rollar una sobrecarga secundaria de hierro al ser incapaz el organismo de eliminar el Fe acumulado principalmente en macrófagos, hígado, corazón y órganos endocrinos (1). Esta lesión orgánica puede ser tan grave que con frecuencia es la causa final de la muerte en estos pacientes (4).

La reciente aparición de un nuevo quelante oral, deferasirox, que puede utilizarse en dosis única diaria, induce un balance negativo de Fe en pacientes anémicos en régimen transfusional y parece mejorar la calidad de vida de los pacientes con bajos efectos secundarios y escasos abandonos del tratamiento (1,5).

A. del Castillo Rueda, J. C. Ravell Aumaitre¹, P. Khosravi Shahi², L. A. Álvarez-Sala Walter

Servicios de Medicina Interna II, ¹Inmunología y ²Oncología. Unidad de Ferropatología y Radicalosis. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

1. Villegas A. Nuevas perspectivas terapéuticas en la sobrecarga de hierro. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23: 511-2.
2. González FA, Arrizabalaga B, Villegas A, Alonso D, Castro M, Remacha A, et al. Estudio del tratamiento con desferroxamina en perfusión subcutánea para la sobrecarga de hierro en pacientes con síndrome mielodisplásico. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 645-7.
3. Altés Hernández A. La sobrecarga férrica en los síndromes mielodisplásicos. Papel de los quelantes del hierro. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 654-5.
4. Scafer A, Cheron RG, Dluhy R, Cooper B, Gleason RE, Soeldner JS, et al. Clinical consequences of acquired transfusional iron overload in adults. *N Engl J Med* 1981; 304: 319-24.
5. Capellini MD. Deferasirox: A novel, once-daily oral iron chelator. *Therapy* 2006; 3: 453-60.

Laparotomía urgente en un caso de paniculitis mesentérica

Sr. Director:

La panniculitis mesentérica es una rara enfermedad de causa desconocida caracterizada por una inflamación no específica de grasa del mesenterio (1). Se puede presentar en tres estadios anatomo-clínicos comenzando con una lipodistrofia mesentérica, pasando a la paniculitis mesentérica y finalizando con mesenteritis retráctil, que es en esta tercera fase donde se producen los cuadros suboclusivos. Es en el estadio de paniculitis mesentérica donde se pueden apreciar las diferentes formas de presentación clínica como dolor abdominal difuso, febrícula (2), fiebre de origen desconocido, masa abdominal, ictericia y obstrucción, aunque el 40 % se presentan como asintomáticos 3. Sin embargo no es frecuente encontrarla como un abdomen agudo de características quirúrgicas. Analíticamente no hay nada que sea específico pero si se observan elevados los reactantes de fase aguda. Histología: engrosamiento difuso del mesenterio, fibrosis leve o moderada, masas mesentéricas, macrófagos espumosos cargados de lípidos (3). En la TC se presenta como una masa en mesenterio que nace

del mesenterio que desplaza los vasos sin invadirlos, desplazando asas intestinales (2), denominándose "mesenterio nebuloso". Es la técnica de imagen de elección (4). Hay gran controversia en cuanto al establecimiento del diagnóstico y la necesidad de biopsia quirúrgica con los hallazgos de la TC. La actitud quirúrgica si se hace debería ser limitada a la toma de biopsias y by-pass en el caso de obstrucción intestinal, aunque si la clínica del paciente es leve y los hallazgos radiológicos sugieren paniculitis mesentérica la cirugía debería ser evitada (1).

Caso. Paciente de 76 años de edad, mujer, HTA, cardiopatía, broncopatía, apendicetomizada y colecistectomizada. Ingresó de forma urgente por cuadro de dolor abdominal intenso, con peritonismo y defensa abdominal, fiebre, analíticamente presenta leucocitosis con neutrofilia y resto de analítica sin interés. TC urgente es realizado: informado como engrosamiento de grasa mesentérica de forma generalizada y abundante líquido libre compatible con peritonitis (Fig. 1) Dada la clínica y hallazgos radiológicos se decide realizar intervención quirúrgica urgente. En la intervención se objetiva abundante líquido claro, engrosamiento y retracción de mesenterio, sin hallazgos patológicos en el resto de la cavidad, por lo que se realiza múltiples tomas de biopsias. El resultado anatomopatológico fue de paniculitis mesentérica. La evolución es favorable, durante la cual se realizan diferentes pruebas como colonoscopia sin hallazgos patológicos, marcadores tumorales dentro de la normalidad, PCR y VSG aumentadas. Se instaura tratamiento con colchicina 1 mg/24 h y metilprednisolona 80 mg/24 h con buena respuesta al tratamiento.

Fig. 1. Engrosamiento de la grasa mesentérica de forma generalizada con líquido libre.

La paniculitis mesentérica presenta una extensa gama de presentaciones clínicas como el dolor abdominal difuso, febrícula, masa palpable, náuseas, pero no son específicos y además muy variables (1), sin embargo no es frecuente encontrar dicha entidad como un abdomen de características quirúrgicas como en el caso que se nos presenta, con defensa abdominal y peritonismo importante que condujo más a una sospecha de peritonitis que de una mera enfermedad inflamatoria. En relación a la indicación quirúrgica existe controversia. Para establecer un diagnóstico estaría indicada la biopsia quirúrgica incluso si la enfermedad es sugerida por TC según Monahan y cols. (5). Aunque para Badilla-Varela y cols. (6) la cirugía debería ser evitada si los hallazgos de la CT sugieren paniculitis mesentérica (1), sin embargo en el

diagnóstico diferencial de paniculitis mesentérica se incluyen carcinomatosis peritoneal, limfoma, liposarcoma y tumores desmoides, por lo que podría estar justificada la biopsia quirúrgica en casos de duda diagnóstica. La biopsia puede obtenerse dirigida por TAC, laparoscopia o laparotomía. Otra indicación de cirugía sería la obstrucción intestinal extrínseca debida a la inflamación del mesenterio (2).

En cuanto al tratamiento igualmente existe controversia debido a que, por definición se trata de una enfermedad de curso benigno, aunque su tiempo de resolución es variable al igual que su sintomatología. El uso de esteroides provoca un acortamiento en el tiempo de inflamación pero puede incrementar el nivel de fibrosis, diferentes autores establecen que el uso de esteroides, antibióticos, irradiación, azatioprina y emetina han sido probados pero sin cambios en la duración de la enfermedad (2). El tratamiento se recomienda solamente en las formas sintomáticas, basándose actualmente en la administración combinada de glucocorticoides asociados a colchicina (3). dicho tratamiento fue realizado en nuestra paciente desapareciendo la sintomatología a la semana de su introducción. La cirugía como tratamiento y no diagnóstico en casos de complicación como la obstrucción intestinal. Debemos por tanto introducir en nuestro diagnóstico diferencial la paniculitis mesentérica como causa poco frecuente que simule un abdomen quirúrgico, pero no por ello debemos retrasar la indicación quirúrgica urgente, como en este caso, ya que se puede poner en peligro seguridad del paciente.

A. Arjona Sánchez, E. Torres Tordera, D. Martínez Cecilia, J. Alonso Gómez, S. Rufián Peña

Unidad Funcional de Urgencias Quirúrgicas. Servicio Cirugía General. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

1. Seo M, Okada M, Okina S, Ohdera K, Nakashima R, Sakisaka S. Mesenteric panniculitis of the colon with obstruction of the inferior mesenteric vein: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 885-9.
2. Parra-Dávila E, Mckenney MG, Sleeman D, et al. Mesenteric panniculitis: case report and literature review. *Am Surg* 1998; 64: 768-71.
3. P. Martínez Odroizola, N. García Jiménez, S. Cabeza García, E. Ocejja Barrutieta. Sclerosing mesenteritis. Report of two cases with different clinical presentation. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 254-6
4. Cristian Varela U, Miguel Fuentes V, Rosario Rivadeneira H. Inflammatory alterations of the intraabdominal fatty tissues, non surgical cause of acute abdominal pain: CT findings. *Rev Chil Radiol* 2004; 10: 28-34.
5. Monahan MD, Poslon MW, Brown CG. Mesenteric panniculitis. *South Med J* 1989; 82: 782-4
6. Badiola-Varela CM, Sussman SK, Glickstein MF. Mesenteric panniculitis: findings on CT, MRI, and angiography. Case Report. *Clin imaging* 1991; 15: 265-7.