

Quiste de mesenterio como causa de abdomen agudo. A propósito de tres casos

Gilberto Guzmán-Valdivia Gómez,* Verónica Alonso-Avilés*

Resumen

El quiste del mesenterio es un tumor de origen múltiple que seguramente se presenta con mayor frecuencia que lo descrito en las series publicadas; sin embargo, sigue siendo una entidad rara. Debido a la falta de signos y síntomas característicos, el diagnóstico se realiza cuando estas lesiones alcanzan tamaño suficiente para que puedan palparse o cuando producen compresión a órganos vecinos. Ocasionalmente, el diagnóstico se realiza durante la cirugía, incluso cuando ésta fue indicada como emergencia. El presente trabajo informa tres casos de pacientes con quiste de mesenterio, encontrados durante el procedimiento quirúrgico, como causa de patología que requirió tratamiento de urgencia. Los estudios histopatológicos mostraron ser linfangiomas en dos casos y un leiomioma, éste último una entidad rara en estas lesiones.

Palabras clave: *Quiste, mesenterio, tumor intrabdominal, quiste de mesenterio*

Summary

Mesenteric cyst is a tumor of multiple origins that surely are found more frequently than the literature report, at any rate, this tumor is uncommon. Because of absence of characteristic clinical findings, diagnosis cumbersome, until these cysts are of such a size that palpation becomes possible or when they cause compression to nearby viscera. Occasionally, diagnosis is made during surgery, even when it was emergency surgery. The present paper reports on three patients with mesenteric cyst found during surgery as emergency treatment. Histopathologic reports showed lymphangioma in two cases and leiomyoma in one case, quite uncommon in this kind of lesion.

Key words: *Cyst, mesentery, intrabdominal tumor, mesenteric cyst*

Introducción

El mesenterio consiste en dos hojas peritoneales que fijan las asas intestinales a la pared posterior del abdomen, entre dichas hojas existen diversos tejidos de los que se pueden derivar lesiones tumorales. Los tumores quísticos en el mesenterio y en retroperitoneo son raros, se han establecido frecuencias de 1 de cada 26,794 a 1 de 250,000 admisiones hospitalarias.^{1,2} En nuestro hospital se han registrado sólo 6 casos en los últimos 10 años, de los cuales tres se manifestaron con abdomen agudo.

Presentación de los casos

Caso 1

Paciente femenino de 54 años de edad con padecimiento de cuatro días de evolución caracterizado por dolor tipo cólico localizado en el flanco derecho que aumenta con los movimientos y se acompaña de náusea. En la exploración física se encontró con tensión arterial normal, frecuencia cardíaca de 94 latidos por minuto, sin fiebre. El abdomen se encontró distendido, con dolor a la palpación

* Departamento de Cirugía General, Hospital General Regional N°1 "Gabriel Mancera" del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. de México. Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez Amores 43 B-105 Colonia del Valle, CP 03100, México, D.F. México Teléfono: 55-43-81-71 Fax: 55-43-08-00 e-mail: guzvaldi@yahoo.com

de la fosa ilíaca derecha, con hiperestesia e hiperbaralgia y con masa palpable, la cual es renitente, dolorosa y con signo de rebote positivo. La biometría hemática demostró leucocitosis de 14,300, con neutrofilia y bandemia. La placa simple de abdomen no reveló alteraciones. Se estableció el diagnóstico preoperatorio de probable absceso apendicular, por lo que fue sometida a exploración quirúrgica de urgencia con hallazgo de torsión de un tumor quístico en el mesenterio ileocecal con dimensiones de 8 X 5 X 4 centímetros, de superficie lisa y color café grisáceo. El apéndice cecal era de características normales. El reporte histopatológico fue de leiomioma de bajo grado. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. El seguimiento con tomografía axial computada durante seis años, no ha mostrado alteraciones. La paciente fue sometida a colecistectomía laparoscópica después de 6 años y no se encontraron alteraciones en la región ileocecal.

Caso 2

Paciente femenino de 48 años de edad que ingresa al servicio de urgencias del hospital, con padecimiento de una semana de evolución caracterizado por ataque al estado general, náuseas y vómito de contenido gastrobiliar. A la exploración física se encontró hipotensa, taquicárdica, deshidratada, desorientada y febril. El abdomen se encontró distendido con resistencia muscular y dolor generalizado; no se auscultó el intestino. Los estudios de laboratorio reportaron leucocitosis de 18 200, con 85% de neutrófilos y bandemia. La determinación de gases arteriales mostró acidosis metabólica descompensada. La placa simple de abdomen demostró distensión de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos en todo el abdomen. Se intervino quirúrgicamente con diagnóstico preoperatorio de probable isquemia intestinal. El hallazgo quirúrgico fue una tumoración quística en mesocolon transversal que producía compresión a los vasos mesentéricos provocando isquemia de 120 centímetros de yeyuno-ileon. Se realizó la extirpación del tumor con recuperación en la viabilidad del intestino afectado. El reporte histopatológico fue de linfangioma multilocular (Figura 1); la evolución postoperatoria fue hacia la mejoría.

Caso 3

Paciente femenino de 73 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, de 23 años de evolución controlada con hipoglucemiantes orales, hipertensión arterial controlada de 10 años de evolución. Antecedente de tratamiento quirúrgico de plastía umbilical e inguinal 40 años antes y recrudescimiento del estreñimiento de 1 año

de evolución. Acude con padecimiento de tres días con imposibilidad para evacuar, distensión abdominal, náusea intensa y vómito de características fecaloides. A la exploración física se encontró con abdomen distendido, timpanismo generalizado, dolor a la palpación de fosa ilíaca izquierda con hiperestesia e hiperbaralgia y signo de rebote positivo. La Radiografía de abdomen demostró imagen sugestiva de volvulus de sigmoides por lo que la paciente fue sometida a intervención quirúrgica de urgencia, encontrando volvulus de sigmoides y una tumoración quística de 4.5 X 3 x 3 centímetros en el mesosigmoides (Figura 2); se realizó sigmoidectomía que incluyó la lesión con colostomía y bolsa de Hartmann. La evolución postoperatoria fue hacia la mejoría. El reporte histopatológico fue linfangioma.

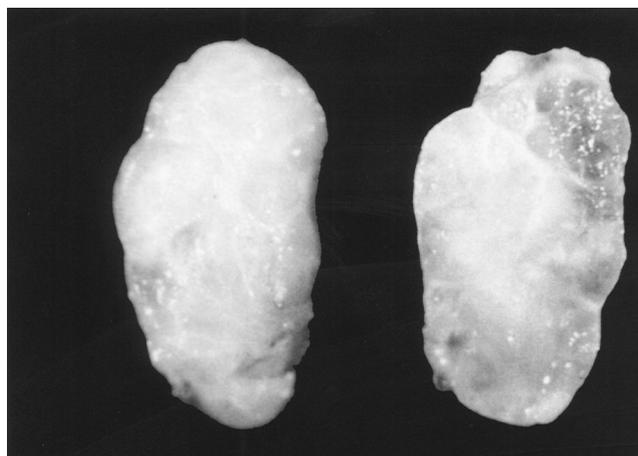


Figura 1. Tumor quístico de mesocolon transversal. El estudio histopatológico reveló linfangioma multilocular.

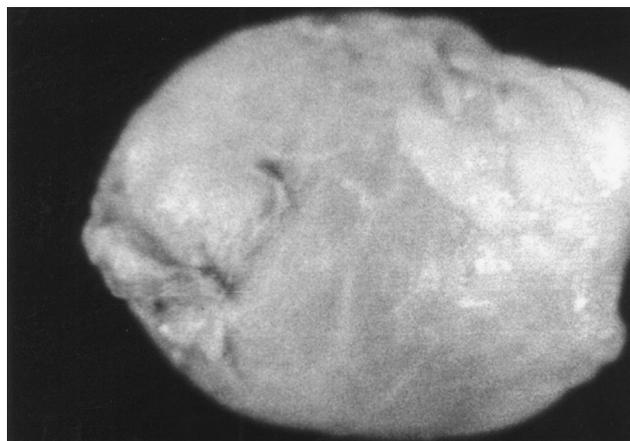


Figura 2. Tumor quístico de mesosigmoides.

Discusión

Los quistes de mesenterio son lesiones que se mencionan poco en la literatura médica y se deben primordialmente a alteraciones en la formación o desarrollo de tejido linfático.³⁻⁵

El cuadro clínico se hace evidente cuando el tumor crece lo suficiente para provocar dolor abdominal sordo y se hace aparente a la exploración física, o bien, comienza a desplazar órganos vecinos provocando signos y síntomas originados de éstos, como plenitud postprandial, obstrucción intestinal y uropatía obstructiva, principalmente.^{1,2,6} Se ha reportado sangrado rectal por hipertensión hemorroidal secundaria a la obstrucción venosa por el quiste.⁷

Otra forma de manifestarse es por complicación aguda del quiste como lo es la hemorragia, ruptura o torsión,^{7,8} como en nuestro primer caso. La isquemia intestinal secundaria a compresión de los vasos mesentéricos por el quiste no ha sido reportada, y debe agregarse al quiste del mesosigmoides como causa de isquemia intestinal aguda. El volvulus de sigmoides ya había sido reportado por Takkal en 1996,⁸ en ese caso el quiste se comporta como eje para la torsión del mesosigmoides. El abdomen agudo secundario a complicaciones por un quiste de mesenterio es raro y debe tomarse en cuenta como diagnóstico diferencial en el enfermo con patología abdominal aguda y masa palpable.

El tratamiento óptimo es la extirpación completa del tumor.^{1,2,9} La sola aspiración de su contenido y la resección

parcial están condenadas a la recidiva. No obstante, en los casos en los que no es posible su extirpación por la posibilidad de lesión de órganos vecinos irresecables, se ha sugerido la marsupialización del quiste.

Conclusión

Los quistes del mesenterio son raros y la presentación con abdomen agudo lo es más, sin embargo deben tomarse en cuenta como diagnóstico diferencial cuando se encuentra una masa palpable acompañando al cuadro de abdomen agudo. El tratamiento de elección es la resección del quiste, y de ser necesario la extirpación de órganos de los que no puede separarse.

Referencias

1. Liew Sc, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. Aust N Z J Surg 1994;64:741-744.
2. Saviano MS, Fundaro S, Gelmini R, Begossi G, Perrone S, Farinetti A, Criscuolo M. Mesenteric cystic neoformations: a report of two cases. Surg Today 1999;29:174-177.
3. Caropreso PR. Mesenteric cyst: a review. Arch Surg 1974;108:242-246.
4. Finochietto R. Tumores mesentéricos. La Prensa Med Arg 1959;46:1202-1205.
5. Beahrs OH, Judd ES, Dockerty MB. Chylocyst of the abdomen. Surg Clin North Am 1950;30:108.
6. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Becj AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann Surg 1986;203:109-112.
7. Hardin JW, Hardy DJ. Mesenteric cysts. Am J Surg 1970;119:640-645.
8. Takkal M, Ionescu G, Becker JH, Simson IW, Dreyer L. A complication of mesenteric lymphangioma: case report and brief review of literature. Acta Chir Belg 1996;96:130-132.
9. Calderola V, La Ducca J. Mesenteric cyst. New York: St J Med 1987;87:177-179.

