

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentación de un paciente con quiste mesentérico

Presentation of a Patient with Mesenteric Cyst

Lilian Zúñiga Fernández¹, Gustavo López Almaguer ², Carmen Sierra Peña³, Darvis Fernández Garcés⁴, Mirurgia Amieiro Paz⁵

1- Máster en Procederes Diagnósticos en Atención Primaria de Salud. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.

2- Especialista de Primer Grado en Gastroenterología. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.

3- Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.

4- Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.

5- Especialista de Primer Grado en Radiología. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se presentó un paciente masculino de 32 años de edad, de la raza blanca, con antecedentes de apendicectomía de 4 años, que acudió a la Consulta de Cirugía de Cuerpo de Guardia del Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landin de Holguín, porque comenzó a presentar dolor abdominal difuso desde hace 8 días, de ligera intensidad, después de un esfuerzo físico ligero, acompañado de aumento de volumen del abdomen específicamente en el hemiabdomen izquierdo y pérdida de peso de aproximadamente 14 libras en tres meses. Al examen físico se constata una masa tumoral que ocupa parte del hipocondrio y flanco izquierdo. Se realizaron estudios imaginológicos, que incluyó tomografía axial computarizada contrastada de abdomen y se sometió a laparotomía

exploradora con diagnóstico preoperatorio de tumor de mesenterio, para realizar exéresis tumoral y estudio histológico, se concluyó como un quiste mesentérico. Se aplicó tratamiento con antibiótico y la evolución clínica es favorable.

Palabras clave: quiste mesentérico, tomografía de abdomen, cirugía.

ABSTRACT

A 32-year-old male patient with a history of four-year appendectomy. The patient came to the surgical emergency room at "Lucía Iñiguez Landin" Provincial Clinical Surgical Hospital because he started having a diffuse abdominal pain 8 days ago, with light intensity, after a slight physical effort, accompanied by an increase of de abdominal volume specifically on the left hemiabdomen. He has also lost approximately 14 pounds in three months. On the physical examination, a tumoral mass occupying part of the left hypochondriac and left flank was found. Image studies including contrasted abdominal CT-scan were performed. The patient was submitted to an exploratory laparotomy with a preoperative diagnosis of mesenteric tumor in order to remove it and carry out histological studies. The concluding diagnosis was a mesenteric cyst. The patient was treated with antibiotics. The clinical evolution was good.

Keywords: Mesenteric cyst, abdominal tomography, surgery.

INTRODUCCIÓN

La cavidad peritoneal se encuentra recubierta por una capa de tejido conectivo y células epiteliales, formando una capa visceral y parietal, que se refleja sobre sí misma formando el mesenterio. Este fija el yeyuno e íleon, junto a sus estructuras vasculares, neurales, linfáticas y tejidos mesenquimáticos a la pared abdominal posterior. Su raíz se extiende por quince centímetros oblicuamente de izquierda a derecha, desde el ángulo duodenoyeyunal hasta la región ileocecal. De esta manera, la cavidad abdominal queda dividida en distintos espacios virtuales. Por su relación con las estructuras descritas, el mesenterio es asiento frecuente de procesos neoplásicos, primarios o secundarios, quistes y otras lesiones ¹.

Los quistes mesentéricos fueron descritos por primera vez en 1507.¹ Tillaux, en 1880 es el primer cirujano que extirpa uno en forma exitosa². Su frecuencia es de 1 por cada 26 794 a 250 000

admisiones hospitalarias³. Se pueden clasificar según su causa en cuatro grupos: embrionarios y del desarrollo, traumáticos o adquiridos, neoplásicos, infecciosos y degenerativos⁴.

Estas lesiones pueden ocurrir a cualquier edad, su presentación clínica incluye abdomen agudo, obstrucción intestinal mecánica o tumor abdominal. El 3% llega a malignizarse aún después de su resección⁵. Los quistes mesentéricos, por lo común, son lisos y redondos, con una pared delgada uniloculares y contienen un líquido seroso similar al plasma, o un líquido lechoso, particularmente si se encuentra próximo al yeyuno y se refiere como quiste quiloso. Las características histológicas incluyen un epitelio cuboide o cilíndrico con microvellosidades, y en ocasiones componentes musculares lisos en la pared⁶. Por lo infrecuente que resulta este tumor es que se presentó el siguiente caso.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 32 años de edad, de la raza blanca, procedencia rural, con antecedentes de apendicectomía de cuatro años, que acudió a la Consulta de Cirugía de Cuerpo de Guardia el 13 de febrero de 2011 porque comenzó a presentar dolor abdominal de ocho días de anterioridad, difuso, de ligera intensidad, después de un esfuerzo físico ligero acompañado de aumento de volumen del abdomen específicamente en el hemiabdomen izquierdo y pérdida de peso de aproximadamente 14 libras en tres meses, niega otra sintomatología, por todo lo anterior se decide su ingreso para su mejor estudio y tratamiento.

Examen físico positivo

Abdomen: plano, que acompaña los movimientos respiratorios, con cicatriz quirúrgica de aproximadamente 8 cm infraumbilical derecha, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio y flanco izquierdo, donde se palpa una masa tumoral de bordes regulares, superficie lisa, consistencia dura y poco movable, no reacción peritoneal.

Exámenes de urgencia

Ultrasonido abdominal: en flanco izquierdo se observó masa compleja con componente líquido y sólido con predominio de parte sólida, de contornos bien definidos, que mide aproximadamente 80 x 76 mm y no guarda relación con bazo, ni con riñón.

Laparoscopia: a nivel de mesogastrio se visualiza una formación de aproximadamente 12 cm de diámetro en íntima relación con tejido mesentérico y porción de un asa delgada, de aspecto renitente, coloración propia de asa delgadas, ligeramente vascularizado, movable a los cambios de posición, no doloroso al tacto con el laparoscopio, no adenopatías en su alrededor.

Conclusiones: tumor de mesogastrio (tejido mesentérico). Se sugirió realizar tránsito intestinal.

Exámenes de laboratorio: Hto 0,46 l/l, velocidad de sedimentación globular 6 mm/h, leucocitos $9 \times 10^9/L$, coagulograma completo: tiempo de sangramiento un minuto, tiempo de coagulación ocho minutos, coágulo retráctil, plaquetas $230 \times 10^9/L$, tiempo de protrombina, control 12 s, paciente 13 s, glucemia 5,0 mmol/l, creatinina 46 $\mu\text{mol/l}$, colesterol 4,8 mmol/l, triglicéridos 1,30 mmol/l, TGP 27 UI, TGO 24 UI.

Exámenes de imagen

Rayo x de tórax posteroanterior: no se observaron alteraciones pleuropulmonares, índice cardiotorácico normal.

Tránsito intestinal: engrosamiento mucoso gástrico a nivel del fundus y duodenal, velocidad del tránsito intestinal normal; a nivel de flanco izquierdo se observó aumento de la densidad de aproximadamente 10 cm de diámetro con desplazamiento de asas delgadas a este nivel; patrón mucoso yeyunoileal normal.

Tomografía de abdomen contrastada: gran lesión tumoral intraabdominal, hiperdensa, redondeada, no homogénea que no depende de intestino grueso que mide 90 x 89 mm, sin alteración de la grasa abdominal, que impresionó estar en relación con el mesenterio. No adenopatías intraabdominales; bazo, suprarrenales, páncreas y riñones normales; el topograma abdominal por vía oral ([fig. 1](#)) se observó la imagen axial ([fig. 2](#)) y la reconstrucción multiplanar ([fig. 3](#)).

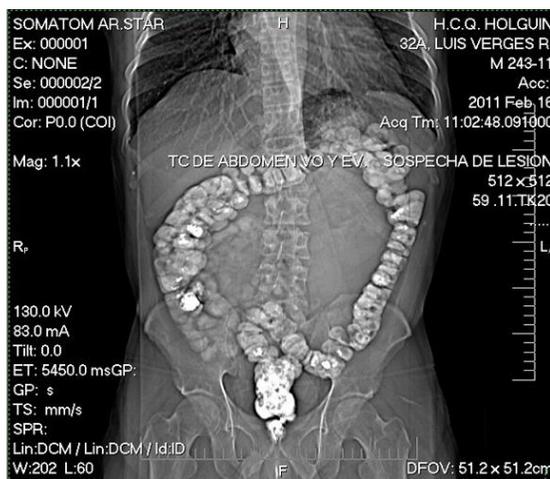


Fig. 1. Topograma abdominal vía oral

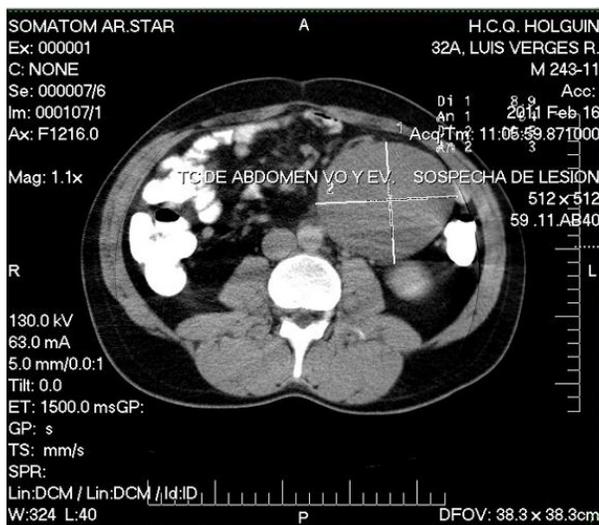


Fig. 2. Imagen axial



Fig. 3. Reconstrucción multiplanar

Tratamiento quirúrgico. Se realizó exéresis del tumor (fig. 4) y resección de aproximadamente 25 cm de asas delgadas con anastomosis término terminal del yeyuno.

Después de la cirugía, el paciente recibió tratamiento con ciprofloxacino por vía oral (tabletas de 250 mg) 2 tabletas (500 mg) cada 12 h, durante siete días, y fue egresado por su evolución clínica favorable.

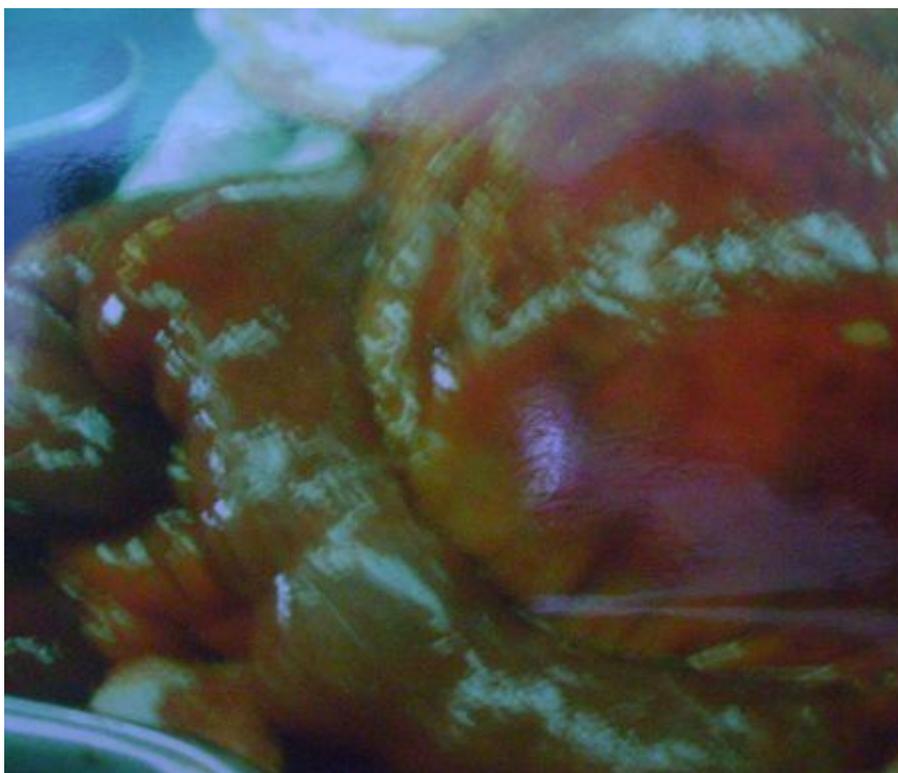


Fig. 4. Hallazgo transoperatorio: tumor de aspecto quístico en mesenterio de yeyuno

DISCUSIÓN

El caso que se presentó, debutó clínicamente con dolor abdominal y una tumoración intraabdominal de gran tamaño, fácilmente palpable en la exploración física, como se recoge en la literatura ⁵⁻⁷. 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. Su ubicación se describe, desde el mesenterio duodenal hasta el rectal, observándose con más frecuencia en el mesenterio ileal ^{6,8}.

Los quistes mesentéricos son usualmente descubrimientos incidentales, pero pueden ser lo suficientemente grandes como para producir síntomas⁹. En ocasiones, pueden producir complicaciones que pueden llegar a ser extremadamente graves como, ejemplo, una peritonitis secundaria a la perforación del quiste ¹⁰. Otras complicaciones descritas en la literatura médica son la obstrucción intestinal, fallo renal, herniación al escroto, formación de vólvulos, isquemia intestinal e incluso la transformación maligna ^{5,11}.

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. Otros quistes mesentéricos son de la línea mesotelial. Algunos ejemplos son los quistes benignos mesentéricos llamados mesoteliomas. Los tumores mucinosos quísticos son benignos y se describen 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 enfermedad predominantemente benigna ¹²⁻¹⁵.

El diagnóstico diferencial comprende quistes ováricos, pancreáticos, renales o esplénicos, junto con hidronefrosis, hidropesía vesicular, abscesos periapendiculares y ascitis tabicada ¹³. Los métodos que demuestran utilidad en este tipo de padecimiento son el ultrasonido y la tomografía axial computarizada ^{6,9}. En este caso, la laparoscopia realizada al ingreso del paciente orientó sobre el probable diagnóstico.

El tratamiento de elección es la enucleación, tanto quirúrgica abierta, como por vía laparoscópica ^{5,9}; la resección intestinal adyacente al quiste en ocasiones tiene que realizarse como se procedió en este paciente. La mortalidad va de 0 hasta 8%, cuando se realiza enucleación del quiste y del 13% al 15% cuando se realiza resección intestinal.

Para el diagnóstico definitivo de la lesión fue preciso el estudio microscópico de la misma, las alteraciones anatomopatológicas fueron compatibles con las de un quiste mesentérico en concordancia con la bibliografía ^{9,13}. El conocimiento de este padecimiento es necesario para realizar tratamiento oportuno y evitar recidivas ⁹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez Ortega MA, Villegas Romero J, Márquez Díaz A, Gómez-Díaz A. Linfangioma quístico de mesenterio en colon sigmoides. Informe de un caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010; 48(5): 557-562.

2. Walker AR, Putnam PC. Omental, mesenteric and retroperitoneal cysts. A clinical study of 33 new cases. *Ann Surg.* 1973; 178 (1): 13-19
3. Liew Sc, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. *Aust N Z J Surg.* 1994 [citado 30 mar 2015]; 64 (11):741-744. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1445-2197.1994.tb04530.x/full>
4. de Perrot M, Brudler M, Totsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cyst. Toward less confusion? *Dig Surg* 2000[citado 30 mar 2015]; 17 (4): 323-8. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/Abstract/18872>
5. Sosa Hernández R, Sánchez Portela CA, Simón Rodríguez L. Quiste del mesenterio: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cubana Cir.* 2007 [citado 30 mar 2015]; 46(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000400010&lng=es
6. Riquelme MF, Vega L, O'Brien SA. Masas Mesentéricas: Evaluación por Tomografía Computada. *Rev Chilena Radiol.* 2009 [citado 30 mar 2015]; 15(4): 165-173. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082009000500003&lng=pt
7. Pérez García R, Torres López E, Ruiz Ovalle JL. Quiste mesentérico: Descripción de un caso. *Rev Cir Gen,* 2001; 23 (2): 109-111.
8. Martínez Ramos D, Rodríguez Pereira C, Escrig Sos J, Vicente Pellicer C, Miralles Tena JM, Salvador Sanchís JL. Quiste mesentérico: experiencia en 4 casos. *Rev Cubana Cir.* 2005 [citado 30 mar 2015]; 44(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400006&lng=es
9. Font Pavón L, Castellanos Ferreras ME, Bouza Denis I, Busto Aguiar R, Sánchez C. A propósito de una masa abdominal palpable. Quiste mesentérico. Presentación de un caso. *Rev Méd Electrón.*2008 [citado 30 mar 2015]; 30(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/515/html>
10. Alvarado GR, Uribe VE, Fernández VS, Gallego GJE. Quistes de epiplón y mesenterio en niños. *Act Pediatr Mex.* 2001[citado 30 mar 2015]; 22(5):332-336. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=2381&id_seccion=95&id_ejemplar=276&id_revista=17

11. Vialat Soto V, Labrada Arjona E, Sandín Hernández N, Arriete Vega A. Quistes del mesenterio y epiplón en niños: Estudio de 20 años. Rev Cubana Pediatr. 2004 [citado 30 mar 2015]; 76(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000300006
12. Hammond Ch. Ginecología: Utero, Ovarios y Vagina. En: Sabiston D. Tratado de patología quirúrgica. t2. La Habana: Edición Revolucionaria; 1985.p. 1664-1740.
13. Rivera Montes AM, Barrera YA, Basavilvazo Rodríguez MA. Quiste mesentérico. Informe de un caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008; 46 (4): 423-426
14. Cristóbal C, Mayola A, Sosa Jiménez M, Sánchez Ramos MB. Leiomiomas del estroma intestinal. Presentación de un caso. MEDICIEGO. 2010 [citado 30 mar 2015]; 16(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_02_10/casos/t-13.html
15. Arredondo Bruce A, Amores Carraté J, Águila Arostegui D, Guerrero Jiménez G, Ayala Pons L. Tumor estromal del epiplón: Reporte de un caso. AMC. 2008 [citado 30 mar 2015]; 12(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400012&lng=es

Recibido: 1 de abril 2015

Aprobado: 6 de abril de 2015

Dra. *Lilian Zúñiga Fernández*. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.
Correo electrónico: lilian@hcqho.hlg.sld.cu