

Abdomen agudo y quiste de mesenterio: Presentación de un caso

Cruz-Ruiz MA¹, Aguilar-Díaz T², Díaz-Becerril LA⁴, Padierna-Luna JL⁴, Zin-Zun JR, Ayala-Silva LY⁵

- 1 Gastroenterólogo.
- 2 Cirujano General.
- 3 Anatomopatólogo.
- 4 Coordinador de Educación en Salud.
- 5 Médico Interno de Pregrado.

Adscritos al Hospital General de zona 4, Coordinación de Educación en Salud, IMSS Celaya, Guanajuato. México.
Correspondencia: Dr. Mauricio A. Cruz Ruiz. Calle Aldama No. 227 interior 301 zona Centro Celaya, Guanajuato. C.P. 38000. Teléfono (01461)6130142, Fax (01461)6129935 Correo electrónico: a4611563116@prodigy.net.mx

Resumen

Los quistes de mesenterio (QM) son entidades cuyo origen embriológico es múltiple y la presentación clínica no es clara, en la mayoría de las veces se diagnóstica de forma incidental o por exclusión de otras entidades.

Por lo menos, la tercera parte se diagnóstica antes de los 15 años de edad, y tienden a ser de naturaleza benigna, pero la recurrencia es alta cuando el tratamiento quirúrgico no reseca la totalidad de la lesión.

Existen escasas series reportadas en la literatura en los últimos años que intentan clasificar y conocer el comportamiento clínico de la entidad, así como los hallazgos quirúrgicos y los tipos histológicos sin poder agrupar series mayores a cuatro pacientes.

El presente trabajo pretende informar sobre los hallazgos de un paciente pediátrico de 4 años de edad que ingreso a nuestro hospital por un cuadro de abdomen agudo cuyo diagnóstico de certeza fue de un QM y realizar una revisión de la literatura en especial en nuestro país.

Palabras clave: quiste mesenterio, abdomen agudo.

Abstract

The cysts of mesentery (QM) are organizations whose embryological origin is multiple and the clinical presentation is not clear, in most of the times it is diagnosed of incidental form or by exclusion of other organizations.

At least the third part is diagnosed before the 15 years of age, and tends to be of benign nature, but the recurrence she is high when no parched the surgical treatment the totality of the injury.

Little series exist reported in Literature in the last years that try to classify and to know the behavior clinical the organization as well as the surgical findings and the histological types without being able to group series greater to 4 patients.

The present work tries to inform on the findings of a pediatric patient of 4 years of age that enter our hospital by a picture of acute abdomen whose diagnosis of certainty was of a QM and to make a revision of Literature in special in our country.

Key words: Mesentery cyst, acute abdominal pain.

Introducción

El quiste de mesenterio (QM) es una entidad con escasa frecuencia fue descrito en 1507 por Beneviene en Florencia durante una necropsia¹ y se ha estimado que hasta 1994 no existían más de 800 casos publicados en la literatura. En nuestro país se han publicado, en el 2001, un caso en el Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud y en el 2003 una serie de tres casos en el hospital Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social y una revisión en la revista de Gastroenterología de México por el mismo autor el mismo año.²

La frecuencia de QM es de un caso por cada 250,000 ingresos hospitalarios y aproximadamente el 50% de ellos la presentación clínica es el abdomen agudo.³

No existe gran diferencia del QM entre los grupos étnicos y la relación M/H se ha establecido de 2:1. Dentro de la localización anatómica del QM el 67% se localizan en el mesenterio del intestino delgado en el segmento ileal y el 33% en el mesocolon.² y por lo menos el 25% son pacientes menores a 10 años.¹

Objetivo

Reportar un caso de abdomen agudo cuya etiología fue un quiste mesentérico y revisión de la literatura en el país.

Caso clínico

Paciente del género masculino de 4 años de edad, el cual es ingresado a urgencias por cuadro caracterizado por dolor abdominal de 12 horas acompañado de vómito de contenido gástrico, evacuaciones disminuidas de consistencia sin moco o sangre, a su ingreso manejado con antiespasmódicos imidazoles y sulfonamidas. La radiología convencional de ingreso muestra borramiento de la línea preperitoneal bilateral, distensión de asas intestinales, sin niveles hidroaéreos, no fue posible realizar ecografía abdominal por no contar con el recurso en ese momento.

La evolución en las siguientes horas con persistencia del dolor, distensión abdominal, pérdida del peristaltismo y datos de irritación peritoneal, motivo por el cual es valorado por el servicio de cirugía quien considera manejo quirúrgico de urgencia.

Foto 1.

Múltiples quistes de la raíz del mesenterio. Los del extremo superior con compromiso isquémico.



Foto 2.

Sobredistensión de asas de yeyuno con compromiso vascular por la presencia de múltiples quistes en la raíz del mesenterio.



Se realiza celiotomía exploradora encontrando hallazgos de quiste mesentérico de 15 x 15 cm (foto 1) en el mesenterio apendicular, sobre distensión de asas intestinales de yeyuno e ileon, se realiza resección intestinal de la región yeyuno-ileal de aproximadamente 30 cm y entero-entero anastomosis termino-terminal y apendicetomía incidental sin complicaciones. (Foto 2)

El paciente cursó un posoperatorio satisfactorio y se egreso al sexto día en buenas condiciones clínicas.

Discusión

El mesenterio consiste en dos hojas que se fijan a las asas intestinales en la pared posterior del abdomen, entre ellas existen algunas estructuras como tejido conectivo, adiposo, vasos sanguíneos y linfáticos, así como fibras musculares lisas, nervios y

Tabla 1.

1. Embriogénicos y del desarrollo
 - a) Entérico
 - b) Urogenital
 - c) Linfoide
 - d) Dermoide
2. Quistes traumáticos o adquiridos
 - a) causados por lesión
3. Quistes neoplásicos
 - a) Benignos (hiperplasia linfática)
 - b) Malignos (linfangioendotelioma)
4. Quistes infecciosos y degenerativos
 - a) Micóticos
 - b) Parasitarios
 - c) Tuberculosos
 - d) Degeneración quística de ganglios linfáticos y otros tejidos

Clasificación de Perrot para quistes mesentéricos. *Dig Surg* 2000

Tabla 2.

1. Quistes de origen linfático
 - a) Quiste linfático simple
 - b) Linfangioma
2. Quistes de origen mesotelial
 - a) Quiste mesotelial simple
 - b) Mesotelioma quístico benigno
 - c) Mesotelioma quístico maligno
3. Quistes de origen entérico
 - a) Quiste de duplicación intestinal
 - b) Quiste entérico
4. Quistes de origen urogenital
5. Teratoma quístico maduro (quiste dermoide)
6. Pseudoquistes no pancreáticos
 - a) De origen traumático
 - b) De origen infeccioso

Clasificación de Beahrs para quistes mesentéricos. *Clin North Am* 1950.

restos embriológicos los cuales se han considerado el posible origen de los tumores del mesenterio.²

En la literatura mundial hay pocos reportes y escasas series que nos puedan ayudar a conocer mejor el comportamiento de los QM, quizá la serie con mayor número de casos es la reportada por Martínez-Ramos y colaboradores, en 2005, en España y únicamente con cuatro casos en un estudio retrospectivo de 15 años.³

Existen algunas hipótesis en relación con el origen de los quistes mesentéricos:

1. Ruptura de vasos linfáticos, extravasación de linfa y formación de tejido de granulación.
2. Localización anómala del tejido linfático y carencia de vía de drenaje.
3. Falla en la fusión de las hojas mesentéricas durante el desarrollo embriológico.
4. Traumatismos abdominales.
5. Degeneración linfática.

Diversas clasificaciones para los QM han sido utilizadas, la más reconocida es la de Bearhs publicada en 1950 (tabla 1),⁵ al igual que la de Perrot es sencilla pero con algunas diferencias sustanciales entre una y otra (tabla 2).⁶

En la patología los QM, éstos pueden ser únicos o múltiples y loculados siendo los más frecuentes y habitualmente el contenido es quilo, líquido seroso, fibrinoso o hemático.

Histológicamente el linfangioma es el tipo mas frecuente de los QM y algunos otros, los hallazgos dependen de la capa embrionaria que los origina.^{1,2}

Microscópicamente los QM están recubiertos de un epitelio de células mesoteliales aplanadas o endoteliales, algunos carecen de fibras musculares o tejido linfoide. La inmunohistoquímica presenta reacción a citoqueratinas AE1/AE3 o para D2-40 que es un marcador de endotelio vascular linfático y para actina del músculo liso (SMA).⁴

Se ha reportado que aproximadamente el 3% de estas lesiones son malignas, siendo el más frecuente el linfangioendoteliomas y más rara vez los sarcomas y carcinomas.

No existe un cuadro clínico característico para los QM, pero se han establecido tres formas clínicas:

- a) Incidental
- b) Dolor abdominal crónico
- c) Abdomen agudo

En este último punto, el cual corresponde a la presentación de este caso, se debe a complicaciones

como hemorragia, torsión o ruptura, menos frecuente lesión de los órganos adyacentes. La isquemia intestinal aguda se debe incluir dentro del cuadro clínico, así como los vólvulos del sigmoides.^{1,3}

El diagnóstico de los QM se establece adecuadamente con ecografía (USG) pero si se documenta con imagen de tomografía axial computada (TAC), o incluso por imagen de resonancia magnética (IRM), como lo establece Huis y cols.,⁷ para la planeación de la resolución quirúrgica con resección total o parcial del quiste con o sin resección intestinal, ya que la sola aspiración y resección incompleta condena a la recidiva.^{2,3} La mortalidad de los QM de acuerdo con diversos autores no excede el 20%.

Recientemente, la cirugía laparoscópica se ha convertido en el manejo de elección en este grupo de pacientes cuando se trata de cirugías programadas o de urgencias, esto ha sido descrito por primera vez por Dequanter en Bélgica, en 2002, en un caso de abdomen agudo⁸ y seguido por Asoglu y cols. en Estambul, en 2003, con tres casos, en donde reporta un seguimiento de 36 meses sin recidiva.⁹

Conclusiones

El quiste mesentérico como causa de abdomen agudo es extremadamente raro, a lo largo de las décadas los conocimientos sobre su etiopatogenia y abordaje no se han modificado mucho a excepción que algunos métodos de diagnóstico como son

la TAC y la IRM nos permiten una mejor planeación del abordaje quirúrgico, ya que actualmente los ensayos clínicos han demostrado eficacia con la cirugía laparoscópica.

Las series siguen siendo con escasos pacientes, los seguimientos son cortos y algunas técnicas nuevas como el empleo de inmunohistoquímica ayuda a tipificar claramente las variables histológicas de los QM, pero aun no modifica la actitud terapéutica ante la enfermedad y no está disponible en todos los centros.

Este caso concuerda con lo reportado en la literatura en general, paciente de la edad pediátrica y con un cuadro no característico de QM, ya que el diagnóstico final fue por el hallazgo quirúrgico y el reporte de patología. Su incidencia sigue siendo escasa y en este hospital es el primer caso reportado.

Bibliografía

1. Pérez García Roberto, Torres López Edgar, Ruiz Ovalle José Luis. Quiste Mesentérico: Descripción de un caso. *Cirujano General* 2001;23:109-111.
2. Guzmán-Valdivia Gómez Gilberto. Quiste de mesenterio. Revisión. *Rev Gastroenterol Méx* 2003;68:235-238.
3. Guzmán-Valdivia Gómez Gilberto, Alonso Avilés Verónica. Quiste de mesenterio como causa de abdomen agudo. A propósito de tres casos. *Gac Méd Méx* 2003; 139:505-507.
4. Martínez Ramos David, Rodríguez Pereira Carlos, Escrig Sos Javier y cols. *Rev Cubana Cir* 2005;44:30-44.
5. Beahrs OH, Judd ES, Dockerty MB. Chylocyst of the abdomen. *Surg Clin north Am* 1950;30:108.
6. De Perrot M, Brudler M, Tostsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cyst. Toward less confusion? *Dig surg* 2000;17:323-328.
7. Huis M, Balija M, Lez C, Szerda F, Stulhofer M. Mesenteric cyst. *Acta Med Croatica* 2002;56:119-124.
8. Dequanter D, Lefebvre JC, Belva P, Takieddine M, Vaneuke P. Mesenteric cysts. A case treated by laparoscopy and a review of the literature. 2002;16:1493.
9. Asoglu O, Igci A, Karanlik H, Parlak M, Kecer M, Ozmen V, Muslumanoglu M. Laparoscopic treatment of mesenteric cysts. 2003;17:832.