

Quiste mesentérico en el recién nacido

Mesenteric cyst present in newborn

Eduardo Morales Mesa,^I Nilvia Esther González García,^{II} Maria de los Ángeles Cubero Rego,^{III} Lissette Trelles Porro^{IV}

^I Especialista de II Grado en Neonatología. Unidad de Cuidados Especiales Neonatales. Hospital Pediátrico Universitario «William Soler». La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Neonatología. Unidad de Cuidados Especiales Neonatales. Hospital Pediátrico Universitario «William Soler». La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Neonatología. Unidad de Cuidados Especiales Neonatales. Hospital Pediátrico Universitario «William Soler». La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Neonatología. Unidad de Cuidados Especiales Neonatales. Hospital Pediátrico Universitario «William Soler». La Habana, Cuba.

RESUMEN

El quiste mesentérico es una enfermedad rara en la etapa neonatal, y suele confundirse imagenológicamente con múltiples patologías de los órganos intraabdominales. Se presenta un caso clínico con diagnóstico prenatal por imagen anecoica del hemiabdomen superior. El paciente requirió múltiples intervenciones quirúrgicas por presentar un quiste mesentérico que coexistía con atresia intestinal ileal en forma de «cáscara de manzana», y el tratamiento clínico y nutricional fue difícil.

Palabras clave: Recién nacido, quiste mesentérico, ultrasonido, tumores intraabdominales, atresia intestinal.

ABSTRACT

Mesenteric cyst is a rare condition in neonatal stage and often is confounded with multiple pathologies of intra-abdominal organs. A clinical case diagnosed with

prenatal diagnosis by anechoic image of superior hemi-abdomen. Patient required of many surgical interventions due to a mesenteric cyst coexisting with an "apple shell" ileal intestinal atresia. Clinical and nutritional treatment was difficult.

Key words: Newborn, mesenteric cyst, ultrasound, intra-abdominal tumors, intestinal atresia.

INTRODUCCIÓN

En 1852 *Gairdne* reportó el primer caso de quiste mesentérico.¹ La primera intervención quirúrgica satisfactoria se realizó en 1880,² y se describió el primer caso en la literatura moderna en Italia en 1907, por el anatomista *Benevieni*, en la autopsia de una niña de 8 años.³

El quiste mesentérico constituye una proliferación benigna ectópica linfática que tiene comunicación con el tejido linfático normal. También se plantea como etiología una posible obstrucción linfática, traumas, neoplasias y degeneración linfática.⁴⁻⁶

Puede aparecer en cualquier parte del mesenterio del tracto gastrointestinal. Su presentación más común es en el mesenterio ileal.⁷ Puede ser simple, múltiple, unilobulado o multilobulado y contener sangre, líquido seroso, quilo o infectarse. Su contenido es seroso en los iliales y los de colon, y quiloso en los yeyunales.^{4,8}

Su tamaño puede alcanzar hasta 40 cm de diámetro. Se reporta un caso en un hospital de Atlanta que medía 14,9 cm por 11,4 cm por 4,7 cm.⁹

Puede diagnosticarse prenatalmente mediante ultrasonografía, donde se observa como una masa ecolúcida o anecogénica. Los diagnósticos diferenciales en estos pacientes pueden ser: la atresia intestinal (el asa dilatada), el estomago dilatado (en atresias pilóricas) duplicidades intestinales, hidronefrosis, quiste de ovarios y los teratomas.¹⁰

Clínicamente pueden ser descubiertos de forma accidental.¹⁰ Aunque generalmente los niños se consultan por distensión abdominal, vómitos y dolor vago, al examen físico se palpa una masa abdominal que puede simular ascitis.¹¹ La forma más común de presentación es aguda con obstrucción intestinal asociada a un vólvulo intestinal.^{9,12} El tratamiento siempre es quirúrgico y presenta pocas complicaciones.^{2, 6}

Este es un caso clínico curioso, pues la paciente tenía un diagnóstico prenatal de dos imágenes anecogénicas abdominales, las cuales fueron interpretadas como un quiste de ovario que coexistía con una atresia intestinal. Por esta razón, fue intervenida quirúrgicamente y el quiste mesentérico constituyó un hallazgo asociado a una atresia intestinal de tipo «cáscara de manzana». Además, la recién nacida requirió dos intervenciones quirúrgicas más, producto de la aparición de complicaciones, y fue dada de alta a pesar de presentar una de las atresias intestinales de manejo posquirúrgico y nutricional más complejo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino, raza negra, de 24 h de vida, hija de madre de 28 años, grupo y factor 0+, un aborto (rivanol) a las 26 sem por diagnóstico prenatal de atresia intestinal. Nace de parto eutócico cefálico, líquido amniótico meconial, a las 37,3 sem de edad gestacional por Parkin con peso de 2810 g, con diagnóstico prenatal a las 16 semanas de quiste de ovario, ratificado a las 32 semanas y además malformación digestiva. Al nacimiento se constata abdomen aumentado de tamaño y se palpa tumoración en flanco izquierdo de más menos 3 cm de diámetro.

A las 6 h de nacida presenta regurgitación amplia amarilla; se colocó una sonda nasogástrica (SNG), y se obtuvo contenido gástrico amarillo escaso. Se trasladó para el Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Universitario «William Soler», donde se realizó un ultrasonido abdominal donde se encontró poco aire en estómago con poco líquido, y dos imágenes anecogénicas a nivel umbilical. La mayor de ellas medía 45 x 26 mm ([figura 1](#)).

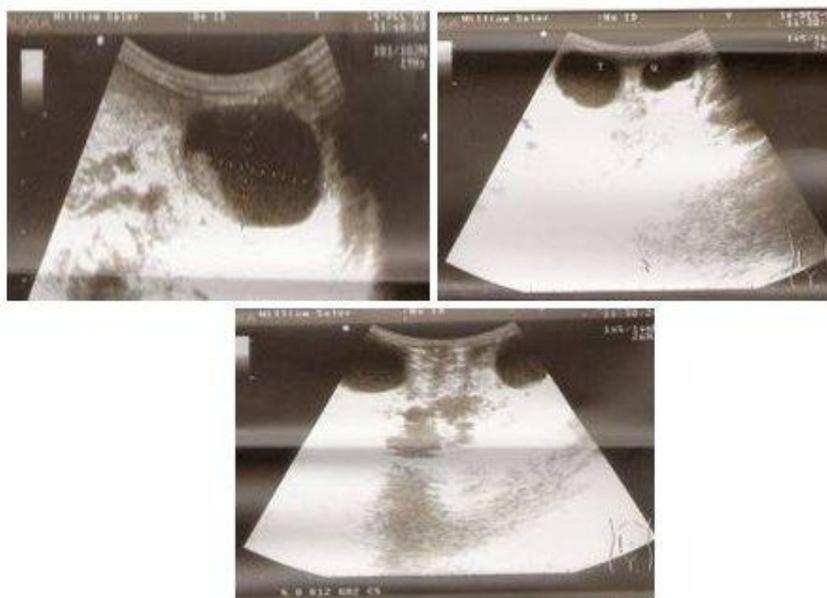


Figura 1. **Ultrasonografía antes de la intervención, donde se observa, a la izquierda, posible imagen de quiste de ovario.**

Se decidió llevarla al salón con diagnóstico de quiste de ovario y posible malformación digestiva. En el acto quirúrgico se encontró atresia intestinal de variedad yeyunal de tipo III, en «cáscara de manzana»; a la derecha del bolsón proximal del intestino dilatado se halló un quiste mesentérico de 4 cm. Se realizó la exéresis del quiste y una anastomosis termino-terminal intestinal. Se dejó una sonda transanastomótica para alimentación ([figura 2](#)).

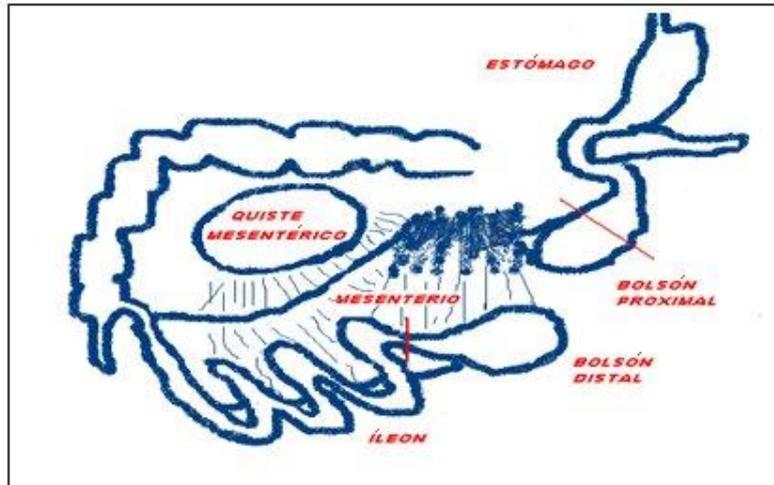


Figura 2. Esquema ilustrativo de lo encontrado en el acto quirúrgico. (Cortesía del Equipo de Cirugía Neonatal del Hospital «William Soler»).

A las 48 h de operada, ya extubada, comenzó con distensión abdominal marcada y escaso contenido verde por sonda nasogástrica, sin contenido por la transanastomótica. Se realizaron radiografías de abdomen simple anteroposterior y lateral, en bipedestación, y se constató neumoperitoneo gigante (figura 3), por lo que fue llevada nuevamente al salón. Se encontró encuentra dehiscencia de una parte de la sutura digestiva, la cual se reparó y la paciente regresó a nuestro servicio. A las 48 horas de la primera reintervención comenzó con distensión abdominal marcada y coloración violácea del abdomen. Se le realizaron nuevamente radiografías abdominales en bipedestación y se constató de nuevo el neumoperitoneo.



Figura 3. Radiografías de abdomen simple, vistas AP y lateral donde se observa imagen de neumoperitoneo.

Fue llevada por tercera vez al salón de operaciones y se constató la dehiscencia de sutura de nuevo, adherida a la sonda transanastomótica, la cual se retiró. Se realizó una gastrostomía y se dejó una sonda larga que pasaba la sutura digestiva.

Comenzó a defecar espontáneamente a los 6 días de vida, pero con un contenido verde por la SNG hasta los 20 días de nacida. Se inició la alimentación parenteral parcial a los 7 días de vida, y se mantuvo hasta los 23 días de edad.

Se inició la alimentación trófica con leche materna al octavo día de vida y nutritiva a los 27 días, y la paciente llegó a tolerar hasta 50 mL por sonda de gastrostomía por gastroclisis, al inicio de 2 h y después de 1 h. A los 33 días de vida fue posible la alimentación por succión, que toleró bien. Fue dada de alta a los 40 días de nacida, con un peso de 2700 g y alimentándose con leche materna por succión.

Mientras estuvo hospitalizada en nuestro servicio se transfundió en 4 ocasiones, recibió tratamiento antibiótico con Ceftriaxone por 3 días, Amikacina por 2 días Vancomicina y Meropenem por 15 días y Piperacilina con Tazobactam por 15 días y Anfotericin B liposomal por 12 días.

DISCUSIÓN

El quiste mesentérico es una entidad rara que antes de la era del ultrasonido se diagnosticaba de forma accidental en etapas más tardías de la vida o como un hallazgo ante la aparición de alguna complicación. Uno de tres pacientes se diagnostica antes de 15 años.^{9,10} El promedio de edad en que se realiza el diagnóstico es de 4,9 años.^{9,12-15}

Se reporta una incidencia de 1 en 140 000 del total de ingresos de los hospitales pediátricos.^{7,8,16} Un estudio en el Hospital Universitario Egleston Children's at Emory University desde 1965-1994, reporta 14 pacientes, lo cual representa una prevalencia de 1 caso por 11 250 ingresos.⁴ En nuestro servicio hemos tenido 2 pacientes diagnosticados y operados en 21 años, de un total de 12 640 ingresos con una supervivencia del 100 %. No existen exámenes de laboratorio específicos para realizar el diagnóstico de quiste mesentérico. El diagnóstico se realizará por exámenes imagenológicos como son: ultrasonido abdominal que revela una imagen ecolúcida que puede tener ecos en su interior si tuviera hemorragia o estuviera infectada. Puede ser confundida con un quiste de ovario en los fetos y en el recién nacido.^{9,14,15}

En la radiografía de abdomen simple puede observarse disminución del patrón gaseoso y una masa densa que desplaza las asas intestinales lateral y anteriormente. También se pueden observar unas finas calcificaciones de la pared del quiste.⁴

La complicación más frecuente es la obstrucción intestinal, la cual coexistió de forma prenatal en este paciente. También se reportan los vólvulos, las hemorragias dentro del quiste, la infección, la ruptura, la torsión del quiste y la obstrucción de las vías urinaria o del tracto biliar.¹⁷ Se reporta la malignización de quistes mesentéricos en adultos, no así en los niños.⁷

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran la duplicidad intestinal, los quistes de ovarios, la esplenomegalia, las hidronefrosis, los teratomas y las ascitis.¹⁵

Con el reporte de este paciente los autores desean destacar que el quiste mesentérico puede confundirse con el de ovario prenatalmente; asimismo, su asociación a atresia intestinal y las complicaciones que pueden surgir durante su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gairdner WT. A remarkable cyst in the omentum. *Trans Path Soc Lond.* 1852; 3:1851.
2. Tillaux PJ. Cyste du mesentere un homme: ablation par la gastromie: quersion. *Revue de Therapeutiques Medico-Chirurgieale Paris.* 1880; 47:479.
3. Mohanty SK, Bal RK, Maudar KK. Mesenteric cyst - an unusual presentation. *J Pediatr Surg.* May 1998; 33(5):792-3.
4. Egozi EI, Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts in children. *Am Surg.* Mar 1997;63(3):287-90.
5. Beahrs OH, Judd ES, Dockerty MB. Chylous cysts of the abdomen. *Surg Clin North Am.* Aug 1950; 30(4):1081-96.
6. Gross RE. *The Surgery of Infancy and Childhood.* Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1953. Pp. 377-83.
7. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg.* Jan 1986; 203(1):109-12.
8. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric, and omental cysts. *Arch Surg.* Jul 1984;119(7):838-42.
9. Mollitt DL, Ballantine TV, Grosfeld JL. Mesenteric cysts in infancy and childhood. *Surg Gynecol Obstet.* Aug 1978; 147(2):182-4.
10. Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts. In: *Pediatric Surgery.* 5th ed. 1998:1269-75.
11. Feins NR, Raffensperger JG. Cystic hygroma, lymphangioma, and lymphedema. In: Raffensperger JG, ed. *Swenson's Pediatric Surgery.* 5th ed. Norwalk, Conn: Appleton & Lange; 1990. Pp.172-3.
12. Hebra A, Brown MF, McGeehin KM, Ross AJ 3rd. Mesenteric, omental, and retroperitoneal cysts in children: a clinical study of 22 cases. *South Med J.* Feb 1993; 86(2):173-6.
13. Chung MA, Brandt ML, St-Vil D, Yazbeck S. Mesenteric cysts in children. *J Pediatr Surg.* Nov 1991;26(11):1306-8.
14. Kosir MA, Sonnino RE, Gauderer MW. Pediatric abdominal lymphangiomas: a plea for early recognition. *J Pediatr Surg.* Nov 1991;26(11):1309-13.

15. Molander ML, Mortensson W, Uden R. Omental and mesenteric cysts in children. Acta Paediatr Scand. Mar 1982;71(2):227-9.

16. Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. Arch Surg. Nov 1985; 120(11):1266-9.

17. Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts. In: Pediatric Surgery. 5th ed. 1998:1269-75.

Recibido: 26 de marzo de 2009.

Aprobado: 16 de mayo de 2009.

Eduardo Morales Mesa. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Pediátrico Universitario «William Soler». San Francisco 10112, Altahabana. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: eduarm@infomed.sld.cu