

QUISTE MESENTERICO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

* Ana María Caballero Arévalo
** Roberto Carlos Ríos García
*** David Carlos Ramírez López

RESUMEN

Los quistes mesentéricos son tumores abdominales de asiento en el intestino delgado se originan de los leiomiomas yeyunales que en su evolución desarrollan un quiste mesenterio gigante, o puede ser un tumor primario originado en las hojas mesentéricas constituyen una patología poco frecuente en el adulto, la causa es un defecto en el desarrollo de los linfáticos mesentéricos, existiendo espacios cerrados en los que se acumula contenido linfático. Los quistes mesentéricos son tumores abdominales benignos poco frecuentes de etiología aún no determinada ocurren en cualquier edad, son causa de abdomen agudo, obstrucción intestinal y el 3% se puede malignizarse.

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 72 años con abdomen agudo secundario a quiste mesenterio.

Palabras claves: Quiste mesenterico, abdomen agudo.

ABSTRACT

The Mesenteric cysts are abdominal tumors that develop in thin intestine, they origin from yeyunal leiomiomas that in their evolution develop a giant mesenteric cyst, or it can be a primary tumor originated in the mesenteric leafs. They constitute a not very frequent pathology in adults the cause is a defect in the development of mesenteric lymphatics, existing closed spaces in which accumulates lymphatic content. The mesenteric cysts are not very frequent benign abdominal of uncertain etiology, they appear at any age, they are cause of abdomen pain, intestinal obstruction and 3% of them can become malignant.

We present the case of a masculine sex patient of 72 years old with secondary abdomen pain to cyst mesenteric.

Key words: Cyst mesenterio, abdomen pain.

INTRODUCCIÓN

La primera descripción de un quiste mesenterico fue durante una necropsia realizada por el patólogo Beneviene de Florencia en 1507^{1,2}. es por esta razón que se considera a los quistes mesentéricos como tumores poco frecuentes cuya etiología u origen no es muy claro^{3,4}. Moynihan en

1897 manifestó que los Quistes Mesentéricos, son una rareza quirúrgica⁵. Esta patología puede presentarse a cualquier edad, y antes de los 5 años de edad, de origen endotelial. El 75% de los casos ocurren en la edad adulta estos de son origen mesotelial. Su incidencia es 1 por cada 26.000 ingresos hospitalarios, y 1 por cada 20.000 ingresos pediátricos⁸

*Jefe de Guardia de Cirugía General CNS
**Residente II de Cirugía General CNS
***Estudiante de Medicina UMSS

Con mayor frecuencia se deben a espacios linfáticos congénitos que crecen de manera gradual al llenarse de linfa.² Se pueden clasificar de acuerdo a su causa en cuatro grupos:

- 1) Embrionarios y del desarrollo.
- 2) Traumáticos o adquiridos.
- 3) Neoplásicos.
- 4) Infecciosos y degenerativos.⁶

Aunque los quistes mesentéricos se encuentran con más frecuencia en el mesenterio del intestino delgado, pueden estar presentes en cualquier parte del tubo digestivo, desde el duodeno hasta el recto y pueden incluso extenderse desde la base del mesenterio al interior del retroperitoneo.⁷⁻¹⁰

Los quistes retroperitoneales que se presentan como una hernia inguinal, son todavía más raros en la literatura se menciona solo cinco casos descritos⁹⁻¹⁰.

Se presentan en forma de masas abdominales acompañadas de dolor, náuseas, vómitos⁶, distensión abdominal y signos de obstrucción intestinal a causa de vólvulo alrededor del quiste.⁷

El tratamiento de elección es la extirpación completa del quiste, pero en ocasiones se necesita marsupialización⁷, por su relación íntima con el mesenterio intestinal se requiere extirpar el intestino comprometido para eliminar la patología por completo.⁶

El pronóstico es excelente cuando se extirpa quirúrgicamente el quiste.⁷

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 72 años de edad con antecedentes de prostatectomía hace años, hernioplastia umbilical hace cuatro años y colecistectomía hace dos años. Ingresa al servicio de urgencias en fecha 15 de noviembre del 2004 portador de dolor abdominal que inicia hace 24 horas de tipo espasmódico difuso que va aumentando de intensidad, el cuadro se acompaña de estado nauseoso sin llegar al vómito, falta de eliminación de heces y gases, alzas térmicas no cuantificadas a más de esto astenia y adinamia. Al examen físico paciente hemodinámicamente estable con abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio y mesogastrio, a la percusión matidez en dichas zonas, con signo de Blumberg positivo, a la auscultación ruidos hidroáereos ausentes. Los exámenes de laboratorio mostraron hemograma cuyo reporte fue de 11.200 leucocitos con 89% de segmentados, la química sanguínea reportó 184mg/ dl.

La radiografía simple de abdomen mostró una opacificación central, niveles hidroáereos, borramiento del Psoas. (Figura 1)



Fig. N° 1: Opacificación central, niveles hidroáereos, borramiento del Psoas.

El paciente se intervino quirúrgicamente, el mismo día en fecha 15 XI 2004 con el diagnóstico de peritonitis de origen apendicular. El diagnóstico post operatorio fue tumor quístico de mesenterio, cuyos hallazgos fueron tumor quístico a 40cm del ángulo de Treiz de 15 a 20 cm de diámetro de consistencia blanda, fluctuante con salida de contenido seroquiloso de aproximadamente 400 ml distribuido en toda la cavidad, el tumor hacia cuerpo con el intestino delgado (Figuras 2, 3, 4)



Figura 2: Pieza quirúrgica de tumor más intestino delgado.

La cirugía practicada fue exéresis del tumor más resección intestinal con anastomosis termino-terminal en dos planos, lavado de la cavidad peritoneal y colocación de drenajes tubulares.

Informe histopatológico:

Compatible con quiste mesentérico. El quiste está formado por partes fibrocolagenosas, carece de revestimiento epitelial interno y está parcialmente revestido por serosa intestinal externa. en todo su espesor presenta edema, congestión y denso infiltrado inflamatorio formado por neutrófilos y piocitos principalmente.

Segmento de 54 cm de intestino delgado con lesión quística en el borde mesentérico, compatible con quiste infamatorio del mesenterio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La frecuencia baja de estos tumores quísticos de mesenterio, cuya signología es desde masa abdominal, obstrucción intestinal, y abdomen agudo (como es el caso que nos toca presentar) este último es la forma más frecuente de presentación, muchas veces son hallazgos incidentales. Los quistes son redondos lisos con paredes delgadas y contenido lechoso, se encuentran sobre el yeyuno. El cuadro clínico se hace evidente cuando el tumor crece lo suficiente para provocar dolor abdominal agudo lo que se hace aparente al examen físico, o bien comienza a desplazar órganos vecinos provocando signos y síntomas como plenitud postprandial, uropatía obstructiva.

Otra forma de manifestarse es por complicación aguda del quiste como es la de hemorragia, ruptura o torsión, como en nuestro caso. El abdomen agudo secundario a las complicaciones por un quiste de mesenterio es raro y debe to-

marse en cuenta como diagnóstico diferencial en los enfermos con patología abdominal aguda y masa palpable.

BIBLIOGRAFÍA

1. WALKER AR, PUTNAM PC. Omental, mesenteric and retroperitoneal cysts. A clinical study of 33 new cases. *Ann Surg* 1973; 178: 13 - 9.
2. MOYNIHAN BGA. Mesenteric cysts. *Ann Surg* 1897; 26: 1 - 29.
3. CAROPRESO PR. Mesenteric cysts: a review. *Arch Surg* 1974; 108: 242-6.
4. BAKER AH Developmental Mesenteric cysts: *Br J Surg* 1960; 48: 534-40.
5. VAUHG N AM, LEAS WM, HENRY JW. Mesenteric cysts a review of the literature and report of calcyfield cyst of de mesentery. *Surgery* 1984; 23: 306-17.
6. SABISTON, Tratado de Patologia Quirurgica, Mc Graw Hill XVI edicion. Vol. 2 2003: 1706 - 1707.
7. WILLIAM C. CAIN, SHALYN KENNEDY, NEIL EVANS, et al. "Renal Failure as a Result of Mesenteric Cyst" *J Pediatr Surg* 2004; 39:1440-1443.
8. MOHANTY S. K. , BAL R. K. AND MAUDAR K.K., "Mesenteric Cyst- An Unusual Presentation" *chronic J Pediatr Surg* 1998; 33:792-793.
9. SIMMI K., KAMAL N., SEEMA K., et al. "Giant Chylolymphatic Cyst of the Jejunal Mesentry in a Child" *Sharma PGIMS, Rohtak, Har- yana, 2003* 33:120-122.