.* 2013 Feb;200(2): W116-W123. 10.2214/AJR.12.8493