



QUISTE MESENTÉRICO ABSCEDADO: PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA / *MESENTERIC CYST ABSCESS: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.*

RM Gaetano Delgado¹, YE Ramírez Pérez², C Martínez Ávila³, G Oliva Pérez⁴, I Cutiño Ocaña¹, R Yopiz Parra¹

HOSPITAL CLÍNICO- QUIRÚRGICO DOCENTE "CELIA SÁNCHEZ MANDULEY"- CUBA.

1.Médico Residente de Cirugía General.

2.Msc.Profesor Auxiliar. Universidad de Granma.

3.Especialista de segundo grado en cirugía general. Profesor. Asistente.

4.Jefe de servicio.

RESUMEN

Los quistes mesentéricos se generan por un defecto en el desarrollo de los linfáticos mesentéricos, existiendo espacios cerrados en los que se acumula contenido linfático. Son tumores abdominales benignos poco frecuentes que ocurren a cualquier edad y pueden ser causa de abdomen agudo, obstrucción intestinal y el 3% se pueden malignizarse.

Se presenta el caso de una paciente tratada quirúrgicamente por un quiste mesentérico abscedado, en el Hospital Provincial Universitario "Celia Sánchez Manduley" de la ciudad de Manzanillo provincia Granma. La exéresis resultó ser un método eficaz en el tratamiento de esta patología.

ABSTRACT

The mesenteric cysts are generated from a development defect of the lymphatic mesenteric vessels. They are benign abdominal tumors, not very frequent and they can be a cause for acute abdomen, intestinal obstruction and 3% of them may become malignant.

We report a case of a patient with a complicated mesenteric cyst operated at the Provincial University Hospital "Celia Sánchez Manduley" of the Manzanillo city of the Granma province. The exéresis turned out to be an effective method in the treatment of this pathology.

Key words: Abscess, Excision, Mesenteric cyst.

Recibido: 25/01/2016

Aceptado: 14/03/2016

Los autores no declaran conflicto de interés.

Contacto: yramirezperez@udg.co.cu

INTRODUCCIÓN

Los quistes mesentéricos son lesiones consideradas hamartomas que crecen a expensas de los vasos linfáticos del intestino y dependerá de que exista conexión con los vasos linfáticos intestinales para diferenciarlos en quistes quíloso. Bienivieni en 1507, informó el primer caso de quiste mesentérico en un niño de 8 años, durante una autopsia, Rokitsky en 1842 documentó el primer caso de quiste quíloso y en 1880 se realizó la primera resección exitosa de quiste mesentérico¹.

Desde el punto de vista histopatológico los quistes mesentéricos y del epiplón corresponden a linfangiomas, y dependiendo del tamaño del vaso, pueden llegar a constituir higromas quísticos (linfan-

giomas cavernosos); hay que diferenciar entre los linfangiomas del mesenterio y epiplón de las lesiones quísticas intra-abdominales, dentro de las cuales hay malformaciones (duplicaciones quísticas, quistes vitelinos, quistes derivados del uraco) o tumores derivados del recubrimiento peritoneal (mesotelomas)².

Por la escasa evidencia científica relacionada con esta entidad, así como por su poca frecuencia, nos motivamos a presentar el caso de una paciente con diagnóstico histológico de quiste mesentérico, atendida en nuestro servicio del Hospital Provincial "Celia Sánchez Manduley".

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 62 años, sin antecedentes de enfermedad, que en abril del 2015 ingresa al servicio de cirugía general por presentar distensión abdominal de 5 meses de evolución sin otro síntoma acompañante. A la exploración clínica se nota abdomen en clásico ovus de avestruz, con masa palpable de aproximadamente 35 por 25 cm, localizado en hi-



pogastrio, ambas fosas ilíacas y hasta la mitad de epigastrio, de consistencia renitente, de forma ovalada en sentido longitudinal, de superficie lisa, móvil, que desaparece al realizar la maniobra de Smith-Vater (Fig. 1), el resto del examen físico fue normal. La radiografía de abdomen mostró una radiopacidad que interesaba todo hemiabdomen inferior y parte del superior. Ecografía abdominal: Imagen ecolucida que ocupa todo hemiabdomen inferior y parte del superior con múltiples tabiques en su interior que no depende de los anexos, de 40 x 35 cm.

En el estudio analítico de la química sanguínea se observó:

- Hemoglobina: 138 g/L.
- Leucocitos: 8,0 x 10⁹/L, con 56 % de polimorfonucleares, 42 % de linfocitos y 2 % de monocitos.
- Velocidad de eritrosedimentación: 8mm/h.
- Glucemia, función hepática y renal, perfil lipídico, ionograma y pruebas de coagulación: normales.
- Electrocardiograma: normal.

La tomografía computarizada (TAC) de abdomen demostró una opacidad con densidad líquida en su interior; la laparoscopia reveló masa tumoral a nivel del mesenterio yeyunal de aproximadamente 30 cm. Por lo que se decide realizar laparotomía.



Figura 1: Abdomen en clásico ovus de avestruz

Tras la laparotomía electiva se encontró un quiste mesentérico abscedado, uniloculado, situado por delante del mesenterio yeyunal y por detrás del epiplón mayor, de aproximadamente 30 cm, y con un peso de 4.5 kg, sin compromiso importante de la vascularidad intestinal durante o después de la escisión del quiste (Fig. 2 y 3).

Se reportó por patología su origen linfático y no mesotelial o de características malignas.

nas.

No se pudo obtener el germen mediante cultivo.

DISCUSIÓN

El quiste mesentérico es una patología poco frecuente (1/27.000 a 1/250.000 ingresos hospitalarios) cuya importancia no ha sido suficientemente abordada en la literatura médica. Su baja incidencia y la creencia errónea de que se trata de una enfermedad benigna y asintomática han contribuido a su escaso conocimiento.

La etiología de los quistes de mesenterio es controversial, muchos consideran que son producto de tejido linfático ectópico, con un desorden en la producción y flujo de linfa a causa de una pérdida de

la comunicación con el sistema linfático central.

Los quistes están asociados con sacos linfáticos embrionarios retroperitoneales, lo que sugiere un equivalente al higroma quístico del cuello; sin embargo, la obstrucción de linfáticos experimental en animales para reproducir estas lesiones quísticas ha fallado, por lo que puede existir un origen no linfático para varios quistes⁴.

Se ha publicado que en su mayoría los quistes mesentéricos son asintomáticos y constituyen un hallazgo casual durante exploraciones complementarias o cirugías realizadas por otros motivos⁵, aunque en nuestro caso la masa abdominal y la movilidad constituyen el signo más evidente, otros autores refieren como manifestación más frecuente el dolor abdominal sordo y mal localizado⁶.

Se han sugerido diferentes clasificaciones para los quistes mesentéricos, coincidimos que la clasificación propuesta por Perrot³ es clara, exacta y fácil de recordar, estableciendo una división, según su origen, en quistes linfáticos (quiste linfático simple y linfangioma), quistes de origen mesotelial (quiste mesotelial simple, mesotelioma quístico benigno y mesotelioma quístico maligno), quistes de origen entérico (quiste de duplicación intestinal y quiste entérico), quistes de origen urogenital, teratoma quístico maduro (quiste dermoide) y pseudoquistes no pancreáticos (de origen traumático y de

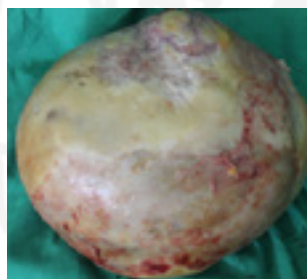


Figura 2: Quiste mesentérico abscedado

origen infeccioso).

Histológicamente, con independencia de su localización, etiología y curso clínico, la mayoría de los quistes mesentéricos poseen un recubrimiento de endotelio linfático o epitelio mesotelial, siendo todavía menos frecuentes el resto. Tanto los de origen mesotelial como los de origen linfático pueden ser uni o multiloculados. Esta diferenciación, sin embargo, solamente puede hacerse mediante el estudio histopatológico e inmunohistoquímico posterior, por lo que la actitud terapéutica no debe modificarse.

De acuerdo con otros autores⁸, considera-

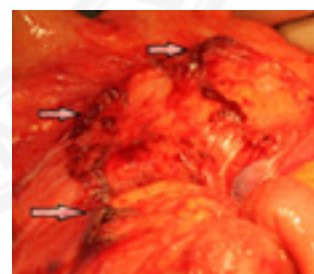


Figura 3: Exigua vascularización intestinal



mos que la exéresis quirúrgica constituye el tratamiento para los quistes mesentéricos, incluso en los casos asintomáticos ya que, la posibilidad de complicaciones graves es elevada.

CONCLUSIONES

El quiste mesentérico abscedado es una patología poco frecuente con síntomas y complicaciones graves; siempre que se encuentre disponible, la sonografía, debe ser la primera opción a considerar; independientemente de las características histológicas, la exéresis resulta ideal para evitar recurrencias y complicaciones asociadas, pudiendo considerarse un tratamiento curativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beahrs OH, Judo ES, Dockerly MB. Symposium on abdominal surgery; chylous cysts of the abdomen. *Surg Clin North America* 1950; 302: 1081- 1096.
2. Okur H, Kucukadin M, Ozokutan BH. Mesenteric, omental and retroperitoneal cysts in children. *Euro J Surg* 1997; 163(9): 673-677.
3. Perrot M, Brudler M, Totsch M, et al. Mesenteric cyst. Toward less confusion? *Dig Surg* 2000; 17 (4): 323-8.
4. Egozi EI, Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts in children. *Am Surg* 1997; 63(3): 287-290.
5. Vlazakis SS, Gardikis S, Sanidas E, et al. Rupture of mesenteric cyst after blunt abdominal trauma. *Eur J Surg* 2000; 166:262- 4.
6. Guzmán-Valdivia Gómez G, Alonso-Avilés V. Quiste de mesenterio como causa de abdomen agudo. A propósito de tres casos. *Gac Méd Méx* 2003; 139 (5): 505-7.
7. Townsend CM, Beauchamp RD, Mattox KL, et al. Sabiston: Tratado de Patología Quirúrgica. 16ª Edición. México: Ed. McGraw-Hill, 2003.
8. Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, et al. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cyst. *Surg Endosc* 1999; 13 (9): 937-9.