

Diagnóstico incidental de un quiste mesentérico

Incidental diagnosis of a mesenteric cyst

Gonzalo Mendoza-del Solar¹ y Octavio Garaycochea²

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 23 años de edad, sin síntomas específicos ni antecedentes patológicos importantes, con un diagnóstico por imágenes de dos quistes ováricos. Durante la laparotomía se encontró que un supuesto quiste de ovario resultó ser un quiste del mesenterio. Ambos quistes fueron extirpados.

Palabras clave. Quiste mesentérico, quiste ovárico, quiste intraabdominal, tumor abdominal.

ABSTRACT

This is a case of a 23 year-old female patient, with no specific symptoms and without a relevant pathological record, with a CT scan diagnosis of two ovarian cysts. Under laparotomy, it was found a mesenteric cyst misdiagnosed as an ovarian cyst. Both cysts were excised.

Key words. Mesenteric cyst, ovarian cyst, intraabdominal cyst, abdominal tumor.

INTRODUCCIÓN

Los quistes mesentéricos son tumores intraabdominales raros. Desde el primer caso reportado en 1507, menos de 1 000 casos han sido publicados.¹⁻³ Son generalmente asintomáticos y benignos, aunque ocasionalmente pueden generar algunos síntomas. Debido a la poca frecuencia de esta entidad y a la falta específica de síntomas, el diagnóstico preoperatorio es difícil.

A continuación presentamos el caso de una paciente que fue diagnosticada como portadora de dos tumoraciones

ováricas, una en cada lado, y que durante el acto quirúrgico se evidenció que una de ellas era un quiste mesentérico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 23 años que presentó astenia en las últimas semanas, asistió a un centro de donación de sangre donde le encontraron anemia. Se le realizó diversos exámenes y se le diagnosticó la presencia de dos quistes ováricos, uno a cada lado, por lo que se indicó su hospitalización para someterla a cirugía.

Las funciones biológicas estuvieron conservadas.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos: menarquia a los 12 años con ciclos menstruales de 8 por 28 días. Nulípara.

No tenía antecedentes quirúrgicos, transfusionales ni traumáticos.

Antecedentes familiares negativos a malformaciones y enfermedades crónicas degenerativas.

A la exploración física se encontró una presión arterial de 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 inspiraciones por minuto, saturación de O₂, 94%. Cuello, pulmones

1 Médico endocrinólogo. Universidad de San Martín de Porres.

2 Médico endocrinólogo. Servicio del Hospital Arzobispo Loayza (HAL).

3 Médico ginecólogo. Servicio de Reproducción Humana del HAL.

y cardiovascular normales. El abdomen era globuloso, se palpaba una tumoración móvil de 15 cm x 15 cm, no dolorosa en el hipocondrio izquierdo, no visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes, no ascitis. Caracteres sexuales externos normales y no se le realizó examen ginecológico por aducir virginidad.

Los resultados de laboratorio, incluidos marcadores tumorales CA 125 y CA 19-9, estuvieron dentro de los parámetros normales, salvo una hemoglobina de 10,5 g/dL y una ferritina de 3,89 ng/mL.

La tomografía evidenció una tumoración abdominal izquierda, aparentemente dependiente del anexo izquierdo de 156 x 192 x 163 mm, de bordes definidos, con paredes regulares y contenido homogéneo, y otra tumoración quística de 44 x 50 x 41 mm dependiente del anexo derecho y de bordes definidos (Figura 1).

Se realizó una laparotomía exploratoria con el diagnóstico preoperatorio de dos quistes ováricos y se encontró un útero de características normales, una masa de 187 x 170 x 130 mm ubicada en el hipocondrio izquierdo dependiente del anexo izquierdo, y con torsión del pedículo. El anexo y el ovario derechos tenían características normales. Sin embargo, se descubrió un tumor en el mesenterio del íleon terminal, de 52 x 50 x 27 mm con aspecto quístico y sin torsión (Figura 2).

Se realizó primero la extirpación de la masa del lado izquierdo y, luego, se extirpó intacto el quiste mesentérico, mediante la disección con electrobisturí.

La evolución postoperatoria se llevó a cabo sin complicaciones y la paciente egresó del hospital al tercer día de la cirugía. La paciente se recuperó totalmente y no fue necesario emplear tratamiento asociado.

El estudio histológico reveló un cistoadenoma seroso unilocular simple de ovario izquierdo, con torsión de pedículo y fase inicial de infarto rojo, y un quiste mesentérico mesotelial simple (Figuras 3 y 4).

de anexos izquierdo y derecho



Figura 2. Quiste mesentérico mesotelial simple en el acto quirúrgico.

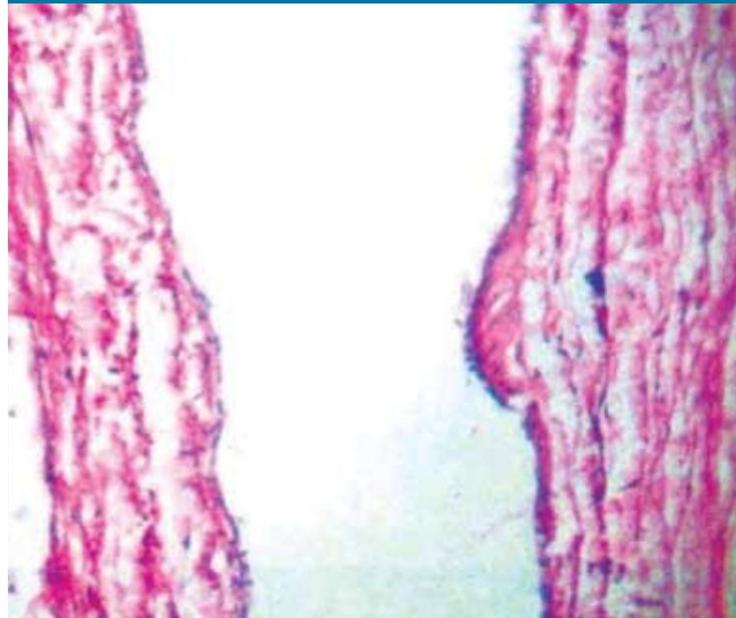




Figura 3. Pieza quística fijada (quiste mesentérico mesotelial).



Figura 4. Histopatología: Quiste mesentérico mesotelial simple.



DISCUSIÓN

El quiste mesentérico es una patología poco frecuente (1/27 000 a 1/250 000 ingresos hospitalarios).^{1,4} Benevieni, un anatomista italiano, fue el primero en describirlo al realizar una autopsia en un niño de ocho años;⁵ y, la primera extirpación quirúrgica satisfactoria fue realizada por Tillaux, en 1880.⁶

No se ha podido determinar la etiopatogenia de estos quistes. La teoría más aceptada señala que son proliferaciones benignas de tejido linfático ectópico en el mesenterio que no se llegan a comunicar con el sistema linfático.^{1,7,8} Otras posibles causas incluyen el fracaso en la fusión de las hojas del mesenterio, traumatismo oculto, obstrucción del sistema linfático, degeneración de nódulos de la linfay neoplasia.^{2,7,9}

Se presenta en un rango muy amplio de edades; así, se han publicado casos tanto en recién nacidos como en personas de hasta 68 años.^{2,10} Sin embargo, la mayoría de autores señala que los quistes mesentéricos son más comunes en la cuarta década de la vida y los quistes del omento, en la niñez. Se ha encontrado 68% de casos de quistes del omento antes de los 10 años de edad.^{2,11,12}

Existen diversos sistemas para clasificar estos quistes, basados tanto en aspectos etiológicos como en patológicos.

Behrs y col., en 1950, propusieron una clasificación según su etiología, que clasifica estos quistes en embriológicos, traumáticos, degenerativos o infecciosos. La clasificación propuesta por Perrot, en 2000, es más exacta y clara, porque es una clasificación desde el punto de vista histopatológico. Divide los quistes mesentéricos en seis grupos: 1) quistes de origen linfático (quiste linfático simple y linfangioma); 2) quistes de origen mesotelial (quiste mesotelial simple, mesotelioma quístico benigno y mesotelioma quístico maligno); 3) quistes de origen entérico (quiste entérico y quiste de duplicación intestinal); 4) quistes de origen urogenital; 5) teratoma quístico maduro (quiste dermoide); y, 6) pseudoquistes no pancreáticos (de origen traumático o infeccioso).¹

Los quistes mesentéricos pueden presentarse en cualquier lugar del mesenterio del tracto gastrointestinal, desde el duodeno hasta el recto. La mayoría de casos reportados, y al igual que el nuestro, están localizados en el mesenterio del intestino delgado, sobre todo a nivel ileal.^{2,7,9} La mayoría de quistes son únicos, pueden ser unilobulares o multilobulares y el tamaño promedio varía entre 2 y 35 cm.²

Si bien la mayoría de quistes mesentéricos son asintomáticos y suelen ser un hallazgo casual,⁴ y cuando dan síntomas estos son poco específicos y los más

comunes son distensión abdominal, dolor abdominal, náuseas, vómitos y constipación.^{2,7} Así mismo, se pueden manifestar como abdomen agudo debido a sus complicaciones, como hemorragia, ruptura, torsión, volvulación, obstrucción intestinal e infecciones.^{2,10, 15} Aunque muy raro, los quistes mesentéricos pueden malignizarse, en la mayoría de casos como sarcomas.^{2,15}

Es difícil establecer con precisión el diagnóstico preoperatorio y el ultrasonido y la tomografía axial computarizada son las pruebas más recomendadas y más usadas que permiten detectar estos quistes.^{2,7,10} Tanto en nuestro caso como en otros, el diagnóstico preoperatorio fue de probable quiste de ovario,^{9,11} por lo que es importante hacer un buen diagnóstico diferencial con otras lesiones intraabdominales como el pseudoquiste del páncreas, hidrocolecisto, tumores retroperitoneales pediculados, leiomiomas pediculados del útero, invaginación intestinal, aneurisma de la aorta y apendicitis complicada con absceso apendicular.^{4,9}

La extirpación completa del quiste con o sin resección intestinal es el procedimiento de elección. La aspiración y marsupialización no están recomendadas debido a están asociadas a recurrencias e infecciones.^{2,15} Si la extirpación no es posible, aun con la resección intestinal o en el caso de quistes del retroperitoneo que son de difícil acceso, el procedimiento recomendado es una extirpación parcial más una marsupialización del quiste.^{7,8} En el caso presentado la extirpación fue completa.

Se ha reportado el uso de la vía laparoscópica en el manejo del quiste de mesentérico, no obstante el principio terapéutico siguiendo el mismo.^{8,11,14}

El pronóstico en estos pacientes es generalmente bueno, ya que la mayoría de quistes son benignos y la tasa de recurrencia es baja. Los quistes retroperitoneales tienen mayores tasas de recurrencia debido a que su extirpación es más compleja y a su relación con vasos sanguíneos mayores y a otros órganos.²

En conclusión, el quiste mesentérico es una patología poco frecuente con síntomas inespecíficos o ausentes que debería estar siempre incluida en el diagnóstico diferencial de los quistes abdominales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Perrot, Brundler M, Totsh M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg*. 2000;17:323-332.
2. 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.
3. Durshan AS, Gokhan A, Volkan S. Laparoscopic management of mesenteric cyst: A case report. *Mount Saint J Med*. 2006;73:1019-20.
4. Martínez D, Rodríguez C, Escrig J, Pellicer V, Miralles JM, Salvador JL. Quiste mesentérico. Experiencia en 4 casos. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98:625-34.
5. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg*. 1986;203:109-12.
6. Tillaux PJ. Cyste du mesentere chez un home; ablation par la gastrotomie. *Rev Ther Med Chir (Paris)*. 1880;47:179.
7. Prakash A, Agrawal A, Gupta RK, Sanghvi B, Parelkar S. Early management of mesenteric cyst prevents catastrophes: a single centre analysis of 17 cases. *Afr J Paediatr Surg*. 2010;7:140-143.
8. Al-Harfouhi R, Stevenson L, Binnie N. Mesenteric cyst: drained and marsupialised laparoscopically avoiding enterectomy. *BMJ*. 2012;10:1-2.
9. Rivera-Montes AM, Angélica-Barrera Y, Basavilvazo R, Hernández-Valencia M. Quiste mesentérico. Informe de un caso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008;46(4):423-426.
10. Chang TS, Ricketts R, Abramowsky CR, Cotter BD, Steelman CK, Husain A, Shehata BM. Mesenteric cystic masses: a series of 21 pediatric cases and review of the literature. *Fetal Pediatr Pathol*. 2011;30(1):40-4.
11. Long CY, Wang CL, Tsai EM. Incidental diagnosis of a mesenteric cyst mimicking an ovarian cyst during laparoscopy. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2011;50(3):388-9.
12. Wootton-Gorges SL, Thomas KB, Harned RK, WU SR, Stein-Wexler R, Strain JD. Giant cystic abdominal masses in children. *Pediatr Radiol*. 2005;35:1277-88.
13. Behars OM, Judd ES Jr, Dockerty MB. Chylous cysts of the abdomen. *Surg Clin North Am*. 1950;30:1081-96.
14. Theodoridis TD, Zepiridis L, Athanatos D, Tzevelekis F, Kellartzis D, Bontis JN. Laparoscopic management of mesenteric cyst: a case report. *Cases J*. 2009;2:132.
15. Karim T, Topno M, Kate M. Simple mesenteric cyst in a child: Presentation and management. *Arab J Gastroenterol*. 2011;12(2):90-91.

Correspondencia a: Dr. Gonzalo Mendoza Del Solar.
gonzalo@mendozadelsolar.com

Conflicto de interés:
El autor declaró que no hubo alguno.

Fecha de recepción: 30-08-2012.
Fecha de aceptación: 25-09-2012.

Rev Soc Peru Med Interna 2012; vol 25 (4) 199