

Presentación de una paciente con quiste mesentérico

Presentation of a Patient with Mesenteric Cyst

Alejandro Ramírez Batista¹, Eduardo Kedisobua², Evelyn LLOvet Martinez³

1. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Primer Grado en Cirugía Pediátrica. Instructor. Hospital General Docente Guillermo Domínguez López. Puerto Padre. Las Tunas. Cuba.
2. Máster en Gestión de Salud. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Hospital General Benguela. Angola.
3. Especialista de Primer Grado en Otorrinolaringología. Asistente. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Granma. Cuba.

RESUMEN

Los quistes de mesenterio son patologías cuyo origen embriológico es múltiple y la presentación clínica no es clara, la mayoría de las veces se diagnostica en forma incidental o por exclusión de otras enfermedades. La tercera parte se diagnostica antes de los 15 años de edad y tiende a ser de naturaleza benigna, pero la recurrencia es alta cuando el tratamiento quirúrgico no reseca la totalidad de la lesión. El presente trabajo informó sobre una paciente de 17 años de edad que ingresó al Hospital Central de Benguela, Angola con el diagnóstico de tumor abdominal. Se realizaron estudios de imágenes los cuales no fueron concluyentes. En la laparotomía exploradora se encontró un quiste mesentérico, confirmado por estudio anatomopatológico. El tratamiento definitivo fue la exéresis del quiste.

Palabras clave: quiste mesentérico, linfangioma, mesotelioma.

ABSTRACT

Mesenteric cysts are pathologies whose embryological origin is multiple and clinical presentation is unclear, most often diagnosed incidentally or by exclusion of other diseases. The third part is diagnosed before 15 years of age and tends to be benign, but recurrence is high when surgical treatment does not dry the entire lesion. A 17-year-old patient was reported in this paper who was admitted to the Central Hospital of Benguela, Angola with the diagnosis of abdominal tumor. Imaging studies which were conducted were inconclusive. In exploratory laparotomy one mesenteric cyst confirmed by pathologic study was found. The final treatment was the excision of the cyst.

Keywords: mesenteric cyst, lymphangioma, mesothelioma.

INTRODUCCIÓN

Los quistes mesentéricos son raros, es descrito en 1507 por Beneviene en Florencia, durante una necropsia, y se estima que hasta el año 1994 no existen más de 800 casos publicados en la literatura¹. Se establece una frecuencia de uno por cada 26 794 a 250 mil admisiones hospitalarias. Los quistes de mesenterio pueden localizarse desde el duodeno hasta el recto, son más frecuentes en el mesenterio ileal del intestino delgado en 67 % y mesocolon en el 33 %, y más comunes en los adultos². Carecen de manifestaciones clínicas específicas y dependen principalmente de la localización y tamaño del tumor, así como de la relación con los órganos vecinos, por lo que se reconocen tres formas clínicas: forma incidental, cuadro crónico y síndrome de abdomen agudo².

El estudio de elección para el diagnóstico es la ultrasonografía abdominal, y solo al requerir información adicional y confirmar el diagnóstico se realiza tomografía axial con medio de contraste o resonancia magnética¹⁻⁴. Se debe realizar diagnóstico diferencial con enfermedades quísticas entre ellas las duplicidades digestivas, el signo de doble pared en la ecografía ayudarían a plantear la duplicidad digestiva⁵. El tratamiento óptimo es la extirpación completa del tumor ya que hay recidiva cuando solo se realiza aspiración del contenido y resección parcial^{1, 3}.

Se sugiere la marsupialización del quiste cuando no es posible la extirpación total por la posibilidad de lesión a órganos vecinos¹. En ocasiones el quiste comparte íntimamente su

irrigación con algún segmento de intestino, cuando esto sucede se recomienda la resección intestinal del segmento involucrado. Este tratamiento también puede realizarse mediante cirugía de invasión mínima^{1, 2, 6,7}.

El pronóstico depende principalmente de las condiciones clínicas del paciente, pero existe morbilidad del 2 % de los casos de enucleación hasta 25 % de los quistes en grandes resecciones. Generalmente es excelente siempre que se logre la exéresis completa⁶. Desde 1950 solo existe un informe de un paciente con quiste de mesenterio fallecido por torsión con infarto intestinal secundario masivo².

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 17 años de edad que acudió, en septiembre de 2011, al Servicio de Cirugía del Hospital Central de Benguela en Angola, procedente del municipio Bocoio. Refirió aumento de volumen en hemiabdomen derecho. No tenía antecedentes quirúrgicos, ni traumáticos. Al examen físico se encontró un tumor fijo de aproximadamente 10 cm de diámetro en flanco izquierdo.

Se realizaron estudios de laboratorios (hemograma completo, glucemia, creatinina, TGP, TGO), los cuales estuvieron dentro de parámetros normales; los marcadores tumorales (antígeno carcinoembrionario y alfafetoproteína) fueron negativos. Se realizó ecografía abdominal que mostró tumor quístico en flanco izquierdo sin precisar órgano del cual dependía, por lo que se decidió realizar TAC abdominal, corte sagital ([fig.1](#)) y corte longitudinal ([fig.2](#)). No se evidenció dependencia anatómica de la tumoración, por lo que se decidió, previo consentimiento informado, realizar laparotomía electiva.



Fig. 1. TAC abdominal donde se observa el tamaño y la localización del quiste en el hemiabdomen izquierdo (corte sagital)

A la exploración quirúrgica se encontró un tumor quístico ([fig.3](#)) con múltiples asas intestinales adheridas, las cuales se lograron separar realizándose disección completa del tumor que dependía del mesenterio ileal.

Se egresó la paciente a los diez días sin presentar complicaciones, realizándose seguimiento por consulta externa, sin evidencia de recidiva tumoral clínica, ni ecográficamente.



Fig. 2. TAC abdominal donde se observa el tamaño y la localización del quiste en el hemiabdomen izquierdo (corte longitudinal)



Fig. 3. Pieza quirúrgica

DISCUSIÓN

Los quistes del mesenterio son lesiones poco analizadas y no frecuentes en la literatura médica. La etiopatogenia de los tumores no ha podido establecerse pero existen numerosas teorías

respecto a la formación de los quistes de mesenterio y del epiplón, entre ellas, la proliferación benigna de tejido linfático ectópico.

Otra teoría es la obstrucción linfática que provoca la formación de grandes quistes intraperitoneales, en controversia debido a que la obstrucción experimental de los vasos linfáticos mesentéricos no produce la formación de quistes, por la gran circulación colateral rica en vasos linfáticos que presenta. Otras causas incluyen el fracaso en la fusión de las hojas del mesenterio, traumatismo oculto, neoplasia y degeneración de nódulos de la linfa^{1, 6,7}.

Desde el punto de vista clínico, los quistes mesentéricos pueden ser asintomáticos o manifestarse con dolor abdominal recurrente, tumoración abdominal o abdomen agudo. Por su baja frecuencia es difícil establecer el diagnóstico con precisión en forma preoperatoria, aun con los recursos diagnósticos de alta tecnología. La enfermedad con la cual debe realizarse diagnóstico diferencial es principalmente el quiste de ovario, aunque deben investigarse otras lesiones intraabdominales también frecuentes como el pseudoquiste del páncreas, hidrocolecisto, tumores retroperitoneales pediculados, leiomiomas pediculados de útero, invaginación intestinal, aneurismas de la aorta, mesiotelioma quístico gigante⁸ y apendicitis complicada con absceso apendicular^{1,3,6}.

Microscópicamente los quistes mesentéricos están recubiertos de un epitelio de células mesoteliales aplanadas o endoteliales, algunos carecen de fibras musculares o tejido linfoide. La inmunohistoquímica presenta reacción a citoqueratinas AE1/AE3 o para D2-40, que es un marcador de endotelio vascular linfático y para actina del músculo liso¹. Debe considerarse la probabilidad de este trastorno cuando se identifica masa palpable en abdomen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Ruiz MA, Aguilar Díaz T, Díaz Becerril LA, Padierna Luna JL. Quiste Mesentérico un caso interesante. Rev Dolor Clín Terap. 2009[citado 27 may 2014]; 4(3). Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/mexico/dolor/Dolor_3_Vol_VI_3.pdf
2. Rivera Montes AM, Angélica Barrera Y, Basavilvazo Rodríguez MA, Hernández Valencia M. Quiste mesentérico. Informe de un caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008 [citado 27 may 2014]; 46 (4): 423-426. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im0841.pdf>
3. Martínez Ramos D, Rodríguez Pereira C, Escrig Sos J, Pellicer Castell V, Miralles Tena JM, Salvador Sanchís JS. Quiste mesentérico: experiencia en 4 casos. Rev Cubana Cir. 2005 [citado

27 may 2014]; 44(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400006

4. Morales Mesa E, González García NE, Cubero Rego M, Trelles Porro L. Quiste mesentérico en el recién nacido. Rev Cubana Pediatr. 2009 [citado 27 may 2014]; 18(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312009000300010&script=sci_arttext

5. Varela C, Maldonado SI, Schiappacasse FG, Postigliatti FA, Moreno M. Aspectos morfológicos en tomografía computada de un quiste de duplicación intestinal en adulto: Reporte de caso clínico y revisión de la literatura. Rev Chilena Radiol. 2011 [citado 27 may 2014]; 17(1): 30-34.

Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchradiol/v17n1/art06.pdf>

6. Olivera S, Escalante B, Morandeira A, Val Carreres P, Castillo MC, Castiella T. Vólvulo yeyunal incompleto por linfangioma quístico mesentérico. Anales Sist San Navarra. 2010 [citado 27 may 2014]; 33(3): 323-326. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000400010&script=sci_arttext

7. Deshpande AA, Dalvi AN. Laparoscopic excision of a giant mesothelial omental cyst. J Minim Access Surg. 2012 [citado 27 may 2014]; 8(2):57-8. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353615/>

8. Ousadden A, Elbouhaddouti H, Ibnmajdoub KH, Harmouch T, Mazaz K, Aittaleb K. A giant peritoneal simple mesothelial cyst: a case report. J Med Case Rep. 2011 [citado 27 may 2014]; 10(5):361. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3163219/>

Recibido: 15 de diciembre 2014

Aprobado: 15 de diciembre 2014

MSc. *Alejandro Ramírez Batista*. Hospital General Docente Guillermo Domínguez López. Puerto Padre. Las Tunas. Cuba.

Correo electrónico: ramirezbatista11@yahoo.com