

Quiste del mesenterio

Mesenteric Cyst

José Alberto Puerto Lorenzo^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1686-1844>

Lidia Torres Ajá¹ <https://orcid.org/0000-0001-8335-5437>

Eslinda Cabanes Rojas¹ <https://orcid.org/0000-0003-0590-0422>

¹Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba.

*Autor para la correspondencia: josealbertopuertlorenzo@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los quistes mesentéricos son infrecuentes y se presentan como lesiones quísticas (linfagiomias), sólidas (lipomatosas, desmoides) o mixtas. En general la sintomatología es secundaria al compromiso de órganos vecinos.

Objetivo: Presentar una paciente operada de un quiste del mesenterio en la provincia de Cienfuegos.

Presentación de caso: Paciente femenina de 56 años de edad, blanca, que acudió a consulta, donde refirió que 3 días antes comenzó a presentar dolor abdominal de tipo cólico, vómitos y distensión abdominal, que fue incrementando con el transcurso de las horas, además, hacía 2 días que no expulsa gases ni defecaba. Al examen físico se constató signos de deshidratación ligera, abdomen distendido, timpánico, doloroso con reacción peritoneal generalizada y tumor a nivel del hipogastrio doloroso. Se realizó tacto rectal donde se palpó esfínter rectal hipotónico, ampolla rectal vacía, no se precisó tumor al alcance del dedo. Se le indicaron complementarios y se diagnosticó un tumor intrabdominal. Se operó de urgencia y se encontró en la laparotomía un quiste de mesenterio al que se le

realizó su exéresis completa, el que luego de 6 meses de operado mantuvo evolución favorable.

Conclusiones: Los quistes del mesenterio cuando se complican pueden ser causas de abdomen agudo, ya que su diagnóstico es difícil y mayormente ocurre durante el acto operatorio por lo que su exéresis total brinda el menor índice de recurrencia y de mortalidad.

Palabras clave: quiste; mesenterio; cirugía; dolor abdominal; abdomen agudo.

ABSTRACT

Introduction: Mesenteric cysts are infrequent and present as cystic (lymphangiomas), solid (lipomatous, desmoid) or mixed lesions. In general, the group of symptoms is secondary to the involvement of neighboring organs.

Objective: To present a patient who underwent surgery for a mesentery cyst in the province of Cienfuegos.

Case presentation: The case is presented of a 56-year-old white female patient who went for consultation and reported that, 3 days before, she had begun to present colicky abdominal pain, vomiting and abdominal distension, which increased over the hours, and that she had not been passing gas or defecating for 2 days. Physical examination revealed signs of slight dehydration, as well as a distended, tympanic, painful abdomen with generalized peritoneal reaction and a painful tumor in the hypogastrium. Rectal examination was performed, during which hypotonic rectal sphincter was palpated, empty rectal ampulla, while no tumor was found within the reach of the finger. Additional tests were indicated and an intraabdominal tumor was diagnosed. The patient underwent emergency surgery and a mesentery cyst was found in the laparotomy, which was completely excised; and, after 6 months of surgery, the patient had a favorable evolution.

Conclusions: Mesentery cysts, when complicated, can be the cause of acute abdomen, since their diagnosis is difficult and mostly occurs during the operative

act; therefore, their total exceresis provides the lowest rate of recurrence and mortality.

Keywords: cyst; mesentery; surgery; abdominal pain; acute abdomen.

Recibido: 12/02/2024

Aceptado: 14/03/2024

Introducción

Los quistes mesentéricos (QM) son una enfermedad benigna y congénita con una frecuencia de 1/20 000 personas y predominio femenino en la cuarta década.⁽¹⁾

Esta rara entidad tiene una incidencia de 1/100 000 en los adultos y 1/200 00 en los niños, y con una proporción masculina y femenina de 2:1. Desde el primer caso reportado en 1507, menos de 1000 casos han sido publicados y representa menos de 1 de cada 10 000 ingresos hospitalarios.⁽²⁾

Los quistes mesentéricos pueden clasificarse:

Según su origen⁽³⁾ en:

- linfático,
- mesotelial,
- entérico,
- urogenital,
- traumático,
- infeccioso.

Según su morfología:⁽⁴⁾

- Tipo 1, pediculado fácilmente resecable.

- Tipo 2, sésil, incluido entre ambas hojas del mesenterio (requiere resección de las asas afectadas y anastomosis).
- Tipo 3, se extiende en el retroperitoneo y habitualmente no puede ser resecado en su totalidad.
- Tipo 4, multicéntrico, precisará varias cirugías y/o escleroterapia.

El dolor abdominal agudo es la forma más común de presentación y se observa en más del 50 % de los casos y en el 40 % como hallazgo incidental. Si el dolor abdominal es agudo casi siempre sugiere un síntoma de enfermedad intrabdominal. Puede ser el único indicador de la necesidad de cirugía y debe ser atendido con rapidez para evitar complicaciones.^(5,6) En caso de ruptura del quiste el dolor abdominal se asocia con obstrucción intestinal o peritonitis.

En adultos, la incidencia mayor es entre los 40-70 años y la dimensión promedio es de 10 centímetros al momento del diagnóstico. Se han reportado quistes relacionados con malignidad con una incidencia menor del 3 %.⁽⁷⁾

El diagnóstico por imágenes suele ser una herramienta útil, aunque las radiografías abdominales normalmente no muestran signos específicos. El ultrasonido abdominal se utiliza a menudo en la evaluación inicial de una masa abdominal sospechosa, en la que este puede mostrar una estructura quística llena de fluido, bien definida adyacente al intestino. La tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética son exámenes que complementan y confirman los hallazgos ultrasonográficos.⁽⁸⁾

La eliminación completa de la lesión, ya sea por vía laparoscópica o por técnica abierta es la regla de oro del tratamiento. La aspiración simple o marsupialización demuestran altos índices de mortalidad y recurrencia.⁽⁹⁾

Son pocos los reportes que informan de quistes malignos en la niñez, solo el 3 % de los quistes del mesenterio se malignizan y de estos la mayoría se encontró en la etapa adulta,⁽¹⁰⁾ lo que refuerza más la indicación de exéresis completa de la lesión

en todos los casos. Alrededor del 50 % al 60 % de los pacientes requieren resección y anastomosis intestinal para eliminar completamente la lesión.⁽¹¹⁾

Debido a lo infrecuente del diagnóstico, el objetivo fue presentar una paciente operada de un quiste del mesenterio en la provincia de Cienfuegos.

Presentación del caso

Se presenta una paciente de 56 años de edad, color de la piel blanca con antecedentes de padecer de hipertensión arterial y diabetes mellitus para lo cual lleva tratamiento médico. En esta ocasión fue remitida de su área de salud porque tres días antes comenzó a presentar dolor abdominal de tipo cólico, vómitos y distensión abdominal que se incrementó con el transcurso de las horas. Refirió, además, que hacía 2 días que no expulsaba gases ni defecaba, por lo que fue valorada en el servicio de cuerpo de guardia de cirugía y se decidió su ingreso para tratamiento quirúrgico.

En el examen físico se constató:

- Signos de deshidratación ligera.
- FC 100 l/min
- TA 120/70 mmHg.
- Abdomen: distendido, difusamente doloroso con timpanismo abdominal y ruidos hidroaéreos aumentados con reacción peritoneal generalizada, (fig. 1). Se palpó un tumor doloroso a nivel de hipogastrio.
- Tacto rectal se comprobó la ampolla rectal vacía y no existía tumoración palpable.

Resultados de los estudios realizados:

- Laboratorio clínico:
- Hb: 11,2g/L.
- Hto: 0,36 mm,
- leucograma $16 \times 10^9/L$,
- glicemia 6,5mmo/L,
- creatinina: 90mmo/L.

Imagenología:

- Rx de abdomen simple de pie: asas intestinales ligeramente distendida, presencia de niveles hidroaéreos en escalera, a nivel central y en hipogastrio, característicos de una oclusión intestinal.
- Ultrasonografía abdominal, pero no aportó datos de interés por la presencia de abundantes gases intrabdominales.

Por esta razón se decidió llevarla al salón de operaciones de urgencia con el posible diagnóstico de oclusión intestinal por posible tumor intrabdominal.



Fig. 1- Imagen clínica. Paciente en el quirófano

Se realizó laparotomía exploradora y se encontró distensión de asas delgadas, además de comprobarse la oclusión por una tumoración de aproximadamente 8 a 10 cm de diámetro, mixta (líquida y sólida) ubicada en el meso del yeyuno, (fig. 2).



Fig. 2- Imagen transoperatoria. Parte líquida del quiste

Se resecó dicho tumor sin necesidad de realizar resección del intestino delgado, (fig. 3). El resto de la cavidad abdominal no mostró alteraciones.



Fig. 3- Pieza quirúrgica. Parte sólida del quiste ya resecado.

La paciente evolucionó favorablemente las primeras 24 h en la unidad de cuidados progresivos, posteriormente se trasladó a la sala de cirugía y por su evolución favorable egresó a la semana sin complicaciones en el postoperatorio.

Se envió la parte sólida del tumor al departamento de anatomía patológica, para su estudio concluyendo que se trató de un quiste mesentérico (mesotelial simple), con calcificación de la pared.

Discusión

La presentación clínica de los QM es muy variable y su estudio⁽¹²⁾ ha demostrado que los pacientes pueden ser asintomáticos o bien manifestar cualquier tipo de sintomatología, al existir algunas manifestaciones más frecuentes que otras y cuya consideración es fundamental para llegar a un diagnóstico temprano y a un tratamiento eficaz, como es el dolor abdominal y que constituye uno de los

principales motivos de consultas, tanto primaria como de emergencias.⁽¹²⁾ El presente caso se trataba de una paciente con un quiste de mesenterio que le causaba dolor abdominal de tipo cólico, vómitos y distensión abdominal.

Algunos autores⁽⁴⁾ refieren que se han establecido tres formas básicas de presentación clínica, incidental, cuadro crónico y como síndrome de abdomen agudo, respaldando la teoría de la presentación de cierto número de síntomas que aparecen con mayor frecuencia, como dolor abdominal, masa palpable, náuseas, vómitos y estreñimiento.⁽⁴⁾ Todo lo anterior coincide con la paciente estudiada la cual presentó un cuadro de abdomen agudo quirúrgico con un tumor palpable.

Su diagnóstico diferencial debe realizarse con:

- el pseudoquiste del páncreas,
- el hidrocolecisto,
- los tumores retroperitoneales pediculados,
- los leiomiomas pediculados de útero,
- la invaginación intestinal,
- los aneurismas de la aorta,
- el mesotelioma quístico gigante,
- la apendicitis complicada con absceso apendicular.

En esta paciente se trató de un tumor intrabdominal localizado en el meso del yeyuno.⁽¹²⁾

Su diagnóstico se realiza mediante ecografía o tomografía abdominal.⁽¹³⁾ El tratamiento de elección es la resección completa del quiste ante la presencia de sintomatología o complicaciones. Es fundamental la planificación quirúrgica previa del tamaño, localización y relaciones del quiste con las estructuras adyacentes, ya que a veces puede ser necesario realizar una resección intestinal segmentaria.⁽¹⁴⁾ En el caso presentado el ultrasonido no aportó datos por la presencia de gases, por lo que fue anunciado de urgencia y el diagnóstico se realizó transoperatorio, además

no hubo necesidad de realizar resección intestinal ya que el quiste se encontraba solo en el meso del intestino delgado.

Los quistes de mesenterio pueden localizarse desde el duodeno hasta el recto, siendo más frecuentes en el mesenterio íleal del intestino delgado (67 %) y en el mesocolon (33 %). Además de presentar complicaciones graves como perforaciones, hemorragia y oclusiones.^(12,13) La paciente estudiada evolucionó favorablemente en el postoperatorio y no se observaron complicaciones.

Los quistes de mesenterio son poco frecuentes en la literatura médica mundial, pero deben ser conocidos a pesar de que su sintomatología es escasa, pues las complicaciones de la enfermedad pueden ser graves. Su diagnóstico se confirma mediante los estudios imagenológicos (radiografía y TAC) y su tratamiento debe ser la resección quirúrgica completa por laparotomía o por vía endoscópica de preferencia siempre que sea posible.

Por lo que se puede concluir que los quistes del mesenterio cuando se complican pueden ser causas de abdomen agudo, ya que su diagnóstico es difícil y mayormente ocurre durante el acto operatorio por lo que su exéresis total brinda el menor índice de recurrencia y de mortalidad.

Referencias bibliográficas

1. Leung BC, Sankey R, Fronza M, Maatouk M. Conservative approach to the acute management of a large mesenteric cyst. World J Clin Cases. 2017 [acceso 16/07/2021];5(9) Disponible en: <http://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v5/i9/360>
2. Pérez MJ, Pérez CM, Ricardo D, Medina AR, Palacios L. Quiste de mesenterio. Presentación de un caso. Multimed. 2019 [acceso 16/07/2021];23(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000400805&lng=es
3. Palacios JM, Carrasquel V, León A, Echávez J, Castañeda FR, Hernández D. Síndrome abdominal agudo debido a quiste infectado del mesenterio. Acta

pediátrica de México. 2015 [acceso 16/07/2021];36(5) Disponible en: <https://n9.cl/mzw3i7>

4. Fernández M, Rojas J, Martínez I, Reyes P, Villasmil V, Girón O, *et al.* Quistes mesentéricos en la edad pediátrica: ¿qué son en realidad? Anales de Pediatría. 2015 [acceso 16/07/2021];82(1) Disponible en: <https://n9.cl/kbye8>

5. Zúñiga L, López G, Sierra C, Fernández D, Amieiro M. Presentación de un paciente con quiste mesentérico. CCM. 2016 [acceso 16/07/2021];20(3) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000300015&lng=es

6. Medina G, Angos VA, Angos S. Tumores del mesenterio como causa de abdomen agudo: reporte de tres casos. Rev Med Vozandes. 2018 [acceso 16/07/2021];29(1) Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988476/rc_01.pdf

7. Aguirre SV, Mercedes M, Romero CA, Romero SS, Molina GA, Buenaño RA. Giant mesenteric cyst from the small bowel mesentery in a young adult patient. Journal of surgical case reports. 2019 [acceso 16/07/2021];2019(1) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6344927/pdf/rjz002.pdf>

8. Paramythiotis D, Bangeas P, Karakatsanis A, Iliadis A, Karayannopoulou G, Michalopoulos A. Ideal treatment strategy for chylous mesenteric cyst: a case report. J Med Case Reports. 2018 [acceso 16/07/2021];12:317 Disponible en: <https://n9.cl/k8evg>

9. Makhija D, Shah H, Tiwari Ch, Jayaswal S, Khedkar K, Waghmare M. Mesenteric cyst(s) presenting as acute intestinal obstruction in children: Three cases and literature review. Int J Pediatr Adolesc Med. 2016 [acceso 16/07/2021];3(3) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352646716300254>

10. Razi K, Al-Asaad O, Milind R. Case report: elective removal of a large mesenteric cyst-our approach. Journal Surg Case Rep. 2017 [acceso 16/07/2021];2017(3) DOI: [10.1093/jscr/rjx063](https://doi.org/10.1093/jscr/rjx063)

11. Hoong N. A case report for a diagnostic dilemma of a giant intra-abdominal cyst with an uncertain origin. International Journal of Surgery Case Reports. 2017 [acceso 16/07/2021];71(2020) Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5400466/pdf/rjx063.pdf>
12. Ramírez A, Kedisobua E, Llovet E. Presentación de una paciente con quiste mesentérico. CCM. 2015 [acceso 16/07/2021];19(3) Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2093>
13. Ríos JL, Becerra E, Beltrán J. Quiste mesentérico gigante. Hallazgos tomográficos. Acta Médica Grupo Ángeles. 2018 [acceso 16/07/2021];16(2) Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n2/1870-7203-amga-16-02-166.pdf>
14. Acín D, Martínez J, Naranjo C, Mar I, Cruzado D, Antolín V, et al. Tratamiento de los quistes mesentéricos complicados. Cir Esp. 2019 [acceso 16/07/2021];97(Espec Congr 2). Disponible en: <https://n9.cl/axkxn>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.