

Cisto mesentérico gigante apresentando-se como ascite volumosa

Giant mesenteric cyst presenting as directly visible ascites

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

Palavras-chave:

cisto mesentérico,
ascite,
linfangioma cístico,
mesotelioma cístico,
gastroenterologia.

Resumo

Objetivo: Descrever o caso de uma criança com cisto mesentérico gigante, contribuindo para melhor conhecimento da doença, promoção de suspeita clínica e aumento no diagnóstico dentre casos semelhantes. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** São descritos os sinais e sintomas apresentados pela paciente, assim como os resultados de exames complementares, que levaram ao diagnóstico da patologia em questão. **Conclusão:** Cistos mesentéricos são lesões intra-abdominais raras em crianças. O caso em questão apresentava-se como ascite volumosa de sete meses de evolução, o que levantou a suspeita de diversas outras patologias. O diagnóstico foi realizado por laparotomia exploradora com estudo anatomopatológico da peça.

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 Ensino Médio Completo - Graduando em Medicina (Universidade Federal do Ceará - Turma de 2016.1), Fortaleza, CE, Brasil.

² Mestrado - Médica Gastropediatra do Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Graduação em Medicina - Residência em Pediatria - Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Doutorado - Cirurgiã da Unidade de Transplante do Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

Endereço para correspondência:

Vera Regina Apoliano Ribeiro.
Hospital Geral de Fortaleza. Rua Riachuelo, nº 900, Papicu, Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60175-205.

INTRODUÇÃO

Define-se cisto mesentérico como lesão de conteúdo líquido, de qualquer origem patológica, situada entre as duas camadas do mesentério. Pode surgir em qualquer local do trato gastrointestinal, sendo a localização mais frequente em intestino delgado¹.

Cistos mesentéricos são lesões raras e geralmente benignas, com incidência próxima a 1/20.000 em crianças¹. Na faixa pediátrica, ocorrem mais frequentemente no sexo masculino² e a idade média de acometimento é de 4,9 anos³.

Cerca de 50% dos casos cursam de forma assintomática e, com frequência, são descritos como achados incidentais durante exploração cirúrgica¹. A manifestação clínica mais comum é dor abdominal inespecífica, seguida de queixa de massa abdominal e distensão abdominal, com média de duração dos sintomas de 2 a 6 meses². Crianças têm maior tendência de apresentar sintomas de início agudo⁴ e é importante salientar que cistos mesentéricos gigantes podem simular ascite.⁵

Ultrassonografia (USG) e tomografia de abdome são os métodos diagnósticos de escolha², e o tratamento indicado é a exérese cirúrgica do cisto¹.

RELATO DE CASO

K.K.N.S., sexo feminino, 3 anos, natural e procedente de Fortaleza, CE, apresentou quadro de dor e aumento do volume abdominal que evoluiu por 7 meses, associado a picos febris esporádicos. Procurou atendimento médico diversas vezes, sendo medicada para parasitose em todas elas. Internou-se em hospital terciário em março de 2013 para investigação diagnóstica, sendo, posteriormente, encaminhada para o hospital onde foi firmado o diagnóstico definitivo.

Paciente nascida de parto vaginal, a termo, com peso adequado para a idade gestacional, sem intercorrências perinatais. Vacinação completa para a idade. Ingeria água filtrada e morava em casa de alvenaria, com condições precárias de habitação. Referia contato com tuberculose (pai).

Exame físico

Estado geral bom, hidratada, normocorada, eupneica, anictérica. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Abdome globoso, indolor, depressível, com circulação colateral visível, ruídos hidroaéreos reduzidos, macicez móvel, piparote positivo, traube livre, sem visceromegalias ou massas. Presença de linfonodos fibroelásticos e indolores em região submandibular e região inguinal bilateralmente. Extremidades bem perfundidas, sem edema ou cianose.

Investigação complementar

Realizou, em hospital de origem, USG abdominal com Doppler, que evidenciou fígado de dimensões aumentadas, contornos irregulares e bordos rombos; parênquima hepático com ecogenicidade heterogênea, leve esplenomegalia

homogênea; sistema venoso portal com alterações sugestivas de hipertensão portal com trombos e presença de líquido livre em cavidade abdominal com volume aproximado de 1400 ml. Foi levantada, então, a suspeita de síndrome de Budd-Chiari, e a paciente foi encaminhada para serviço que possibilitasse realização de angioplastia.

Durante o internamento, foi mantido o uso de diuréticos, sem redução do volume abdominal. Antes da realização da angioplastia, foi realizada paracentese de alívio e diagnóstica, a fim de se descartar TB peritoneal. Após paracentese, paciente seguiu com redução do volume abdominal e ausência de queixas.

O estudo do líquido evidenciou aspecto turvo e marrom, ADA 71,99 UI/dL (VR < 40), GASA 1,79 (valores > 1,1 sugerem hipertensão porta), glicose 79mg/dL (VR: 70-100), LDH 3396 U/L (VR: 50-95), proteínas 5,0 g/dL (valores > 3 sugerem exsudato), albumina 2,9, bacterioscopia negativa, cultura negativa, ausência de BAAR, celularidade de 2/mm³ (VR < 250/mm³) com 90% de linfócitos, 9350 hemácias. Após discussão com CCIH, concluiu-se que os resultados acima sugeriam apenas processo inflamatório vigente, sendo afastada a hipótese de TB peritoneal.

Demais exames complementares evidenciaram: PPD não reator, HIV não reagente, albumina sérica 5,2 g/dL (VR: 3,5-4,8), PCR < 3,45 (VR < 3.45), LDH 541 U/L (VR: 100-190), VHS 29, Hb 12,5 g/dL (VR: 11,5-13,5), leucócitos 5486/mm³ (VR: 5000-15.500) com diferencial normal, plaquetas 202.900/mm³ (VR: 200.000-500.000).

Realizou-se, então, nova USG abdominal com Doppler, que evidenciou ascite volumosa, fígado de volume normal, levemente heterogêneo, sistema porta pérvio, com fluxo de sentido normal. Não foram identificados trombos ou sinais sugestivos de hipertensão porta ao exame. Foi realizada ainda tomografia (TC) de abdome e pelve (Figuras 1 e 2), que confirmou ascite volumosa, com finas septações, deslocando as alças intestinais para a esquerda e ausência de trombos em veias hepáticas.

Após afastadas as hipóteses de TB peritoneal e de síndrome de Budd-Chiari, paciente foi submetida à laparotomia exploradora diagnóstica, que evidenciou cisto mesentérico gigante na raiz do mesocólon, que foi excisionado por completo durante o procedimento. Exame histopatológico revelou formações císticas em mesentério sem atipias, sugerindo realização de estudo imunohistoquímico para diagnóstico diferencial entre linfangioma cístico, linfangiomioma e mesotelioma multicístico.

Paciente evoluiu assintomática no pós-operatório, com abdome plano e sem alterações de cicatrização, permanecendo sem novas queixas durante consultas subseqüentes de acompanhamento.

DISCUSSÃO

Define-se cisto mesentérico como lesão de conteúdo líquido, de qualquer origem patológica, situada entre as duas camadas do mesentério. Pode surgir em qualquer local do

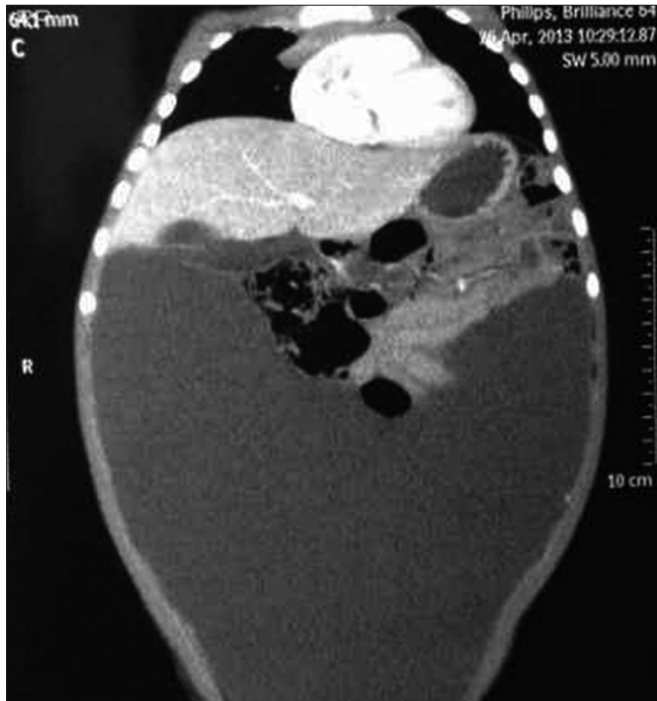


Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome e pelve.



Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome e pelve.

trato gastrointestinal, sendo a localização mais frequente em intestino delgado¹.

Epidemiologia

Cistos mesentéricos são lesões raras e geralmente benignas, com incidência próxima a 1/100.000 em adultos e 1/20.000 em crianças¹. Há somente cerca de 830 casos reportados em literatura e uma das razões da escassez de diagnósticos pré-operatórios é a raridade dessas lesões³.

Não parece existir uma faixa etária típica de apresentação¹. Na faixa pediátrica, ocorrem mais frequentemente no sexo

masculino (62,5%), e a maior parte dos pacientes têm menos de 10 anos, sendo 75% de idade inferior a 5 anos, como a paciente acima descrita, que tinha 3 anos no início do quadro². A média de idade das crianças acometidas é de 4,9 anos³.

Patogenia e classificação

A patogenia dos cistos mesentéricos ainda não foi bem esclarecida. A teoria mais aceita, proposta por Gross, é a de proliferação benigna de tecido linfático ectópico em mesentério, com comunicação inadequada com o restante do sistema linfático².

O resultado do exame histopatológico do caso em questão revelou a possibilidade de cistos de origem linfática e mesotelial, que constituem os tipos mais frequentes. É importante lembrar que os tipos apresentam comportamentos diferentes. Enquanto cistos linfáticos simples e cistos mesoteliais simples geralmente permanecem assintomáticos, linfangiomas císticos e mesoteliomas císticos podem apresentar agressividade e comportamento invasivo¹. O mesotelioma cístico maligno é o único que apresenta potencial de malignidade e recorrência após excisão².

De acordo com a classificação de Behrs et al., de 1955, há quatro tipos de cistos mesentéricos: traumático, infeccioso, neoplásico e de desenvolvimento, sendo a maioria de origem congênita².

Quadro clínico

Cerca de 50% dos casos cursam de forma assintomática e com frequência são descritos como achados incidentais durante exploração cirúrgica¹. A paciente em questão apresentava queixa de dor e aumento de volume abdominal, que são as manifestações clínicas mais comuns, seguidas por distensão abdominal², vômitos e outros achados inespecíficos⁶. O caso relata ainda quadro com evolução de 7 meses, encontrando-se um pouco acima da média (2-6 meses), porém no intervalo de variação encontrado em estudos (12 horas a 12 meses)².

É importante salientar que, conforme demonstrado no caso relatado, cistos mesentéricos gigantes podem simular ascite⁵. Outras manifestações clínicas podem variar de acordo com tamanho, localização ou possíveis complicações^{1,6}. Crianças têm maior tendência de apresentar sintomas de início agudo⁴, sendo a apresentação aguda mais comum a obstrução de intestino delgado, associada a volvo ou infarto intestinal³.

Diagnóstico

Várias modalidades diagnósticas podem ser utilizadas, mas ultrassonografia (USG) e tomografia (TC) de abdome são os métodos de escolha². A USG é a modalidade de exame que mais provê informações⁶ e deve ser o primeiro exame realizado. Já a TC, permite definir tamanho, localização¹, às vezes, ponto de origem² e, com maior precisão, as adjacências da lesão⁶.

USG abdominal geralmente revela massa cística hipocóica, podendo evidenciar também septos, debris e níveis de fluido abdominal². Conforme o caso relatado, cistos mesentéricos gigantes podem ser difíceis de distinguir de ascite, principalmente

grandes linfangiomas⁴, devendo ser incluídos no diagnóstico diferencial mesmo que a USG indique ascite⁵.

Tratamento

O tratamento de escolha é a exérese cirúrgica do cisto¹ com enucleação completa² por via laparoscópica³, inclusive em casos assintomáticos, pois a possibilidade de crescimento da lesão e surgimento de sintomas ou complicações graves é alta¹.

REFERÊNCIAS

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, Pintonzi 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>