

Hospital General de Castellón (España), Servicio de Cirugía General y Digestiva

Quiste mesentérico: experiencia en 4 casos

Dr. David Martínez-Ramos,¹ Dr. Carlos Rodríguez-Pereira,² Dr. Javier Escrig-Sos,³ Dr. Vicente Pellicer Castell,⁴ Dr. Juan Manuel Miralles-Tena⁵ y Dr José Luis Salvador-Sanchís⁶

RESUMEN

El quiste mesentérico es una enfermedad poco frecuente, cuya importancia ha sido menospreciada en demasiadas ocasiones en la literatura médica. La baja incidencia de la enfermedad y la creencia errónea de que se trata de un proceso benigno y asintomático han contribuido al escaso interés por su conocimiento. Se realizó un estudio retrospectivo con revisión de los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital General de Castellón entre enero de 1990 y noviembre de 2005. Se diagnosticaron 4 quistes mesentéricos de los 34 355 ingresos en nuestro servicio. La mitad eran mujeres y la media de edad fue de 25 años. Tres casos presentaron síntomas y sólo uno fue un hallazgo casual. La manifestación clínica más frecuente fue el dolor abdominal leve y difuso. Uno de los pacientes se complicó con una perforación espontánea del quiste y peritonitis. El tratamiento fue la exéresis quirúrgica en todos los casos. Las vías de abordaje fueron: 3 laparotomías y 1 laparoscopia. Únicamente un caso requirió resección intestinal por déficit en la vascularización. No hubo ninguna recidiva tras la cirugía. A pesar de la baja frecuencia de esta enfermedad, su conocimiento es necesario ya que se pueden presentar síntomas cuando el quiste ha crecido, así como complicaciones graves (hemorragia, perforación, obstrucción intestinal, malignización, etc.), que se pueden prevenir con la intervención quirúrgica, incluso en los casos asintomáticos.

Palabras clave: Quiste mesentérico, linfangioma, mesotelioma.

Los quistes mesentéricos son una enfermedad infrecuente y sobre la que es difícil encontrar bibliografía, tanto en libros de texto —donde apenas se les dedica unas líneas—, como en publicaciones periódicas y son pocos los artículos que cuentan con un número suficiente de pacientes. Aunque se ha publicado que, habitualmente, estos quistes son asintomáticos, éstos pueden presentar manifestaciones importantes e, incluso, complicaciones graves,

como perforaciones, hemorragia, oclusiones, entre otras, por lo que su conocimiento se hace necesario.

Asimismo, la escasa literatura médica al respecto hace que, en muchas ocasiones, los términos sean utilizados de forma confusa, lo cual hace posible que existan discrepancias entre diferentes autores para referirse a conceptos idénticos. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de los quistes mesentéricos, con revisión de los casos atendidos en nuestro hospital entre enero de 1990 y noviembre de 2005.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestro servicio con el diagnóstico de quiste mesentérico, desde enero de 1990 hasta noviembre de 2005. Se excluyeron de este estudio aquellas lesiones localizadas en el peritoneo parietal, retroperitoneo, ligamentos y omentos. El número final de pacientes incluidos fue de 4 (Tabla).

Tabla. Características de los pacientes

Ingreso	Procedencia	Clínica	Tamaño (cm)	Localización	Tratamiento	Acceso	Anatomía
Caso 1 (sexo femenino, 25 años de edad; 13 años de seguimiento)							
8 días	Consultas	Dolor abdominal Vómitos Masa palpable	24 x 20	Mesocolon transverso	Resección quirúrgica	Laparotomía media programada	Quiste mesotelial simple
Caso 2 (sexo masculino, 14 años de edad; 1 año de seguimiento)							
16 días	Urgencias	Dolor abdominal Masa palpable Peritonitis	7 x 8	Yeyuno	Resección quirúrgica	Laparotomía media urgente	Quiste mesotelial simple
Caso 3 (sexo femenino, 21 años de edad; 6 meses de seguimiento)							
11 días	Ginecología	Dolor abdominal Vómitos	22 x 8	Yeyuno	Resección quirúrgica y resección intestinal	Laparotomía Pfannestiel	Linfangioma
Caso 4 (sexo masculino, 41 años de edad; 5 meses de seguimiento)							
2 días	Consultas	Asintomático	5 x 4	Íleon	Resección quirúrgica y colecistectomía	Laparoscopia	Linfangioma

Caso 1: Mujer de 25 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que, en mayo de 1992 acudió a consultas externas por presentar dolor leve y continuo 2 meses de evolución

en la región epigástrica, en ocasiones acompañado de dispepsia y sensación nauseosa. Durante la exploración física, el abdomen era blando y deprimible, y se palpaba una masa de aproximadamente 20 cm de diámetro, parcialmente móvil y de contorno regular, que ocupaba la totalidad del vacío izquierdo. El hemograma y la bioquímica fueron normales. En la ecografía abdominal, se demostró una imagen quística, tabicada, de 21 cm x 18 cm, que se extendía desde el polo inferior del riñón derecho hasta la pelvis menor. En la tomografía axial computadorizada (TAC) abdominopélvica se confirmó la lesión y fue diagnosticada como quiste mesentérico, por lo que se decidió la intervención quirúrgica.

Bajo anestesia general se realizó una laparotomía media supra-infraumbilical, mediante la cual se comprobó la presencia de una gran tumoración bilobulada, de 20 cm de diámetro máximo, lisa y translúcida, dependiente del mesocolon transversal. Ésta se consiguió extirpar sin necesidad de resección intestinal. El estudio anatomopatológico posterior confirmó que se trataba de un quiste mesentérico. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente recibió el alta hospitalaria a los 8 días de la intervención. Trece años más tarde, la paciente no ha presentado complicaciones y, en la actualidad, permanece sin síntomas.

Caso 2: Varón de 14 años sin antecedentes de interés que, en noviembre de 2004 acudió a urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal difuso de 5 días de evolución. En la exploración física destacaba la palpación de una masa en hemiabdomen izquierdo de aproximadamente 5 cm de diámetro, con cierta movilidad lateral. El hemograma y la bioquímica fueron normales. Durante el ingreso se realizó ecografía, TAC y resonancia magnética (RM) abdominales en las que se observó una lesión quística intraperitoneal en hemiabdomen izquierdo, de 8 cm de diámetro máximo, paredes gruesas y contenido heterogéneo, que desplazaba estructuras y órganos adyacentes, sugestivo de quiste mesentérico (Fig. 1 [A1]). No existía evidencia de líquido libre intraperitoneal.

Durante la madrugada del cuarto día de ingreso, el paciente sufrió un dolor súbito, intenso y difuso por todo el abdomen, con signos de irritación peritoneal por lo que con la sospecha de perforación del quiste se decidió su intervención quirúrgica urgente. Durante ésta se visualizó la lesión quística conocida, dependiente del mesenterio yeyunal y que presentaba una perforación de 5 mm de diámetro, con diseminación peritoneal de su contenido (Fig. 1 [A2]). Tras tomar una muestra para su estudio microbiológico y cerrar la perforación quística con puntos de seda, se realizó la exéresis completa de la tumoración y se preservó de forma adecuada la vascularización de todo el intestino delgado. El estudio anatomopatológico posterior confirmó el quiste mesentérico mucoide, con hemorragia, necrosis e intenso infiltrado inflamatorio agudo. El cultivo microbiológico fue negativo.

Tras 7 días de postoperatorio y buena evolución clínica, el paciente recibió el alta hospitalaria. Después de 1 año de seguimiento el paciente permanece asintomático.

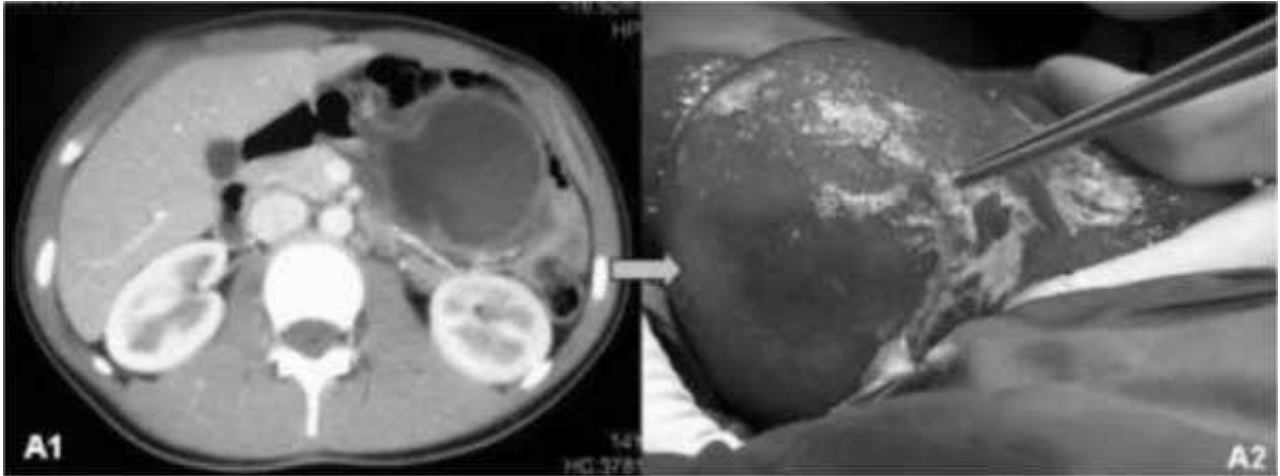


Figura 1. Imágenes del TAC y de la cirugía. A1) TAC abdominal.
A2) Cirugía; se observa una pequeña perforación señalada con la pinza.

Caso 3: Mujer de 21 años, sin antecedentes de interés que, en junio de 2005 acudió a urgencias de este hospital por presentar dolor abdominal, acompañado de vómitos biliosos de 2 días de evolución. En la exploración física destacaba un dolor abdominal difuso con predominio en el hipogastrio, así como la palpación de una masa abdominal de límites definidos y poco móvil. Se realizó ecografía abdominal de urgencia en la que se observó gran tumoración quística multilocular que ocupaba los 2/3 inferiores del abdomen, sugestiva de quiste anexial. En la TAC abdominopélvica se identificó una masa quística de 22 cm x 8 cm, con septos en su interior, que desplazaba estructuras adyacentes y era compatible con cistoadenoma de ovario (Fig. 2 [B1]).

Con este diagnóstico se decidió la intervención quirúrgica bajo anestesia general y, mediante una incisión de Pfannenstiel, se accedió a la cavidad abdominal, donde se demostró la presencia del quiste, que ocupaba todo el hemiabdomen inferior. El gran tamaño quístico obligó a la punción y vaciado de su contenido, con extracción de 2 300 cc de material seroso claro (Fig. 2 [B2]). A continuación, tras comprobar que no se trataba de una tumoración ovárica sino que dependía del mesenterio yeyunal, se resecó el quiste junto con el asa del intestino delgado correspondiente y se realizó una anastomosis término-terminal. El postoperatorio fue satisfactorio y el paciente fue dado de alta a los 11 días del ingreso. Tras 5 meses de seguimiento la paciente continúa asintomática.

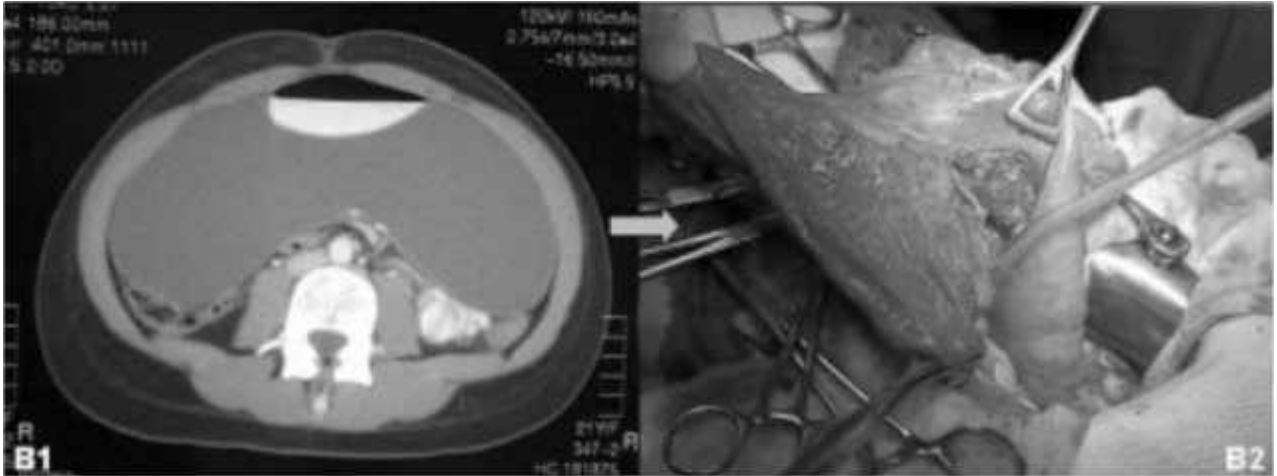


Figura 2. Imágenes del TAC y de la cirugía. B1) TAC abdominal. B2) Cirugía; se distingue el quiste tras su aspirado.

Caso 4: Varón de 41 años, hipertenso que, en agosto de 2005 acudió a urgencias por dolor abdominal tipo cólico localizado en el hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómitos, sugestivo de cólico biliar. Durante el estudio ecográfico se demostraron múltiples litiasis biliares, sin signos de colecistitis. Asimismo, se observó una lesión quística de 45 mm de diámetro máximo, adyacente a la vena cava inferior. La TAC abdominal confirmó que se trataba de un quiste localizado en el mesenterio.

Se decidió su intervención quirúrgica programada, bajo anestesia general, la cual se realizó mediante abordaje laparoscópico, colecistectomía y exéresis del quiste localizado en mesoíleon. Dos días más tarde y tras un postoperatorio sin incidencias, el paciente fue dado de alta. En el seguimiento, 3 meses más tarde, no ha habido complicaciones.

RESULTADOS

Durante el período estudiado se han registrado en nuestro servicio 34 355 ingresos y 4 de ellos fueron diagnosticados de quiste mesentérico (0,1 %). De los 4 pacientes estudiados, la mitad eran hombres. Sus edades fueron: 14, 21, 25 y 41 años. La manifestación inicial más frecuente fue dolor abdominal leve, difuso y mal localizado, que se observó en tres de ellos y que fue en una ocasión un hallazgo casual durante una ecografía realizada por otro motivo.

En uno de los casos se efectuó la intervención quirúrgica de forma urgente por peritonitis. En los casos restantes las intervenciones fueron programadas. En los tres casos sintomáticos, pudo palparse la tumoración durante la exploración física. En ninguno de nuestros pacientes se encontraron alteraciones en el hemograma ni en la bioquímica. El diámetro máximo de los quistes fue de 24 cm, 7 cm, 22 cm y 5 cm, respectivamente, con un grosor entre 0,3 cm y 0,2 cm. Mayoritariamente eran quistes uniloculados —casos 2, 3 y 4— y sólo el caso 1 era multiloculado.

El contenido del quiste del primer caso consistía en un líquido claro, mientras que los demás, en mayor o menor proporción, mostraban un líquido de aspecto hemático. En los cuatro pacientes se identificó inicialmente la lesión quística mediante ecografía y se confirmó mediante TAC, aunque en un caso el diagnóstico por imagen fue incorrecto (quiste anexial). La localización de los quistes fue, en tres ocasiones, en la zona media del intestino delgado, —2 en yeyuno y 1 en íleon— y, en una ocasión, en el mesocolon transverso. En todos ellos el tratamiento de elección fue la resección quirúrgica, con diferentes abordajes: 2 laparotomías medias —una de urgencia y una programada—, una laparotomía de Pfannestiel y un abordaje laparoscópico.

Tan solo en una ocasión fue necesaria la resección intestinal por compromiso de la vascularización, mientras en el resto de pacientes se conservó todo el intestino. Microscópicamente los casos 1 y 2 estaban revestidos por un epitelio de células mesoteliales aplanadas y carecían de fibras musculares y tejido linfóide (Fig. 3a). Inmunohistoquímicamente fueron positivos para citoqueratinas AE1/AE3. Los casos 3 y 4 mostraban un recubrimiento de células aplanadas de aspecto endotelial, y en el espesor de sus paredes se observaron varias formaciones dilatadas de aspecto linfático y fibras musculares lisas (Fig. 3b). Estos casos fueron claramente inmunoreactivos para D2-40 —marcador de endotelio vascular linfático— (Fig. 3c), y para actina de músculo liso (actina SMA) (Fig. 3d).

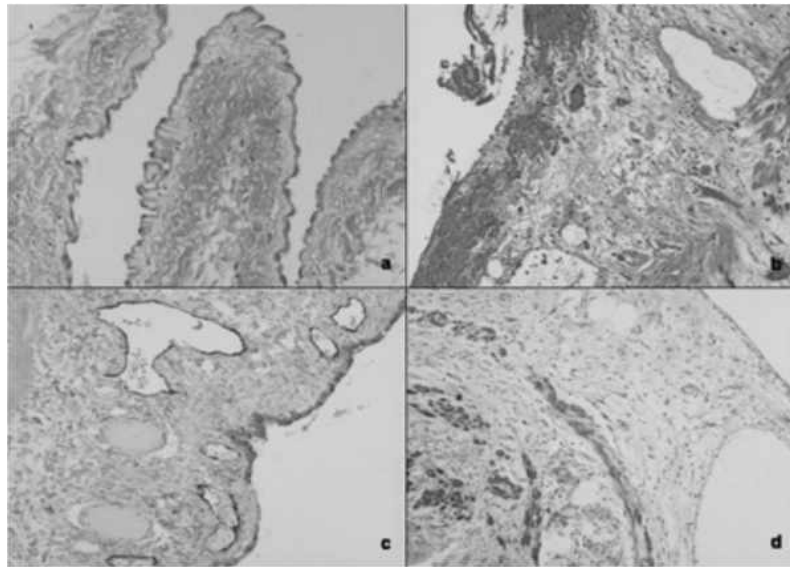


Figura 3. Cortes histológicos. a) Quiste mesotelial simple: Pared revestida por mesotelio (hematoxilina-eosina, x 20). b) Linfangioma quístico: Pared quística en cuyo espesor se observan vasos linfáticos dilatados y fibras musculares lisas (hematoxilina-eosina x 10). c) Inmunoreactividad para D2-40 en los vasos linfáticos de un linfangioma quístico: obsérvese la negatividad en los endotelios vasculares adyacentes (D2-40, x 10). d) Inmunopositividad para actina músculo-específica (SMA) en el espesor de la pared de un linfangioma. (SMA, x 10).

El tiempo de seguimiento ha sido de 13 años, 1 año, 5 meses y 3 meses, respectivamente, sin existir recidiva en ninguno de los casos presentados.

DISCUSIÓN

El quiste mesentérico es una enfermedad poco frecuente cuya importancia ha sido menospreciada en demasiadas ocasiones en la literatura médica. Su baja incidencia y la creencia errónea de que se trata de un proceso benigno y sin síntomas han contribuido a su escaso conocimiento.

La literatura recoge una incidencia de los quistes mesentéricos entre 1/27 000 y 1/250 000 ingresos hospitalarios.^{1,2} En nuestro servicio, entre 1990 y 2005, hemos registrado 4 quistes mesentéricos de un total de 34 355 ingresos, por lo que nuestra incidencia es 1 de cada 8 588 ingresos. Sin embargo, cabe destacar que durante el último año se han producido 3 de los cuatro casos incluidos en el estudio.

La media de edad fue de 25,2 años, lo que da idea de la juventud de los pacientes. No hubo diferencias respecto al sexo (2:2).

Aunque se ha publicado que la mayoría de las veces los quistes mesentéricos no muestran síntomas y son un hallazgo casual, durante exploraciones complementarias o cirugías realizadas por otros motivos,^{3,4} en nuestra serie únicamente un caso —caso 4— podría considerarse asintomático, al ser pequeño y no compresivo pero, en el 75 % de las ocasiones se objetivaron síntomas. La manifestación más frecuente —en tres pacientes— fue el dolor abdominal, sordo y poco localizado, lo cual concuerda con los datos de otros autores.⁵⁻⁷ En dos pacientes el dolor se produjo como consecuencia del gran tamaño tumoral —mayor de 20 cm de diámetro máximo— que comprimía estructuras adyacentes. En el tercer caso sintomático, la perforación espontánea del quiste justifica la intensificación del dolor. Estos datos nos alertan de dos cosas: en primer lugar y según nuestra experiencia, que los síntomas son más frecuentes de lo que se conoce a partir de las publicaciones sobre el tema, sobre todo cuando el tamaño es grande y, en segundo lugar, las complicaciones pueden llegar a ser extremadamente graves como, por ejemplo, una peritonitis secundaria a la perforación del quiste.⁸ Otras complicaciones descritas en la literatura médica han sido: obstrucción intestinal,⁹ fallo renal,¹⁰ herniación a escroto,¹¹ formación de vólvulos, isquemia intestinal e, incluso, la transformación maligna.²

En el diagnóstico de estos quistes, la palpación abdominal puede ser de gran ayuda, como ocurrió en 3 de los casos presentados, en los que se palpaba una masa de límites bien definidos y parcialmente móvil. No hemos encontrado alteraciones en ninguno de los parámetros rutinarios del hemograma ni de la bioquímica. La primera prueba de imagen que debe realizarse cuando se sospecha un quiste mesentérico, es la ecografía abdominal, ya que muestra una masa quística unilobulada o multilobulada, con o sin tabiques y contenido líquido, como ocurrió en todos nuestros pacientes.

La TAC posterior demostrará la presencia del quiste y determinará, con mayor precisión, su

origen y localización, lo cual confirmará la independencia del quiste con respecto a órganos digestivos o genitales cercanos.^{12,13} El diagnóstico diferencial de estas lesiones, tanto por pruebas de imagen como durante el acto quirúrgico, debe establecerse con otras lesiones quísticas de la cavidad abdominal, tales como quistes ováricos, quistes del uraco, riñones multiquisticos, pseudoquistes del páncreas, quistes esplénicos, etc., así como aneurismas de aorta, tumores carcinoides, mesenteritis esclerosante, metástasis mesentéricas de otros tumores o ascitis.^{3,9,13-15}

Aunque los quistes pueden aparecer en cualquier lugar del mesenterio, desde el duodeno hasta el recto, su localización más frecuente es, como en nuestra serie, en el mesenterio del intestino delgado.^{3,4,11} Existe cierta controversia en la clasificación de estos quistes, de forma que hay autores que consideran los quistes mesentéricos, los del omento y los retroperitoneales como un grupo único,¹⁶ y los diferencian de los linfangiomas¹⁷ o de los mesoteliomas.¹⁸ Otros autores, como es el caso de *Perrot* y cols.¹⁹ por el contrario, utilizan el término de *quiste mesentérico* para referirse a toda lesión quística localizada exclusivamente en el mesenterio, y las subdividen según su origen en quistes linfáticos, mesoteliales, entéricos, urogenitales, desmoides o pseudoquistes:

1. Quistes de origen linfático.

- a) Quiste linfático simple.
- b) Linfangioma.

2. Quistes de origen mesotelial.

- a) Quiste mesotelial simple.
- b) Mesotelioma quístico benigno.
- c) Mesotelioma quístico maligno.

3. Quistes de origen entérico.

- a) Quiste de duplicación intestinal.
- b) Quiste entérico.

4. Quistes de origen urogenital.

5. Teratoma quístico maduro (quiste dermoide).

6. Pseudoquistes no pancreáticos.

- a) De origen traumático.
- b) De origen infeccioso.

Pensamos que esta clasificación, propuesta por de *Perrot*, es clara, exacta y fácil de recordar, por lo que su uso debería generalizarse también en el ámbito quirúrgico. Histológicamente, con independencia de su localización, causas y curso clínico, la mayoría a

de los quistes mesentéricos poseen un recubrimiento de endotelio linfático o de epitelio mesotelial, y son todavía menos frecuentes el resto. Los quistes de origen linfático están recubiertos por células de endotelio aplanado y pueden contener músculo liso y tejido linfoide (linfangioma) o carecer de estos componentes (quiste linfático simple).¹⁹ Los quistes de origen mesotelial poseen un recubrimiento de células epiteliales planas, cuboidales o columnares, y su pared es fibrosa; carecen de fibras musculares lisas o de tejido linfoide. Tanto los quistes de origen mesotelial como los de origen linfático pueden ser uniloculados o multiloculados, aunque únicamente los mesoteliomas quísticos malignos —incluidos dentro del segundo grupo— presentan un comportamiento claramente maligno.²⁰ Inmunohistoquímicamente también existen diferencias entre ambos grupos ya que los quistes de origen linfático son positivos para vimentina; ocasionalmente para marcadores vasculares (FVIII, CD34 y CD 31) y, específicamente, para marcadores de endotelio linfático (D240). Los de origen mesotelial suelen ser positivos para vimentina, pero también expresan marcadores epiteliales (citoqueratinas y ocasionalmente, EMA).

Esta diferenciación, sin embargo, únicamente puede establecerse con el estudio histopatológico e inmunohistoquímico posterior, por lo que la actitud terapéutica no debe modificarse. Concordamos con otros autores^{2,11} en que el tratamiento ha de ser la exéresis quirúrgica del quiste, incluso en los casos asintomáticos (caso 4) ya que, como se observa en nuestro estudio, la posibilidad de que se produzca un crecimiento sintomático o de que aparezcan complicaciones graves es elevada. La punción y vaciado del quiste presenta demasiadas recidivas para su realización.² En nuestros pacientes, el acceso a la cavidad abdominal se realizó en tres ocasiones mediante laparotomía (2 laparotomías medias y 1 de Pfannestiel) y en una ocasión fue mediante abordaje laparoscópico. En todos los casos obtuvimos buenos resultados.

Otros autores han comunicado también buenos resultados mediante abordaje laparoscópico,^{14,21-23} por lo que entendemos que, hoy por hoy, la laparoscopia debería ser considerada la primera opción (siempre que esté disponible) en casos de cirugía programada por quiste mesentérico, ya que añade a los buenos resultados del tratamiento quirúrgico las conocidas ventajas de esta técnica. Por otro lado, aunque se ha publicado que hasta en el 60 % de los casos es necesaria la resección intestinal, condicionada por el compromiso en el aporte sanguíneo,^{2-4,24,25} únicamente tuvimos que realizarla en una ocasión y en el resto de pacientes mantuvimos la integridad del tubo digestivo.

Hemos comprobado que, con este proceder, el pronóstico de estos quistes, siempre que la resección haya sido completa, es bueno y el número de recidivas muy reducido, por lo que se puede considerar un tratamiento curativo.

Conclusiones

El quiste mesentérico es una enfermedad poco frecuente pero que debe ser conocida ya que puede presentar síntomas y complicaciones graves.

Independientemente de sus características histológicas, el tratamiento ha de ser la exéresis completa del quiste mediante cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Perrot M, Brudler M, Totsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cyst. Toward less confusion? *Dig Surg*. 2000; 17(4):323-8.
2. Townsend CM, Beauchamp RD, Mattox KL. *Sabiston: Tratado de Patología Quirúrgica*. 16ª Edición. México: Ed. McGraw-Hill; 2003.
3. Vlazakis SS, Gardikis S, Sanidas E, Vlachakis I, Charissis G. Rupture of mesenteric cyst after blunt abdominal trauma. *Eur J Surg*. 2000;166: 262-4.
4. Özdoğan M. Acute abdomen caused by a ruptured spontaneously infected mesenteric cyst. *Turk J Gastroenterol*. 2004;15(2):120-1.
5. Guzmán-Valdivia Gómez G, Alonso-Avilés V. Quiste de mesenterio como causa de abdomen agudo. A propósito de tres casos. *Gac Méd Méx*. 2003; 139(5):505-7.
6. Balda MA, Ditto CB, Vértiz G. Vómitos y dolor abdominal como forma de presentación de un quiste mesentérico. *Arch Argent Pediatr*. 2003; 101(1):73-4.
7. Valdivia-Gómez GG, Alonso-Avilés V. Quiste de mesenterio como causa de abdomen agudo. A propósito de tres casos. *Gac Méd Mex*. 2003;139(5):505.
8. Iuchtman M, Soimu U, Amar M. Peritonitis caused by a ruptures infected mesenterio cyst. *J Clin Gastroenterol*. 2001;32(5):452-3.
9. Barut I, Tarhan OR, Ciris M, Akdeniz Y, Bulbul Mahmut. Intestinal obstruction due to a mesenteric cyst. *Yonsei Med J*. 2004;45(2):256-8.
10. Cain WC, Kennedy S, Evans N, Goldthorne J. Renal failure as a result of mesenteric cyst. *J Pediatr Surg*. 2004; 39(9):1440-3.
11. Desai N, Desai D, Ghag G, Waghela J, Rao RV, Sawant P. Giant mesenteric cyst of abdomen herniating into scrotum. *Indian J Gastroenterol*. 2004;23: 74-5.
12. Levy A, Cantisani V, Miettinen M. Abdominal lymphangiomas: imaging features with pathologic correlation. *AJR*. 2004;182: 1485-91.
13. Sheth S, Horton KM, Garland MR, Fishman EK. Mesenteric neoplasms: CT appearances of primary and secondary tumours and differential diagnosis. *RadioGraphics*. 2003;23:457-73.
14. Raghupathy RK, Krishnamurthy P, Rajamani G, Babuji N, Diriviraj R. Intraabdominal cystic swelling in children - Laparoscopica approach, our experience. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2003;8:213-7
15. Simeone DM, Pranikoff T. Mesenterio cyst. *NEJM*. 1999;341(9):659.
16. Burkett JS, Pickleman J. The rationale for surgical treatment of mesenteric and retroperitoneal cysts. *Am Surg*. 1994;60(6):432-5.
17. García AM, Conde FJ, Gómez JA, Granados J, Nevado A, Uceda A, Jaén JD. Linfangioma mesentérico. *Cir Esp*. 2003;74(3):174-5.
18. Sawh RN, Malpica A, Deavers MT, Jinsong L, Silva E. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum: a clinicopathologic study of 17 cases and immunohistochemical analysis of estrogen and progesterone receptor status. *Human Pathology*. 2003;34(4):369-74.
19. De Perrot M, Rostan O, Morel P, Le Coultre C. Abdominal lymphangioma in adults and children. *Br J Surg*. 1998;85: 395-397.
20. Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric cysts and intraabdominal lymphangiomas. *Arch Surg*. 1985;120: 1266-1269.

21. Polat C, Ozamak ID, Yucel T, Ozman Y. Laparoscopic resection of giant mesenteric cyst. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2000;10:337-9
22. Mason JE, Soper NJ, Brunt LM. Laparoscopic excision of mesenteric cysts: a report of two cases. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2001;11: 382-4.
23. Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cyst. *Surg Endosc*. 1999;13(9):937-9.
24. Akinola O, Adejuyigbe O, Dare F. Mesenteric cysts in Nigerians. *Centr Afr J M*. 1989; 35(10):513-7.
25. Kurtz RJ, Heimann TM, Beck AR, Holt J. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg*. 1986; 203:109-112.

Recibido: 20 de diciembre de 2005. Aprobado: 15 de febrero de 2006.

Dr. David Martínez Ramos. Hospital General de Castellón, Servicio de Cirugía General y Digestiva. Avenida Benicàssim s/n. 12004 Castellón. España. Correo electrónico: davidmartinez@comcas.es

¹Especialista en Cirugía General y Digestiva.

²Especialista en Anatomía Patológica.

³Especialista en Cirugía General y Digestiva.

⁴Especialista en Cirugía General y Digestiva.

⁵Especialista en Cirugía General y Digestiva.

⁶Especialista en Cirugía General y Digestiva.