

Pseudoquiste mesentérico: reporte de un caso

Rocío Salada-Morales^{1,a}, Fernando Castelli^{1,b}, Carlos Barberousse^{2,c}

¹Hospital Policial, Montevideo, Uruguay.

²Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

^aORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5679-4928>

^bORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6048-4807>

^cORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9982-9369>

Recibido el 2022-09-20 y aceptado para publicación el 2023-06-13.

Correspondencia a:

Dra. Rocío Salada-Morales
rocio_salada@hotmail.com

Mesenteric cysts. Case Report

Introduction: Mesenteric cysts can be found throughout the entire intestine mesentery. Mesenteric pseudocysts are characterized by lack of endothelial lining. They are generally asymptomatic and the diagnosis can be made by imaging studies. **Material and Method:** Report of a clinical case **Results:** We present the case of a healthy 50-year-old woman consulted for a painless tumor on the left flank. She requested a CT and MRI where a thin-walled, homogeneous cystic tumor of 88mm in greatest diameter with septa and partitions was visualized. A laparoscopic approach was performed identifying a 12cm mass that protruded at the level of the mesentery of the second jejunal loop, it was resected without incident. The pathological anatomy reported a mesenteric pseudocyst, without elements of malignancy. Good subsequent evolution.

Conclusions: Mesenteric cysts are extremely rare. They are generally located in the mesentery of the small intestine, as in the case presented. Taking into account the histopathological characteristics, they are classified into six groups. Although its malignant transformation is exceptional, the treatment always consists of its surgical resection. Laparoscopy is preferred for its well-known benefits.

Keywords: mesenteric cyst; abdominal mass; pseudocyst.

Resumen

Introducción: Los quistes mesentéricos se pueden encontrar a lo largo de todo el mesenterio del intestino. Los pseudoquistes de mesenterio se caracterizan por carecer de revestimiento endotelial. Generalmente son asintomáticos y el diagnóstico se realiza mediante estudios de imagen. **Material y Método:** Reporte de un caso clínico **Resultados:** Presentamos el caso de una mujer de 50 años sana que consulta por tumoración indolora en flanco izquierdo. Se solicita TC y RNM donde se visualiza tumoración quística de paredes finas, homogénea de 88mm de diámetro mayor con septos y tabiques. Se realiza abordaje laparoscópico identificando masa de 12cm que se protruye a nivel del mesenterio de la segunda asa yeyunal, se resecta sin incidentes. La anatomía patológica informó pseudoquiste mesentérico, sin elementos de malignidad. Buena evolución posterior. **Conclusiones:** Los quistes mesentéricos son extremadamente infrecuentes. Generalmente se localizan en el mesenterio del intestino delgado como en el caso presentado. Teniendo en cuenta las características histopatológicas, se clasifican en seis grupos. Si bien es excepcional su transformación maligna, el tratamiento consiste siempre en su resección quirúrgica. Se prefiere la laparoscopia por sus conocidos beneficios.

Palabras clave: quiste mesentérico; tumoración abdominal; pseudoquiste.

Introducción

Los quistes mesentéricos fueron descritos por primera vez en 1507 por Benevieni. Son lesiones intraabdominales raras, generalmente benignas¹.

Su etiología es desconocida, generalmente se localizan en el mesenterio seguido por el mesocolon².

Teniendo en cuenta las características histopatológicas, se clasifican en seis grupos que incluyen quistes de origen linfático, quistes mesote-

liales, quistes entéricos, quistes de origen urotelial, quistes dermoides y pseudoquistes³.

El término pseudoquiste mesentérico se utiliza para describir la masa quística abdominal, sin origen de órgano abdominal. Característicamente carecen de un revestimiento endotelial específico y tienen una etiología infecciosa o traumática⁴.

Por lo general son asintomáticos y, si están presentes, los síntomas son inespecíficos incluyendo distensión, dolor abdominal y náuseas⁵.

Puede existir una masa abdominal palpable hasta en el 61% de los pacientes⁶.

Habitualmente, el diagnóstico se realiza mediante ecografía distinguiendo entre masas simples y quísticas. La tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) permite determinar localización, relaciones, tamaño y contenido⁶.

En 1880, Tillaux realizó la primera resección exitosa de un tumor quístico mesentérico y desde entonces la resección quirúrgica ha sido la principal vía de tratamiento².

Caso clínico

Sexo femenino, 50 años, sana.

Consulta por tumoración indolora centroabdominal de 10 días de evolución. Sin síntomas acompañantes.

Al examen normocoloreada, bien hidratada y perfundida. Abdomen blando depresible indoloro, impresiona ocupado en flanco izquierdo no logrando identificar una clara tumoración.

Analítica sanguínea sin alteraciones.

Ecografía de abdomen identifica tumoración quística en flanco izquierdo que desplaza riñón bien delimitada, paredes finas, contenido anecoico sin septos ni tabiques (Figura 1).

Tomografía Computada (TC) informa tumoración homogénea de densidad grasa sin realce de contraste que mide 79 x 88 x 66 mm bien delimitada, presenta cápsula, septos y tabiques. Por delante de L4 contacta sin plano claro de separación con la porción caudal del páncreas, por delante arteria y vena mesentérica superior y a izquierda vena gonadal (Figuras 2 y 3).

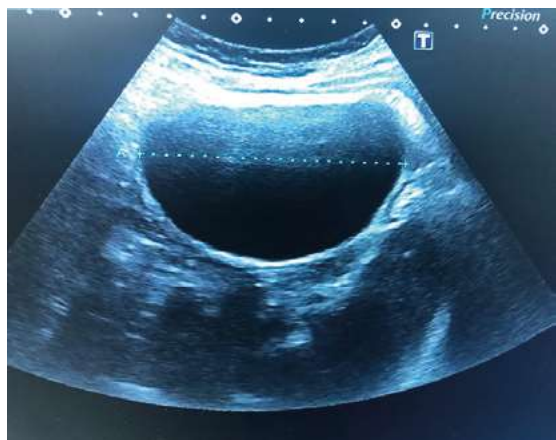


Figura 1. Ecografía de abdomen con imagen quística de paredes finas y contenido anecoico.

Dadas las estrechas relaciones de la tumoración con estructuras adyacentes, se solicita Resonancia Nuclear Magnética (RNM) la cual informa lesión quística redondeada y de contornos bien delimitados que mide, aproximadamente, 8,6 cm localizada sobre el flanco izquierdo. Se encuentra por delante de la fascia renal anterior y del colon descendente al cual desplaza postero-lateralmente. Presenta paredes finas y señal homogénea (baja en T1 y alta en T2), sin nódulos murales ni restricción en la difusión. En el estudio dinámico muestra un realce parietal fino, sin áreas internas de realce (Figura 4).



Figura 2. Tomografía computada con imagen quística (flecha).



Figura 3. Corte sagital de Tomografía Computada. Se observa imagen quística en estrecha relación vena mesentérica superior.

CASOS CLÍNICOS

Se realiza abordaje laparoscópico identificando masa de 12cm que protruye a nivel del mesenterio de la segunda asa yeyunal (Figura 5).

Durante la disección del mesenterio se produce apertura accidental del quiste. Se evacúa y aspira contenido de aspecto quiloso (Figura 6).

Se reseca la totalidad del quiste y se extrae en bolsa a través de un trocar de 10 mm.

Paciente con excelente evolución posoperatoria otorgándose alta a domicilio a las 24 h.

La anatomía patológica de la pieza informó pseudoquiste sin revestimiento epitelial, sin elementos inflamatorios ni de malignidad.



Figura 4. RNM en T2 flecha indica quiste de paredes finas en estrecha relación con bazo.



Figura 5. Tumorción sobre borde mesentérico Yeyunal.

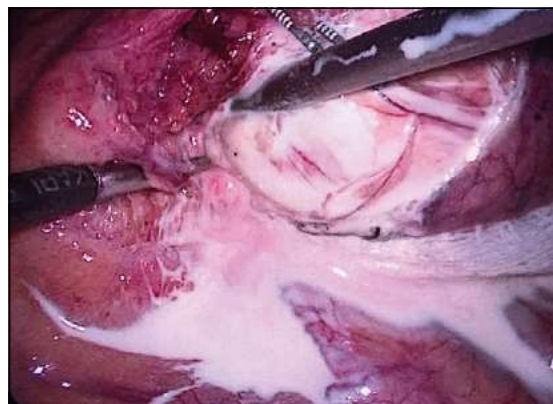


Figura 6. Rotura accidental, evacuación de contenido lechoso.

Discusión

Los quistes mesentéricos corresponden a tumores abdominales benignos e infrecuentes. Representan 1/100.000 ingresos quirúrgicos en adultos y 1/20.000 en niños^{4,7}.

Se originan en el mesenterio y no tienen conexión con los órganos retroperitoneales. Son móviles y pueden presentarse en cualquier parte del mesenterio³.

Perrot propuso una clasificación basada en la identidad histológica del epitelio interno. Ésta consta de 6 grupos: quistes linfáticos (quistes simples y linfangiomas), quistes mesoteliales (quistes simples, mesoteliomas benignos, mesoteliomas malignos), quistes entéricos (incluida la duplicación entérica), quistes urogenitales, teratoma quístico maduro (quistes dermoides), pseudoquistes (infecciosos, traumáticos y degenerativos)⁵.

Según estas clasificaciones, nuestra paciente padecía un pseudoquiste no pancreático. Estos pseudoquistes no pancreáticos son histológicamente similares a los pseudoquistes pancreáticos, la pared del quiste está compuesta por tejido fibroso y se caracteriza por la ausencia de células epiteliales de revestimiento^{3,5}.

La mayoría de estas lesiones son postraumáticas o infecciosas^{4,5,8}.

La paciente no presentó ningún tipo de infección intraabdominal previa sin embargo, un año antes del cuadro que motivo la consulta se realizó cesárea de coordinación en la cual fue necesario realizar maniobra de Kristeller (ejercer presión sobre fondo uterino facilitando extracción del neonato) lo que pudiera ser un antecedente traumático a considerar.

En cuanto al diagnóstico puede variar desde un diagnóstico incidental durante imagenología realizada por otro motivo, hasta síntomas inespecíficos los cuales incluyen dolor abdominal (82%), vómitos (45%), estreñimiento (27%) y masa abdominal palpable (61%)³.

En el caso expuesto, la paciente percibió la tumoración abdominal, no presentó otra sintomatología.

La sintomatología podría estar asociada al tamaño, ubicación del quiste y complicaciones como torsión, ruptura, hemorragia e infección⁹.

Las distintas técnicas imagenológicas nos permiten realizar un diagnóstico primario, valorar topografía, tamaño y relaciones.

Ecográficamente, los pseudoquistes son masas hipocogénicas que con frecuencia presentan desechos ecogénicos en su interior.

En las imágenes de tomografía, son hipodensos,

tienen paredes finas y no muestran realce posterior al contraste como en el caso expuesto.

La RNM puede solicitarse en el caso de dudas diagnósticas o para valorar con mayor precisión las relaciones del mismo.

Con la excepción del mesotelioma quístico maligno, todos los quistes mesentéricos son benignos y su resección total suele ser curativa³.

El tratamiento es siempre quirúrgico pudiendo ser necesaria la resección intestinal la cual esta recomendada, unicamente, cuando exista un compromiso vascular del segmento intestinal donde se resecó el quiste¹⁰.

Si bien la laparotomía es factible para el tratamiento de esta entidad, la laparoscopia con sus ya conocidos beneficios resulta de elección.

Las cirugías asistidas por robot ha sido utilizada con frecuencia^{3,11}, carecemos de experiencia.

Conclusiones

Los quistes mesentéricos son verdaderas rarezas de la patología tumoral intraabdominal. Se pueden encontrar a lo largo de todo el mesenterio, mesoco-

lon y mesorecto¹².

Se caracterizan por carecer de revestimiento endotelial y su etiología es infecciosa o traumática⁴.

Dado que por lo general son asintomáticos el diagnóstico puede ser dificultoso. Las ecografía y tomografía permiten realizar diagnóstico y planificar tratamiento.

Si bien es excepcional su transformación maligna, el tratamiento consiste siempre en su resección quirúrgica mediante laparotomía, laparoscopia o cirugía robótica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Bibliografía

- Guraya SY, Salman S, Almaramhy HH. Giant mesenteric cyst. *Práctica Clin.* 2011;1 e108.
- de Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Menta G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Cirugía de excavación* 2000;17:323-8. doi: 10.1159/000018872.
- Iida T, Suenaga M, Takeuchi Y, Kobayashi T, Tobinaga J, Sakai M. Mesenteric pseudocyst of the sigmoid colon. *J Gastroenterol.* 2003;38:1081-5. doi: 10.1007/s00535-003-1200-1.
- Antunes M, Pizzol D, Schiavoneb M, Colangelob AC. Quiste mesentérico gigante: manejo exitoso en un entorno de bajos recursos [Journal].- [s.l.]: Revista Internacional de Informes de Casos de Cirugía, 2020.
- Bhandarwar A, Tayade M, Borisa A, Kasat G. Laparoscopic excision of mesenteric cyst of sigmoid mesocolon. *J Minim Access Surg.* 2013;9:37-9. doi: 10.4103/0972-9941.107138.
- Yamabuki T, Suzuoki M, Murakami T, Hirano S. Laparoscopic Resection of a Jejunal Mesenteric Pseudocyst. *Case Rep Gastroenterol.* 2017;11:526-30. doi: 10.1159/000479313.
- Bang C, Tolefac P, Fola O, Biyouma M, Bisay U, Guifo M, et al. Giant sixteen kilogram lymphangioma mesenteric cyst: An unusual presentation of a rare benign tumour. *International Journal of Surgery Case Reports.* 2019;59:94-6. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.05.019.
- Chandradevan R, Rutkofsky I, Sirju K, Kitchen FL, Williams JT. Robotic Resection of a Jejunal Mesenteric Pseudocyst. *Cureus.* 2019;11:e4750. doi: 10.7759/cureus.4750.
- Resta G, Tartarini D, Fabbri N, Bianchini E, Anania G. Laparoscopic resection of a jejunal mesenteric pseudocyst: case report. *G Chir.* 2014;35:279-82.
- Micković S, Bezmarević M, Nikolić-Micković I, Mitrović M, Tufegdzic I, Mirković D, et al. Traumatic mesenteric pseudocyst. *Vojnosanit Pregl.* 2014;71:685-8. doi: 10.2298/vsp121116029m
- Lee S, Choi I, Choi W, Yoon D, Moon J, Ra Y, et al. Mesenteric pseudocyst of the small bowel in gastric cancer patient: a case report. *J Gastric Cancer.* 2012;12:43-5. doi: 10.5230/jgc.2012.12.1.43.
- Bolívar-Rodríguez A, Cazarez-Aguilar A, Luna-Madrid E, Morgan-Ortiz F. Pseudoquiste mesentérico infectado en yeyuno: reporte de un caso. *Cirugía y Cirujanos* 2015;83 :334-8. http://dx.doi.org/10.1016/j.cir.2015.05.022.