

PANICULITIS MESENTERICA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN EL NIÑO. PRESENTACION DE UN CASO

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE "PEDRO BORRAS ASTORGA"

Dr. Alfredo Portero Urquiza,* Dr. Luis Socarrás,** Dr. Juan J. Ríos,***
Dr. Dimas Perón Rodríguez,** Dr. Orestes Mederos Curvelo****
y Dr. Amado Saad de La Torre****

Se presenta el caso de un niño intervenido quirúrgicamente de urgencia con el diagnóstico de apendicitis aguda. En el acto quirúrgico se encontró una masa tumoral nódulobulada que ocupaba el mesenterio del ciego y parte del íleon terminal con abundantes adenopatías y toma del tejido adiposo que obligó a una resección ileocólica. Los estudios histicos demostraron una paniculitis mesentérica (variedad poco frecuente del síndrome de Weber-Christian).

INTRODUCCION

La paniculitis nodular no supurativa febril recidivante o enfermedad de Weber-Christian incluye un conjunto de síndromes clínicos que se caracterizan por la aparición de lesiones inflamatorias localizadas en el tejido adiposo.¹

El primer caso fue informado por *Perifer* en 1982. El síndrome fue descrito por *Weber* en 1925 y *Christian* en 1929;² como su nombre señala se caracteriza por el desarrollo de múltiples nódulos dolorosos en la grasa subcutánea que se localizan principalmente en los muslos, el tronco y las mamas, pero, en ocasiones, afecta el tejido graso, similar en relación con el sistema visceral, como la grasa del epicardio, perirrenal pancreático, peridrenal y mesentérica,³ elemento que ha ido apareciendo en diferentes publicaciones desde que fuera informado el primer caso de toma visceral en 1943 por *Miller y Kritzler*,⁴ incluso se ha relacionado con el origen de otras afecciones en órganos como el páncreas.⁵⁻⁷

* Especialista de II Grado en Cirugía Pediátrica.

** Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica.

*** Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.

**** Residente de 3er año de Cirugía General. Hospital «Miguel Enríquez» y Clínico-quirúrgico «Hermanos Ameijeiras».

El proceso localizado exclusivamente en el mesenterio es una variedad rara del síndrome a la que se ha denominado paniculitis mesentérica, que ha sido hallada en laparotomías de urgencia,⁸ por las características clínicas que la distinguen.

En nuestro centro se presentó el caso de un niño con cuadro abdominal agudo que fue intervenido con el diagnóstico de apendicitis aguda y en el acto quirúrgico se encontró un mesenterio engrosado con un conglomerado adiposo que obligó a una resección, y fue confirmado por estudio histico el diagnóstico de paniculitis mesentérica.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente J.R.G. historia clínica 669336, de 9 años de edad, de la raza blanca y del sexo masculino. Motivo de ingreso (31 de agosto de 1986): dolor abdominal. Antecedentes de la enfermedad actual: paciente de 9 años de edad con antecedentes de tratamiento psiquiátrico por «intranquilidad»; desde hace 2 días presenta dolor en bajo vientre y fiebre que llegó a 38 °C. En el examen físico se comprueba: dolor a la palpación profunda en la fosa iliaca derecha (FID) y a la percusión signo de Blumberg negativo.

En los exámenes complementarios se encontró hemoglobina 12,8; hematócrito 37 Vol %; leucocitos 8,5 por 10⁹/L; segmentados 056; eosinófilos 009 y linfocitos 035.

Evolución: se ingresa y pone en observación el 31 de agosto de 1986. El dolor se hace más intenso y presenta contractura localizada en FID, con signo de Blumberg, por lo que se decide operarlo con el diagnóstico de apendicitis aguda.

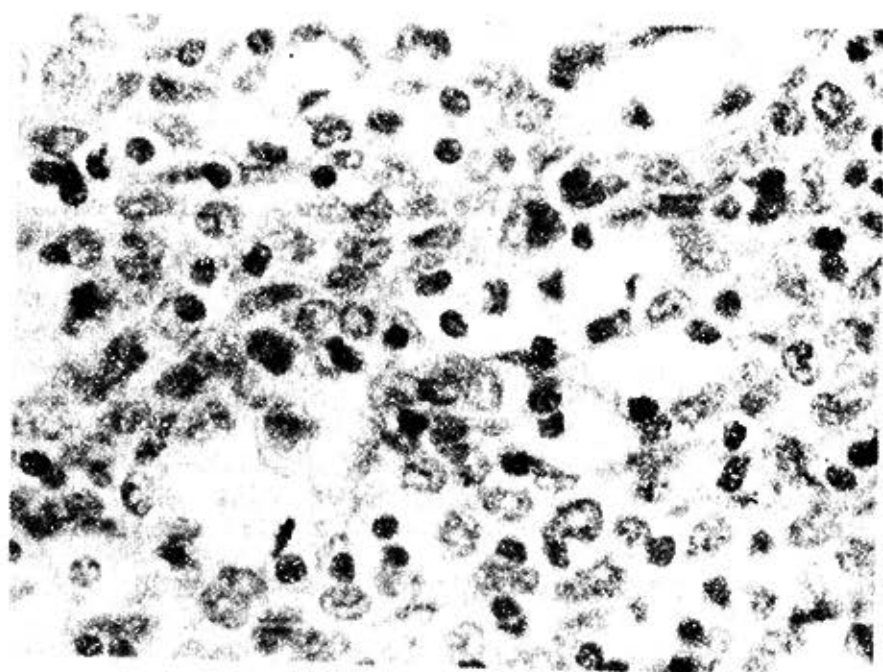
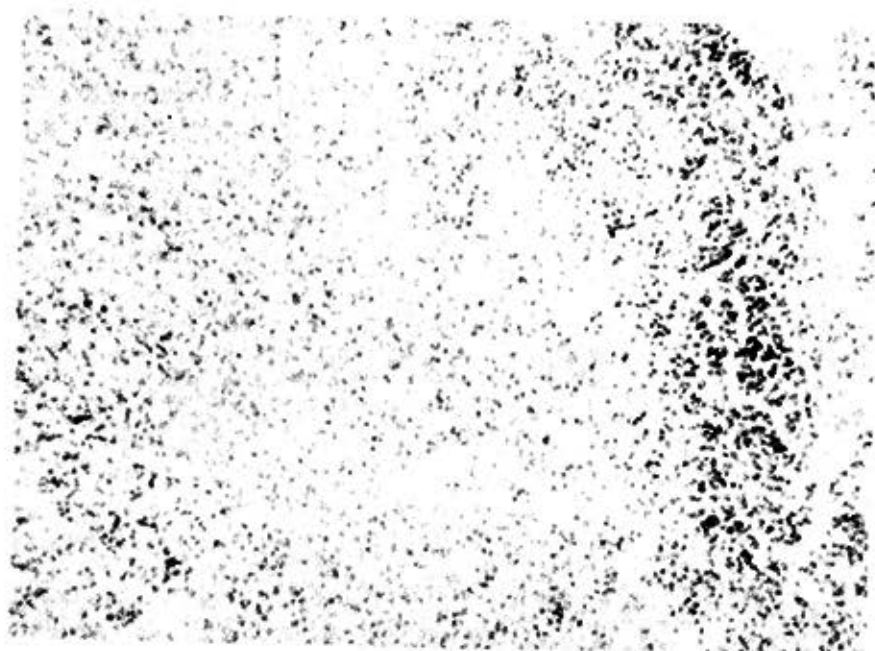
En el acto quirúrgico se encuentra, apéndice con aumento de la vascularización, pero por sus características no justificaba el cuadro clínico, por lo que se decide revisar las vísceras intraabdominales en busca del proceso causal del cuadro abdominal. Se encuentra una masa tumoral polilobulada que ocupaba el mesenterio del ciego y parte del íleo terminal con abundantes adenopatías, por lo que se decide realizar una resección ileocólica con anastomosis en 2 planos.

La evolución del paciente fue satisfactoria y fue dado de alta el 15 de noviembre de 1986.

El informe de Anatomía Patológica fue el siguiente:

Se recibe pieza quirúrgica de 25 cm de longitud, correspondiente al ciego y al colon ascendente. El apéndice con moderados signos de inflamación, y en la zona del ciego adyacente a la base se observa en los diversos cortes abundantes ganglios linfáticos aumentados de volumen, algunos de ellos con aspecto de necrosis central (figuras 1 y 2). En el resto de la pieza no se observan alteraciones de importancia.

Diagnóstico: Paniculitis abdominal mesentérica de fosa iliaca derecha (Weber-Christian abdominal) con adenitis subaguda seudotumoral reactiva intralesional y perilesional.



FIGURAS 1 y 2. Obsérvese la presencia de células grasas rodeadas de polimorfonucleares, linfocitos e histiocitos.

COMENTARIOS

Esta afección es extraordinariamente rara y no se encuentran informes de casos con anterioridad, nacionalmente. El estudio minucioso del niño después de la intervención no demostró otro sitio de localización. Como ha sido señalado en la literatura médica,¹⁻⁸ en nuestro paciente, la enfermedad fue también un hallazgo en una laparotomía.

SUMMARY

The case of a child surgically operated with urgency presenting with a diagnosis of acute appendicitis is reported. At surgery a polylobulated tumoral mass-occupying the cecal mesentery and part of the terminal ileum with abundant adenopathy and take of the fat tissue that led to ileocolic resection-was found. Tissue studies demonstrated mesenteric paniculitis (an unusual variety of Weber-Christian syndrome).

RÉSUMÉ

On présente le cas d'un enfant qui a été opéré d'urgence par présentation d'appendicite aigüe. Dans l'acte chirurgical on a trouvé une masse tumorale polylobulée qui occupait le mésentère du caecum et partie de l'iléon terminal avec adénopathies abondantes et prise de tissu adipeux qui a obligé a une résection iléocolique. Les études histiques ont démontré une panniculite mésentérique (variété peu fréquente du syndrome de Weber-Christian).

BIBLIOGRAFIA

1. Cecil, L.: Tratado de Medicina Interna. 14ta ed. T. 1. Ed. Interamericana, 1978. P. 211.
2. Acta Dermato- Venereologica: the Weber Christian Syndrome with particular reference to etiology. 40: 474-484, 1960.
3. Harrison, T. R.: Medicina Interna. T. 2. Ed. Revolucionaria, 1968. P. 1986.
4. Arnold, H. A.; A. R. Binboroug: Weber Christian disease with visceral Involvement case report and review of literature. Br J Dermatol 75: 920, Jun., 1962.
5. Graciansky, P.: Weber Christian Syndrome of pancreatic origin. Br J Dermatol 79: 278-283, May, 67.
6. Graciansky, P.: Weber Christian discussion of pancreatic etiology. Br Soc Franc Derm SPPH. 73: 925-931, Dec., 1966.
7. Moraimé: Weber-Christian disease. Its relation hip with cytosteato necrosis of pancreatic origin. Arch Belg Dermatol 25: 131-137, enero-marzo, 1969.
8. Ogdenw, W.; D. M. Bradburn; J. D. Rives: Mesenteric Paniculitis. Ann Surg 161: 864, 1965.

Recibido: 6 de noviembre de 1986. Aprobado: 7 de febrero de 1987.

Dr. Alfredo Portero Urquiza. Hospital Pediátrico Docente «Pedro Borrás Astorga». Calle F, entre 27 y 29, Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.