

# Quiste mesentérico como causa de abdomen agudo, presentación de un caso

## Mesenteric cyst as a cause of acute abdomen, a case report

Marlene Anaya Dominguez<sup>1,a</sup>, Patricia Montaña Claros<sup>1,b</sup>

### Resumen

Los quistes mesentéricos son una causa poco frecuente de masa abdominal de origen benigno en niños, el diagnóstico suele ser incidental, pueden presentarse como abdomen agudo, con complicaciones como: infección, obstrucción, torsión o ruptura, no existiendo signos específicos de presentación. Se presenta este caso por la rareza del mismo, el caso de una niña de 8 años que ingresa con dolor abdominal y signos de irritación peritoneal siendo sometida a laparotomía; diagnosticándose en el intraoperatorio quiste de epiplón torcido.

**Palabras claves:** quiste mesentérico; abdomen agudo; epiplón.

### Abstract

Mesenteric cysts are a rare cause of abdominal mass in children benign origin, the diagnosis is often incidental, may present as acute abdomen, with complications such as infection, obstruction, torsion or rupture, with no specific signs of submission.

We present this case because of the rarity of it, the case of an 8 year old girl who was admitted with abdominal pain and signs of peritoneal irritation undergoing laparotomy, intraoperative cyst diagnosed in the twisted omentum.

**Keywords:** mesenteric cyst; acute abdomen; epiplon.

Los quistes mesentéricos representan una rara causa de masa abdominal benigna en niños, están compuestos por dilataciones multiloculares en la superficie serosa, de consistencia linfangiomatosa. El tratamiento es simple la, excisión o infrecuentemente la resección intestinal. La primera descripción de un quiste de mesenterio fue hecha por Beneviene en 1507, durante la autopsia de un niño de ocho años<sup>1</sup>.

Los quistes mesentéricos tienen una incidencia de 1:105 000 hospitalizaciones, un tercio de casos se presentan en menores de 15 años, reportando una edad media de 5 años<sup>1</sup>.

La presentación clínica depende de la edad y el sexo. Debutan como masas abdominales con obstrucción intestinal parcial, o pueden presentarse como cuadros de abdomen agudo relacionado a una complicación por infección, obstrucción, torsión o ruptura o sólo dar síntomas inespecíficos como dolor abdominal, náusea, vómito, hasta en un 61% masa palpable abdominal.

El diagnóstico debe hacerse con ultrasonografía y/o tomografía abdominal computarizada. El tratamiento es quirúrgico con excisión o enucleación, para excluir su transformación maligna y evitar complicaciones como ruptura, hemorragia, torsión o infección, la resección intestinal es raramente necesaria.

No existen signos específicos de presentación por lo que el diagnóstico muchas veces será intraoperatorio como es el caso que presentamos.

### Presentación del caso

Paciente femenino de 8 años de edad quien ingresa al servi-

cio de urgencias con antecedente de dolor abdominal de 36 h de evolución, inicialmente en mesogástrico que se hizo difuso, asociado a alzas térmicas no cuantificadas, anorexia, recibió analgésicos (automedicada) con remisión leve del cuadro, por persistir álgida y compromiso del estado general acude a nuestro servicio.

Al examen físico se encuentra al paciente en regular estado general con palidez generalizada, abdomen distendido doloroso a la palpación con signos de irritación peritoneal, impresiona masa en fosa ilíaca derecha, hipoperistalsis.

El hemograma reporta una leucocitosis con desviación izquierda y pruebas de coagulación alteradas, que son corregidas inmediatamente. Ingresó a cirugía de urgencia con diagnóstico de abdomen agudo, plastrón apendicular a descartar. La paciente es sometida a una laparotomía exploradora, donde se extirpa quiste mesentérico torcido de 12 cm de diámetro, conteniendo 1000 cc de líquido porraceo no fétido, con pedículo torcido dependiente de epiplón, apéndice cecal congestivo e hiperémico y líquido libre en cavidad de aspecto seroso (figura 1 y 2).

Posteriormente el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de quiste mesotelial con respuesta inflamatoria crónica y apéndice cecal con oxíuros en el lumen.

Durante la evolución postoperatoria no se tuvieron complicaciones, siendo dada de alta a los 7 días.

### Discusión

El peritoneo es una cubierta mesotelial que recubre la cavidad que se extiende desde el abdomen a la pelvis. Los epiploones son, repliegues peritoneales. El omento mayor se extiende desde la curvatura mayor gástrica y duodeno proximal hasta emerger con el mesocolon transversos.

Existen muchas teorías para considerar la formación de quistes del mesenterio y del omento. Está la proliferación benigna de tejido linfático ectópico, otra teoría es la de obs-

<sup>1</sup>Servicio de cirugía pediátrica, Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarreal, Cochabamba, Bolivia.

<sup>a</sup>Cirujano Pediatra; <sup>b</sup>Anestesióloga

\*Correspondencia a: Marlene Anaya Dominguez.

Correo electrónico: maranay66@hotmail.com

Recibido el 29 de julio de 2011, Aceptado el 8 de noviembre de 2011

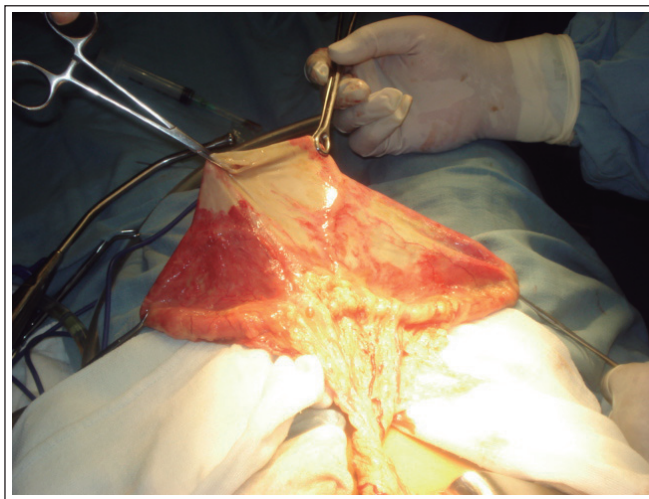


Figura 1. Quiste vacío



Figura 2. Pedículo torcido.

trucción linfática que provoca la formación de grandes quistes intraperitoneales, aunque está en duda, pues la obstrucción experimental de los vasos linfáticos mesentéricos no produce la formación de quistes por la gran circulación colateral rica en vasos linfáticos que ella presenta. Otras causas incluyen: fracaso en la fusión de las hojas de mesenterio, traumatismo oculto, neoplasia, y degeneración de nódulos de la linfa, entre

Tabla 1. Clasificación de quistes mesentéricos.

Según etiología y clínica	Según histopatología e inmunohistoquímica
Embriológicos	Mesotelial
Traumáticos	Endotelial
Neoplásicos	Entérico
Infecciosos	Urogenital
	Dermoide
	Pseudoquistes pancreáticos

otras<sup>2-4</sup>.

La clasificación de los quistes mesentéricos se presenta en la tabla 1.

La literatura plantea que los quistes del mesenterio son más frecuentes que los quistes del epiplón<sup>5,6</sup>. En el caso que se presenta observamos una dependencia de epiplón mayor. Entre los quistes del mesenterio el más frecuente es el de intestino delgado que en el colon, aunque hay casos reportados en la literatura<sup>4</sup>.

Los quistes mesentéricos y quistes omentales pueden ser simples o múltiples, uniloculares o multiloculares, y ellos pueden contener líquido hemorrágico, seroso, quiloso o líquido infectado. El de tipo seroso es típico de quiste ileal o colónico y es quiloso en quistes yeyunales. Pueden tener pocos milímetros a 40 cm de diámetro.

La forma clásica de presentación de los quistes del mesenterio y del epiplón en niños es la de una masa abdominal palpable, o ser un hallazgo durante una laparotomía<sup>5-7</sup>. La presentación aguda más frecuente en los niños es el de una obstrucción intestinal con un posible vólvulo de intestino e isquemia del intestino adyacente<sup>8</sup>. La paciente debutó con un cuadro de abdomen agudo con masa abdominal palpable.

El diagnóstico de esta patología en niños depende en primer lugar del examen físico y de los exámenes radiológicos. La ecografía es el examen de elección en pediatría cuando en un paciente con masa abdominal palpable y radiografías simple se encuentra zona de densidad de partes blandas, que rechaza las asas intestinales esto nos permite hacer diagnóstico de lesiones quísticas e incluso tomar biopsias.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este caso.

### Referencias bibliográficas

- Amulya K Saxena, MD, Department of Pediatric Surgery, Médical University of Graz, Austria: Mesenteric and Omental Cysts. Jan 16, 2008
- Ricketts Richard R. Mesenteric and Omental Cysts. En O'Neill Rowe. Pediatric Surgery. St Luis. Ed. Mosby. 1998;2:1269-75
- Medina-Pérez M, Varela E, Pérez Martín D. Teratoma quístico maduro del omentum mayor. Rev Obstetricia y Ginecología 1998; 41(2): 115 - 7.
- Seymour, Neal E. Mesenteric Tumors. Www.emedicine.com. Medicine Journal 2001,2(11).
- Lin JI, Fisher J, Caty MG. Newborn intraabdominal cystic lymphatic malformations. Rev Semin Pediatr Surg 2000; 9(3):141-5.
- Egozi E, Ricketts R. Mesenteric and omental cysts in children. Am Surg 1997,63(3):287-91.
- Medina Pérez M, Varela Corneo E, Pérez Martín D. Teratoma quístico maduro del omentum mayor. Rev Prog Obstet Ginecol 1998; 41: 115-7.
- Sato M, Ishida H, Konno K, Komatsuda T, Konno S, Watanabe S, et al. Mesenteric cyst: sonographic findings. Abdom Imaging 2000;25(3):306-10