



PRESENTACIÓN DE CASOS

Quiste mesentérico como causa de abdomen agudo: a propósito de un caso

Mesenteric cyst as a cause of acute abdomen: regarding a case

Lisandra Elvira Martínez Linares ^{1*}, <https://orcid.org/0000-0002-5598-1075>

Oscar Yunior Velázquez Palomo ¹, <https://orcid.org/0000-0003-4791-3141>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas "Dr. Juan Guiteras Gener". Matanzas, Cuba.

***Autor para correspondencia:** lisymartinez2002@gmail.com

Recibido: 08/06/2024

Aceptado: 10/09/2024

Cómo citar este artículo: Martínez Linares LE, Velázquez Palomo OY. Quiste mesentérico como causa de abdomen agudo: a propósito de un caso. Med. Es. [Internet]. 2024 [citado fecha de acceso]; 4(3):e237. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/237>

RESUMEN

Introducción: el quiste mesentérico es una entidad patológica que se presenta con poca frecuencia y su diagnóstico es generalmente incidental. Pueden localizarse desde el duodeno hasta el recto. Su presentación clínica es inespecífica lo que entorpece el diagnóstico y pueden encontrarse como hallazgo incidental. Sus manifestaciones clínicas dependen principalmente del tamaño y localización. El tratamiento es quirúrgico con escisión o enucleación.

Objetivo: describir el caso de una paciente con Síndrome de Abdomen Agudo por quiste de mesenterio.

Los artículos de la Revista MedEst se comparten bajo los términos de la [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Email: revmedest.mtz@infomed.sld.cu Sitio Web: www.revmedest.sld.cu



Presentación del Caso: presentamos el caso de una paciente de 35 años con abdomen agudo secundario a quiste mesentérico que acude a nuestro servicio por presentar dolor abdominal intenso asociado a lipotimia. Tras presentar reacción peritoneal e hipotensión es intervenida de urgencia y se aspiran de la cavidad abdominal aproximadamente 800 ml de contenido serohemático. Se observa a nivel del colon ascendente, que involucra mesenterio, una masa de doble pared rota, que impresiona un quiste de mesenterio roto.

Conclusiones: el abdomen agudo secundario a las complicaciones de un quiste mesentérico es raro y debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en los enfermos con un Síndrome de Abdomen Agudo y masa palpable. La intervención quirúrgica de la paciente permitió un tratamiento oportuno y sin complicaciones.

Palabras clave: Abdomen Agudo; Dolor abdominal; Mesentérico; Quiste Mesentérico

ABSTRACT

Introduction: the mesenteric cyst is a pathological entity that occurs infrequently and its diagnosis is generally incidental. They can be located from the duodenum to the rectum. Its clinical presentation is nonspecific, which hinders the diagnosis and can be found as an incidental finding. Its clinical manifestations depend mainly on size and location. Treatment is surgical with excision or enucleation.

Objective: to describe the case of a patient with Acute Abdomen Syndrome due to mesentery cyst.

Case Presentation: we present the case of a 35-year-old patient with acute abdomen secondary to a mesenteric cyst who came to our service due to severe abdominal pain associated with lipothymia. After presenting a peritoneal reaction and hypotension, she underwent emergency surgery and approximately 800 ml of serohematic contents were aspirated from the abdominal cavity. A ruptured double-wall mass is observed at the level of the ascending colon, which involves the mesentery, which impresses a ruptured mesentery cyst.

Conclusions: acute abdomen secondary to complications of a mesenteric cyst is rare and should be taken into account as a differential diagnosis in patients



with Acute Abdomen Syndrome and palpable mass. The patient's surgical intervention allowed timely treatment without complications.

Keywords: Acute Abdomen; Abdominal pain; Mesentery; Mesenteric Cyst

INTRODUCCIÓN

El quiste mesentérico es una entidad patológica que se presenta con poca frecuencia y su diagnóstico es generalmente incidental. El primer caso se describió en Italia en el año 1507. Tillaux, en 1880 es el primer cirujano que extirpa uno en forma exitosa. ⁽¹⁾

En la actualidad, su incidencia es de aproximadamente 1 por cada 100 000 pacientes adultos y 1 por cada 20 000 niños, que acuden a un centro hospitalario. En otras bibliografías se establece una frecuencia de uno por cada 26 794 a 250 mil admisiones hospitalarias. Se presenta más en los adultos y, dentro de este grupo etario, en el sexo femenino, entre los 40-70 años de edad. ^(2,3,4)

La totalidad de elementos que intervienen en su etiología aún se desconocen, sin embargo, se cree que se debe a una falla en la comunicación entre los ganglios linfáticos con el sistema linfático o venoso. Esto puede deberse a un bloqueo linfático, ya sea por trauma, infecciones o neoplasias, o por proliferación de tejido linfático ectópico que no conecta con el sistema linfático. ⁽⁵⁾

Los quistes mesentéricos, por lo común, son lisos y redondos, con una pared delgada, uniloculares y contienen un líquido seroso similar al plasma, o un líquido lechoso. Se considera que existen 5 tipos histológicos diferentes de quistes mesentéricos, los cuales son quilolinfático, simple (mesotelial), heterogéneo, remanente urogenital, y dermoide, siendo los quilolinfáticos los más comunes. ⁽⁶⁾

Los quistes de mesenterio pueden localizarse desde el duodeno hasta el recto. Con mayor frecuencia se encuentran en el mesenterio ileal del intestino delgado (67 % de los casos) y en el mesocolon en el 33 %, de estos los 24 % localizados en el colon ascendente. En ocasiones pueden extenderse al retroperitoneo (14,5 %) y en un tercio de los pacientes se encontrarán múltiples quistes. ⁽⁷⁾

Su presentación clínica es inespecífica lo que entorpece el diagnóstico y hasta en un 40 % de los casos se encuentran como hallazgo incidental durante

estudios de imagen o durante la cirugía abdominal. Sus manifestaciones clínicas dependen principalmente del tamaño y localización, así como de la relación con órganos vecinos del quiste, por lo que se reconocen tres formas clínicas: forma incidental, cuadro crónico y síndrome de abdomen agudo. ⁽⁷⁾

En cuanto al pronóstico de esta entidad, las investigaciones consultadas refieren que este depende fundamentalmente de las condiciones clínicas del paciente. Sin embargo, "existe una morbilidad del 2 % de los casos de enucleación hasta 25 % de los quistes en grandes resecciones. Generalmente es excelente siempre que se logre la exéresis completa". ⁽⁸⁾

El diagnóstico se hace mediante pruebas de imagen como la ultrasonografía y/o tomografía axial computarizada de abdomen. El tratamiento es quirúrgico con escisión o enucleación, para excluir su transformación maligna, que puede ocurrir hasta en el 3 % de los casos así como evitar complicaciones como ruptura, hemorragia, torsión o infección. La resección intestinal es raramente necesaria. ⁽⁸⁾

Tomando en consideración lo antes expuesto y debido al número reducido de casos descritos con esta patología, se realizó el siguiente informe de caso, en el cual se expondrá la presentación clínica, el diagnóstico y tratamiento utilizado en este caso. El objetivo de esta presentación es describir el caso de una paciente con Síndrome de Abdomen Agudo por quiste de mesenterio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente blanca, femenina, de 35 años de edad que acude al servicio de cuerpo de guardia de cirugía del Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico-Docente Faustino Pérez del municipio Matanzas, provincia de Matanzas; en fecha 24 de marzo de 2024. Presenta antecedentes de Hipertensión Arterial para lo cual lleva tratamiento estable y de irregularidad menstrual para lo cual toma tabletas anticonceptivas hace aproximadamente dos meses. Refiere que hace 12 horas aproximadamente comienza con dolor abdominal difuso que luego se focaliza hacia hemiabdomen inferior. En horario de la madrugada presenta dos diarreas, de pequeña cuantía, agudizándose con esto el dolor y acompañadas de "fatiga" intensa con piel fría, pálida y sudorosa.

Al examen físico positivo:

Piel y mucosas: piel fría, pálida y sudorosa. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono e intensidad, no soplos. TA: 90/70 mmHg y FC: 85 latidos por minuto. Abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación en

hipogastrio y fosa ilíaca derecha, no reacción peritoneal. No visceromegalias, ni masas palpables. Ruidos hidroaéreos ligeramente aumentados. Se le realiza Paracentesis con resultado negativo. Tacto vaginal: vagina caliente, dolorosa a la movilización del cuello uterino, no masas palpables ni secreciones.

Exámenes complementarios

Hemograma: Hematocrito: 0,40; Leucocitos: $10 \times 10^9/LM$; PMN: 0,77 y leucocitos 0.23; Tiempo de Sangramiento: 1 minuto.

Hemoquímica: Glicemia: 6.04 mmol/L, Creatinina: 72 $\mu\text{mol/L}$, Colesterol: 2,6 L, Triglicéridos: 1,59 mmol/ L, Fosfatasa Alcalina: 90 UI/L

Ultrasonido abdominal: No se visualiza ninguna alteración en hígado, vesícula biliar, páncreas, bazo, ambos riñones y vejiga. Presencia de líquido en todos los espacios, más abundante en región de hipogastrio.

Ultrasonido ginecológico: Útero que mide 58 x 49 x 49 mm con endometrio de 5mm. No DIU. Moderada cantidad de líquido en fondo de saco. Ovario izquierdo con quiste folicular. Anejo derecho no se visualiza.

La paciente es ingresada en el Servicio de Cirugía como un dolor abdominal para estudio. Dos horas posteriores a su ingreso refiere que el dolor se ha agudizado y es valorada por la Guardia de Cirugía. En esos momentos se encuentra con reacción peritoneal e hipotensa, por lo que se anuncia su intervención quirúrgica de urgencia.

Se le realiza laparotomía exploradora con incisión de Pfannenstiel dado que a la paciente se le constató al examen físico fondo de saco abombado por tacto vaginal. Al abrir la cavidad se produce salida de gran cantidad de contenido serohemático claro; este se aspira y se observan anejos y útero sin alteraciones. Se decide ampliar la incisión con media infra y supra umbilical.

Luego, se aspiran de la cavidad abdominal aproximadamente 800 ml de contenido con iguales características ya descritas, previa toma muestra para estudio citológico. Se eviscera y se observa a nivel del colon ascendente, que involucra mesenterio, una masa de doble pared rota, que a consideración de los cirujanos impresiona un quiste de mesenterio roto. Se lava la cavidad y se deja drenaje penrose en parietocólico derecho. Se cierran los planos y se coloca apósito estéril.

Su evolución posquirúrgica fue adecuada y se dio egreso a los 3 días de estadía hospitalaria. El estudio citológico posteriormente no arroja signos de malignidad.

DISCUSIÓN

Los quistes mesentéricos son una entidad nosológica poco frecuente en nuestro medio, con una incidencia mundial de 1 por cada 100 000 pacientes adultos, afectando fundamentalmente a adultos jóvenes. Estas lesiones se pueden asentar en cualquier parte de la anatomía abdominal, pero son más frecuentes hacia íleon y mesocolon, como ocurrió en el caso que se presenta ya que el quiste se encontraba hacia el colon ascendente. ⁽⁹⁾

El diagnóstico de esta patología es muy complicado y no en pocos casos se hace de forma incidental o durante una cirugía abdominal secundaria a otra causa. Su presentación como un Síndrome de Abdomen Agudo constituye un elemento común encontrado en gran parte de la literatura científica respecto a otros informes de casos; lo que lleva a considerarla como un diagnóstico diferencial con otras patologías más comunes causantes de este síndrome. ⁽⁹⁾

A consideración de Granados Romero J et al., ⁽¹⁰⁾ la forma clásica de presentación de esta entidad es como una oclusión intestinal, pudiendo provocar un vólvulo de intestino e isquemia de este. Sin embargo, también puede ser asintomático. Serrano Pastrana et al., ⁽¹¹⁾ plantean que la ruptura del quiste mesentérico es una rara condición, secundaria usualmente a un trauma abdominal. Sin embargo, la paciente se presenta como un Síndrome Peritoneal secundario a la ruptura de un quiste mesentérico, lo cual hace el caso incluso menos común.

Entre las complicaciones a las que puede llegar el enfermo se encuentran: peritonitis secundaria a la perforación del quiste, oclusión intestinal, fallo renal, herniación a escroto, volvulación e incluso malignización pero por lo general son poco frecuentes. ⁽¹²⁾

Es un consenso dentro de la literatura revisada, que los estudios de imagen, son la herramienta fundamental para el diagnóstico preoperatorio. Dentro de estos, son muy útiles la ultrasonografía, la Tomografía Axial Computarizada y la Resonancia Magnética. El diagnóstico definitivo se establece durante el acto quirúrgico con la escisión del quiste, como en nuestra paciente, y posteriormente con el estudio histopatológico. ⁽¹³⁾

El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica de la masa quística y ha demostrado evitar la recurrencia, la malignización y otras complicaciones. Aún existe la disyuntiva entre la mejor vía para realizar el tratamiento, laparoscópica o convencional y aunque la primera aporta muchísimos beneficios, se sigue abogando por escoger la vía en dependencia del criterio y la experiencia del cirujano. ⁽¹⁴⁾

CONCLUSIONES

El quiste mesentérico es una entidad infrecuente. La baja incidencia de esta patología y sus diferentes formas de presentación clínica, ya sea asintomática, como masa abdominal o Síndrome de Abdomen Agudo, esta última la más frecuente y la correspondiente al caso que nos ocupa, hace que en muchas ocasiones su diagnóstico sea complejo. El uso de los estudios imagenológicos es indispensable. El abdomen agudo secundario a las complicaciones de un quiste mesentérico es raro y debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en los enfermos con un Síndrome de Abdomen Agudo y masa palpable. La intervención quirúrgica de la paciente permitió un tratamiento oportuno con mejoría clínica satisfactoria y sin complicaciones durante el posoperatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz Pérez DF, Rodríguez Flórez RJ, Riaño Dussan JA, Medina Rojas R. Quiste mesentérico gigante como simulador de ascitis: reporte de un caso y revisión de la literatura. rev. colomb. cir. [Internet]. 2022 [citado 08/06/2024]; 37(4):689-694. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822022000400689
2. Gagliardi F, Lauro A, Tripodi D, Ida Amabile M, Palumbo P, Di Matteo FM et al. Mesenteric Cyst with GI Symptoms: A Fluid Approach to Treatment-Case Report and Literature Review. Dig Dis Sci. [Internet] 2022 [citado 08/06/2024]; 67(3):786-798. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35059952/>
3. Martínez Montalvo CM, Muñoz Delgado DY, Jiménez Sánchez HC, Siado Guerrero SA, Esguerra Sánchez DC, Ordoñez Galvis DA. Quiste mesentérico gigante: reporte de caso. Rev. colomb. Gastroenterol. [Internet]. 2021 [citado 08/06/2024]; 36(2):257-62. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/527>



4. Singh S, Shukla RK, Gharde P. Mesenteric Cyst: A Rare Entity. Cureus. [Internet] 2023 [citado 08/06/2024]; 15(11):e48963. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38111392/>
5. Ramírez Batista A, Kedisobua E, Llovet Martínez E. Presentación de una paciente con quiste mesentérico. Correo Científico Médico [Internet]. 2015 [citado 08/06/2024]; 19(3). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2093>
6. Almeida Cabrera MD, Robles Fernández LF, Ibarra Ponce de León RA. Quiste mesentérico gigante, un hallazgo incidental. Reporte de caso. Anfamed [Internet]. 2023 [citado 08/06/2024]; 10(1):e404. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542023000101404&lng=es
7. Quiñones Sanz R, Neira Quezada F, Barragán Moya G, Andrade Sandoval E. Excéresis de quiste mesentérico gigante en paciente femenina de 36 años. CAMBIOS-HECAM [Internet]. 2023 [citado 08/06/2024]; 22(2):e925. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/925>
8. Bono DE, Tomaselli F, Caponi R, Saracco R. Laparoscopic excision of a voluminous mesenteric cyst: Case report of a rare entity and review of literature. Int J Surg Case Rep. [Internet] 2020 [citado 08/06/2024]; 77S(Suppl):S64-S66. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33172813/>
9. Noboa Aviles CX, Cabrera Moyano DM, Escudero Requena DE, Ruiz Castro CE. Quiste mesentérico y dolor abdominal. RECIAMUC [Internet]. 2020 [citado 08/06/2024]; 4(4):4-2. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/538>
10. Granados Romero JJ, Valderrama Treviño AI, Sevilla Domingo M. Abordaje de quiste mesentérico, una entidad no tan infrecuente. Presentación de un caso. Cirugía Endoscópica. [Internet] 2013 [citado 08/06/2024]; 14(1):34-37. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2013/ce131h.pdf>
11. Serrano Pastrana JP, Serrano Lizarazo JD, Olarte Marín CD, Quintero Gamboa DC, Medina MA. Quiste mesentérico gigante como obstrucción intestinal en adulto, una presentación atípica: reporte de caso. MÉD.UIS.



[Internet] 2023 [citado 08/06/2024]; 36(3):83-88. Disponible en: <https://doi.org/10.18273/revmed.v36n3-2023007>

12. Iglesias Díaz G, Flores Iribar A, Fernández Machado E. Quiste de mesenterio gigante: reporte de un caso en el Hospital Provincial Estatal de Bengo, República Popular de Angola. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2010 [citado 08/06/2024]; 14(3):50-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000300010&lng=es

13. Sosa Hernández R, Sánchez Portela CA, Simón Rodríguez L. Quiste del mesenterio. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Cubana Cir. [Internet] 2007 [citado 08/06/2024]; 46(4): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol46_4_07/cir10407.pdf

14. Bannura Cumsille G, Contreras J, Peñalosa Montecinos P. Quiste mesotelial simple gigante abdomino-pélvico. Rev Chilena Cir. [Internet]; 2008 [citado 08/06/2024]; 60(1): 67-70. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=49668&id_seccion=2693&id_ejemplar=5016&id_revista=163

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

LEML: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, visualización, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

OYVP: Conceptualización, investigación, redacción-borrador original.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

