

Quiste mesentérico gigante presentándose como ascitis voluminosa

Giant mesenteric cyst presenting as directly visible ascites

Barbara Ximenes Braz¹, Vera Regina Apoliano Ribeiro², Sarah Suyanne Carvalho Melgaço³, Ivelise Regina Canito Brasil⁴

Palabras clave:

quiste mesentérico,
ascitis,
linfangioma cístico,
mesotelioma cístico,
gastroenterología.

Resumen

Objetivo: Describir el caso de un niño con quiste mesentérico gigante, contribuyendo con el mejor conocimiento de la enfermedad, promoción de sospecha clínica y aumento en el diagnóstico entre casos semejantes. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Se describen las señales y síntomas presentados por la paciente, así como los resultados de exámenes complementarios, que llevaron al diagnóstico de la patología en cuestión. **Conclusión:** Quistes Mesentéricos son lesiones intra abdominales raras en niños. El caso en cuestión se presentaba como ascitis voluminosa de siete meses de evolución, lo que levantó la sospecha de diversas otras patologías. El diagnóstico fue realizado por laparotomía exploradora con estudio anatomopatológico de la pieza.

Keywords:

mesenteric cyst,
ascites,
lymphangioma, cystic,
mesothelioma, cystic,
gastroenterology.

Abstract

Objective: To describe the case of a child with giant mesenteric cyst, contributing to the better understanding of the disease, promotion of clinical suspicion and improvement of diagnosis among similar cases. **Methods:** Case report. **Results:** The signs and symptoms presented by the patient are here described, as well as the results of complementary exams, which led to the diagnosis of this nosologic entity. **Conclusion:** Giant mesenteric cysts are rare intra-abdominal lesions in children. The reported patient presented directly visible ascites with seven months of evolution, what lead the authors to suspect various other pathologies. The diagnosis was given after an exploratory laparotomy with histopathological study of the lesion.

¹ Enseñanza Secundaria Completa - Graduando en Medicina (Universidad Federal de Ceará - Grupo de 2016.1), Fortaleza, CE, Brasil.

² Maestría - Médica Gastropediatra del Hospital General de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Graduación en Medicina - Residencia en Pediatría - Hospital General de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Doctorado - Cirujana de la Unidad de Trasplante del Hospital General de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

Dirección:

Vera Regina Apoliano Ribeiro.

Hospital General de Fortaleza. Rua Riachuelo, nº 900, Papicu, Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60175-205.

INTRODUCCIÓN

Se define quiste mesentérico como lesión de contenido líquido, de cualquier origen patológica, ubicada entre las dos capas del mesenterio. Puede surgir en cualquier lugar del trato gastrointestinal, siendo la localización más frecuente en intestino delgado¹.

Quistes mesentéricos son lesiones raras y generalmente benignas, con incidencia próxima a 1/20.000 en niños¹. En la edad pediátrica, ocurren más frecuentemente en el sexo masculino² y la edad media de acometimiento es de 4.9 años³.

Alrededor del 50% de los casos cursan en forma asintomática y con frecuencia son descriptos como hallazgos incidentales durante exploración quirúrgica¹. La manifestación clínica más común es dolor abdominal inespecífica, seguida de queja de masa abdominal y distensión abdominal, con promedio de duración de los síntomas de 2-6 meses². Niños tienen mayor tendencia a presentar síntomas de inicio agudo⁴ y es importante destacar que quistes mesentéricos gigantes pueden simular ascitis⁵.

Ultrasonografía y tomografía de abdomen son los métodos diagnósticos de elección², y el tratamiento indicado es la exéresis quirúrgica del quiste¹.

RELATO

K.K.N.S., sexo femenino, 3 años, natural y procedente de Fortaleza, presentó cuadro de dolor y aumento del volumen abdominal que evolucionó por 7 meses, asociado a picos de fiebre esporádicos. Buscó atención médica diversas veces, siendo medicada para parasitosis en todas ellas. Se internó en hospital terciario en marzo/2013 para investigación diagnóstica, siendo, posteriormente, enviada al hospital donde fue firmado el diagnóstico definitivo.

Paciente nacida de parto vaginal, a término, con peso adecuado para la edad gestacional, sin complicaciones perinatales. Vacunación completa para la edad. Ingería agua filtrada y vivía en casa de mampostería, con condiciones precarias de habitación. Refería contacto con tuberculosis (padre).

Examen físico

Estado general bueno, hidratada, normocoloreada, eupneica, anictérica. Ausculta cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen globoso, indoloro, depresible, con circulación colateral visible, ruidos hidroaéreos reducidos, macidez móvil, diagnóstico por percusión positivo, traube libre, sin visceromegalias o masas. Presencia de linfonodos fibroelásticos e indoloros en región submandibular y región inguinal bilateralmente. Extremidades bien perfundidas, sin edema o cianosis.

Investigación complementaria

Se realizó, en hospital de origen, USG abdominal con doppler, que evidenció hígado de dimensiones aumentadas, bordes irregulares y bordes romos; parénquima hepático con ecogenicidad heterogénea, leve esplenomegalia homogénea;

sistema venoso portal con alteraciones sugestivas de hipertensión portal con trombos y presencia de líquido libre en cavidad abdominal con volumen aproximado de 1400ml. Fue levantada, entonces, la sospecha de Síndrome de Budd-Chiari, y la paciente fue enviada para servicio que posibilitara realización de angioplastia.

Durante el internamiento, fue mantenido el uso de diuréticos, sin reducción del volumen abdominal. Antes de la realización de la angioplastia, fue realizada paracentesis de alivio y diagnóstica, a fin de descartarse TB peritoneal. Después de paracentesis, el paciente siguió con reducción del volumen abdominal y ausencia de quejas.

El estudio del líquido evidenció aspecto turbio y marrón, ADA 71,99UI/dL (VR < 40), GASA 1,79 (valores > 1,1 sugieren hipertensión portal), glucosa 79mg/dL (VR:70-100), LDH 3396U/L (VR:50-95), proteínas 5,0g/dL (valores > 3 sugieren exudado), albumina 2,9, bacterioscopia negativa, cultura negativa, ausencia de BAAR, celularidad de 2/mm³ (VR < 250/mm³) con el 90% de linfocitos, 9350 hematíes. Después de discusión con CCIH, se concluyó que los resultados de antes sugerían apenas proceso inflamatorio vigente, siendo eliminada la hipótesis de TB peritoneal.

Demás exámenes complementarios evidenciaron: PPD no reactor, HIV no reactivo, albumina sérica 5,2g/dL (VR:3,5-4,8), PCR < 3,45 (VR < 3.45), LDH 541U/L (VR:100-190), VHS 29, Hb 12,5g/dL (VR: 11,5-13,5), leucocitos 5486/mm³ (VR:5000-15500) con diferencial normal, plaquetas 202900/mm³ (VR:200.000-500.000).

Se realizó, entonces, nueva USG abdominal con doppler, que evidenció ascitis voluminosa, hígado de volumen normal, levemente heterogéneo, sistema portal permeable, con flujo de sentido normal. No se identificaron trombos o señales sugestivas de hipertensión portal al examen. Fue realizada además TC de abdomen y pelvis (*ver figuras 1 y 2*), que confirmó ascitis voluminosa, con finas septaciones, desplazando las asas intestinales hacia la izquierda y ausencia de trombos en venas hepáticas.

Después de eliminadas las hipótesis de TB peritoneal y de Síndrome de Budd-Chiari, paciente fue sometida a la laparotomía exploradora diagnóstica, que evidenció quiste mesentérico gigante en la raíz del mesocolon, que fue excisional por completo durante el procedimiento. Examen histopatológico reveló formaciones císticas en mesenterio sin atipias, sugiriendo realización de estudio inmunohistoquímico para diagnóstico diferencial entre linfangioma cístico, linfangiomioma y mesotelioma multicístico.

Paciente evolucionó asintomática en el postoperatorio, con abdomen plan y sin alteraciones de cicatrización, permaneciendo sin nuevas quejas durante consultas subsiguientes de seguimiento.

COMENTARIOS

Se define quiste mesentérico como lesión de contenido líquido, de cualquier origen patológica, ubicada entre las dos capas del mesenterio. Puede surgir en cualquier lugar del trato



Figura 1. Tomografía Computadorizada de Abdomen y Pelvis.



Figura 2. Tomografía Computadorizada de Abdomen y Pelvis.

gastrointestinal, siendo la localización más frecuente en intestino delgado¹.

Epidemiología

Quistes mesentéricos son lesiones raras y generalmente benignas, con incidencia próxima a 1/100.000 en adultos y 1/20.000 en niños¹. Hay solamente alrededor de 830 casos reportados en literatura y una de las razones de la escasez de diagnósticos preoperatorios es la rareza de esas lesiones³.

No parece existir una edad típica de presentación¹. En la edad pediátrica, ocurren más frecuentemente en el sexo

masculino (62.5%), y la mayor parte de los pacientes tiene menos de 10 años, siendo el 75% de edad inferior a 5 años, como la paciente antes descrita, con 3 años en el inicio del cuadro². El promedio de edad de los niños acometidos es de 4.9 años³.

Patogenia y clasificación

La patogenia de los quistes mesentéricos no fue todavía bien aclarada. La teoría más aceptada, propuesta por Gross, es la de proliferación benigna de tejido linfático ectópico en mesenterio, con comunicación inadecuada con el restante del sistema linfático².

El resultado del examen histopatológico del caso en cuestión reveló la posibilidad de quistes de origen linfática y mesotelial, que constituyen los tipos más frecuentes. Es importante recordar que los tipos presentan comportamientos diferentes. Mientras quistes linfáticos simples y quistes mesoteliales simples generalmente permanecen asintomáticos, linfangiomas císticos y mesoteliomas císticos pueden presentar agresividad y comportamiento invasivo¹. El mesotelioma cístico maligno es el único que presenta potencial de malignidad y recurrencia después de cisión².

De acuerdo con la clasificación de Beahrs et al. de 1955, hay cuatro tipos de quistes mesentéricos: traumático, infeccioso, neoplásico y de desarrollo, siendo la mayoría de origen congénita².

Cuadro clínico

Alrededor del 50% de los casos cursan en forma asintomática y con frecuencia son descriptos como hallazgos incidentales durante exploración quirúrgica¹. La paciente en cuestión presentaba queja de dolor y aumento de volumen abdominal, que son las manifestaciones clínicas más comunes, seguidas por distensión abdominal², vómitos y otros hallazgos inespecíficos⁶. El caso relata además cuadro con evolución de siete meses, encontrándose un poco superior al promedio (2-6 meses), sin embargo en el intervalo de variación encontrado en estudios (12h a 12 meses)².

Es importante destacar que, conforme al demostrado en el caso relatado, quistes mesentéricos gigantes pueden simular ascitis⁵. Otras manifestaciones clínicas pueden variar de acuerdo con tamaño, localización o posibles complicaciones^{1,6}. Niños tienen mayor tendencia de presentar síntomas de inicio agudo,⁴ siendo la presentación aguda más común la obstrucción de intestino delgado, asociada a vólvulo o infarto intestinal.³

Diagnóstico

Diversas modalidades diagnósticas pueden ser utilizadas, pero ultrasonografía (USG) y tomografía (TC) de abdomen son los métodos de elección². USG es la modalidad de examen que más provee informaciones⁶ y debe ser el primer examen realizado. Ya la TC permite definir tamaño, localización¹, a veces, punto de origen² y, con mayor precisión, las adyacencias de la lesión⁶.

USG abdominal generalmente revela masa cística hipocóica, pudiendo evidenciar también septos, detritus

y niveles de fluido abdominal². Conforme al caso relatado, quistes mesentéricos gigantes pueden ser difíciles de distinguir de ascitis, principalmente grandes linfangiomas⁴, debiendo ser incluidos en el diagnóstico diferencial aunque la USG indique ascitis⁵.

Tratamiento

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica del quiste¹ con enucleación completa² por vía laparoscópica³, inclusive en casos asintomáticos, pues la posibilidad de crecimiento de la lesión y surgimiento de síntomas o complicaciones graves es alta¹.

REFERENCIAS

1. Rosón Rodríguez PJ, del Freno Asensio A, Quintero Barranco B. Quiste mesentérico retroperitoneal gigante con presentación como dispepsia. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33(1):25-9. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.07.012>
2. Guraya SY, Salman S, Almaramhy HH. Giant mesenteric cyst. *Clin Pract.* 2011;1(4):e108. DOI:<http://dx.doi.org/10.4081/cp.2011.e108>
3. Marte A, Papparella A, Prezioso M, Cavaiuolo S, Pintozzi L. Mesenteric cyst in 11-year old girl: A technical note. Case report. *J Pediatr Surg Case Rep.* 2013;1(4):84-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.epsc.2013.03.001>
4. Wootton-Gorges SL, Thomas KB, Harned RK, Wu SR, Stein-Wexler R, Strain JD. Giant cystic abdominal masses in children. *Pediatr Radiol.* 2005;35(12):1277-88. PMID: 16151789 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00247-005-1559-7>
5. Zamir D, Yuchtman M, Amar M, Shoemo U, Weiner P. Giant mesenteric cyst mimicking ascites. *Harefuah.* 1996;130(10):683-4, 727.
6. Chou YH, Tiu CM, Lui WY, Chang T. Mesenteric and omental cysts: an ultrasonographic and clinical study of 15 patients. *Gastrointest Radiol.* 1991;16(4):311-4 PMID: 1936773 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01887376>