



Abordaje de quiste mesentérico, una entidad no tan infrecuente. Presentación de un caso

Juan José Granados Romero,* Alan Isaac Valderrama Treviño,** Manuel Sevilla Domingo**

Resumen

Los quistes mesentéricos representan una patología poco estudiada, de la cual se ha establecido una frecuencia de 1 por 26,794 a 250,000 admisiones hospitalarias. Las manifestaciones clínicas habituales son diversas; sin embargo, es frecuente que los pacientes permanezcan asintomáticos por un largo periodo de tiempo. Se presenta el caso de un hombre de 40 años de edad con diagnóstico previo de quiste mesentérico, con siete años de evolución, que acude a esta unidad hospitalaria por exacerbación de cuadro clínico identificable, con sintomatología de masa ocupativa y manifestaciones gastrointestinales. Se procede a la toma de estudios paraclínicos preoperatorios y de una tomografía computarizada de abdomen, localizando el quiste en el mesogastrio, con medidas de 11.6 por 12.4 cm. Se opta por resección quirúrgica laparoscópica programada, drenaje, disección y extracción con endobolsa. El reporte histopatológico arroja el diagnóstico de quiste mesotelial simple. El paciente se da de alta a las 48 horas sin complicaciones. A pesar de ser una identidad que no representa un problema de salud global, dado el aumento en su frecuencia y de los reportes de caso en publicaciones periódicas, es importante estandarizar las estrategias diagnósticas y en la terapéutica quirúrgica para que el pronóstico de los pacientes sea satisfactorio.

Palabras clave: Quiste mesentérico, quiste mesotelial, cirugía laparoscópica, masa ocupativa.

Abstract

Mesenteric cysts represent a largely unstudied disease which has established a frequency of 1 per 26,794 to 250,000 hospital admissions. Clinical manifestations are nonspecific, but they are frequently remaining asymptomatic for long time. We bring a case of a 40-year-old man with previous diagnosis of mesenteric cyst (7 years) that comes to this hospital for exacerbation of clinical symptoms of identifiable occupying mass and gastrointestinal manifestations. We proceed to making preoperative screening studies and abdominal computed tomography locating a mass in mesogastrium with measures 11.6 x 12.4 cm. It was treated with laparoscopic surgical resection, drainage, dissection and extraction with endobag. The histopathologic diagnosis reveals a simple omental cyst. The patient was discharged after 48 hours without complications. Despite not being an identity that represents a global health problem, given the increase in frequency and case reports in journals is important to standardize the diagnostic strategies and surgical therapy in order to get a better prognosis for the patient.

Key words: Mesenteric cyst, mesotelial cyst, laparoscopic surgery, occupying mass.

INTRODUCCIÓN

Los quistes mesentéricos son inusuales,^{5,7,10} la primera descripción de un quiste mesentérico fue hecha por Beneviene en 1507, durante la autopsia de un niño de ocho años,^{1,5,6} Se ha establecido una frecuencia de 1/26,794-250,000

admisiones hospitalarias; sin embargo, las estadísticas son escasas;^{2,9,10} representan una patología poco estudiada —sobre la que es difícil encontrar bibliografía tanto en libros de texto como en publicaciones periódicas—, lo cual provoca que, en ocasiones, los términos sean utilizados de forma confusa y que existan discrepancias entre diferentes autores para referirse a conceptos idénticos.⁸ Existen diversas modalidades de quistes mesentéricos: quistes de origen linfático (quiste linfático simple y linfangioma quístico), quistes de origen mesotelial (quiste mesotelial simple, mesotelioma quístico benigno, mesotelioma quístico maligno), quistes de origen entérico (quistes entéricos de duplicación y quistes entéricos), quistes de origen urogenital, teratoma ovárico maduro (quiste dermoide) y pseudoquistes no pancreáticos.^{3,8,9} Tanto el quiste linfático simple como el quiste mesotelial simple suelen permanecer

* Hospital Star Médica Centro, México, D.F.

** Facultad de Medicina UNAM, México, D.F.

Correspondencia:

Dr. Juan José Granados Romero
Querétaro Núm. 154 Int. 403,
Col. Roma, Del. Cuauhtémoc, 06700.
Tel: 55-74-48-22
E-mail: jjgranados71@yahoo.com.mx

asintomáticos en el curso del tiempo, en contraste con linfangioma quístico y mesotelioma quístico benigno, que pueden mostrar agresividad y propiedades aparentemente invasivas. Los linfangiomas predominan en niños varones y pueden causar abdominalgias agudas.⁴ Se reconocen tres formas clínicas, dependiendo de la localización, tamaño del tumor y relación con órganos vecinos: 1. Forma incidental, 2. Cuadro clínico no específico y 3. Síndrome de abdomen agudo.² El estudio de elección para el diagnóstico es la ultrasonografía (USG) abdominal. Si se requiere información adicional para confirmar el diagnóstico se realiza tomografía axial computarizada con medio de contraste o resonancia magnética.² El tratamiento óptimo es la extirpación completa del tumor, ya que hay recidivas cuando sólo se realiza aspiración de contenido y resección parcial.²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 40 años acude al Servicio de Gastroenterología en el sector particular. Interrogatorio negativo para antecedentes heredofamiliares referentes a cáncer, neoplasias y enfermedades cronicodegenerativas. Del mismo modo, no cuenta con antecedentes personales patológicos de importancia (quirúrgicos, transfusionales o traumáticos).

Acude con médico particular al inicio del cuadro, hace siete años, refiriendo dolor difuso en toda la región abdominal, con zona hiperestésica en flanco izquierdo; le realizan USG recibiendo diagnóstico de probable quiste mesentérico. Asintomático hasta hace dos meses, cuando acude a este centro hospitalario, refiriendo cuadro con sintomatología de masa ocupativa: caracterizada por estreñimiento, dolor a la flexión y dolor tipo cólico posterior a la ingesta de alimentos copiosos, acompañado de sensación de plenitud abdominal. En la exploración física, el abdomen era blando, depresible, con masa palpable no dolorosa y movable, que abarcaba las siguientes zonas: hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo y mesogastrio; peristalsis normal.

Se le realizaron estudios de laboratorio de rutina, encontrándose todas las mediciones dentro de rangos de normalidad. Se procede a realizar marcadores tumorales, los cuales también resultan negativos.

Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen, detectando imagen quística de 11.6 x 12.4 cm localizada en mesogastrio (Figura 1), junto a los vasos principales, dependiente de arteria aorta y vena cava inferior en la parte medial; en la parte posterior, riñón y vasos renales (Figura 2).

Se realizó valoración preoperatoria, evaluando en conjunto antecedentes previos y estudios paraclínicos para determinar si el paciente era candidato a una intervención laparoscópica o abierta; y así predecir posibles complicaciones en el transoperatorio.

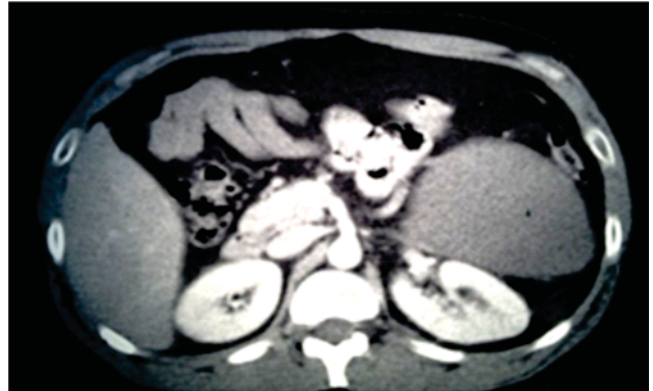


Figura 1. Tomografía axial computarizada que demuestra imagen quística dependiente de mesenterio.

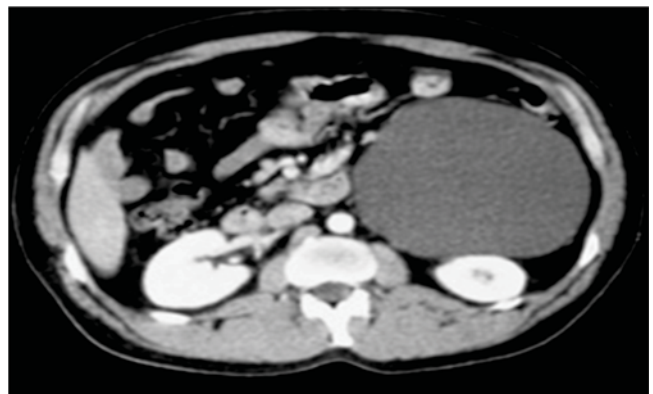


Figura 2. Tomografía axial computarizada que pone de manifiesto la cercanía de vasos dependientes de cava y aorta.

Se programa para resección por laparoscopia; bajo anestesia general, utilizando tres puertos: el primero, umbilical de 10 mm —se introduce lente de 0°, de 10 mm, logrando visualizar fácilmente masa localizada entre colon descendente y transversal, en la parte posterior riñón izquierdo y en la porción medial vena cava inferior—; se coloca segundo puerto de 5 mm en flanco izquierdo, introduciendo Ligasure (mismo puerto que servirá para alternar con pinzas Babcock y aspirador); el tercer puerto, finalmente, de 5 mm se coloca a nivel epigástrico. Explorando y delimitando los bordes del quiste se detecta la consistencia blanda, se realiza apertura sobre mesenterio y se disecciona en la periferia, ligando la base del quiste dependiente de aorta y vena cava inferior. Por el tamaño del quiste se decide punción y drenaje con aspirador, aspirando líquido de color amarillento de consistencia acuosa y no fétido, drenando cerca de 450 cm³ (Figuras 3 y 4). Siguiendo con disección roma se liberan completamente los bordes del quiste (Figura 5). Se introduce y extrae por endobolsa. Se lava con solución (Figura 6) y se coloca drenaje Biovac de 1/8. Se completa el procedimiento por laparoscopia

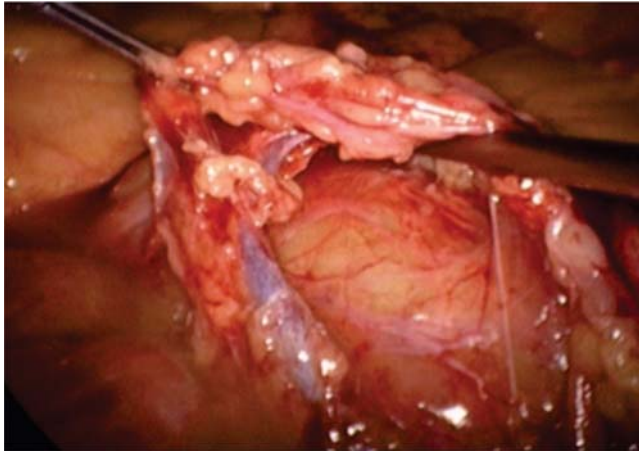


Figura 3. Aspiración del quiste ya liberado de los bordes del mesenterio.

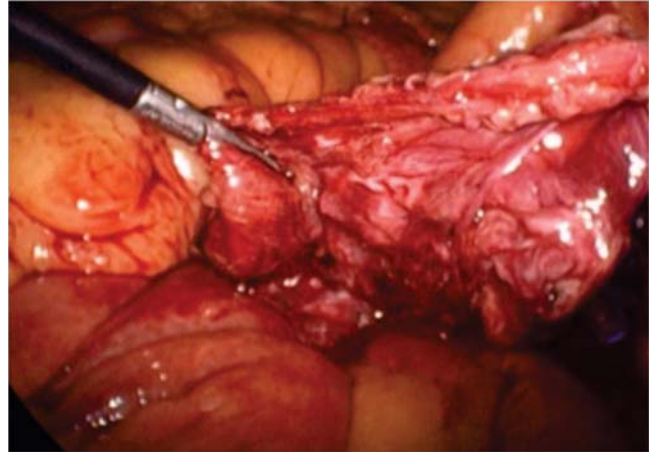


Figura 5. Tracción del quiste, facilitado por el aspirado del contenido, seguido de disección roma para completar liberación.

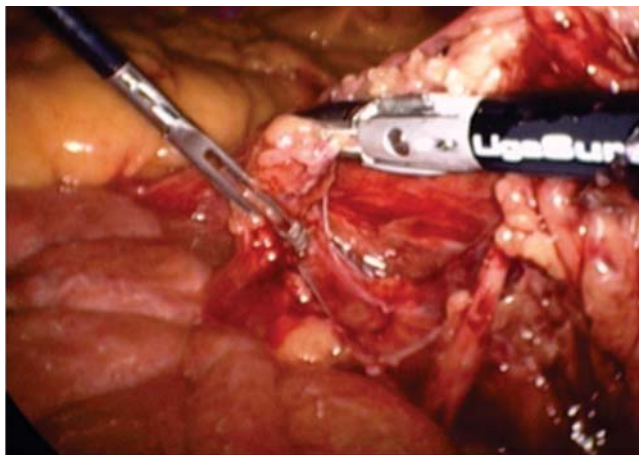


Figura 4. Corte y coagulación con Ligasure, liberando adherencias.

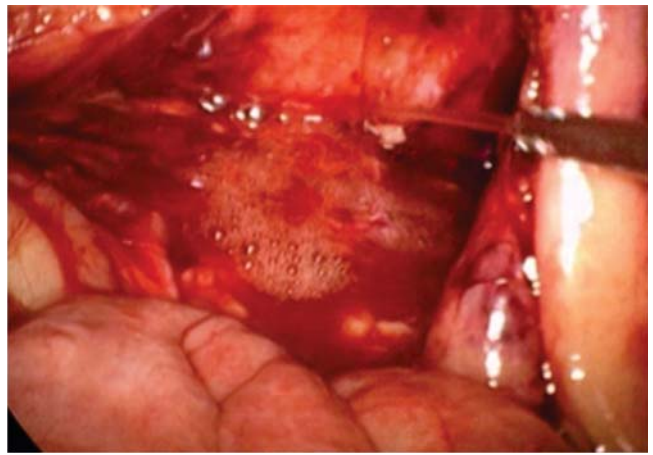


Figura 6. Lavado de la cavidad donde se alojaba el quiste, posteriormente se coloca drenaje Biovac de 1/8.

sin complicaciones, con tiempo de 67 minutos, sangrado transoperatorio aproximadamente de 10 cm³.

Se envía la muestra quirúrgica a evaluación histopatológica, la cual reporta lesión quística revestida por un epitelio cúbico simple —sin proliferación epitelial ni atipia celular—, descansando sobre pared fibrosa y bordeada por tejido adiposo maduro congestivo. Confirmando el diagnóstico de quiste mesotelial simple.

Inicia la vía oral a las 24 horas del postquirúrgico, con escala visual análoga (EVA) de dos. Evolución satisfactoria, alta a las 48 horas, tolerando la vía oral y canalizando gases.

DISCUSIÓN

La forma clásica en la presentación de los quistes del mesenterio y del epiplón es una obstrucción intestinal, con un posible vólvulo de intestino, isquemia del intestino adyacente¹ y dolor abdominal agudo,¹⁰ también suelen

ocurrir hallazgos incidentales, o en pleno transoperatorio, que revelan un diagnóstico diferente al de quiste mesentérico.¹¹ No es rara la forma clínica asintomática, presentando uno o varios síntomas generales,⁷ que pueden ser tolerados por el paso de los años como en nuestro paciente. Los quistes de mesenterio pueden localizarse desde el duodeno hasta el recto, siendo más frecuentes en el mesenterio ileal del intestino delgado con 67% y mesocolon con 33%.² Pueden llegar a presentar complicaciones graves como perforaciones, hemorragia y oclusiones, entre otras.^{8,9} La ruptura del quiste mesentérico es una rara condición y ocurre usualmente después de un trauma abdominal.^{11,12}

Los sesgos —frecuentes en los estudios de caso como el anterior— pueden deberse a que sólo se plantean pocos reportes de complicaciones por no ser tan alarmantes; sin embargo, se piensa, en diversas fuentes, que su frecuencia es mayor a la reportada; por lo que la importancia de un

sistema de reporte de las mismas puede contribuir a un diagnóstico expedito por el cirujano.

No hay consensos referentes a un estándar de oro para el diagnóstico y para el tratamiento quirúrgico abierto o endoscópico.

En algunas unidades hospitalarias de nuestro país, la USG puede ser un método más accesible; sin embargo, no hay que dejar de lado que la TAC puede aportar mayor información para valorar la conveniencia de la técnica quirúrgica a efectuar.

Si existe la disyuntiva de realizar tratamiento quirúrgico, por vía laparoscópica o abierta, no hay que perder de vista que el número de procedimientos realizados en la actualidad con cirugía laparoscópica ha aumentado exponencialmente en los últimos años;¹³ también se ha diversificado el número y los tipos de procedimientos desde su advenimiento y, hoy por hoy, uno de los principales criterios radica en la experiencia del cirujano, por lo que las intervenciones laparoscópicas sólo pueden ser efectuadas por médicos especialistas.

REFERENCIAS

1. Amulia KS. *Mesenteric and omental cyst*. Department of pediatric surgery, Medical University of Graz. Austria. 2008.
2. Rivera MM, Barrera JA, Basavilvazo RA. Quiste mesentérico informe de un caso. *Rev Med Inst Mex Seg Soc*. 2008; 46(10): 423-426.
3. De Perrot M, Bründler MA, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cyst. Toward less confusion? *Dig Surg*. 2000; 17: 323-328.
4. Arribas del Amo D, Latorre Sahun A, Arribas del Amo R. Abdomen agudo por linfangioma quístico mesentérico. *Rev And Pediatr Dig*. 2001; 24: 201-203.
5. Abdulmohsen A. Al-Mulhim. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst during pregnancy. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 2003; 7: 77-81.
6. Kurtz RJ, Heimann TM, Beck AR, Holt J. Mesenteric and retroperitoneal cyst. *Ann Surg*. 1986; 203: 109-112.
7. Theodoridis TD, Zepiridis L, Athanatos D et al. Laparoscopic management of mesenteric cyst: a case report. *Cases J*. 2009; 2: 132.
8. Sosa HR, Sánchez PC, Simón RL. Quiste del mesenterio: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cubana Cir*. 2007; 46.
9. Martínez RD, Rodríguez PC, Escrigos J et al. Quiste mesentérico: experiencia de cuatro casos. *Rev Cubana Cir*. 2005; 44.
10. Pérez GR, Torres LE, Ruiz OJL. Quiste mesentérico: descripción de un caso. *Cirujano General*. 2001; 23: 109-112.
11. Cheng-Yu L, Chiu-Lin W, Eing-Meir T. Incidental diagnosis of a mesenteric cyst mimicking an ovarian cyst during laparoscopy. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2011; 50: 388-389.
12. Klein MD. Traumatic rupture of an unsuspected mesenteric cyst: an uncommon cause of an acute surgical abdomen following a minor fall. *Pediatr Emerg Care*. 1996; 12: 40.
13. Granados J, Tapia J, Valderrama A, Sevilla M. Desarrollo de habilidades básicas en cirugía laparoscópica en estudiantes de segundo año de Licenciatura en la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Cirugía Endoscópica*. 2010; 11: 129-135.