

QUISTE DEL MESENTERIO

INFORME DE UN CASO

*Dr. Lincoln G. Cassis**

Los tumores quísticos del mesenterio constituyen un hallazgo infrecuente en la literatura médica mundial y el caso que aquí publicamos, creemos es el primero reportado en nuestro país. Estos 2 hechos justifican la intención de su divulgación.

HISTORIA

El primer reporte se atribuye a Benivien (1), un anatomista florentino que lo encontró en una autopsia en 1507. La primera extirpación quirúrgica fue reportada por Trillaux en 1880 y desde entonces se han informado numerosos casos. (2)Loeb de New York en 1941 calculaba en 550 los casos reportados (2) Walker y Putnam de Rochester estiman que el número de casos de Quistes del Mesenterio y Epiplón hasta 1973 alcanza 750 casos. (2)

RESUMEN DEL CASO

Expediente No. 267921, sexo masculino, de 21 años de edad, procedente de San Francisco de Coria, Depto. de Valle, agricultor, presentaba cuadro agudo de 6 días de evolución con malestar general, dolor en hipocondrio derecho y fiebre no cuantificada. Al examen: Temperatura: 38°C, Pulso 100 se y PA: 120/80, luce enfermo y en abdomen existe masa blanda, tensa y poco dolorosa que se extiende desde reborde costal derecho hasta fosa ilíaca sobrepasando parcialmente a la línea media, fija. Percusión mate continuada con el hígado.

El laboratorio que incluye examen de sangre, transaminasas, bilirrubinas, urea, amilasa y orina son

Jefe Servicio Cirugía General. Hospital-Escuela
Cirujano Guardia Hospital Escuela.

normales, excepto por moderada neutro filia. Se practicó placa simple de abdomen, tránsito gastrointestinal, píelograma IV, colecistografía y enema baritado, comprobándose masa que rechaza el duodeno hacia la línea media, igual rechazaba la vesícula biliar normal hacia arriba y el colon ascendente hacia afuera, así como desplazamiento de asas delgadas totalmente hacia la izquierda.

Fue ingresado consignándose los diagnósticos preoperatorios.

- a) Absceso Hepático Amebiano
- b) Seudoquiste pancreático
- c) Quiste dermoide retroperitoneal

Se practicó laparotomía amplia encontrándose gran tumoración quística multilobulada de paredes más o menos traslúcidas y lustrosas. Ocupaba toda la raíz del mesenterio desplazando el total de asas delgadas. El tumor se logró extirpar en conjunto acompañada de una porción del mesenterio que no alteró la integridad vascular del mismo. El postoperatorio fue satisfactorio dándose alta 8 días después de la intervención.

Informe de Anatomía Patológica. Biopsia No. 5528.

MACRO: Formación quística que mide 35x25x13 cms., peso 3.500 gramos, forma irregular, multilobulada. Al corte hay salida de abundante líquido amarillento seroso y material gelatinoso, la superficie interna muestra múltiples tabiques que le confieren aspecto mixomatoso y otras con aspecto sebáceo.

MICRO: Los cortes muestran abundantes canales revestidos de un endotelio plano conteniendo material acelular o vacíos, separados por un estroma

que contiene tejido muscular liso, tejido adiposo y acúmulos de linfáticos, algunas áreas muestran acúmulos de macrófagos, tejido de granulación y abundantes cristales de colesterol. En estas áreas hay un infiltrado plasmocitario con escasos eosinófilos, áreas de tejido conectivo e infiltrado inflamatorio más severo también están presentes.

DIAGNÓSTICOS: Linfangioma Cavernoso
(Higroma Místico del Mesenterio.)

COMENTARIOS

Etiología y Clasificación. Se discute si todos los quistes del mesenterio son de origen congénito o del desarrollo (2-3), pero algunos autores incluyen en los quistes linfáticos los de origen traumático e inflamatorio. La gran mayoría de las clasificaciones de estos quistes se refieren a su probable origen y aspecto clínico. Entre las clasificaciones más conocidas podemos citar la de Berras (3) y la de Lahey y Ekerson citada por la gastroenterología de Bocas.

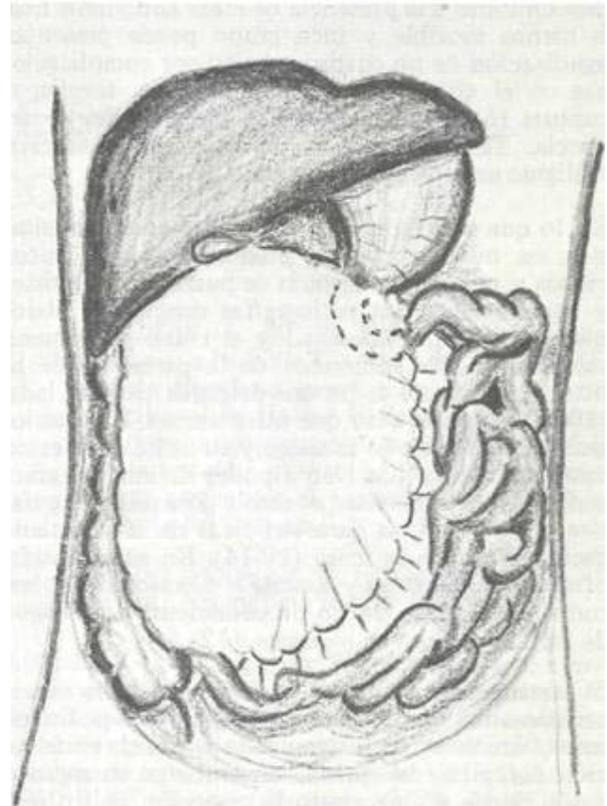
También se han descrito quistes de origen linfático en sitios raros como el cuello, axila, pared torácica, extremidades, etc. (4)

CLASIFICACIÓN DE BEAHR'S

- A. Quistes embriogénicos y del desarrollo. Incluyen el origen entérico, urogenital, dermóides, y los provocados por defecto del desarrollo del tejido linfático (Quistes quíloso o linfáticos)
- B. Quistes traumáticos o Adquiridos, (no lining cells are seen)
- C. Quistes neoplásicos. Benignos y malignos.
- D. Quistes infecciosos y Degenerativos. (Micóticos-Parasitarios-Tuberculosos)

DIAGNOSTICO

Generalmente no es fácil hacer un diagnóstico preoperatorio seguramente por lo infrecuente de la patología. Además, el crecimiento lento y progresivo de los quistes permite una acomodación progresiva de las visceras abdominales causando escasa sintomatología, siendo el primer hallazgo o queja del paciente la presencia de masa abdominal.



QUISTE DE MESENTERIO. Informe de un caso
Dr. Lincoln G. Cassis

Por consiguiente, como apuntan algunos autores (1) los síntomas están en relación al tamaño, localización, presencia de complicaciones como hemorragia, torción, infección, ruptura o compresión a estructuras vecinas.

En el caso que se informa el paciente se presentó a consulta por la presencia de gran masa y síntomas de presión en abdomen, pero al estar en sala para estudios, se practicó una punción para biopsia hepática provocándose sin saberlo, la ruptura de uno de los lóbulos del quiste, convirtiéndose entonces de un cuadro crónico a agudo, con fiebre y moderada peritonitis, lo que motivó la intervención rápida.

Parece ser que en los recién nacidos y en niños suelen producirse síntomas obstructivos del tubo digestivo con náuseas y vómitos 5,6,7, sin embargo, en la mayoría de los adultos los síntomas pue-

den limitarse a la presencia de masa abdominal más o menos movable y otro grupo puede presentar agudización de un cuadro crónico por complicaciones en el quiste como ser hemorragia, torción o ruptura (5-8), obligando a una intervención de urgencia. También se han reportado degeneración maligna en este tipo de quistes. (9)

En lo que se refiere a los exámenes complementarios, en nuestro caso se presentó discreta leucocitosis y neutro filia después de puncionar el quiste, y generalmente, las radiografías simples de abdomen, el tránsito intestinal y el colon por enema solo dan signos indirectos de la presencia de la masa con rechazo de las asas delgadas hacia un lado (10) como en el caso que informamos. La arteriografía es un método invasivo y su utilidad en estos casos se orienta más bien a poder definir las características de la masa en cuanto a si es sólida o quística, basado en las características de la vascularización o no de la masa (10-14) En este sentido ofrece más seguridad y ventaja el ultrasonido, sobre todo por tratarse de un procedimiento sin riesgos de fácil aplicación en menores. (12)

El tratamiento y pronóstico dependen de las características del quiste y de sus complicaciones. En los casos "crónicos" casi siempre es posible la enucleación completa del quiste, sin embargo en algunos casos puede ser necesario la resección de un segmento de intestino por compromiso vascular del mismo. Otros procedimientos como marsupialización, drenaje interno y simple aspiración, se han practicado (13-14-15) con resultados dudosos. El pronóstico es en general muy bueno, sin considerar los casos de malignización.

RESUMEN

Se presenta un caso de Linfangioma Quístico operado hace 4 años y controlado en buen estado recientemente, revisándose la literatura y comprobándose que corresponde a uno de los más grandes (3500 gramos) reportados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walker A.R., Putman T.C.; Omental, Mesenteric, and Retroperitoneal Cysts: *Ann Surg*, Vol. 178, No. 1 Pág. 13.1973.
2. Hording W.J., Nardy J. D.: Mesenteric Cysts. *The Emerg. J. of Surg.* Vol. 119, Jun 1970.
3. Behars, O.M. Judd, E.S. and Dockerty, M.B.: Chylous Cysts of the Abdomen. *Surg. Clin. N' Am.*, 302: 1081 1950.
4. Singh, S. Baboo, M.L., Pathak, I.C.: Cystic Limphangioma in Children; Report of 32 cases including lesions at rare sites. *Surgery*, Vol. 69. No. 6, pp 347, Jun. 1971.
5. Mollit, D.L., Ballantine T.V.N., Grosfrio, J.L.: Mesenteric Cysts in Infaney and Chilhood. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1978; 147:182-184.
6. Fish, J.C., Fair, W.R., Conby J.P.: Intestinal Obstrucción in the Newborn, on Unusual Case due to mesenteric Cyst. *Arch. Surg.* Vol. 90 Feb. 1965, pp 317-318.
7. Christensen, J.A.; Fuller, J.W., Hallock, J.A., et al: Mesenteric Cysts, A cause of Small Bowell in Children. *Am. Surg.* 1975; 41:352-354.
8. Elizalde, N. Aranda, A., Quiste del Mesenterio, Informe de un caso. *Prensa Med. Mex.* Nos. 11-12. Nov.Dic. 1971. pp. 463464.
9. Tykka, H. Koivuniemi, A.: Carcinoma Arising in a Mesenteric Cyst.: *Am J. of Surg.* V. 129, Jun 1975: pp. 709-711.
10. Potter, B.M., McSweeney, W.J.: Sigmoid Mesenteric Cysts, Angiographer Findings. *Radiology* 106: 286, Feb.1977.
11. Diamond, A.B. Ming, Ch. H., Golden R.R.; Arteriography of Unusual Mass Lesions of the Mesentery: *Radiology* 110: 547-552, March 1974
12. Mittelstaedt, C; Ultrasonic Diagnosis of Omentol Cysts: *Radiology* 117: 673-676, Dec. 1975.
13. Vanck, V.W., Phillips, A.K., Retroperitoneal, Mesenteric and Omental Cysts. *Arch. Surg.* Vol. 119, 838-842, Jul. 1984.
14. Kurweg F.T.; Mesenteric Cysts, en Sadiston: *Davis-Christopher Text Book of Surgery.* W.B. Saunders Co. 1981, pp 872-246.
15. Caropreso, P.R.: Mesenteric Cysis. A Review. *Arch. Surg.* 1974,108: 242-246.