

Quiste mesentérico: Descripción de un caso

Mesenteric cyst. Description of one case

Dr. Roberto Pérez García,

Dr. Edgar Torres López,

Dr. José Luis Ruiz Ovalle

Resumen

Antecedentes: Los quistes mesentéricos (QM) son tumores abdominales benignos poco frecuentes, de etiología aún no determinada. Estas lesiones pueden ocurrir a cualquier edad, su presentación clínica incluye abdomen agudo, obstrucción intestinal mecánica o tumor abdominal. El tres por ciento llega a malignizarse aun después de su resección.

Objetivo: Presentar un caso de quiste mesentérico confirmado histopatológicamente.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención

Descripción del caso: Paciente femenino de 58 años de edad, sin ningún antecedente de importancia para su padecimiento actual. Inició su sintomatología dos meses previos a su ingreso, caracterizado por dolor tipo cólico en cuadrante inferior derecho, irradiado en algunas ocasiones a todo el abdomen, acompañado de sensación de plenitud abdominal, así como de náusea; en ocasiones con diarrea intermitente asociada con períodos de estreñimiento. A la exploración de abdomen se encontró dolor en ambos cuadrantes inferiores, presencia de tumor en cuadrante inferior derecho, doloroso y móvil. Los exámenes de laboratorio (química sanguínea, tiempos de coagulación, examen general de orina) normales y/o negativos. Biometría hemática con leucocitosis (15,000/mm³). La tomografía axial computada mostró una masa quística, probable quiste de ovario. La paciente fue intervenida quirúrgicamente encontrando el útero y los anexos sin patología; en íleon, a 150 cm de la válvula ileocecal, se encontró un tumor de aspecto quístico en mesenterio, así como proceso inflamatorio de íleon. Se realizó resección intestinal abarcando el quiste y entero-entero anastomosis. El

Abstract

Antecedents: Mesenteric cysts (MC) are infrequent benign abdominal tumors of undefined etiology. These lesions can occur at any age, their clinical presentation includes acute abdomen, mechanical intestinal obstruction, or abdominal tumor. Three percent of them become malignant even after their resection.

Objective: To present the case of a mesenteric cyst confirmed histopathologically.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the case: Woman of 58 years of age, without any important antecedent for her present illness. Symptomatology started 2 months before admission to the hospital, characterized by colic-type pain in the right inferior quadrant, irradiating occasionally to the whole stomach, accompanied by sensation of fullness and nausea; sometimes with intermittent diarrhea associated to constipation periods. Abdominal exploration revealed pain in both inferior quadrants, presence of a tumor in the right inferior quadrant, painful and mobile. Laboratory tests (blood chemistry, clotting time, urine) were either normal or negative. Leukocytosis of 15,000/mm³. CAT imagining revealed a cystic mass, probable ovarian cyst. The patient was subjected to surgery, finding the uterus and its annexes without pathology. At the ileum, at 150 cm from the ileocecal valve, a mesenteric-like cystic tumor was found, as well as an inflammatory process at the ileum. Intestinal resection encompassing the cyst was performed as well as an enteroanastomosis. The histopathological study reported: Mesenteric cyst covered with epithelium of cuboid cells and fibrous wall containing

División de Cirugía General. Hospital Juárez de México

Recibido para publicación: 17 de octubre de 2000

Aceptado para publicación: 25 de septiembre de 2000

Correspondencia: Dr. Roberto Pérez García, Tuxpan No. 45 – 403, Colonia Roma Sur, 06760, México, D.F.

estudio histopatológico informó: quiste mesentérico recubierto con epitelio de células cuboides y pared fibrosa que contiene músculo liso y tejido adiposo. La paciente en la actualidad, después de 2 años de evolución, se encuentra asintomática.

Conclusión: Los quistes mesentéricos son tumores de difícil diagnóstico que generalmente se encuentran de forma incidental o con sintomatología de patología abdominal aguda quirúrgica. Uno de los estudios de gabinete que más ayudan en el diagnóstico es la tomografía axial computarizada, sin embargo, se puede confundir con otras patologías intraabdominales, como ocurrió en nuestro caso. El tratamiento con mejores resultados, de acuerdo con la mayoría de los informes de la literatura, es la intervención quirúrgica abierta que incluye la resección tumoral e intestinal, misma táctica quirúrgica utilizada en este caso.

Palabras clave: Quiste mesentérico, resección intestinal.
Cir Gen 2001;23: 109-112

Introducción

Los quistes de mesenterio (QM) son tumores abdominales poco frecuentes cuyo origen no es muy claro.^{1,2} Moynihan en 1897 estableció que los QM se encuentran entre las rarezas quirúrgicas.³

Desde la primera descripción, en una necropsia realizada por el patólogo Beneviene de Florencia, en 1507,^{4,5} aproximadamente 800 casos han sido publicados a partir de esta fecha en la literatura médica.^{1,6,7} Estas lesiones pueden ocurrir en cualquier edad. Cerca de una tercera parte se presenta en niños de menos de 15 años de edad⁸ y una cuarta parte de los pacientes con QM son menores de 10 años.⁹ El resto se presenta en la edad adulta. Su presentación clínica incluye: abdomen agudo u obstrucción intestinal mecánica.^{6,10} Tres por ciento llegan a malignizarse aun después de su resección.^{1,11}

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de QM confirmado histológicamente.

Descripción del caso

Paciente femenino de 58 años de edad, sin ningún antecedente de importancia para su padecimiento actual. Inició su sintomatología dos meses previos a su ingreso, caracterizado por dolor tipo cólico, en cuadrante inferior derecho, irradiado en algunas ocasiones a todo el abdomen, acompañado de sensación de plenitud abdominal, así como de náusea; en ocasiones con diarrea intercalada con períodos de estreñimiento. A la exploración física: cabeza, cuello y tórax sin alteraciones, en abdomen se encontró dolor en ambos cuadrantes inferiores, presencia de una masa tumoral en cuadrante inferior derecho, dolorosa y móvil. El tacto vaginal y rectal sin datos anorma-

smooth muscle and adipose tissue. At present, the patient is without symptoms after 2 years of evolution. Conclusion: Mesenteric cysts are hard to diagnose tumors that are generally found incidentally with symptomatology of acute abdominal surgical pathology. CAT imaging is one of the best diagnostic tools, however, it can be confused with other intra-abdominal pathologies, as happened in our case. The best treatment choice, according to most reports in the literature, is open surgery including tumor and intestinal resection, which was the technique used in our case.

Key words: Mesenteric cyst, intestinal resection.
Cir Gen 2001;23: 109-112

les. Los exámenes de laboratorio (química sanguínea, tiempos de coagulación, examen general de orina) normales y/o negativos a excepción de la biometría hemática con leucocitosis (15, 000/mm³). La tomografía axial computada (TAC) mostró una masa quística, probable quiste de ovario derecho (**Figura 1**). La paciente fue intervenida quirúrgicamente encontrando útero y anexos sin patología. En íleon, a 150 cm de la válvula ileocecal, se encontró un tumor de aspecto quístico en mesenterio, así como proceso inflamatorio de íleon (**Figuras 2 y 3**). Se realizó resección intestinal abarcando el quiste y entero-entero anastomosis termino-terminal. El estudio histopatológico informó: "QM delineado con epitelio de células cuboides y pared fibrosa que contiene músculo

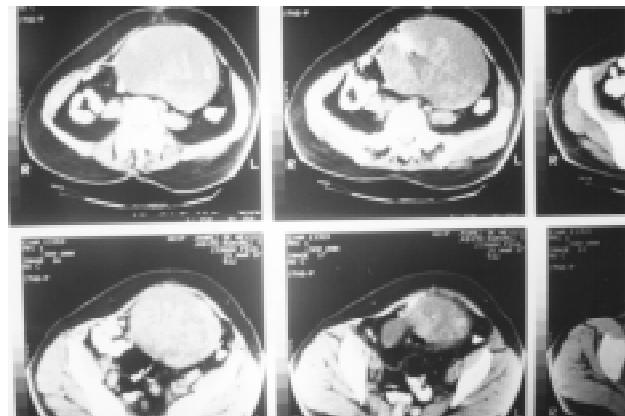


Fig. 1. TAC abdominal contrastada donde se observa una masa quística, probable quiste de ovario derecho.



Fig. 2. Hallazgo transoperatorio: tumor de aspecto quístico en mesenterio ileal.



Fig. 3. Otro aspecto de la masa tumoral quística de mesenterio a nivel ileal.

liso y tejido adiposo". La paciente en la actualidad, después de 2 años de evolución, se encuentra asintomática. Se le han practicado 4 ultrasonidos que no han detectado recidiva.

Discusión

Los QM son unos de los tumores abdominales poco frecuentes, con 800 casos aproximadamente publicados desde 1507^{1,6,7,12}. La frecuencia varía de 1 por 100,000 a 250,000 ingresos hospitalarios, de los cuales un tercio se encuentra en edad pediátrica.¹³ La ausencia de evidencias clínicas y radiológicas representa dificultad diagnóstica.

Los quistes se pueden presentar fundamentalmente de las siguientes tres formas: 1) sintomatología no específica (obstrucción intestinal, dolor abdominal crónico difuso, masa abdominal no dolorosa), 2) como hallazgo incidental y 3) como abdomen agudo. El dolor abdominal agudo es la forma más común de presentación. Este síntoma se presenta en más del 50% de los casos y en el 40% como hallazgo incidental.^{6,10} Se ha involucrado más de un mecanismo etiológico en el desarrollo de los QM.¹⁴ Algunos se han visto como componentes del síndrome de neovascular basal. Su ubicación se ha descrito desde el mesenterio duodenal hasta el rectal, observándose con más frecuencia en el mesenterio ileal,¹⁴ tal como aconteció en nuestro caso clínico. Los quistes mesentéricos son usualmente descubrimientos incidentales, pero pueden ser los suficientemente grandes como para producir síntomas.¹⁵

Los QM son lisos y redondos, con una pared delgada y contienen un líquido seroso similar al plasma, o un líquido lechoso, particularmente si se encuentra próximo al yeyuno. Este último se refiere como quiste quiloso. La mayoría de estos quistes provienen de vasos linfáticos y son parte de la línea celular del endotelio. Cuando son grandes, multiloculares y presentan músculo liso en su pared, se prefiere mencionarlos como linfangiomas quísticos. Otro tipo de quistes mesentéricos es la duplicación intes-

tinal, en el cual el quiste es la línea de la mucosa intestinal, sus paredes contienen músculo liso y existe una conexión anatómica con el intestino delgado por la pared muscular y el aporte sanguíneo, la mitad de éstos son diagnosticados antes de los 6 meses de edad. Otros quistes mesentéricos son de la línea mesotelial. Algunos ejemplos son los quistes benignos mesentéricos llamados mesoteliomas.¹⁴ Los tumores mucinosos quísticos son benignos y de tipo "borderline"; se han descrito en el mesenterio y en el retroperitoneo de pacientes femeninos.

La malignidad de estos quistes se ha informado en menos del 3% de los casos, por lo que es una patología predominantemente benigna.^{1,11} Los diagnósticos diferenciales pueden incluir casi cualquier quiste o tumor intraabdominal. Los estudios de laboratorio no dan orientación para el diagnóstico. Los métodos que han demostrado utilidad en este tipo de patología son el ultrasonido y la tomografía axial computada.¹⁶ En nuestro caso, la tomografía fue de gran ayuda en el diagnóstico. La serie esófago-gastro-duodenal, el colon por enema y la pielografía intravenosa sirven para excluir quistes o tumores de origen gastrointestinal y genitourinario.

El tratamiento de elección es la enucleación tanto quirúrgica abierta como por vía laparoscópica;¹⁷ la resección intestinal adyacente al quiste en ocasiones tiene que llevarse a cabo.

La mortalidad va de 0 hasta 8% cuando se realiza enucleación del quiste y del 13 al 15% cuando se realiza resección intestinal.⁷ Otras técnicas como la marsupialización se han llevado a cabo sin mucha aceptación, por la posibilidad de infección secundaria a la formación de fistulas que ameriten reintervención.¹⁷ El conocimiento de este padecimiento es necesario para evitar las complicaciones asociadas por un tratamiento subóptimo y evitar recidivas.^{18,19}

El seguimiento de estos pacientes se realiza con ultrasonido seriado cada 6 meses con la finalidad de detectar recurrencias.

Referencias

1. Caropreso PR. Mesenteric cysts: a review. *Arch Surg* 1974; 108: 242-6.
2. Baker AH. Developmental mesenteric cysts. *Br J Surg* 1960; 48: 534-40.
3. Vaughn AM, Leas WM, Henry JW. Mesenteric cysts a review of the literature and report of a calcified cyst of the mesentery. *Surgery* 1984; 23: 306-17.
4. Walker AR, Putnam PC. Omental, mesenteric and retroperitoneal cysts. A clinical study of 33 new cases. *Ann Surg* 1973; 178: 13-9.
5. Moynihan BGA. Mesenteric cysts. *Ann Surg* 1897; 26: 1-29.
6. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg* 1986; 203: 109-12.
7. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. *Arch Surg* 1984; 119: 838-42.
8. Berger L, Rothenberg RE. Cysts of the omentum, mesentery and retroperitoneum; clinical study of eighteen cases. *Surgery* 1939; 5: 522-34.
9. Burnett WE, Rosgmond GP, Bucher RM. Mesenteric cysts; report of three cases, in one of which a calcified cyst was present. *Arch Surg* 1950; 60: 699-706.
10. Kurzweg FT, Daron PB, Williamson JW, Danna SJ, Jonhson JF. Mesenteric cysts. *Am Surg* 1974; 40: 462-7.
11. Bury TF, Pricolo VE: Malignant transformation of benign mesenteric cyst. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 2085-7.
12. Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. *Aust N Z J Surg* 1994; 64: 741-4.
13. Bliss DP, Coffin CM, Bower RJ, Stockmann PT, Temberg JL. Mesenteric cysts in children. *Surgery* 1994; 115: 571-7.
14. Caracino V, Barone C, Migliorato L. Le cisti mesenteriche: considerazioni, etiopatogenetiche e cliniche e presentazione di un caso. *Ann Ital Chir* 1996; 67: 693-6.
15. Sánchez-Fernández P, Mier y Diaz J, Blanco Benavides R, Martínez Ordaz JL. Quiste del mesenterio: informe de un caso. *Cir Cirj* 1999; 67: 143-6.
16. Geerr LL, Mittelstaedt CA, Staab EV, Gaisie G. Mesenteric cyst: sonographic appearance with CT correlation. *Pediatr Radiol* 1984; 4: 102-4.
17. Burkett JS, Pickerman J. The rationale for surgical treatment of mesenteric and retroperitoneal cysts. *Am Surg* 1994; 60: 432-5.
18. Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. *Surg Endosc* 1999; 13: 937-9.
19. Chung MA, Brandt ML, St-Vil D, Yazbeck S. Mesenteric cysts in children. *J Pediatr Surg* 1991; 26: 1306-8.

Próximo número

Volumen 23, Julio-Septiembre 2001

Complicaciones de las enterostomías: Revisión de 267 estomas
Moisés Aaron Nuñez González

Decisión terapéutica ante un tumor folicular
Luis Mauricio Hurtado López

Experiencia de enseñanza-aprendizaje de cirugía laparoscópica en estudiante de medicina, de pregrado
Fernando Azcoitia Moraila

Colecistectomía por invasión reducida. Respuesta al dolor según el tamaño de una mini-incisión
Roberto Gómezcordeo L.

Tratamiento quirúrgico del síndrome de vena cava superior
Moisés Calderón Abbo

Dilatación quística congénita de las vías biliares
Gustavo A. Nari

Obstrucción del colon secundaria a endometriosis rectal intraluminal
Eduardo Millán

Oclusión intestinal por embarazo ectópico en cavidad abdominal
Rafael Aguirre Rivero

Membrana duodenal congénita en el adulto
Jorge Alfredo Perales Córdova

Quiste hepático gigante. Presentación inusual en la enfermedad poliquística del adulto
David Ramírez Tapia