

Hospital General Universitario «Abel Santamaría Cuadrado» (Pinar del Río)

## Quiste del mesenterio: reporte de un caso y revisión de la literatura

Dr. Roberto Sosa Hernández,<sup>1</sup> Dr. Carlos A. Sánchez Portela<sup>2</sup> y Dr. Lorenzo Simón Rodríguez<sup>3</sup>

---

### RESUMEN

El quiste mesentérico es una entidad poco frecuente que se ha definido como cualquier lesión quística localizada en el mesenterio, y se subdivide, según su origen, en tumores linfáticos, mesoteliales, urogenitales, dermoides, entéricos y pseudoquistes. Recientemente atendimos en nuestro hospital a un paciente del sexo masculino, de 61 años de edad, ingresado a causa de dolor abdominal difuso, que se llevó al salón de operaciones con el diagnóstico de oclusión intestinal por bridas. Durante el acto quirúrgico se encontró un quiste del mesenterio, aproximadamente de 8 a 10 cm, por lo que fue necesario realizar una resección intestinal, siendo la evolución posoperatoria favorable. 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.

*Palabras clave:* Quiste mesentérico, linfangioma, mesotelioma.

---

El quiste del mesentérico es una patología poco frecuente y sobre la que es difícil encontrar bibliografía, tanto en libros de texto como en publicaciones periódicas, lo cual hace que en ocasiones los términos sean utilizados de forma confusa y que existan discrepancias entre diferentes autores para referirse a conceptos idénticos. Su baja incidencia y la creencia errónea de que se trata de un proceso benigno y sin síntomas ha contribuido a su escaso conocimiento.

Se ha definido como cualquier lesión quística localizada en el mesenterio y se subdivide, según su origen, en tumores linfáticos, mesoteliales, urogenitales, dermoides, entéricos y pseudoquistes.<sup>1</sup> Los más frecuentes son los linfangiomas benignos, producidos por una

proliferación de tejido linfático ectópico.<sup>2</sup> Aunque se ha publicado que, habitualmente, estos son asintomáticos y el diagnóstico es casual por pruebas de imagen,<sup>2,3</sup> estos pueden presentar manifestaciones importantes e incluso complicaciones graves, como perforaciones, oclusiones y hemorragias.<sup>2,4</sup> Por esta razón, consideramos que el tratamiento debe ser la resección quirúrgica, incluso cuando el hallazgo sea casual.<sup>2,5</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo masculino, de la raza blanca y de 61 años de edad, fumador inveterado, con antecedentes de operación de apendicitis aguda, hace varios años. En esta ocasión es remitido de su área de salud porque hace 3 días comenzó a presentar dolor abdominal de tipo cólico, vómitos y distensión abdominal que se fue incrementando con el de cursar de las horas. Refirió, además, que hacía 2 días que no expulsa gases ni defecaba, por lo que es admitido en el servicio de urgencias de nuestro hospital.

En el examen físico se constató signos de deshidratación ligera, abdomen distendido, doloroso difusamente, con timpanismo abdominal y ruidos hidroaéreos aumentados y no se precisó la existencia de tumoración abdominal. Se halló ligera taquicardia, con frecuencia cardíaca de 100 lpm y la tensión arterial de 120/70 mm Hg. En el tacto rectal se comprobó la ampolla rectal vacía y no existía tumoración palpable.

Se realizaron exámenes complementarios de urgencia: la química sanguínea, hemoglobina 12,3 g/L; ligera leucocitosis con desviación a la izquierda, glicemia 3,1 g/L; electrocardiograma normal y se realizan estudio imaginológicos. En los rayos X de abdomen simple, de pie, se observó distensión de asas intestinales con múltiples niveles hidroaéreos en escalera, característicos de una oclusión intestinal. Se realizó ultrasonografía abdominal, pero no aportó datos de interés por la presencia de abundantes gases intraabdominales. Por esta razón, se decidió llevarlo al salón de operaciones de urgencia con el posible diagnóstico de oclusión intestinal por bridas, sobre la base del antecedente de la intervención quirúrgica anterior.

Se realizó laparotomía exploradora, y se encontró distensión de asas delgadas. Se comprobó la oclusión por bridas gruesas que angulaban en 2 sitios el yeyuno; no se halló afectación vascular de estas y se observó buen peristaltismo. Se realizó lisis de las bridas y se recuperó el tránsito normal las asas. En la exploración del resto del abdomen se encontró una tumoración de aproximadamente 8 a 10 cm de diámetro, ubicada en el meso de un asa yeyunal, cerca del borde antimesentérico de aquella. Su color era amarillo blanquecino; tenía bordes lisos; era firme y no comunicaba con la luz intestinal ni afectaba la vascularización del intestino. Se resecó el segmento intestinal con anastomosis término-terminal en un solo plano, con poliéster 3/0. El resto de la cavidad no mostró alteraciones.

Se envió el segmento de intestino resecado (figuras 1-3) para estudio anatomopatológico y los resultados de este fueron: segmento de intestino delgado que mide 23 x 0,3 cm; serosa parda, violácea que insertada a la serosa presenta una masa tumoral que próximo a 7 y el más distal a 14,5 cm; masa que mide 7 x 6 cm, de color amarillento; al corte es de color

amarillento pastoso, bien encapsulado; al abrir el segmento de intestino se observó mucosa de color grisáceo que conserva los pliegues. Se concluyó el diagnóstico de quiste mesentérico (mesotelial simple), con calcificación de la pared.



**Figura 1.** *Segmento de intestino delgado con quiste de mesenterio.*



**Figura 2.** *Segmento de intestino abierto. No existe comunicación con el quiste.*



**Figura 3.** *Cortes longitudinales del quiste.*

El paciente evolucionó de forma favorable y se le dio el alta a los 6 días después de operado.

## **DISCUSIÓN**

Los quistes de epiplón y mesentérico son lesiones poco comunes. Se han publicado en la literatura mundial alrededor de 900 casos desde 1507, que muestran una incidencia de hasta 1 cada 250 000 ingresos.<sup>6</sup> Es la variedad más rara de todas las lesiones quísticas abdominales, y su tamaño varía desde algunos centímetros hasta 30 cm de diámetro. Aproximadamente una tercera parte de estas lesiones se presentan en los niños y los más frecuentes son los mesentéricos (de 2 a 10 veces más frecuentes que los quistes de epiplón). Es una enfermedad poco frecuente, cuya importancia ha sido menospreciada en muchas ocasiones en la literatura médica.

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<sup>2,5</sup> Se ha observado que estos pueden producir dolor abdominal, sordo y poco localizado, lo cual concuerda con los datos de otros autores.<sup>4,7,8</sup> En ocasiones pueden producir complicaciones que pueden llegar a ser extremadamente graves como, por ejemplo, una peritonitis secundaria a la perforación del quiste.<sup>9</sup> Otras complicaciones descritas en la literatura médica han sido la obstrucción intestinal,<sup>10</sup> fallo renal,<sup>11</sup> herniación a escroto,<sup>12</sup> formación de vólvulos, isquemia intestinal e incluso la transformación maligna.<sup>13</sup>

En el diagnóstico de estos quistes la palpación abdominal puede ser de gran ayuda. En esta se palpa una masa de límites bien definidos y parcialmente móvil.

La primera prueba de imagen que debe realizarse cuando se sospecha la presencia de un quiste mesentérico es la ecografía abdominal, que muestra una masa quística unilobulada o multilobulada, con tabiques o sin ellos y con contenido líquido.<sup>3,14</sup>

Aunque los quistes pueden aparecer en cualquier lugar del mesenterio, desde el duodeno hasta el recto, su localización más frecuente es en el mesenterio del intestino delgado.<sup>2,5,12</sup> Existe cierta contradicción 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 y los diferencian de los linfangiomas<sup>15</sup> o de los mesoteliomas.<sup>16</sup> Otros autores como *Perrot* y cols.<sup>17</sup> utilizan, por el contrario, el término *quiste mesentérico* para referirse a toda lesión quística localizada solamente 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.

Independientemente del origen de los quistes mesentéricos, concordamos con muchos autores<sup>12,13</sup> en que el tratamiento ha de ser la exéresis quirúrgica del quiste, incluso en los casos asintomáticos, ya que la posibilidad de que se produzca un crecimiento sintomático o que aparezcan complicaciones graves es elevada. La punción y vaciado del quiste presenta demasiadas recidivas.<sup>13</sup>

Otros autores han comunicado también buenos resultados mediante abordaje laparoscópico,<sup>18-20</sup> por lo que entendemos, hoy por hoy, que la laparoscopia debería ser considerada la primera opción, siempre que esté disponible, cuando se trate de una cirugía programada de quiste mesentérico. La razón es que añade a los buenos resultados del tratamiento quirúrgico las conocidas ventajas de esta técnica.

Por otro lado, aunque se ha publicado que en un gran número de casos es necesaria la resección intestinal a causa de la afectación vascular,<sup>2,5,13,21-23</sup> fue necesario realizarla en nuestro paciente.

Se ha comprobado que cuando la exéresis quirúrgica es completa, el pronóstico de estos quistes es bueno y el número de recidivas es muy reducido, por lo que puede considerarse un tratamiento curativo.

---

## SUMMARY

The mesenteric cyst is an uncommon entity localized in the mesentery and it is subdivided, according to its origin into lymphatic, mesothelial, urogenital, dermoid, or enteric tumors, and pseudocysts. Recently we received in our hospital a 61-year-old male patient that was admitted due to a diffuse abdominal pain. He was taken to the operating room with the diagnosis of intestinal occlusion caused by bands. During the surgical procedure, it was found a mesenteric cyst of approximately 8-10 cm, which made necessary to perform intestinal resection. The postoperative evolution was satisfactory. The low incidence of the disease and the erroneous belief that it is a benign and asymptomatic process have contributed to the little interest in knowing about it.

*Key words:* Mesenteric cyst, lymphangioma, mesothelioma.

---

## 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. 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.
3. Levy A, Cantisani V, Miettinen M. Abdominal lymphangiomas: imaging features with pathologic correlation. *AJR.* 2004;182:1485-1491.
4. 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.
5. Özdoğan M. Acute abdomen caused by a ruptured spontaneously infected mesenteric cyst. *Turk J Gastroenterol.* 2004;15(2):120-1.
6. De la Parra Márquez M, Ibarra Prado J, Delgado Gaona M, Arzo Gálvez R, López Martínez H. Quiste gigante de epiplón: informe de un caso en sujeto pre-escolar. *Gac Méd Méx.* 2004;26(1):55-7.
7. 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.
8. 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.

9. Iuchtman M, Soimu U, Amar M. Peritonitis caused by a ruptures infected mesenterio cyst. *J Clin Gastroenterol*. 2001;32(5):452-3.
10. 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.
11. Cain WC, Kennedy S, Evans N, Goldthorne J. Renal failure as a result of mesenteric cyst. *J Pediatr Surg*. 2004;39(9):1440-1443.
12. 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.
13. Townsend CM, Beauchamp RD, Mattox KL. Sabiston: Tratado de Patología Quirúrgica. 16ª Edición. México: Ed. McGraw-Hill; 2003. Pp 350-60.
14. 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.
15. García AM, Conde FJ, Gómez JA, Granados J, Nevado A, Uceda A, *et al*. Linfangioma mesentérico. *Cir Esp*. 2003;74(3):174-5.
16. 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.
17. De Perrot M, Rostan O, Morel P, Le Coultre C. Abdominal lymphangioma in adults and children. *Br J Surg*. 1998;85:395-7.
18. 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;8:213-217.
19. Polat C, Ozamak ID, Yucel T, Ozman Y. Laparoscopic resection of giant mesenteric cyst. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2000;10:337-9.
20. 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.
21. Vialat Soto V, Labrada Arjona E, Sandín Hernández N, Arriete Vega A. Quistes del mesenterio y epiplón en niños. Estudio de 20 años. *Rev Cubana Pediatr*. [seriada en línea] 2004; 76 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312004000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312004000300006&script=sci_arttext)
22. Alvarado GR, Uribe VE, Fernández VS, Gallego GJE. Quistes de epiplón y mesenterio en niños. *Acta Pediatr Mex* 2001;22(5):332-6.
23. Martínez Ramos D, Rodríguez Pereira C, Escrig Sos J, Pellicer Castell V, Miralles Tena JM, Salvador Sanchís JL. Quiste mesentérico: experiencia en 4 casos. *Rev Cubana Cir*. [seriada en línea] 2005;44(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932005000400006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400006&lng=es&nrm=iso)

Recibido: 5 de enero de 2007. Aprobado: 26 de marzo de 2007.

*Dr. Roberto Sosa Hernández*. Maceo núm. 144, entre Estrada Palma y Ave. Rafael Ferro. Pinar del Río, Cuba.

Correo electrónico: [mjenifer@princesa.pri.sld.cu](mailto:mjenifer@princesa.pri.sld.cu)

- 1 Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.**
- 2 Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente.**
- 3 Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.**