

PRESENTACIÓN DE CASO

Quiste del mesenterio intestinal en la edad pediátrica Mesentery cyst in pediatric age

Dra. Ada Arleny Pérez Mayo*, Dra. Yordania Velázquez Avila**

*Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente.
Especialista de Segundo Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Aspirante a Investigadora. Profesora Instructora. Hospital Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas", Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a: Dra. Ada Arleny Pérez Mayo, correos electrónicos: apmayo@ltu.sld.cu, yodaniava@ltu.sl.cu.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 9 años de edad, ingresada por molestia abdominal en el Hospital Nacional de San Pedro Necta del Departamento de Huehuetenango, en Guatemala. Constituyó una rara lesión intra-abdominal, que pudo provocar abdomen agudo. Fue interpretado inicialmente como quiste de ovario gigante. La ausencia de ecografía abdominal y la presencia de distensión y masa palpable asintomática decidieron la intervención quirúrgica. Se realizó una cuidadosa preparación preoperatoria, que incluyó la antisepsia local de la piel y la administración de ceftriaxona, como antibiótico profiláctico. Durante la laparotomía exploradora se constató un quiste gigante del mesenterio del intestino delgado, de 17 cm de longitud, localizado a nivel del íleon terminal y sujeto por un pedículo ampliamente vascularizado. La técnica quirúrgica consistió en la exéresis total de la lesión y no se requirió de resección intestinal ante la ausencia de oclusión intestinal. Los hallazgos anatómo-patológicos informaron proceso benigno. No se reportaron complicaciones y la paciente evolucionó satisfactoriamente, reportándose una estadía hospitalaria de cinco días.

Palabras clave: QUISTE DEL MESENTERIO; QUISTE DEL EPIPLÓN.

Descriptor: NEOPLASIAS PERITONEALES/cirugía.

SUMMARY

A case of a 9 years old patient was treated due to abdominal pain at San Pedro Necta National Hospital of Huehuetenango, Guatemala. The case was a rare intra- abdominal lesion that resulted in acute abdomen. The pain was first treated as a giant ovarian cyst. Elements like the absence of an abdominal ultrasound, strain and asymptomatic palpable mass supported the decision for a surgical operation. A careful pre-operative preparation was also carried out including local skin antisepsis and the administration of ceftriaxone as a prophylactic antibiotic. The exploration laparotomy confirmed the presence of a 17 cm long giant mesentery cyst at the small intestine, located at the junction of the ileum and clipped by the widely vascularized pedicle. The surgical technique consisted of the lesion's total exeresis and there was no need of intestinal resection due to the absence of intestinal occlusion. The anatomic- pathological findings supported the presence of a benign process. There were no complications and the patient reacted satisfactorily with a 5 days hospital stay.

Key words: MESENTERY CYST; OMENTUM CYST.

Descriptor: PERITONEAL NEOPLASMS/surgery.

INTRODUCCIÓN

El quiste mesentérico se define como la lesión predominantemente quística localizada en el mesenterio y es una afección poco frecuente por su baja incidencia. Considerada como benigna por

muchos autores, el cuadro clínico suele aparecer asintomático; o sin sintomatología definida. El quiste mesentérico fue descrito por primera vez por el anatomista Beneviene en 1507 en una autopsia de un niño de ocho años. (1)



Tomando en consideración su origen, puede presentarse como tumores de vasos linfáticos, entéricos, del mesotelio, del aparato urogenital y dermoides. Predominan los linfangiomas, más frecuentes en niños, y se originan por un tejido linfático distribuido ectópicamente. (2) Los pseudoquistes también han sido descritos y algunas referencias evalúan la imposibilidad de fusión de las hojas del mesenterio, la degeneración de nódulos de la linfa, los traumatismos y las neoplasias. (3)

Pueden ser diagnosticados por exámenes casuales de imagenología, al cursar de modo asintomático; pero las oclusiones, perforaciones y hemorragias han sido reportadas con graves complicaciones, que han requerido de intervención quirúrgica oportuna. En otros pacientes se ha abordado el quiste después de un hallazgo en el acto trans-operatorio. La técnica en cuestión es la resección total del quiste y el envío de la pieza al patólogo, para establecer el diagnóstico y la variedad histológica. (4-6)

Con el objetivo de ilustrar la experiencia del equipo médico en la conducta quirúrgica del quiste del mesenterio en la infancia, se presenta este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente MPN de 9 años de edad y sexo femenino, de la raza blanca, con antecedentes de salud y sin intervención quirúrgica previa. Consulta por molestia abdominal y distensión que no le impedía defecar ni expulsar gases. Fue interpretado el cuadro clínico como posible quiste de ovario gigante. En el examen físico se encontró el abdomen distendido, con masa palpable y movable no sintomática y buena presentación de los ruidos hidroaéreos. La frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, la frecuencia cardíaca de 76 latidos por minuto y la tensión arterial de 100/70 mm Hg.

Se realizaron exámenes complementarios: la química sanguínea, hemoglobina 12,9 g/l, ausencia de leucocitosis, glicemia 4,1mmo/l. No se realizó estudio ultrasonográfico por la imposibilidad de acceso de la paciente. En la radiografía de abdomen simple de pie y vista antero-posterior se observaron ambos hemidiafragmas normales, ausencia de dilatación de asas intestinales, y patrón gaseoso uniforme sin niveles hidroaéreos, lo que descartó la oclusión intestinal.

La intervención quirúrgica se decidió por la clínica de distensión abdominal y masa palpable predominante hacia flanco derecho y de tipo movable. El procedimiento fue electivo ante la ausencia de un abdomen agudo quirúrgico.

Se realizó laparotomía exploradora, se encontraron asas intestinales próximas a la incisión de coloración y disposición normal. En la exploración consecutiva de la cavidad se detectó una tumoración de

aproximadamente 17 cm de longitud, localizada en el ileón terminal, de aspecto traslucido, con bordes lisos, firme y suspendida por pedículo de amplia vascularización que la mantuvo independiente a la luz intestinal y no afectaba su integridad. Se ligaron los vasos del pedículo con doble sutura de seguridad y se reseco el quiste en su totalidad. El resto de la cavidad no mostró alteraciones.

Se envió la pieza exéretica para el estudio histológico y los resultados describieron en el aspecto macroscópico una masa tumoral de 17,5 cm, con capsula quística bien definida y contenido líquido ligeramente sero-acuoso. En el aspecto microscópico las células del contenido quístico resultaron con buena diferenciación y ausentes de malignidad. Se concluyó el diagnóstico de quiste mesentérico simple benigno.

No se reportaron complicaciones y la paciente evoluciono favorablemente. La estadía hospitalaria reportada fue de cinco días.

DISCUSIÓN

Los quistes del mesenterio o del epiplón son afecciones quirúrgicas poco frecuentes, y su aparición ocurre en el transcurso de intervenciones quirúrgicas que previeron otros diagnósticos. En general, la incidencia reportada corresponde a 1 cada 27 mil hasta 1 cada 250 mil ingresados. En España servicios hospitalarios de alrededor de los 34 mil pacientes tratados, transcurridos 15 años de la serie, solo reporta el 0,1%. (2, 7) En la edad pediátrica es la tercera parte la que se presenta. El hospital Pediátrico de Centro Habana en 20 años solo reportó 8 pacientes. (1) Su padecimiento es más frecuente para el sexo femenino y edades por debajo de los 10 años, prácticamente similar al caso que se presenta.

No existe un consenso de cual de los dos es el más frecuente; algunos plantean que son los mesentéricos, con una prevalencia de 2 a 10 veces, más frecuentes que los quistes de epiplón. En lo que sí han coincidido es que predominan respecto a otras formaciones quísticas. Su tamaño puede variar desde escasos centímetros, alcanzando aproximadamente los 30 cm de diámetro. (8, 9)

La sintomatología no relaciona síntomas predominantes específicos para la mayoría de los pacientes, sobre todo pediátricos, puede reportarse ligera molestia abdominal, que fue el motivo de consulta de esta paciente; pero la forma de presentación oclusiva constituye urgencia, que pone en peligro la vida. En los adultos cuadros clínicos de aguda aparición reportan complicaciones como la oclusión intestinal, perforación, peritonitis, hemorragia y hasta vólvulos intestinales e isquemia, que han sido la causa de intervención quirúrgica de

urgencia. La pérdida de peso e inapetencia también puede presentarse. (5-7)

El diagnóstico depende del examen físico y los estudios radiológicos. Los estudios hematológicos y hemoquímicos no reportan datos que disten de los parámetros establecidos como normales. Al examinar al paciente en los cuadros más benignos de la afección, a la inspección puede aparecer discreta distensión abdominal. A la palpación la masa es movable, poco indolora, dirigida hacia alguno de los flancos, en dependencia de sus dimensiones, y la presencia o no de formación pedicular que la sustenta. (2-5)

En los cuadros más severos de abdomen agudo, sobre todo en el paciente adulto, predomina el dolor abdominal de tipo cólico, los vómitos y la distensión abdominal, que pueden incrementarse evolutivamente. Se constata timpanismo a la percusión y en la auscultación hay incremento de los ruidos hidroaéreos. Además, cesa la expulsión de gases y la defecación. Hay signos de taquicardia por la hipovolemia o la sepsis, reportados en dependencia de la etapa evolutiva de la afección. (6)

La ultrasonografía abdominal es un estudio de eficaz diagnóstico para mostrar las características de la masa, sea a predominio de uno o varios lóbulos, conteniendo líquido o con formaciones de tabiques, según el periodo de evolución y el grado de ecolúcididad del contenido intracapsular. La radiografía simple muestra zona de densidad de partes blandas que rechaza las asas intestinales y esto permite hacer diagnóstico de lesiones quísticas y la toma de biopsias. Otros estudios más específicos y de mayor

resolución, como la tomografía axial computarizada, pudieran establecer un diagnóstico más preciso respecto a la localización y la no dependencia a estructuras digestivas o genitourinarias. (4, 8)

La clasificación histológica, según la frecuencia de localización anatómica predominante, agrupa varios para un solo grupo, como es el caso de los mesentéricos y los del epiplón, separándolos de los linfangiomas y los mesoteliomas. Otros investigadores hasta dudan de una formación capsular bien diferenciada y los denominan pseudoquistes. (1)

El diagnóstico diferencial se establecerá con todas las lesiones quísticas dependientes de la cavidad abdominal, las más frecuentes los quistes ováricos - similar al diagnóstico presuntivo inicial que se estableció para la paciente - riñón poliquistico, quistes esplénicos, pancreáticos y las lesiones metastásicas de otros tumores. (3)

La indicación terapéutica, independientemente de la clasificación de la anatomía y/o histología de los quistes, siempre es la quirúrgica. La técnica consiste en la extirpación del quiste a través de la manipulación gentil, evitando la ruptura de la capsula y su consiguiente invasión del líquido a la cavidad abdominal (**figuras 1-4**). La resección intestinal se establece si hay comunicación del quiste con la cavidad intestinal (innecesario en el caso que se presentó) o ante la presencia de complicaciones. (1-6) Otras revisiones hacen referencia al uso de la cirugía video-asistida, si es un procedimiento electivo el que se propone y ante la ausencia de cuadro agudo abdominal. (9)

FIGURA 1. Apertura de la cavidad



FIGURA 2. Exteriorización del quiste

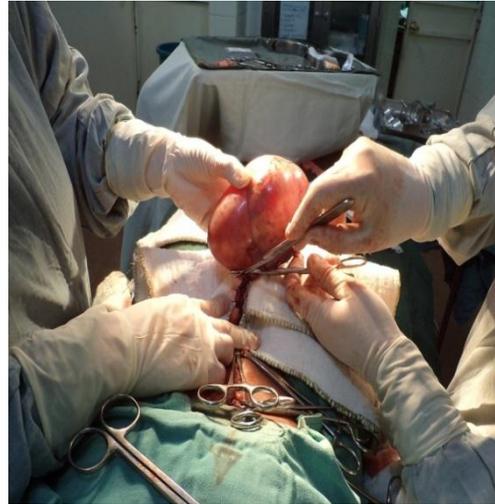


Los resultados reportados han sido satisfactorios. La cirugía oportuna ha evitado complicaciones oclusivas, hemorrágicas y peritoneales. No se ha encontrado un número importante de recidivas y la prevalencia de los resultados benignos en el estudio de la pieza han permitido mejor pronóstico de curación. (10)

FIGURA 3. Pedículo de amplia fijación



FIGURA 4. Ligadura y exéresis



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Vialat Soto V, Labrada Arjona E, Sandín Hernández N, Arriete Vega A. Quistes del mesenterio y epiplón en niños. Estudio de 20 años. Rev Cubana Pediatr. 2004; 76(3): 3-5.
2. Ramírez Ortega MÁ; Villegas-Romero J; Márquez-Díaz A; Gómez-Díaz A. Linfangioma quístico de mesenterio en colon sigmoides. Informe de un caso. Rev Med del IMSS. 2010; 48(5): 557.
3. Cabrera Tovar MG, Palacios Acosta JM, León Hernández A, Cabrera Tovar L. Lipoblastoma mesentérico. Informe de un caso y revisión de la literatura. Acta Pediatric Mex. 2012; 3(2): 101-6.
4. Riquelme F, Vega L, Obrien A. Masas mesentéricas: evaluación por tomografía computada. Rev Chil Radiol. 2009; 15(4): 165-73.
5. Márquez Díaz A; Ramirez Ortega MA. Vólvulo de colon derecho con necrosis en paciente joven. Informe de un caso. Rev Med del IMSS. 2010; 48(2): 209-14.
6. Florian A, Jurcut R, Lupescu I, Grasu M, Croitoru M, Ginghină C. Mesenteric ischemia--a complex disease requiring an interdisciplinary approach. A review of the current literature. Rom J Intern Med. 2010; 48(3): 207-22.
7. Anaya Domínguez M, Montaña Claros P. Quiste mesentérico como causa de abdomen agudo, presentación de un caso Gac Med Bol. 2011; (34): 94-5.
8. Tan JY, Tan KK, Chew SP. Quistes Mesentéricos. Experiencia institucional de 14 años y revisión de la literatura. World Journal of Surgery. 2009; 33(9): 1961-5.
9. Fernández Ramos J, Vázquez Rueda F, Azpilicueta Idarreta M. Quiste mesotelial gigante del omento mayor. Anales de Pediatría. 2009; 71(2): 180-1.
10. Álvarez Solís RM, Chagolla Santillán F, Quero Hernández A, Vargas Vallejo MP. Quistes de mesenterio y epiplón en niños. Estudio clínico de 21 casos. Pediatría de México. 2009; 11(1): 20-3.