

Quiste de mesenterio. Revisión

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez*

* Departamento de Cirugía General del Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.
Correspondencia: Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez. Amores 43 B-105, Col. Del Valle. 03100, México, D.F. Tel.: 55-43-81-71. Fax: 55-43-08-00.
Correo electrónico: guzvaldi@yahoo.com

Recibido para publicación: 7 de agosto de 2002.

Aceptado para publicación: 8 de agosto de 2002.

RESUMEN. El quiste de mesenterio es un tumor de origen múltiple que seguramente se presenta con mayor frecuencia que lo referido 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 el tamaño suficiente para palparse, o bien cuando producen compresión a órganos y estructuras vecinas. Pueden presentarse con manifestaciones crónicas como lo es el dolor abdominal difuso y mal precisado, asociado a masa palpable, o por complicación del quiste o por la compresión a estructuras adyacentes. El diagnóstico se confirma con estudios de imagen como lo son las diferentes modalidades de ultrasonido, tomografía axial computada e imagen por resonancia magnética. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otros tumores intraabdominales o del retroperitoneo. El tratamiento óptimo es la extirpación del quiste, y en ocasiones es necesario sacrificar el órgano adyacente por la imposibilidad de su enucleación. Su marsupialización o drenaje a cavidad peritoneal tiene alta frecuencia de recidiva. El tratamiento quirúrgico puede realizarse bajo la modalidad de cirugía de invasión mínima.

Palabras clave: mesenterio, quiste de mesenterio, tumor intraabdominal.

SUMMARY. The mesenteric cyst is a tumor of multiple origins, that undoubtedly presents with greater frequency than that referred in published series. Nevertheless, it continues to be a rare entity. Due to absence of characteristic signs and symptoms, diagnosis is only made once these lesions have reached a size, sufficiently large to be palpable or when they cause compression on organs or neighboring structures. The cyst can present with chronic manifestations such as diffuse abdominal pain imprecisely located but associated with palpable mass, or due to complications of the cyst or due to compression of adjacent structures. Diagnosis is confirmed by imaging studies, such as the different ultrasound modalities, computed tomography (CT) scan, and magnetic resonance imaging (MRI). A differential diagnosis must be made to exclude other intra-abdominal or retro-peritoneal tumors. Optimum treatment is extirpation of the cyst. On occasion it is also necessary to remove the adjacent organ due to the impossibility of enucleating cyst. marsupialization of the cyst or drainage into peritoneal cavity, have high incidence of recurrence. Surgical treatment can be carried out by minimal invasion techniques.

Key words: Mesentery, mesenteric cyst, intrabdominal tumor.

INTRODUCCIÓN

El quiste de mesenterio es una entidad rara y en las publicaciones médicas se refieren a la presentación de pocos casos atendidos en una unidad hospitalaria y en un determinado periodo de tiempo, con breves revisiones del tema; Liew y cols.¹ hacen referencia, hasta 1994, de poco más de 800 casos publicados en la literatura. La experiencia en México, también, ha sido poco difundida.²

El motivo de este trabajo es el integrar una monografía que permita conocer un poco más a esta entidad.

El mesenterio consiste en dos hojas peritoneales que fijan a las asas del intestino a la pared posterior del abdomen, entre dichas hojas existe tejido conectivo, tejido adiposo, vasos sanguíneos y linfáticos, fibras musculares lisas, nervios, así como restos embrionarios. Estas estructuras se consideran como posible origen de tumores del mesenterio.³

Hasta hoy no ha sido posible esclarecer la etiopatogenia de estos tumores, sin embargo, se cuenta con las siguientes hipótesis: a) ruptura de vasos linfáticos con extravasación de linfa y formación de tejido de granulación, b) localización anómala de tejido linfático sin vía

de drenaje, c) falla en la fusión de las hojas del mesenterio durante su desarrollo, d) secundarios a trauma abdominal y e) por degeneración linfática. Como puede observarse, y por los hallazgos histopatológicos y de su contenido, la formación de los quistes de mesenterio se deben primordialmente a alteraciones en la formación o desarrollo de tejido linfático principalmente, y éstos son los casos de los linfangiomas, lesión más frecuentemente encontrada en los quistes del mesenterio.

CLASIFICACIÓN

Han sido propuestas muchas clasificaciones, desde la realizada por Dowd en 1900 que los divide en simples y neoplásicos; la clasificación de Finochietto⁴ que se fundamenta en la relación del quiste con el intestino, vasos mesentéricos y su extensión; la clasificación de Ewing que los agrupa en tumores de origen embriogénico y seu-doquiste.⁵

La clasificación considerada más adecuada es la de Beahrs:⁶

1. Embriogénicos y del desarrollo (por defectos embriogénicos en la formación de vasos linfáticos y de ganglios).
 - 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.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia reportada en la literatura varía de 1:26,794 a 1:250,000 admisiones hospitalarias^{1,7} y de 1:20,000 admisiones en el grupo pediátrico.⁸ Con respecto a la edad de presentación, han sido reportados quistes de

mesenterio en periodo neonatal⁹ hasta 85 años,¹⁰ sin embargo, su presentación principalmente es en el grupo pediátrico; Kurtz reporta 70% para este grupo.¹¹ En la etapa adulta el promedio de edad es en la cuarta y quinta décadas de la vida.¹⁰

Se menciona que no existe diferencia en la presentación de los quistes de mesenterio con relación a la raza, aunque otros reportes indican baja incidencia en la raza negra.¹⁰ Existe también discrepancia en la distribución por sexos, sin embargo, la mayoría de las publicaciones concluyen una relación de 2:1 en favor del género femenino.^{7,12}

LOCALIZACIÓN

Cabe referir que dentro de los quistes de mesenterio, se han incluido en algunos trabajos a los quistes retroperitoneales y de epiplón, tumores que tienen origen y comportamiento diferente, por lo que éstos serán excluidos. Los quistes del mesenterio pueden localizarse desde el duodeno hasta el recto, siendo más frecuente en el mesenterio del intestino delgado en 67% y mesocolon en 33%; la frecuencia mayor es en el segmento ileal.⁷

PATOLOGÍA

El volumen del quiste varía de acuerdo con su contenido, con un margen reportado de dos mililitros hasta 12 litros.^{5,11}

Los quistes pueden ser únicos o múltiples y multiloculados o uniloculados, siendo los más frecuentes únicos y multiloculados. El contenido del quiste guarda relación con la localización del mismo, observándose líquido seroso, fibrinoso, quiloso o hemático. Los quistes estudiados en la región proximal del mesenterio generalmente contienen quilo, dado el grado de absorción a ese nivel.

El tipo histológico más frecuente es el linfangioma. Las características principales de los quistes linfáticos son la presencia de elementos endoteliales, tejido fibroso y elástico, células redondas y gigantes, fibras de músculo liso que configuran una pared bien diferenciada, presentan también una mucosa similar a la del tubo digestivo y el aporte sanguíneo de estos quistes dependen del vaso que irriga el área del intestino adyacente. Los quistes de mesenterio de tipo dermoide contienen en su pared elementos de origen ectodérmico.

Los quistes urogenitales también se presentan con escasa frecuencia, suelen ser de gran tamaño y exten-

derse hasta la pelvis. La pared de estos quistes está formada de tejido fibroso y se encuentra epitelio glandular, con estructuras semejantes a las que se encuentran en riñones de embrión.

En relación con los quistes de mesenterio con extirpe histológica maligna, podemos enunciar que los más frecuentes son los linfangioendoteliomas¹³ y con menor frecuencia los sarcomas y carcinomas, recordando que los quistes de mesenterio también pueden originarse de las paredes de los vasos sanguíneos, nervios y tejido graso o linfoide, estructuras que se encuentran entre las hojas mesentéricas (en nuestro hospital tenemos registrados seis pacientes con quiste de mesenterio, uno de ellos presentó leiomioma en el mesenterio de la región ileal); en la publicación de Liew¹ refiere que 3% de estas lesiones son malignas.

CUADRO CLÍNICO

Ha sido puntualizado el hecho que los quistes de mesenterio carecen de manifestaciones clínicas características y dependen principalmente de la localización y tamaño del tumor, así como la relación que guarden con los órganos vecinos. Se han establecido básicamente tres formas de presentación clínica: incidental, cuadro crónico y como síndrome de abdomen agudo.

Se ha observado cierto número de síntomas que aparecen con frecuencia como lo son dolor abdominal, masa palpable, náusea, vómito y constipación. El dolor generalmente se manifiesta como difuso, con sensación de pesadez que se exacerba con los movimientos, fenómeno explicado por la tracción del mesenterio. Son frecuentes los periodos de obstrucción intestinal intermitente por compresión de asas de intestino delgado o colon, puede observarse incremento en el perímetro abdominal, así como síntomas de vías urinarias por compresión vesical. Se ha reportado hemorragia rectal explicada por hipertensión hemorroidaria secundaria a la obstrucción venosa por el tumor.¹⁴

La presentación como síndrome de abdomen agudo es rara y ésta es debida a complicación del quiste con hemorragia, torsión o ruptura, o bien produce lesión a órganos vecinos que requieren de exploración quirúrgica de urgencia, como apendicitis aguda secundaria,¹⁵ volvulus de sigmoides u oclusión intestinal o de vasos mesentéricos.¹⁶ Bury, en 1994, publicó un caso de transformación maligna de un quiste mesentérico benigno que inicialmente se trató mediante su resección parcial seis años después.¹⁷

DIAGNÓSTICO

Anteriormente, la sospecha clínica del quiste de mesenterio hacía que se solicitaran placa simple de abdomen, en la que pocas veces muestra calcificación del quiste, tránsito intestinal, colon por enema, urografía excretora, pielografía ascendente que muestra el desplazamiento de órganos por la tumoración.

Actualmente las diferentes modalidades de ultrasonido son suficientes para realizar el diagnóstico, sin embargo, pueden ser necesarios otros estudios de imagen como lo es la tomografía axial computada de abdomen o imagen por resonancia magnética, que demuestran la localización de la lesión y a los órganos intraabdominales adyacentes, permitiendo la preparación adecuada del paciente para su intervención quirúrgica.¹⁷⁻²⁰

Diagnóstico diferencial

La entidad más frecuente con la cual debe realizarse el diagnóstico diferencial es el quiste de ovario, aunque deben investigarse otras lesiones intraabdominales como el pseudoquiste del páncreas, hidrocolecisto, tumores retroperitoneales pediculados, leiomiomas pediculados de útero, invaginación intestinal, aneurisma de aorta, apendicitis complicada con absceso apendicular, principalmente.

TRATAMIENTO

El tratamiento óptimo es la extirpación completa del tumor.^{1,7-13} La sola aspiración de su contenido está condenada a la recidiva, así como la resección parcial. 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. En ocasiones el quiste comparte íntimamente su irrigación con algún segmento de intestino, cuando esto sucede, se recomienda la resección intestinal del segmento involucrado.⁸

Este tratamiento también puede realizarse mediante cirugía de invasión mínima.^{21,22}

PRONÓSTICO

El pronóstico depende principalmente de las condiciones clínicas del paciente. Se menciona morbilidad de 2% en los casos de enucleación hasta de 25% en grandes resecciones.³ En este mismo artículo, Caropreso, en 1974, reportó mortalidad de 5 a 19% en los casos que no re-

quirieron resección y de 10 a 20% en el grupo en que se realizó resección.

CONCLUSIONES

Los quistes de mesenterio son tumores que se desarrollan de estructuras que se encuentran entre las dos hojas peritoneales que conforman el mesenterio, el comportamiento clínico va desde ser asintomáticos hasta crear un cuadro de síndrome de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico de urgencia. El diagnóstico generalmente es por exclusión y la resección completa del quiste es el tratamiento de elección.

Siendo el quiste de mesenterio una lesión poco frecuente, queda abierta a la investigación la etiopatogenia de estas lesiones, así como su relación con posibles antecedentes quirúrgicos.

REFERENCIAS

- Liew Sc, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. *Aust N Z J Surg* 1994; 64: 741-4.
- Angeles NE, Aranda RA. Quiste de mesenterio. Reporte de un caso. *Prensa Med Mex* 1971; 36: 463-4.
- Caropreso PR. Mesenteric cyst: A review. *Arch Surg* 1974; 108: 242-6.
- Finochietto R. Tumores mesentéricos. *La Prensa Med Arg* 1959; 46: 1202-5.
- Ford JR. Mesenteric cysts. *Am J Surg* 1960; 99: 878-84.
- Beahrs OH, Judd ES, Dockerty MB. Chylocyst of the abdomen. *Surg Clin North Am* 1950; 30: 108.
- 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: 174-7.
- O'Brien MF, Winter DC, Lee G, Fitzgerald EJ, O'Sullivan GC. Mesenteric cysts: a series of six cases with a review of the literature. *Ir J Med Sci* 1999; 168: 233-6.
- Lin JI, Fisher J, Caty MG. Newborn intrabdominal cysts lymphatic malformations. *Semin Pediatr Surg* 2000; 9: 141-5.
- Sardi A, Parikh DK, Singer AJ, Minken LS. Mesenteric cysts. *Am Surg* 1987; 53: 58-60.
- Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Becj AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg* 1986; 203: 109-12.
- de Perrot M, Brundler M, Totsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg* 2000; 17: 323-8.
- de Perrot M, Brundler M, Totsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg* 2000; 17: 323-8.
- Hardin JW, Hardy DJ. Mesenteric cysts. *Am J Surg* 1970; 119: 640-5.
- Bliss DP Jr, Coffin CM, Bower RJ, Stockmann PT, Ternberg JL. Mesenteric cysts in children. *Surgery* 1994; 115: 571-7.
- 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: 130-2.
- Bury TF, Pricolo VE. Malignant transformation of benign mesenteric cyst. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 2085-7.
- Simeone DM, Pranikoff T. Images in clinical medicine. Mesenteric cyst. *N Engl J Med* 1999; 341: 659.
- Sato M, Ishida H, Konno K, Komatsuda T, Konno S, Watanabe S, Ishida J, Sakai T, Hirata M. Mesenteric cyst sonographic findings. *Abdom Imaging* 2000; 25: 306-10.
- Phillips GW, Senapati A, Young AE. Chylolymphatic mesenteric cyst: a diagnostic appearance on computed tomography. *Br J Radiol* 1988; 61: 413-14.
- Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in the treatment of mesenteric cysts. *Surg Endosc* 1999; 13: 937-9.
- Morrison CP, Wemyss-Holden SA, Maddern GJ. A novel technique for the laparoscopic resection of mesenteric cysts. *Surg Endosc* 2002; 16: 219.