
Cirugía laparoscópica en quiste mesentérico

Laparoscopic surgery in mesenteric cyst

Herman Romero Ramírez *
Félix Díaz Narváez*
Roberto Millán**

Resumen

Se presenta un caso de quiste mesentérico en un paciente de 46 años de edad; clínicamente se manifestó con dolor abdominal tipo pesantez de leve intensidad y masa palpable a nivel de mesogastrio; el diagnóstico se confirmó mediante ecografía y tomografía computarizada.

El tratamiento fue quirúrgico y consistió en la resección completa del quiste mediante abordaje laparoscópico de la cavidad abdominal. La identificación histológica confirmó la naturaleza mesentérica.

Debido a que los quistes mesentéricos constituyen una patología infrecuente; muchas veces de difícil diagnóstico; presentamos este caso y revisamos la bibliografía.

Palabras clave: Cirugía laparoscópica. Quiste mesentérico. Íleon.

Summary

A case of mesenteric cyst is presented in a 46 year-old patient. Clinically, he presented with abdominal pain, of light intensity along with a palpable mass at mesogastrio; the diagnosis was confirmed by ultrasound and computed tomography.

The treatment was surgical and it consisted on the complete resection of the cyst by means of laparoscopic approach of the abdominal cavity. The histological identification confirmed its mesenteric nature.

Because the mesenteric cysts constitute an uncommon pathology; frequently of difficult diagnosis; we present this case and review of the bibliography.

Key words: Laparoscopic surgery. Mesenteric cyst. Ileum.

Introducción

Los quistes mesentéricos fueron descritos por Benevieni en 1507, durante una autopsia practicada en Florencia a un niño de 8 años⁴.

Posteriormente, en 1880, Tillaux fue el primer cirujano que extirpó un quiste en forma exitosa²¹.

Estos quistes no son frecuentes y representan a menudo 1 de cada 100.000 ingresos hospitalarios y 1 de cada 35.000 admisiones pediátricas¹⁵.

Según Beahrs, por su etiología pueden dividirse en cuatro grupos: 1) embrionarios y del desarrollo, 2) traumáticos o adquiridos, 3) neoplásicos y 4) infecciosos y degenerativos¹

Por definición un quiste mesentérico es toda tumoración de contenido líquido de cualquier

origen patogénico, ubicada entre las 2 hojas del mesenterio; implícitamente quedan eliminadas las tumoraciones sólidas o líquidas cuyo origen sea el espacio retroperitoneal o la pared intestinal y que secundariamente progresen en el grosor del mesenterio¹⁰.

Constituyen una entidad rara o al menos poco habitual dentro de los procesos patológicos abdominales. En los niños los quistes por lo general son congénitos y se originan por el secuestro de vasos linfáticos durante el desarrollo¹⁴.

Además los niños son más propensos a presentar síntomas agudos, como dolor abdominal, anorexia y vómitos; como también estos quistes pueden ser foco para una obstrucción intestinal o para un vólvulo de tal tipo con la consecuente necrosis intestinal⁸.

* Cirujano General – Cirugía Laparoscópica, Ex posgradista Cirugía General Hospital IESS-Guayaquil, Ecuador

** Jefe Cirugía Endoscópica, hospital CIMEQ, La Habana – Cuba

En los adultos en general se presentan con dolores abdominales vagos y poco localizados, o con náuseas. Las características histológicas incluyen un epitelio cuboide o cilíndrico con microvellosidades y algunos componentes musculares lisos en la pared^{18,20}. El diagnóstico de quiste mesentérico se efectúa mediante ecografía; también se han empleado tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM)^{13,22}. El tratamiento incluye la escisión quirúrgica, con preferencia mediante enucleación. En la actualidad se llevan a cabo escisiones laparoscópicas de quistes mesentéricos con buenos resultados^{16,25}.

Caso clínico

Se trata de un paciente de sexo masculino, de 46 años de edad que acudió a la consulta externa del hospital del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ) de la ciudad La Habana (Cuba), con una sintomatología de aproximadamente 8 meses de evolución; caracterizada por dolor abdominal tipo pesantez, localizado a nivel de mesogastrio, de leve intensidad y periodicidad irregular, acompañado en ocasiones por náuseas y vómitos postprandiales.

Como antecedentes patológicos personales refiere hepatitis viral tipo A hace 6 años. La exploración física general resultó normal, excepto en el abdomen, donde se palpaba una masa dolorosa bien delimitada y móvil en sentido transversal localizada a nivel de mesogastrio.

Entre los exámenes de laboratorio practicados tenemos: hematíes 4.600.000, hematócrito. 41%, hemoglobina 13.3g/dl, glicemia 98mg/dl, colesterol 187mg/dl, triglicéridos 105mg/dl, GOT 54UI, GPT 48UI, amilasa 138 U, bilirrubina total 0.98mg/dl, B. directa 0.4mg/dl, B. indirecta 0.5mg/dl, proteínas totales 7.2g/dl, albúmina 4.0g/dl, globulinas 3.1g/dl, leucocitos 9.200, neutrófilos 73%, linfocitos 26%, eosinófilos 2%, tiempo de protrombina 14"/16", tiempo parcial de tromboplastina 35"/34", plaquetas 280.000.

En la radiografía simple de abdomen no existían alteraciones significativas; la ecografía y la tomografía computarizada revelaron una masa quística paraumbilical izquierda, de aproximadamente 10x8.5cm de diámetro, situada por delante de la vena cava y músculo psoas

izquierdo que estaba en relación con las asas intestinales (figura 1, 2).

Figura 1



Fig. 1: Imagen ecográfica del quiste.

Fuente: Departamento de Estadística, hospital del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas, La Habana-Cuba.

Figura 2



Fig. 2: TC de abdomen.

Fuente: Departamento de Estadística, hospital del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas, La Habana-Cuba.

Decidida la intervención quirúrgica, se accedió a la cavidad abdominal por vía laparoscópica, para lo cual se colocaron tres trócares: 1) 10mm (umbilical), 2) 10mm (suprapúbico) y 3) 5mm (fosa iliaca izquierda) (figura 3) encontrándose como hallazgo una tumoración de pared delgada, móvil y contenido líquido, situada en el mesenterio del íleon y sin infiltración de órganos adyacentes (figura 4).

Figura 3

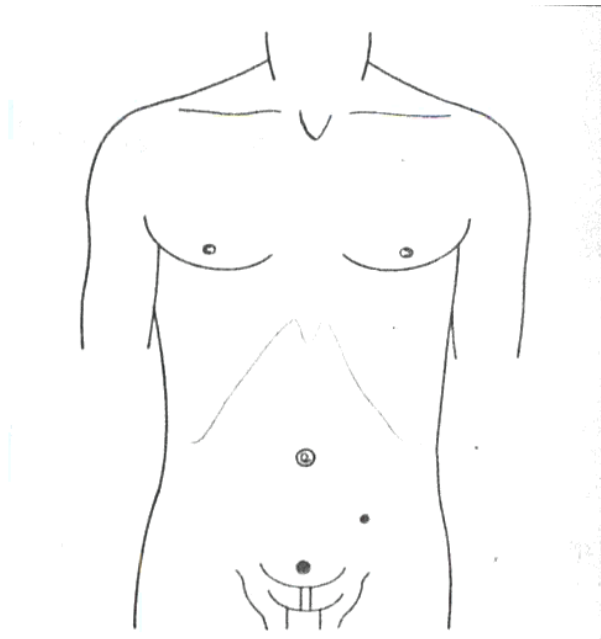


Fig. 3 Posición trócares.

Fuente: Departamento de Estadística, hospital del Centro de Investigaciones Medico-Quirúrgicas, La Habana-Cuba.

Figura 4

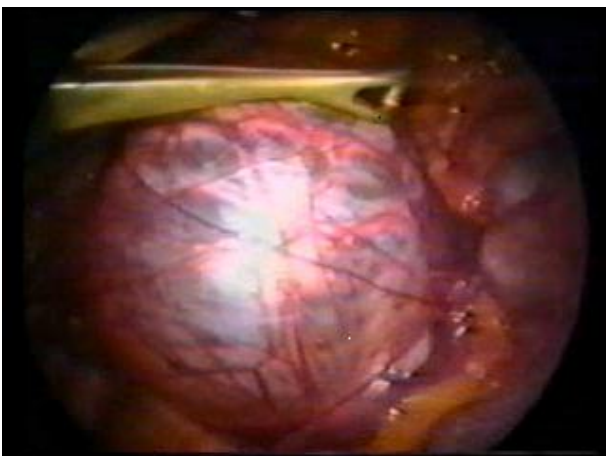


Fig. 4 Imagen lararoscópica del quiste

Fuente: Departamento de Estadística, hospital del Centro de Investigaciones Medico-Quirúrgicas, La Habana-Cuba.

Mediante disección de ambas hojas del mesenterio se extirpó la tumoración en su totalidad; colocando 5 clips a nivel de la base o de la pared posterior donde existían algunas estructuras vasculares menores, respetando la vascularización intestinal.

Una vez liberado el quiste se punciona con una aguja y se aspira su contenido en su totalidad, obteniéndose un líquido de color amarillo claro en aproximadamente 450ml.

El postoperatorio transcurre sin complicaciones, y actualmente el paciente está asintomático y sin recidiva del quiste, demostrado mediante estudios ecográficos y tomográficos.

El estudio anatomopatológico informó que se trataba de una estructura quística con una cápsula bien definida, compuesta por una capa de células mesoteliales que se asienta sobre un estroma de abundante colágeno. El diagnóstico histológico fue quiste mesentérico simple.

Discusión

Los quistes mesentéricos son tumoraciones benignas poco frecuentes. Según una revisión de la bibliografía inglesa, Burkett halla menos de 300 casos descritos⁵.

La presentación no guarda relación con la edad; en algunas series predominan en adultos, preferentemente a partir de la cuarta década de vida, mientras que en otras son más frecuentes en niños; así como también existe una preponderancia femenina y baja incidencia en la raza negra^{3,11}.

La etiología es desconocida y existen diversas teorías al respecto. Una de las más aceptadas y difundidas actualmente, es la de que tienen origen en malformaciones congénitas del desarrollo del tejido linfático, o debido a ectopias del mismo^{3,23} sin dejar de lado la causa adquirida debido a efectos traumáticos a nivel abdominal reportadas por algunos autores.

Entre las localizaciones más frecuentes se encuentran en el mesenterio de íleon (46%), mesenterio del yeyuno (40%) y mesocolon (14%). Pueden alcanzar grandes dimensiones y acumular gran cantidad de líquido, lo que ha llevado a practicar paracentesis evacuadoras, al ser confundidos con ascitis^{19,24}.

No hay síntomas específicos ni signos patognomónicos de los quistes mesentéricos. La mayoría son descubiertos de forma casual al realizar exploraciones complementarias por otra circunstancia, a excepción de los muy voluminosos

que pudieren dar sintomatología debido a desplazamientos o compresión sobre órganos abdominales adyacentes. Se estima que aproximadamente más de la mitad cursan de forma asintomática^{6,7}.

La existencia de manifestaciones clínicas depende del tamaño, localización o sus posibles complicaciones; pero en cualquier caso la sintomatología abdominal y general es muy inespecífica, puede haber dolor crónico de leve a moderada intensidad, anorexia, sensación de plenitud gástrica, distensión abdominal, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea e incluso hemorragia digestiva baja en los casos más graves^{9,17}.

El examen físico puede revelar la presencia de una masa blanda y elástica, muy movable y que puede ser dolorosa a la palpación profunda²⁴.

Las formas complicadas de los quistes mesentéricos son menos frecuentes y pueden consistir en hemorragia intraquistica, vólvulo intestinal, infección, invaginación y rotura del quiste, lo que va a precisar una intervención quirúrgica urgente¹⁰.

El diagnóstico preoperatorio es difícil. La ecografía y la tomografía computarizada son las exploraciones complementarias más útiles para su identificación. La ecografía nos mostrará una masa bien definida, que produce ecos y que no está en relación con el intestino o con estructuras retroperitoneales.

La tomografía computarizada confirma el tamaño, localización y relación con estructuras adyacentes como en el caso presentado en este artículo.

La radiografía simple de abdomen, el tránsito gastrointestinal, la arteriografía o la urografía, muestran en ocasiones signos indirectos que están en relación con desplazamientos de órganos vecinos.

En el diagnóstico diferencial se deben incluir varios procesos como quistes del uraco, duplicaciones intestinales, divertículo de Meckel, ascitis loculada, leiomiomas con degeneración quística, linfomas, entre otros².

El tratamiento de elección es la escisión completa del quiste; pero en el caso de existir íntimas adherencias a la pared intestinal o degeneración sarcomatosa de la pared, se debe practicar resecciones intestinales asociadas⁵.

El caso presentado no comprometía la pared del intestino ni estructuras adyacentes, por lo que se realizó una extirpación completa del quiste, sin complicaciones.

Otras formas de tratamiento como marsupialización, drenaje interno y aspiración simple han quedado abandonadas, ya que conllevan una mayor morbilidad debido a infección, recurrencia o fistulización persistente. La alternativa quirúrgica realizada en el paciente fue mediante el abordaje del quiste por vía laparoscópica, constituyéndose en la técnica de elección en la actualidad en los centros que cuenten con la infraestructura adecuada¹⁶.

Los quistes mesentéricos que complican el embarazo, fueron removidos con éxito sin muerte fetal¹².

La degeneración maligna es muy rara y se han comunicado algunos casos de sarcoma y adenocarcinoma²⁵.

Referencias bibliográficas

1. Beahrs OH, Judd ES, Dockerty MB: Chilous cysts of the abdomen. Surg Clin North Am 30: 1081, 1950
2. Beahrs OH, Judd ES, Dockerty MB: Chilous cysts of the abdomen. Surg Clin North Am 35: 817, 1950
3. Bliss DP, Coffin CM, Bower RJ: Mesenteric cysts in children. Surgery 115: 571-577, 1994
4. Braquehage J: Deskystes du mesentery. Arch Gen 170: 291, 1992
5. Burkett JS, Pickleman J: The rationale for surgical treatment of mesenteric and retroperitoneal cysts. Am surg 60: 432-435, 1994
6. Caropreso PR, Mesenteric cysts: a review. Arch Surg 108: 242, 1974

7. Carrera J, Aberchan M, García J, Muñoz F, Ros I: Suboclusión intestinal por quiste mesentérico gigante. Rev Esp Enf Ap Digest 83: 216-217, 1993
8. Chung MA, Brandt ML: Mesenteric cysts in children. J Ped Surg 26: 1306, 1991
9. Coffin CM, Bower RJ. Mesenteric cysts in children Surgery 117: 345-347, 1994
10. De Vega S, Martínez C, Furio V, Bautista A, Canseco O: Quistes mesentéricos. Análisis de tres casos. Rev Esp Enf Ap Digest 64: 215-224, 1983
11. Gallagher PG, Kirks D, Wood BP: Radiological case of the month. Am J Dis Child 144: 793-794, 1990
12. Gast MJ, Jacobs AJ, Goforth G, Martín CM: Mesenteric cysts in pregnancy: a case report. J Repro Med 34: 179, 1989
13. Kawashima A, Fishman EK, Hruban RH, et al: Mesenteric panniculitis presenting as a multilocular cystic mesenteric mass: CT and RM evolution. Clin Imaging 17:112, 1993
14. Kosir MA, Sonnino RE, Gauderer MW: Pediatric abdominal lymphangiomas: a plea for early recognition. J Ped Surg 26: 1309, 1991
15. Kurtz RJ, Heimann TM, Beck AR: Mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann Surg 203: 109-112, 1986
16. Mackenzie DJ, Shapiro SJ, Gordon LA, Ress R: Laparoscopic escisión of a mesenteric cysts. J Laparoendosc Surg 3: 295-299, 1993
17. Mollit DL, Ballantine TVN, Grosfeld JL: Mesenteric cysts in infancy and childhood. Surg Gynecol Obstet 147: 182-184, 1978
18. Olmsted WW, Moser RP Jr, et al: Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. Radiology 164: 327, 1987
19. Shapiro SJ, Gordon LA, Ress R: Laparoscopic escisión of a mesenteric cysts. J Laparoendosc Surg 3: 421, 1993
20. Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE: Mesenteric cysts and intra-abdominal cysts lymphangiomas. Arch Surg 120: 1266, 1985
21. Tillauz PJ: Cyste du mesentere un homme: Ablation par la gastromie: quersion. Revue de therapeutiques Medico Chirurgicale Paris 47: 479, 1880
22. Toss PR, Olmsted WW, Moser RP Jr, et al: Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. Radiology 164: 327, 1987
23. Villamañan Y, Conde F, Valbuena C, Calvo C, Martínez MJ: Quistes mesentéricos. Ann Esp Pediatr 37: 169-170, 1992
24. Walker AR, Putnam TC: Omental mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann Surg 178: 13-19, 1973
25. Yykka H, Koivuniemi A: Carcinoma arising in a mesenteric cyst. Am J Surg 129: 709, 1975

Dr. Herman Romero Ramírez

Teléfonos: 593-04-2804243; 2802120;

2580580; 098688857

Fecha de presentación: 17 de Noviembre de 2004

Fecha de publicación: 31 de Julio de 2005



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL