

PATOLOGIA INFLAMATÒRIA I TUMORAL PERITONEAL I DEL MESENTERI

Dr. Jordi Rimola Gibert
Unitat de Radiologia abdominal
CDI. Hospital Clínic de Barcelona

1era PART:

TUMORACIONS MESENTÈRIQUES I OMENTALS:

Les lesions primàries mesentèriques són molt poc freqüents. La carcinomatosis peritoneal, en canvi, és la patologia tumoral més freqüent de la cavitat abdominal. El seu pronòstic és dolent, malgrat que en els últims anys s'han produït millories terapèutiques. Els pacients amb tumoracions mesentèriques solen presentar simptomatologia inespecífica de dolor abdominal, pèrdua de pes o canvis del ritme deposicional. La realització d'una TC abdominal pot resultar de gran utilitat pel maneig del pacient.

A) LESIONS SOLIDES:

1-Carcinomatosis peritoneal:

Els tumors, principalment de cavitat abdominal, però també els originats en altres parts com la mama, el pulmó o el melanoma, poden disseminar al mesenteri principalment per 4 vies diferents:

a) *Disseminació directe*: els tumors primaris que més freqüentment disseminen per aquesta via són les neoplàsies de colon, gàstriques, de pàncrees, biliar i tumors carcinoides. Aquesta via pot ser per continuïtat des d'un òrgan cap a la seva perifèria, o bé sense que hi hagi continuïtat, estant condicionat per les reflexions peritoneals i els lligaments peritoneals (p.ex. una neoplàsia gàstrica a través del lligament gastrocòlic invadeix el colon transvers).

b) *Disseminació limfàtica*: com que els limfàtics segueixen el curs de les artèries mesentèriques, un lloc freqüent de localització d'adenopaties infiltrades per tumor són l'arrel del mesenteri, l'origen del troc celíac i l'origen de la artèria mesentèrica superior. Els tumors del tracte gastrointestinal que més freqüentment afecten aquesta via són els que estan localitzat al marge mesentèric (per contra, els que afecten el marge antimésentèric tenen tendència a fer disseminació intraperitoneal).

c) *Disseminació intraperitoneal*: aquesta via està condicionada principalment per la circulació del líquid peritoneal. La pressió negativa del diafragma facilita el dipòsit de cèl·lules tumorals a la cúpula hepàtica. El curs obliquat del mesenteri (des de quadrant superior esquerre fins a l'inferior dret) facilita el dipòsit al quadrant inferior dret, i el curs transvers del mesocolon sigmoide facilita el dipòsit d'implants a la pelvis superior. L'epipló major, és un altre estructura freqüentment invadida pels implants degut a la seva gran superfície de contacte amb el líquid peritoneal. Finalment, la posició decliu dels ovaris contribueixen a la freqüent localització d'implants tumorals de neoplàsies gàstriques i pancreàtiques, conegudes com tumor de Krükkenberg.

d) *Disseminació hematògena*: afectació principalment de neoplàsies de mama i melanoma. Es desconeix perquè aquests tumors en particular tenen predilecció per disseminar al peritoni.

La carcinomatosis peritoneal té 3 formes de presentació: nòduls o masses peritoneals, plaques a les superfícies d'estructures abdominals o engruiximents de les fulles peritoneals (conegut en la literatura anglesa com "omental cake"). Els implants peritoneals poden estar calcificats en tumors productors de mucina, com els adenocarcinomes mucosos de colon o ovari.

Freqüentment s'associa carcinomatosis amb la presència d'ascitis, però cal ser prudent amb aquesta associació. En global el 50% de les carcinomatosis no cursen amb ascitis. Quan hi ha ascitis lleu, menys d'un 15% dels pacients presenta carcinoma; en canvi en presència d'ascitis severa, fins a un 70% dels pacients presenten carcinomatosis.

2- Mesotelioma maligne:

És una lesió poc freqüent però molt agressiva. El 30% dels mesoteliomes afecten el peritoni, i a l'igual que el mesotelioma pleural també està associat a una exposició prèvia a l'asbest. L'aspecte radiològic d'aquestes lesions és variable, i pot anar des de la lesió peritoneal sòlida confluent, fins a un engruiximent nodular o

difús del peritoni i de la superfície de nanses intestinals, acompanyat d'ascitis. Les calcificacions son molt poc freqüents.

El diagnòstic diferencial principalment caldrà establir-lo amb la carcinomatosis peritoneal i amb la tuberculosi abdominal.

3- Tumor desmoide (fibromatosis):

És la lesió sòlida primària més freqüent. Pot ser espontani o estar associat al Síndrome de Gardner (poliposis adenomatosa familiar).

És un tumor benigne de matriu fibrosa però amb comportament agressiu. Pot presentar-se com una lesió única o múltiple. La lesió sol presentar una marges ben definits però és una lesió no capsulada i amb un alt potencial infiltrant cap a les estructures abdominals de la seva proximitat, fet que dificulta el seu tractament quirúrgic, especialment quan presenta grans dimensions. També presenta una alta incidència de recurrència post quirúrgica.

Radiològicament es presenta com una lesió sòlida (encara que en ocasions pot tenir àrees quístiques al seu interior si el tumor és de grans dimensions) ben definida (encara que infiltra nanses intestinals adjacents), homogènia i que pot presentar captació després d'administrar contrast ev. No sol calcificar.

4- Mesenteritis esclerosant:

Estrictament no és un tumor. Lesió composta per matriu fibrosa, àrees de necrosi grassa i cèl·lules inflamatòries, en proporcions variables.

Les troballes radiològiques son variables en funció de la composició de la lesió: atenuació variable del mesenteri, amb àrees de densitat grassa combinades amb lesions de densitat parts toves (en proporció variable). Pot provocar retracció del mesenteri i pot arribar a provocar oclusió intestinal. Ocasionalment pot presentar calcificacions.

Quan el component predominant és l'inflamatori s'anomena paniculitis mesentèrica (subtipus de la mesenteritis esclerosant). La paniculitis apareix com un augment focal de la densitat de la grassa de l'arrel del mesenteri, amb alguna àrea d'aspecte nodular al seu interior i envoltada per una pseudocàpsula, aspecte radiològic descrit com a "misty mesentery", que pot estar causat per altres entitats a més de la paniculitis com l'edema del mesenteri o canvis post terapèutics en limfomes que afecten l'arrel del mesenteri.

5- Altres tumors sòlids:

Son molt menys freqüents. 2/3 parts d'aquests tumors son benignes, principalment lipomes, leiomiomes i neurofibromes; la tercera part restant son malignes i principalment son sarcomes.

B- LESIONS QUÍSTIQUES:

B.1- LOCALITZACIÓ OMENTAL.

1-Mesotelioma quístic benigne:

És un tumor benigne derivat del peritoni, que afecta de forma predominant al sexe femení. La localització típica és al peritoni pèlvic, i la simptomatologia de presentació sol ser dolor pèlvic. No té potencial maligne però té un alt índex de recurrència després de la cirurgia i pot estendre's a l'hemiabdomen superior. A diferència del mesotelioma maligne, no s'associa a l'exposició a l'asbest.

L'aspecte radiològic d'aquesta lesió és la d'una lesió multiquística pèlvica amb septes que presenten realçament després d'administrar contrast ev.

El diagnòstic diferencial s'haurà d'establir amb metàstasis d'adenocarcinoma mucinós i neoplàsies d'ovari.

2-Pseudomixoma peritoneal:

Secundari a una ruptura i disseminació intraperitoneal d'un cistoadenoma o cistoadenocarcinoma mucinós (apendicular o ovàric).

La mucina presenta baixa atenuació al TC, i s'acompanya de septacions. Típicament presenta deformitat de superfícies d'estructures intraabdominals com la superfície hepàtica.

No sol estar calcificat excepte si hi ha antecedent de tractament amb quimio- o radioteràpia.

B.2- LOCALITZACIÓ MESENTÈRICA:

Quist mesentèric és un terme descriptiu que engloba cinc subtipus histològics (segons la línia cel·lular):

- a- limfangioma; línia endotelial
- b- quist de duplicació entèrica: línia entèrica amb paret muscular
- c- quist entèric: línia entèrica amb paret fibrosa
- d- quist mesotelial: línia mesotelial
- e- pseudoquist no pancreàtic: sense línia

- **Limfangioma quíctic:** és la massa quística més freqüent. Secundari a una malformació congènita dels vasos limfàtics intestinals.

És una lesió quística multiloculada i septada, hipodensa (lleugerament inferior a la densitat de l'aigua ja que el seu contingut és quilós). Està pròxim a nanses d'intestí prim i pot infiltrar-les o emmotllar-se a les mateixes.

- **Quist de duplicació entèric:** les duplicacions intestinal son una anomalia infreqüent que pot trobar-se en qualsevol segment del tracte GI, encara que la localització més freqüent és l'ili. Per definició estan adjacents o en contacte amb la paret del tub digestiu. La simptomatologia deriva de la compressió de la lesió sobre el tub digestiu que pot arribar a ocluir, o bé provocar un vòlvul.

Radiològicament aquesta lesió presenta una morfologia ovalada o tubular, amb contingut líquid i de parets fines i amb captació de contrast. L'ecografia permet la identificació de la capa muscular, i per tant permet el seu diagnòstic i diferenciació del quist entèric.

- **Quist mesotelial:** molt poc freqüent. Secundari a un defecte de fusió entre les fulles parietal i visceral del peritoni.

- **Pseudoquist no pancreàtic:** secundari a un hematoma o abscess antic que s'ha encapsulat. Presenta parets engruixides i detritus al seu interior (millor visualitzades amb ecografia).

2ona PART:

PATOLOGIA INFECCIOSA O INFLAMATORIA MESENTÈRICA:

Podem dividir-la en:

- primària: paniculitis mesentèrica (explicada anteriorment)
- secundària: generalitzada (peritonitis) o localitzada (abscess).

La peritonitis es diagnostica clínicament. Radiològicament la irritació peritoneal es tradueix en engruiximent de fulles peritoneals, augment de densitat de la grassa i es pot acompanyar d'ascitis. Les causes més freqüents son la perforació intestinal, apendicitis aguda, pancreatitis aguda, diverticulitis i malaltia inflamatòria intestinal.

Els abscessos solen ser pot quirúrgics o bé secundaris a una perforació intestinal o complicació de la malaltia inflamatòria intestinal o pèlvica. Un abscess es presenta com una lesió quística de parets captant de contrast. En un 40-50% dels casos pot contenir gas al seu interior.