

2015 7(1):60-63pp

Publicado en línea 01 de noviembre, 2015;
www.revistamedicamd.com

Diagnóstico incidental de quiste mesentérico en una paciente con teratoma de ovario: Reporte de caso y revisión de literatura

Sánchez-Arteaga Ricardo Antonio, Hernández-Ortega José Luis, Velásquez-Gutiérrez Erick y Hernández-Aguilar Sergio.

Autor para correspondencia

Ricardo Antonio Sánchez-Arteaga. División Cirugía General, Hospital Nuevo Sanatorio Durango.

Domicilio: Durango 296 Roma Norte, México Distrito Federal, C.P. 06700, MX.

Contacto al correo electrónico: docric@msn.com, docric1306@gmail.com

Palabras clave: Diagnóstico incidental, quiste mesentérico, teratoma de ovario.

Keywords: Incidental diagnosis, mesenteric cyst, ovarian teratoma.

REVISTA MÉDICA MD, Año 7, número 1, agosto-octubre 2015, es una publicación trimestral editada por Roberto Miranda De La Torre, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. www.revistamedicamd.com, md.revistamedica@gmail.com. Editor responsable: Javier Soto Vargas. Reservas de Derecho al Uso Exclusivo No. 04-2013-091114361800-203. ISSN: 2007-2953. Licitud de Título y Licitud de Contenido: en Trámite. Responsable de la última actualización de este número Comité Editorial de la Revista Médica MD Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. Fecha de última modificación 30 de octubre de 2015.





Diagnóstico incidental de quiste mesentérico en una paciente con teratoma de ovario: Reporte de caso y revisión de literatura

Sánchez-Arteaga RA, Hernández-Ortega JL, Velásquez-Gutiérrez E, Hernández-Aguilar S

Resumen

El quiste mesentérico es una entidad rara (1/250,000) siendo los sacrococcígeos los de mayor frecuencia. Por otro lado, los teratomas tienen una mayor incidencia de aparición en ovario. Se reporta el caso de una paciente femenino con dolor abdominal de 24 horas de evolución en quien se diagnosticó teratoma de ovario derecho con hallazgo incidental de quiste mesentérico en el transoperatorio. El teratoma de ovario y el quiste mesentérico son entidades que requieren de un adecuado examen clínico y estudios para llegar a su diagnóstico, dado que ambos presentan características clínicas inespecíficas.

Palabras clave: *Diagnóstico incidental, quiste mesentérico, teratoma de ovario.*

Incidental diagnosis of mesenteric cyst and ovarian teratoma, case report

Abstract

Mesenteric cyst is a rare entity with an incidence of 1/250,000, and the sacrococcygeal form is the most frequent. On the other hand, ovarian teratomas have a higher incidence. We report the case of a female patient who presents with a 24 hour nonspecific abdominal pain. The diagnosis of ovarian teratoma was done with imaging studies. During the surgical intervention a mesenteric cyst was incidentally found. Ovarian teratoma and mesenteric cyst are entities that require adequate clinical examination and complementary studies to be diagnosed since both have nonspecific clinical features.

Key words: *Incidental diagnosis, mesenteric cyst, ovarian teratoma.*

Departamento de Cirugía General,
Hospital Nuevo Sanatorio Durango,
México Distrito Federal.

Autor para correspondencia
Ricardo Antonio Sánchez-Arteaga.
División Cirugía General, Hospital
Nuevo Sanatorio Durango.
Domicilio: Durango 296 Roma Norte,
México Distrito Federal, C.P. 06700, MX.
Contacto al correo electrónico:
docric@msn.com,
docric306@gmail.com

Introducción

El quiste mesentérico es una patología cada vez más frecuente en la población, sin embargo, sigue siendo difícil de diagnosticar y más aún de ubicar en la bibliografía. Por otra parte, el teratoma es una entidad clasificada dentro de los tumores de células germinales que constituyen casi el 20% de los tumores de ovario.¹ Sin embargo, las publicaciones de ambas patologías en asociación son escasas. El quiste mesentérico se ha definido como cualquier lesión quística localizada en el mesenterio y dependiendo de su origen se subdivide en quistes linfáticos (simples o linfangioma), quistes mesoteliales (simple o mesotelioma benigno / maligno), quistes entéricos (simple duplicación), quistes urogenitales, quistes dermoides (teratoma maduro), seudoquistes (traumático o infeccioso).²

Los teratomas se encuentran presentes desde el nacimiento, sin embargo, son diagnosticados tardíamente ya que su crecimiento es lento. Se originan a partir de células embrionarias pluripotenciales y pueden dar origen a un gran número de tejidos.³ Los teratomas se han descrito en múltiples localizaciones, se estima una incidencia de cerca de 3-4 de 1,000 biopsias realizadas. La localización más común es en los ovarios en 83.2% seguido de la región sacrococcígea en el 6.3%.¹

Presentación del caso

Se trata de paciente femenina que inició su padecimiento 24 horas previas a su ingreso con dolor opresivo en hipogastrio intensidad 7/10 de inicio súbito, con irradiación a fosa ilíaca derecha y región inguinal ipsilateral acompañado de náusea y

vómito de contenido gastrobiliario en tres ocasiones, fiebre cuantificada de 38.5°C así como anorexia, se auto-medicó con ibuprofeno sin mejoría del cuadro clínico. Antecedentes relevantes: niega diagnóstico de enfermedades crónicas degenerativas, antecedentes quirúrgicos, menarca a los 12 años, ciclos irregulares, fecha de última menstruación 25/08/14. Papanicolaou hace año y medio, reportado sin alteraciones. Tres gestaciones, un parto y una cesárea. Resto negados.

La analítica laboratorial reportó leucocitos totales 21,620/uL, hemoglobina 15.10 g/dL, hematocrito 43.73%, linfocitos 12%, neutrófilos 77%, bandas 5%, segmentados 72%, plaquetas 323,000/uL. Química sanguínea: glucosa 139 mg/dL, BUN 9 mg/dL, creatinina 0.88 mg/dL, ácido úrico 5.8 mg/dL, colesterol 181 mg/dL. Electrolitos: Na 139.5 mEq/L, K 4.3 mEq/L, Cl 107.3 mEq/L, tiempos de coagulación: TP 11.9 seg, INR 0.99, TTPa 29 seg.

A la exploración física, despierta, orientada y cooperadora, sin facies características, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de pánículo adiposo, herida quirúrgica antigua bien cicatrizada, peristalsis activa, timpánico en todos los cuadrantes, doloroso a la palpación media y profunda en hipogastrio así como fosa ilíaca derecha, dolor en el punto de McBurney, Capurro positivo, rebote dudoso, psoas y obturador positivo, al tacto vaginal con dolor a la movilización de anexo derecho, sin secreciones, no fétido, miembros pélvicos y torácicos sin alteraciones ni edema.

Se realizó ultrasonido abdominal que reportó imagen quística en ovario derecho, con dimensiones de 82x41x49 mm (vol. 86 cc). Ovario izquierdo de morfología normal. Útero

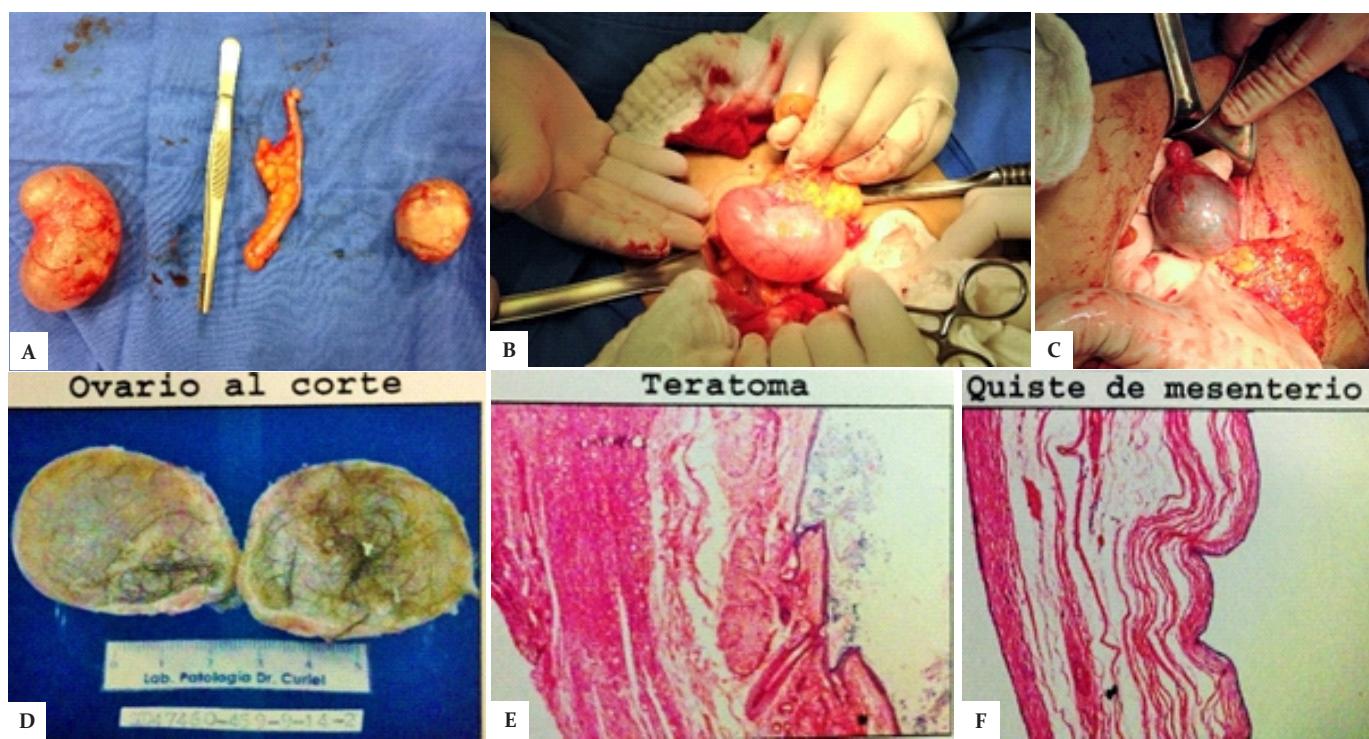


Figura 1. A) Quiste mesentérico (izquierda), apéndice cecal (mitad), teratoma de ovario (derecha). B) Quiste mesentérico encontrado de manera incidental en región de ileon terminal. C) Quiste de ovario el cual se observa de color pardo, dependiente de anexo derecho. D) Sección transversal de quiste de ovario en el cual se aprecia restos capilares así como material seroso en su interior. E) Quiste de ovario formado por revestimiento de epitelio plano estratificado no queratinizado, anexos de piel y tejido adiposo maduro. F) Formado por tejido fibroconjuntivo en la cápsula y revestido por epitelio plano simple.

sin alteraciones aparentes y ausencia de líquido libre o colecciones. Sin alteraciones ceco-apendiculares.

Se decidió realizar laparotomía exploradora en la cual se encontraron asas de intestino delgado moderadamente distendidas, así como un quiste en mesenterio de aproximadamente 8.5x5x4.5 cm a 10 cm de la válvula ileocecal el cual se enucleó sin incidentes ni accidentes. En anexo derecho se encontró una tumoración quística de aproximadamente 4x3x2 cm de bordes lisos, color rosado. Se realizó resección en cuña de ovario derecho. El estudio histopatológico reportó teratoma quístico maduro de 4 cm en ovario derecho con evidencia de cabello y material sebáceo y la segunda pieza reportó quiste mesentérico de 8.5 cm de tipo seroso (Figura 1). La paciente evolucionó favorablemente y se egresó al 3º día de estancia intrahospitalaria.

Discusión

Las neoplasias de células germinales representan hasta el 20% de todos los tumores de ovario.¹ Por otro lado, el quiste mesentérico es una patología poco frecuente (1/27,000 a 1/250,000) de los ingresos hospitalarios.^{4,6} Los más frecuentes son los sacrococcígeos (57%) y los gonadales (29%). La localización gonadal más frecuente es en el ovario. Los teratomas quísticos ocasionalmente ocurren en la línea media debido a restos embrionarios y pueden ser mediastínicos (7%), retroperitoneales (4%), cervicales (3%) e intracraneales (3%).⁹ Histológicamente se dividen en tres grupos: maduro, inmaduro y monodérmicos. El teratoma maduro o también llamado quiste dermoide representa la neoplasia más común durante el embarazo y menos del 2% maligniza.^{1,9}

La mayoría son de aspecto quístico, se encuentran de presentación bilateral en 10-15% de los casos, y característicamente contienen cabellos y material sebáceo.¹ La elevación de alfa-fetoproteína o β hGC puede confirmar malignidad, la característica que más comúnmente define una masa ovárica como teratoma quístico es en el ultrasonido, en donde se aprecia una imagen con sombra ecogénica que puede ser dada por estructuras calcificadas como hueso, dientes o bien cabello.¹

Respecto al tratamiento la resección completa del mismo

evita las recidivas, se ha demostrado que la cirugía laparoscópica es un buen método de abordaje para este tipo de neoplasias siempre que se corrobore que no sea maligno, como en nuestro paciente se puede realizar laparotomía exploradora cuando se sospeche de malignidad o bien de otra patología sumada a esta.

Respecto a la etiopatogenia de los quistes mesentéricos, la teoría más aceptada nos habla de que son neoformaciones benignas de tejido linfático ectópico en el mesenterio. Se presenta en un rango de edad desde los recién nacidos hasta pacientes de más de 60 años.⁴ Los quistes mesentéricos por lo general son uniloculares y contienen líquido seroso.⁵ Las manifestaciones más frecuentes son el dolor abdominal, sordo y poco localizado, tal como lo presentó la paciente. Otras complicaciones descritas en la literatura médica han sido: obstrucción intestinal, falla renal, herniación a escroto, formación de vólvulos, isquemia intestinal e incluso la transformación maligna.⁶

Con lo que respecta al diagnóstico, una adecuada anamnesis, así como la palpación abdominal son de gran ayuda, sin embargo, tenemos que complementarlo con estudios de imagen, de los cuales, el ultrasonido abdominal debe de ser la primera en utilizarse, este nos dirá si es una masa quística o sólida, si se encuentra unilobulada o multilobulada, con o sin tabiques y si es de contenido líquido.⁶ La tomografía determinará con mayor precisión la localización de la misma y su origen y así poder determinar su asociación con otros órganos.⁷ El diagnóstico diferencial debe establecerse con otras lesiones quísticas.

El tratamiento quirúrgico de elección es la extirpación completa del quiste con o sin resección intestinal, el abordaje puede ser de manera abierta o por laparoscopia. La aspiración y marsupialización sin resección completa no se recomiendan ya que se asocian a una alta tasa de recurrencias.⁴ Pozzi y cols.² reportan que este tipo patología también puede ser drenada de manera percutánea además de esclerosarlo con alcohol etílico para disminuir su recurrencia. Generalmente el pronóstico de estos pacientes es bueno y no requerirán ningún otro tratamiento adicional además de que las recurrencias son bajas.^{2,8}

Referencias bibliográficas

1. Gómez-Monterrosas O, Flores-García LE, Gómez-Garza G, et al. Teratoma maduro de ovario como causa de abdomen agudo. Reporte de un caso. *Med Sur* 2006; 13(4)
2. Pozzi G, Ferrarese A, Borello A, et al. Percutaneous drainage and sclerosis of mesenteric cysts: literature overview and report of an innovative approach. *Int J Surg*. 2014;12
3. Balat, Aydin A, Kutlar I, Camci C. Ruptured granulosa cell tumor of the left ovary mature cystic teratoma of the right ovary: a case report of unusual acute abdominal syndrome. *Eur J Gynaecol Oncol* 2001;22(5): 350-1.
4. Mendoza G, Garaycochea O. Diagnóstico incidental de un quiste mesentérico. *Rev Soc Peru Med Interna* 2012; 25; 4
5. Vázquez H, Gonzalez M, Arizmendi J, et al. Resección de quiste mesentérico en adulto mayor. *Rev Fac Med Unam*. 2011; 54; 4
6. Martínez D, Rodríguez C, Escrig J, et al. Quiste mesentérico: experiencia de 4 casos. *Rev Cubana Cir* 2005; 44(4)
7. Sheth S, Horton KM, Garland MR, Fishman EK. Mesenteric neoplasms: *CT Radiographics*. 2003 Mar-Apr;23(2):457-73
8. Tan JJ, Tan KK, Chew SP: Mesenteric cysts: an institution experience over 14 years and review of literature. *World J Surg*. 2009;33:1961-1965.
9. O'Neill G, Martin C. Masa pélvica asintomática en mujer de 24 años "el monstruo benigno". *Rev Méd Cient*. 2009;22