Rev Colomb Cir. 2026;41:1038-45
https://doi.org/10.30944/20117582.2968

PRESENTACIÓN DE CASO

Paniculitis mesentérica y disfunción linfática: Hallazgos clínicos e imagenológicos de un caso inusual

Mesenteric panniculitis and lymphatic dysfunction: Clinical and imaging findings of an unusual case

David Mejía, MD[1], Mateo J. Murcia-Ramos[2], Samuel Salgado-Uribe[2], Daniela Arbeláez-Lelión[2]

1 Servicio de Cirugía general, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.
2 Programa de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana; Grupo de interés en Cirugía UPB, Medellín, Colombia.

Resumen

Introducción. La paniculitis mesentérica (PM) es una enfermedad fibro-inflamatoria benigna y rara del tejido adiposo mesentérico, más común en hombres adultos, cuya etiología no está completamente esclarecida.

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente de 40 años, con antecedentes de apendicectomía y manga gástrica, quien consultó por un cuadro de dolor abdominal intermitente de una semana de evolución, asociado a náuseas y vómito, sin fiebre ni síntomas constitucionales. La tomografía computarizada de abdomen mostró estriación de la grasa peripancreática, sugiriendo pancreatitis edematosa, aunque los niveles de enzimas pancreáticas fueron normales. La resonancia magnética nuclear reveló inflamación del mesenterio con pseudocápsula y ganglios reactivos, compatibles con PM. La paciente mejoró con manejo sintomático y fue dada de alta con seguimiento ambulatorio.

Resultados. Dos años después reingresó con un cuadro similar y la tomografía mostró menor afectación mesentérica. Se realizó laparoscopia que confirmó ascitis quilosa. La linfangiorresonancia mostró insuficiencia linfática en miembros inferiores y microfiltración en el mesenterio. La paciente fue manejada con dieta rica en ácidos grasos de cadena corta.

Conclusión. Este caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial de la PM y su posible relación con trastornos linfáticos. Su diagnóstico se basa en los hallazgos característicos en la tomografía computarizada y la resonancia magnética. Su manejo varía desde observación, pasando por tratamiento médico, hasta quirúrgico, según la severidad. Aunque en la mayoría de los casos el pronóstico es favorable, algunos pacientes pueden presentar complicaciones o recurrencia, que requieren seguimiento individualizado.

Palabras clave: paniculitis peritoneal; ascitis quilosa; dolor abdominal; anomalías linfáticas; linfografía; diagnóstico diferencial.

Fecha de recibido: 21/06/2025 - Fecha de aceptación: 23/08/2025 - Publicación en línea: 22/04/2026
Correspondencia: David Alejandro Mejía-Toro, Calle 78B # 69-240, Medellín, Colombia. Teléfono: +57 3007915440
Dirección electrónica: damejiat@hptu.org.co
Citar como: Mejía D, Murcia-Ramos MJ, Salgado-Uribe S, Arbeláez-Lelión D. Paniculitis mesentérica y disfunción linfática: Hallazgos clínicos e imagenológicos de un caso inusual. Rev Colomb Cir. 2026;41:1038-45. https://doi.org/10.30944/20117582.2968

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

Abstract

Introduction. Mesenteric panniculitis (MP) is a rare, benign fibro-inflammatory disease of the mesenteric adipose tissue, most common in adult men, whose etiology is not fully elucidated.

Clinical case. We present the case of a 40-year-old female patient with a history of appendectomy and gastric sleeve surgery, who presented with a one-week history of intermittent abdominal pain associated with nausea and vomiting, but without fever or constitutional symptoms. An abdominal CT scan revealed stranding of the peripancreatic fat, suggestive of edematous pancreatitis, although pancreatic enzyme levels were normal. An MRI revealed mesenteric inflammation with a pseudocapsule and reactive lymph nodes, consistent with MP. The patient improved with symptomatic management and was discharged with outpatient follow-up.

Results. Two years later, she was readmitted with a similar clinical presentation, and a CT scan showed reduced mesenteric involvement. A laparoscopy was performed, which confirmed chylous ascites. Lymphangio-MRI revealed lymphatic insufficiency in the lower extremities and microleakage in the mesentery. The patient was managed with a diet rich in short-chain fatty acids.

Conclusions. This case highlights the importance of the differential diagnosis of MP and its potential association with lymphatic disorders. Its diagnosis is based on characteristic findings on computed tomography and magnetic resonance imaging. Management ranges from observation to medical or surgical treatment, depending on severity. Although the prognosis is favorable in most cases, some patients may experience complications or recurrence, requiring individualized follow-up.

Keywords: peritoneal panniculitis; chylous ascites; abdominal pain; lymphatic abnormalities; lymphography; differential diagnosis.

Introducción

El mesenterio consiste en un repliegue del peritoneo que sostiene el intestino a la pared abdominal. Dentro de este repliegue, entre dos capas de tejido paralelo, se encuentran nódulos linfáticos nervios, y vasos sanguíneos mesentéricos. La paniculitis mesentérica (PM) es una entidad inflamatoria que afecta el tejido adiposo del mesenterio, caracterizándose por un espectro de cambios que incluyen inflamación crónica, fibrosis y necrosis grasa. Su etiología sigue sin estar completamente esclarecida, aunque se ha asociado con enfermedades autoinmunes, procesos infecciosos, neoplasias y antecedente de cirugías abdominales [1-2]. Se considera una patología rara, con una prevalencia estimada entre el 0,16 % y el 3,4 % [2].

El objetivo de este reporte de caso fue presentar la evaluación diagnóstica y el abordaje terapéutico de una paciente con paniculitis mesentérica, para resaltar su importancia en el diagnóstico diferencial de los pacientes con dolor abdominal de etiología incierta.

Caso clínico

Paciente de 40 años, con antecedentes de apendicectomía y manga gástrica, quien acudió al Hospital Pablo Tobón Uribe, en Medellín, Colombia por un cuadro de una semana de evolución caracterizado por dolor abdominal intermitente, localizado en el hemiabdomen superior, asociado a náuseas y vómito. Al examen físico había dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal ni presencia de masas. Fue hospitalizada y se solicitaron exámenes de laboratorio y ecografía de hígado, páncreas y vías biliares, sin hallazgos relevantes. Sin embargo, en la tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste se observó estriación de la grasa peripancreática, especialmente en la cabeza y el cuerpo del páncreas, hallazgo sugestivo de pancreatitis edematosa intersticial (Figura 1), por lo que se solicitaron adicionalmente amilasa y lipasa pancreáticas, con resultados dentro de los valores de referencia. Se inició manejo sintomático con Ondansetrón (8 mg cada 8 horas) y analgesia

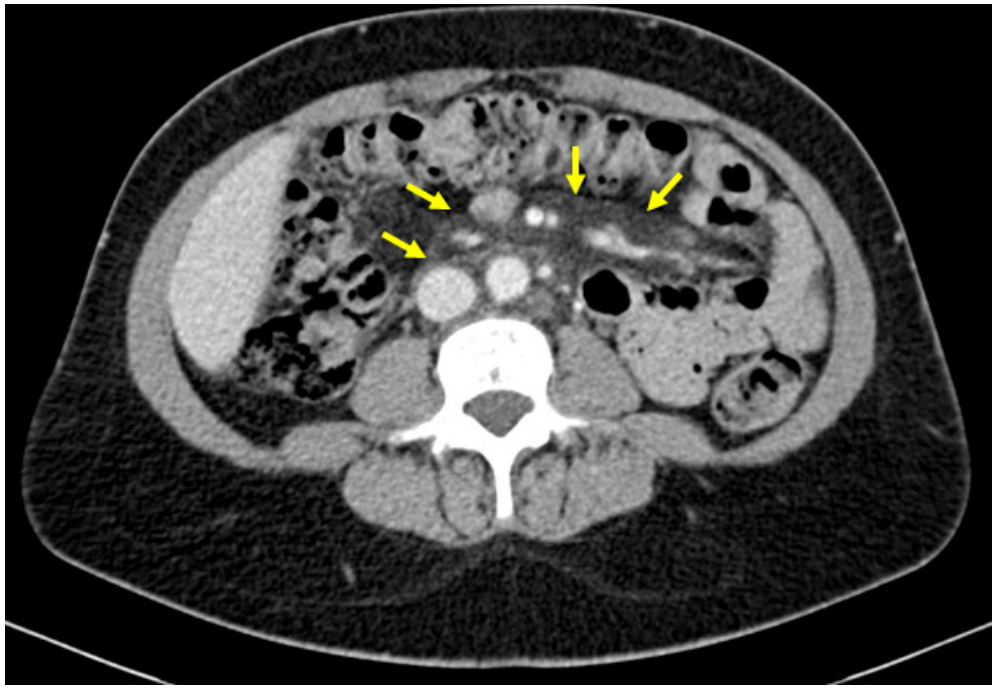


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen donde se observa la estriación de la grasa peripancreática, que sugirió pancreatitis edematosa intersticial.

Fuente: Propio de los autores. Historia clínica Hospital Pablo Tobón Uribe.

multimodal (Dipirona 1 g cada 8 horas, Diclofenaco 75 mg cada 12 horas y Morfina 2 mg de rescate hasta 3 mg cada 6 horas), con mejoría clínica.

Debido al control sintomático y a la discordancia entre los valores paraclínicos y los resultados de la TC de abdomen, se decidió solicitar una resonancia magnética (RM) de abdomen con y sin contraste (Figura 2), que mostró cambios inflamatorios en la grasa peripancreática, con líquido laminar extendido al espacio adrenal posterior derecho, así como aumento en la densidad mesentérica con formación de pseudocápsula, ganglios mesentéricos reactivos y alteración de la grasa retroperitoneal rodeando los vasos ilíacos abdominales, hallazgos sugestivos de paniculitis mesentérica con compromiso retroperitoneal. Ante la mejoría clínica, se dio de alta con seguimiento ambulatorio y estudios de autoinmunidad para descartar mesenteritis esclerosante subtipo I (paniculitis mesentérica).

Dos años después, la paciente reingresó con un cuadro de dolor epigástrico de cuatro horas de evolución, similar al episodio previo, asociado a náuseas. Al examen físico, se encontró abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y región periumbilical, sin signos de irritación peritoneal. Ante la falta de un adecuado control del dolor, fue hospitalizada y se solicitaron paraclínicos, que fueron normales. La TC de abdomen con contraste mostró leve estriación de la grasa mesentérica, con disminución significativa de la afectación en comparación con la hospitalización previa, y en la RM se observaron fenómenos inflamatorios en el mesenterio, con aumento en la intensidad de señal de la grasa y láminas de líquido en T2, además de pequeños lagos en la cola del páncreas y el mesenterio que sugirieron microfiltración. Se concluyó que estaba cursando con un cuadro compatible con paniculitis mesentérica activa acompañada de microfuga en el mesenterio.

Se llevó a laparoscopia exploratoria con biopsia del mesenterio, en la cual se confirmó la

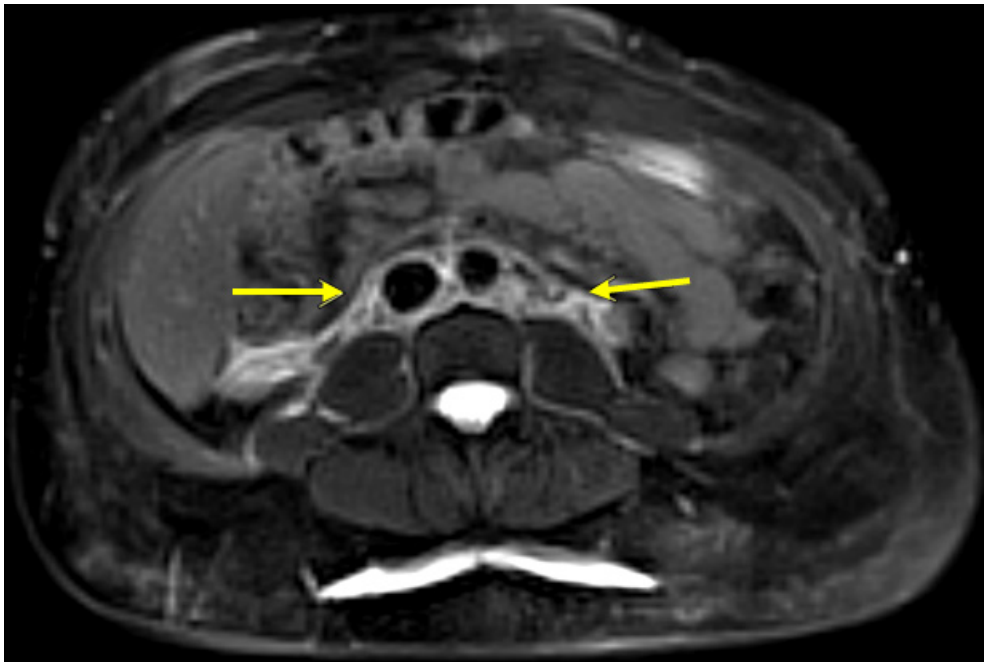


Figura 2. Resonancia magnética nuclear de abdomen que muestra signos de inflamación mesentérica con pseudocápsula y ganglios reactivos.

Fuente: Propio de los autores. Historia clínica Hospital Pablo Tobón Uribe.

presencia de ascitis quilosa, por lo cual se solicitó una linfangiografía por resonancia magnética (MRL) de extremidades, donde se apreció insuficiencia linfática en la unión del tercio medio y distal de ambas piernas, con microfiltración en la zona afectada por paniculitis mesentérica (Figura 3). Acorde con estos hallazgos, se decidió iniciar manejo con dieta rica en ácidos grasos de cadena corta (Monogen) por 30 días como tratamiento para la quiloascitis.

Discusión

La paniculitis mesentérica (PM) fue descrita inicialmente por Jura en 1924 [3]; también ha sido denominada enfermedad de Pfeiffer-Weber-Christian o mesenteritis xantogranulomatosa. Esta enfermedad se presenta principalmente en la vida adulta tardía (23-87 años, edad media de 60), con mayor prevalencia en hombres, en una proporción de 2:1. Aunque la mayoría de los casos son asintomáticos y se detectan incidentalmente en estudios de imagen, los síntomas más comunes incluyen dolor abdominal localizado, fiebre de bajo grado y pérdida de peso; en casos más severos, puede provocar síntomas obstructivos e incluso isquemia intestinal [3,4].

Diagnóstico por imágenes

La tomografía computarizada (TC) es el método de elección para el diagnóstico de la PM. Se identifica como una masa bien definida en el mesenterio del intestino delgado, con efecto de masa sobre estructuras adyacentes, atenuación heterogénea aumentada, nódulos de tejido blando bien definidos, signo de halo graso y pseudocápsula hiperdensa. También pueden observarse vasos mesentéricos engrosados y ganglios linfáticos aumentados de tamaño. La ecografía puede revelar una masa hiperecoica con áreas hipoecoicas centrales, pero su utilidad es limitada debido a la interferencia del contenido graso. La resonancia magnética nuclear no suele ser utilizada de rutina, aunque puede ayudar en casos de diagnóstico diferencial [3,5].

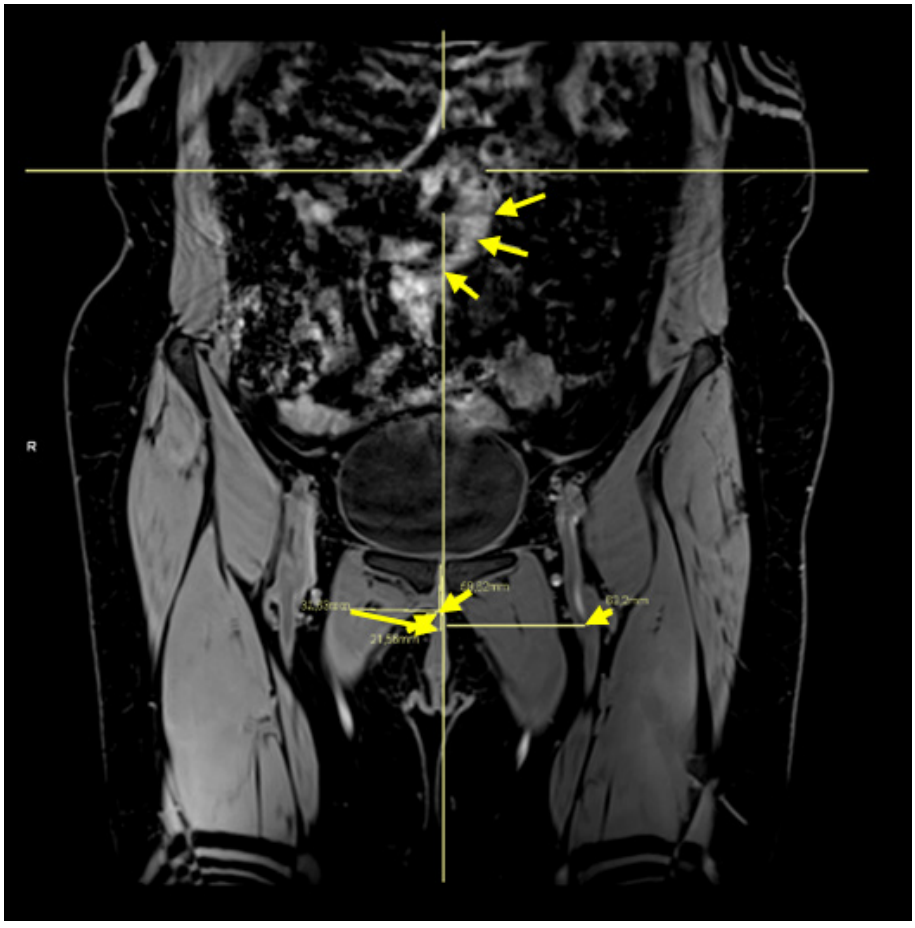


Figura 3. Linfangiorresonancia de extremidades en la que se aprecia la insuficiencia linfática y microfiltración mesentérica.

Fuente: Propio de los autores. Historia clínica Hospital Pablo Tobón Uribe.

La linfangiografía por resonancia magnética (MRL) es una técnica avanzada de imagen que permite la visualización detallada del sistema linfático sin el uso de radiación ionizante, facilitando el diagnóstico de diversas patologías inflamatorias y neoplásicas. En el contexto de la PM, la MRL puede ser útil para evaluar la afectación linfática y la presencia de linfadenopatías, que son características de esta enfermedad inflamatoria del mesenterio [6]. Los hallazgos típicos en la PM incluyen el "halo graso" alrededor de los ganglios linfáticos, el aumento del tejido adiposo mesentérico y la presencia de linfadenopatía con un tamaño menor de 10 mm, lo que ayuda a diferenciarla de otras patologías malignas. El beneficio del uso de la MRL en la PM radica en su capacidad para detectar alteraciones sutiles en la arquitectura linfática y diferenciar entre inflamación activa y cambios fibróticos, lo que puede influir en la elección del tratamiento. La MRL es una herramienta prometedora en la caracterización de los cambios vasculares y linfáticos asociados a la PM, lo que permite una evaluación más precisa del estado de la enfermedad y su evolución [6-7].

Tratamiento

El tratamiento de la PM no está estandarizado y depende de la severidad de los síntomas [4]. En pacientes asintomáticos o con síntomas leves, se recomienda una estrategia de observación.

Para casos sintomáticos, se han utilizado corticosteroides, colchicina, inmunosupresores como azatioprina y micofenolato, y moduladores hormonales como tamoxifeno y progesterona, con resultados variables; también se han empleado talidomida y ciclofosfamida en casos refractarios [1,4].

El tratamiento quirúrgico de la PM es poco común y se reserva para casos con complicaciones graves como obstrucción intestinal, isquemia mesentérica o compromiso vascular severo. En pacientes con síntomas obstructivos, la resección quirúrgica del segmento intestinal afectado o la realización de una colostomía pueden ser necesarias [4]. Las opciones incluyen la resección segmentaria del intestino afectado en casos de obstrucción o la biopsia mesentérica en pacientes donde el diagnóstico es incierto y se requiere confirmación histopatológica. La laparotomía exploratoria ha sido empleada en algunos casos donde las imágenes sugieren un proceso maligno, aunque en la mayoría de los pacientes el diagnóstico final revela una patología benigna [4,7-9].

Akram S, et al. [10], revisaron 92 casos de PM y encontraron que el 10 % de los pacientes respondió a cirugía sola, el 20 % requirió tratamiento médico adicional tras la cirugía y el 38 % mejoró con tratamiento médico exclusivamente. En el grupo tratado con tamoxifeno y prednisona, el 60 % mostró mejoría, mientras que otros esquemas terapéuticos sin tamoxifeno resultaron eficaces solo en el 8 % de los casos.

Un caso reportado por Popkharitov & Chomov[11] describió un paciente con una masa palpable en el mesenterio y signos de obstrucción intestinal, quién fue tratado con laparotomía y resección del segmento afectado, logrando una recuperación postoperatoria sin complicaciones. Sin embargo, en otros pacientes, la cirugía ha mostrado beneficios limitados, especialmente en formas inflamatorias activas donde el tratamiento médico sigue siendo la opción primaria [7].

El pronóstico postoperatorio generalmente es favorable, con una recuperación adecuada en la mayoría de los casos [6]. Sin embargo, algunos estudios han documentado recurrencias de la enfermedad en pacientes con una predisposición inflamatoria crónica, lo que sugiere la necesidad de un seguimiento clínico y radiológico en estos pacientes [8,10-12]. Además, se ha reportado que la cirugía puede ser complementada con terapia inmunosupresora en pacientes con recurrencias sintomáticas, lo que podría reducir la probabilidad de reintervenciones quirúrgicas. Por lo tanto, aunque la paniculitis mesentérica rara vez requiere cirugía, esta sigue siendo una opción válida en casos seleccionados donde las complicaciones estructurales o la incertidumbre diagnóstica lo ameriten [2,7,8]. No obstante, debido a la naturaleza benigna de la enfermedad en la mayoría de los casos, se debe considerar como una opción de último recurso [7].

Seguimiento y pronóstico

El pronóstico de la PM es generalmente benigno, aunque su curso clínico es variable [1]. La enfermedad puede resolverse espontáneamente, mantenerse estable o progresar con fibrosis significativa y obstrucción intestinal; en algunos casos, se han reportado otras complicaciones, como compresión vascular [1,7].

Se ha postulado que la PM podría estar asociada a un mayor riesgo de neoplasias como parte de un síndrome paraneoplásico. El estudio retrospectivo de Scheer F, et al. [13], en 5000 TC de abdomen identificó 143 casos con hallazgos radiográficos compatibles con PM, de los cuales el 74,8 % tenían patologías oncológicas concomitantes. De manera similar, en 2016 Buchwald P, et al. [14], reportaron que el 75 % de los 308 pacientes con PM presentaban algún tipo de malignidad. Sin embargo, la revisión sistemática y metaanálisis de Hussain I, et al. [15], en 2022 concluyó que no existe asociación estadísticamente significativa de malignidad en los pacientes con PM.

El seguimiento de los pacientes con PM continúa siendo un tema de debate. Algunos autores han sugerido la necesidad de controles periódicos con TC para evaluar la progresión de la enfermedad y descartar malignidad asociada, mientras que otros estudios han concluido que la PM no confiere un mayor riesgo de cáncer y que el seguimiento rutinario podría ser innecesario [16-18]. Gong &

Patlas[5] recomendaron un enfoque individualizado, considerando la sintomatología y la presencia de comorbilidades.

Conclusión

La paniculitis mesentérica es un desafío para su diagnóstico y manejo. Su presentación clínica variable y la falta de criterios diagnósticos uniformes dificultan su abordaje. Aunque algunos estudios han sugerido una asociación con neoplasias, revisiones recientes han cuestionado esta relación. Su tratamiento debe ser individualizado según la sintomatología y las comorbilidades del paciente. La literatura actual proporciona información valiosa, pero se requieren estudios prospectivos de mayor escala para definir su patogenia y estrategias terapéuticas óptimas.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Los autores certificaron que cuentan con el consentimiento informado de la paciente autorizando la publicación del caso y las imágenes.

Conflictos de interés: Los autores declararon no tener conflictos de interés.

Uso de Inteligencia Artificial: Los autores declararon el no uso de tecnologías asistidas por Inteligencia Artificial.

Fuentes de financiación: Recursos propios de los autores.

Contribución de los autores:

- Diseño y concepción del estudio: David Mejía, Daniela Arbeláez, Mateo Murcia, Samuel Salgado.
- Adquisición de datos: David Mejía, Daniela Arbeláez, Mateo Murcia, Samuel Salgado.
- Análisis e interpretación de datos: Mateo Murcia, Samuel Salgado, Daniela Arbeláez.
- Redacción del manuscrito: Daniela Arbeláez, Mateo Murcia, Samuel Salgado.
- Revisión crítica: David Mejía.

Referencias

1 Sulbaran M, Chen FK, Farraye FA, Hashash JG. A clinical review of mesenteric panniculitis. Gastroenterol Hepatol (NY). 2023;19:211-8.

2 Eze VN, Halligan S. Mesenteric panniculitis: A clinical conundrum. Br J Radiol. 2023;96:20211369. https://doi.org/10.1259/bjr.20211369

3 Hussein MRA, Abdelwahed SR. Mesenteric panniculitis: An update. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2015;9:67-78. https://doi.org/10.1586/17474124.2014.939632

4 Azar C, Ibrahim MA, El Kouzi Z, El Mokahal A, Omran N, Muallem N, et al. Mesenteric Panniculitis. Inflamm Intest Dis. 2024;9:157-64. https://doi.org/10.1159/000539432

5 Gong B, Patlas MN. Imaging follow-up in patients with mesenteric panniculitis. Diagn Interv Imaging. 2022;103:383-4. https://doi.org/10.1016/j.diii.2022.06.012

6 Coulier B. Mesenteric panniculitis. Part 1: MDCT--pictorial review. JBR-BTR. 2011;94:229-40. https://doi.org/10.5334/jbr-btr.658

7 Kaya C, Bozkurt E, Yazıcı P, İdiz UO, Tanal M, Mihmanlı M. Approach to the diagnosis and treatment of mesenteric panniculitis from the surgical point of view. Turk J Surg. 2018;34:121-4. https://doi.org/10.5152/turkjsurg.2018.3881

8 Belaunde-Clausell A, Márquez-Hernández RA, Morales-Días A. Paniculitis mesentérica como causa de masa abdominal palpable. Rev Ciencias Médicas. 2020;24:e4464.

9 Aguilar-Chalacán MF, Vela-Benalcazar C, Recalde JL, Negrete R. Mesenteritis esclerosante: Diagnóstico y tratamiento. Rev Colomb Cir. 2021;36:338-43. https://doi.org/10.30944/20117582.707

10 Akram S, Pardi DS, Schaffner JA, Smyrk TC. Sclerosing mesenteritis: clinical features, treatment, and outcome in ninety-two patients. Am J Gastroenterol. 2007;5:589-96. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2007.02.032

11 Popkharitov AI, Chomov GN. Mesenteric panniculitis of the sigmoid colon: A case report and review of the literature. J Med Case Rep. 2007;1:108. https://doi.org/10.1186/1752-1947-1-108

12 Sousa D, Varela AV, Coelho MV, Jorge C. Mesenteric panniculitis: Diagnostic precision. BMJ Case Rep. 2018;2018:bcr2017223977. https://doi.org/10.1136/bcr-2017-223977

13 Scheer F, Spunar P, Wiggermann P, Wissgott C, Andresen R. Mesenteric panniculitis (MP) in CT - A predictor of malignancy? Rofo. 2016;188:926-32. https://doi.org/10.1055/s-0042-110100

14 Buchwald P, Diesing L, Dixon L, Wakeman C, Eglinton T, Dobbs B, Frizelle F. Cohort study of mesenteric panniculitis and its relationship to malignancy. Br J Surg. 2016;103:1727-30. https://doi.org/10.1002/bjs.10229

15 Hussain I, Ishrat S, Aravamudan VM, Khan SR, Mohan BP, Lohan R, et al. Mesenteric panniculitis does not confer an increased risk for cancers: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2022;101:e29143. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000029143

16 Soyer P, Hoeffel C, Zins M. Mesenteric panniculitis: More research is needed. Diagn Interv Imaging. 2015;96:225-6. https://doi.org/10.1016/j.diii.2015.02.003

17 Grégory J, Dana J, Yang I, Chong J, Drevon L, Ronot M, et al. CT features associated with underlying malignancy in patients with diagnosed mesenteric panniculitis. Diagn Interv Imaging. 2022;103:394-400. https://doi.org/10.1016/j.diii.2022.06.009

18 Godoy EV, Carrasco G. Paniculitis mesentérica ¿un signo de malignidad? Rev Chil Radiol. 2023;29:49-56. http://dx.doi.org/10.24875/rchrad.22000054