



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Pseudoquiste mesentérico infectado en yeyuno: reporte de un caso



Martín Adrián Bolívar-Rodríguez*, Marcel Antonio Cazarez-Aguilar,
Eduardo Esaú Luna-Madrid y Fred Morgan-Ortiz

Departamento de Cirugía General, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa, México

Recibido el 3 de julio de 2014; aceptado el 25 de septiembre de 2014
Disponible en Internet el 27 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Quiste mesentérico;
Yeyuno;
Infección;
Reporte de caso

Resumen

Antecedentes: Los quistes mesentéricos son tumores intra-abdominales raros, generalmente asintomáticos, y se detectan incidentalmente durante el examen físico o radiológico. Las complicaciones como la infección, hemorragia, torsión, ruptura, obstrucción intestinal, son poco frecuentes, pero pueden ser causa de abdomen agudo. El propósito de este reporte es describir las características y evolución clínica, de un paciente masculino con un pseudo-quiste mesentérico infectado de yeyuno.

Caso clínico: Masculino de 49 años que ingresó al servicio de urgencias por dolor abdominal de 6 días de evolución, con datos de obstrucción intestinal, tumor palpable en hemiabdomen superior, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, leucocitosis de 36,100 /mm³, procalcitonina de 4.21 ng/ml, tomografía computada de abdomen que evidenció una tumoración quística a nivel de mesenterio, por lo que se realizó laparotomía exploradora encontrándose como hallazgo la presencia de un pseudoquiste mesentérico en yeyuno con datos de infección, el cual fue extirpado y enviado para estudio histopatológico. La evolución clínica del paciente fue satisfactoria dándose de alta 7 días después de la intervención quirúrgica.

Conclusión: Los quistes mesentéricos pueden presentarse con abdomen agudo por hemorragia, infección, obstrucción y/o perforación intestinal, las cuales son complicaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente si no se detectan y manejan de forma oportuna con resección del pseudoquiste con o sin resección intestinal, dependiendo de la localización, y el tamaño de la afección.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia: Calle Presa Infiernillo 1067, Col.: Las Quintas. Culiacán, Sinaloa, C.P. 80060, México Tel.: +667-758-79-23.
Correo electrónico: bolivarmartin64@hotmail.com (M.A. Bolívar-Rodríguez).

KEYWORDS

Mesenteric cyst;
Jejunum;
Infection;
Case report

Infected jejunal mesenteric pseudocyst: A case report**Abstract**

Background: Mesenteric cysts are very rare abdominal growths, generally asymptomatic, and which are usually detected incidentally while performing a physical examination or an imaging test. Complications such as infections, haemorrhage, torsion, rupture, or bowel obstruction, are seldom found in this pathology, but they can be a cause of acute abdomen. The purpose of this report is to describe the characteristics and the clinical outcome of a male patient with an infected mesenteric pseudocyst of the jejunum.

Clinical case: A 49 year-old male was admitted to the emergency department with 6-day onset of abdominal pain, bowel obstruction signs, palpable tumour located in the upper hemi-abdomen, systemic inflammatory response syndrome, 36,100/mm³ white cells, 4.21 ng/ml procalcitonin, abdominal computed tomography scan with evidence of a mesenteric cystic tumour. An exploratory laparotomy was performed, finding the presence of a mesenteric pseudocyst of the jejunum with infection signs, extirpated and sent for histopathological examination. The clinical progress of the patient was satisfactory with the discharge of the patient 7 days after the surgical intervention.

Conclusion: These cysts can debut as an acute abdomen due to haemorrhage, infection, obstruction and/or bowel perforation, complications can be life threatening if not detected and surgically treated at an early stage by performing a resection of the pseudocysts, with or without bowel resection, depending on the location and the size of the cyst.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

El quiste mesentérico es un término que solo se refiere a los quistes que se originan en el mesenterio; es un tumor intraabdominal de presentación muy poco frecuente, generalmente asintomático y que se detecta incidentalmente durante la exploración física o en estudios radiológicos¹.

Iida et al. mencionan que la primera descripción de un quiste mesentérico fue hecha por Benevieni en 1507, durante la autopsia de un niño de 8 años de edad².

La causa de un quiste mesentérico todavía no está clara, sin embargo, se ha atribuido a la obstrucción o lesión de los ganglios linfáticos y a la proliferación de tejido ectópico linfoide. Como factores etiológicos se han relacionado enfermedades congénitas, divertículos, cirugía en el área de la pelvis y enfermedades inflamatorias pélvicas^{3,4}.

La incidencia reportada de los quistes mesentéricos es de 1 en 27,000 a 1 en 250,000 ingresos hospitalarios.⁵ Estos quistes son asintomáticos en la mayoría de los casos, y se detectan incidentalmente mediante el uso de pruebas de imagen. Aunque las complicaciones son poco comunes, se han notificado casos de infección, hemorragia, vólvulo, perforación y obstrucción^{6,7}. Los síntomas asociados con quistes mesentéricos se presentan principalmente en pacientes con quistes cuyos diámetros son mayores a 5 cm⁸.

La pared interior de un quiste mesentérico se compone principalmente de epitelio columnar o cúbicos de células endoteliales, siendo incompletas en algunos casos⁹. Las células endoteliales son clasificadas como quistes falsos, y sus causas pueden ser trauma, infección o degeneración.

Los quistes mesentéricos pueden ser clasificados de acuerdo a su causa y forma de presentación clínica (embriológicos, traumáticos, neoplásicos e infecciosos) o según el

resultado histopatológico (mesotelial, endotelial, entérico, urogenital, dermoide)¹⁰.

Los pseudoquistes mesentéricos (quistes falsos) son otra variante de tumores quísticos del mesenterio, más raros todavía, pues solamente han sido reportados 14 casos en la literatura japonesa; son de etiología infecciosa o traumática, al acumularse líquido linfático o purulento entre las hojas del mesenterio, dando lugar al abombamiento de estas; tienen como característica histológica la falta de revestimiento epitelial en su pared, y pueden contener material necrótico, fibrina, macrófagos y linfocitos¹¹.

El tratamiento de elección de un pseudoquiste mesentérico es la resección quirúrgica completa con o sin resección intestinal.

El propósito de este trabajo es reportar la experiencia en el manejo de un paciente con un pseudoquiste mesentérico infectado de yeyuno, y realizar una revisión de la información existente en la literatura médica con respecto a este tópico.

Caso clínico

Paciente masculino de 49 años el cual ingresa al servicio de urgencias por dolor abdominal de 6 días de evolución, tipo cólico, de moderada intensidad, sin relación con alimentos; 72h después de iniciado el cuadro se intensifica el dolor y se suma distensión abdominal asimétrica, que es mayor en hemiabdomen superior, estreñimiento resistente a tratamiento que se se automedicó con analgésicos (paracetamol), y tratamiento homeopático no especificado sin mejoría; agregándose náuseas y vómitos de contenido alimenticio en varias ocasiones, hasta llegar a no tolerar ningún tipo de alimento por vía oral. Se agregó hipertermia no cuantificada.



Figura 1 Tomografía donde se observa tumor quístico dependiente de intestino delgado.

En el interrogatorio dirigido el paciente refirió la pérdida de peso de 10 kg en el transcurso de un año, el cual atribuye a malos hábitos en la alimentación, negando haber presentado una sintomatología similar previamente. Los signos vitales a su ingreso fueron: tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 114 lpm, frecuencia respiratoria 24 rpm, temperatura de 38.5 °C. En la exploración física: facies de dolor, complexión delgada, mucosas orales secas, campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral sin ruidos agregados; área cardíaca con presencia de taquicardia sin fenómenos agregados. En abdomen se encontró la presencia de distensión en forma irregular, más notorio en cuadrante superior izquierdo; a la auscultación, ruidos peristálticos disminuidos en frecuencia e intensidad, con dolor generalizado a la palpación media y profunda, el cual se acentúa más en cuadrante superior izquierdo, rebote negativo. A nivel de epigastrio y mesogastrio se palpó la presencia de una masa de bordes regulares, dolorosa a la movilización, de 7 cm de diámetro aproximadamente. Los estudios de laboratorio revelaron: hemoglobina 13.2 g/dl, hematocrito 38.8%, leucocitos 36,100/mm³, segmentados 84%, bandas 7%, linfocitos 3%, monocitos 6%, plaquetas: 575,000/mm³, una procalcitonina sérica de 4.21 ng/ml. La tomografía axial computada de abdomen con doble contraste evidenció datos de obstrucción intestinal, escaso líquido libre en cavidad y la presencia de un tumor de aspecto quístico localizado a nivel del mesenterio de intestino delgado (fig. 1).

Ante la presencia de dolor abdominal, fiebre, leucocitosis con desviación hacia la izquierda, procalcitonina elevada, evidencia radiológica de tumor quístico y obstrucción intestinal, se decide realizar laparotomía exploradora, iniciando manejo preoperatorio con sonda nasogástrica, hidratación intravenosa, antibiótico del tipo ertapenem en dosis de 1 g por vía intravenosa. Durante la laparotomía exploradora se encontró un quiste mesentérico de 13 × 10 × 7 cm aproximadamente a nivel de yeyuno, fijo, en la región del ligamento de Treitz y raíz del mesenterio hacia 30 cm del asa fija, de aspecto necrótico, con datos de trombosis, el cual contenía material purulento, fétido, en volumen aproximado

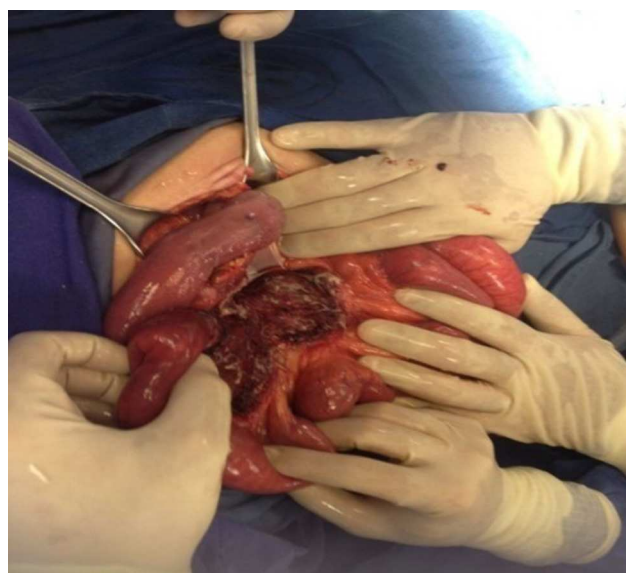


Figura 2 Drenaje del pseudoquiste mesentérico localizado en yeyuno.

de 200 ml, asociado con adherencias laxas interasas. No se observó compromiso de las asas de yeyuno; se recolectaron además 20 ml de material seropurulento a nivel del hueco pélvico el cual se envió para estudio microbiológico (figs. 2 y 3). A la exploración del resto de las vísceras abdominales se observó la presencia de múltiples divertículos a nivel de apéndice cecal, ciego, transverso y sigmoides. Durante el procedimiento se produjo rotura del quiste en áreas necrosadas, por lo que se realizó aspiración y resección de pared anterior de quiste mesentérico, verificando viabilidad de yeyuno y su mesenterio. Una vez finalizada la resección del quiste se efectuó lavado exhaustivo de cavidad abdominal con 5 l de solución salina al 0.9%. El cierre de pared abdominal se realizó por planos. El estudio

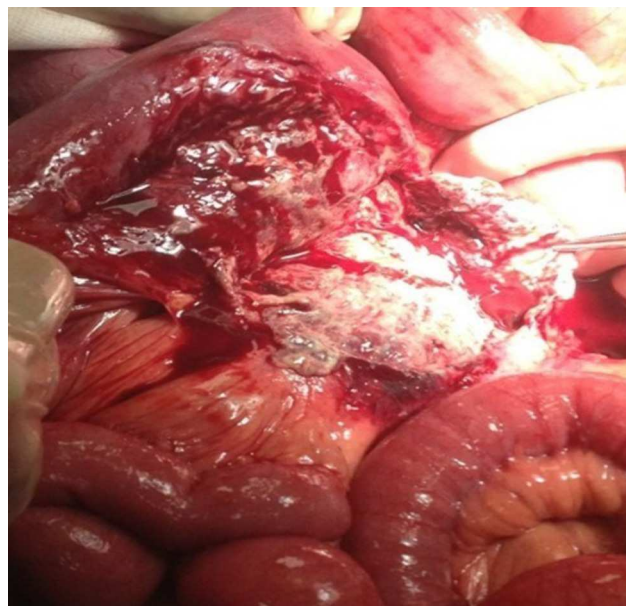


Figura 3 Pseudoquiste mesentérico completamente resecado.

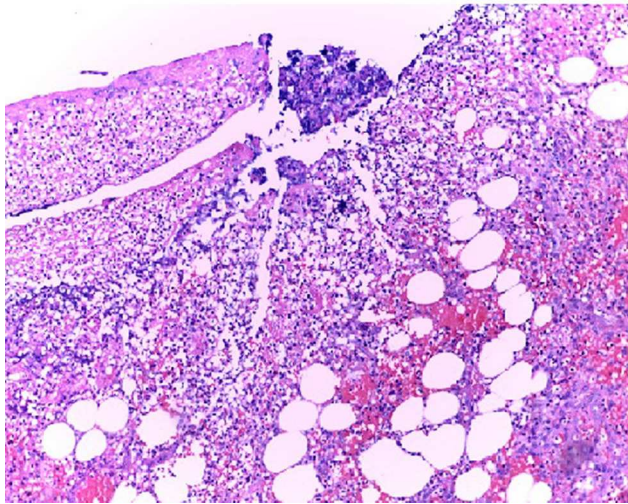


Figura 4 Estudio histopatológico: tinción hematoxilina-eosina a 100x, tejido conectivo compuesto por células fusiformes con citoplasma amplio, eosinofílico, con núcleos redondos a ovales sin atipias, característico de pseudoquiste mesentérico.

microbiológico fue negativo para el desarrollo de microorganismos después de 72 h de la siembra en el medio de cultivo. El estudio histopatológico de la cápsula del quiste, teñida con hematoxilina-eosina y observado al microscopio de 100x, reportó la presencia de tejido conectivo compuesto por células fusiformes con citoplasma amplio, eosinofílico, con núcleos redondos a ovales sin atipias, compatibles con el diagnóstico de un pseudoquiste mesentérico infectado a nivel de yeyuno (fig. 4).

La evolución clínica del paciente fue satisfactoria, presentando picos febriles de 38.5°C durante 2 días consecutivos del postoperatorio, además de íleo paralítico que cedió al tercer día motivo por el cual se inició la vía oral al cuarto día; la biometría hemática y la procalcitonina sérica de control realizadas al tercer día del postoperatorio se encontraron dentro de los límites normales. El esquema antibiótico se prolongó durante 7 días (ertapenem 1 g intravenoso). No se presentaron complicaciones postoperatorias, por lo que el paciente se egresó a los 7 días después de la intervención quirúrgica, para continuar de forma ambulatoria su revisión en consulta externa.

Discusión

Aunque pueden ocurrir a cualquier edad, los quistes mesentéricos son más comunes en personas entre los 40 y los 70 años de edad; sin embargo, también afecta a los niños menores de 10 años. La edad del paciente que aquí se describe coincide con lo reportado en estudios previos, la cual fue de 49 años¹⁰. En cuanto al sexo, existen reportes en los cuales es más frecuente en hombres; sin embargo, en el mundo occidental la frecuencia reportada ha sido mayor en mujeres, lo cual difiere con el sexo masculino del paciente de este reporte¹².

Generalmente varían de tamaño, desde unos pocos centímetros hasta 10 cm, pero pueden ser de mayor tamaño,

como el del presente caso que fue de 13 cm¹³. El sitio más frecuente es el mesenterio (60%), seguido por el mesocolon (24%), y el retroperitoneo (14.5%), mientras que es indefinido en 1.5% de los casos¹⁴. En este paciente el pseudoquiste se localizó en el mesenterio de yeyuno a nivel del ligamento de Treitz, afectando aproximadamente 30 cm del asa intestinal.

La mayoría de los quistes mesentéricos son asintomáticos, y generalmente se detectan incidentalmente durante un estudio de imagen como ecografía, tomografía axial computada o resonancia magnética nuclear, o durante un procedimiento quirúrgico por otra indicación¹⁵.

La sensibilidad y especificidad de los estudios de imagen no se ha establecido como tal, sin embargo se señala que el estudio de ecografía es más sensible en el diagnóstico de la naturaleza interna de los quistes mesentéricos, pero la tomografía computada ofrece datos más precisos sobre las dimensiones y contenido del quiste, y aún más, la resonancia magnética sobre todo en la ubicación del quiste. Algunos autores señalan que la tomografía computada de alta resolución, de ser factible, debería ser el estudio de imagen de elección^{7,11}; en el caso presentado se decidió por la tomografía computada por el dolor abdominal, el tumor, los datos de obstrucción intestinal y la complicación.

Los síntomas abdominales a los que da origen un quiste mesentérico son: dolor abdominal en el 55-82%, tumor abdominal palpable en el 44-61%, y distensión abdominal secundaria a proceso de oclusión intestinal en el 17-61% de los casos^{3,7,16,17}. El síntoma cardinal por el cual el paciente cuyo caso aquí se describe acudió en busca de atención de urgencia fue por dolor abdominal, distensión abdominal secundaria a oclusión intestinal alta, pérdida de peso, y datos de infección en la biometría hemática (leucocitosis y formas jóvenes de leucocitos). Esto coincide con reportes previos, donde se refiere que pacientes que desarrollan infección, hemorragia, vólvulo, perforación u obstrucción intestinal se presentan a la consulta de urgencias con datos de un abdomen agudo^{3,7,18}.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica del quiste con o sin resección del segmento intestinal afectado¹⁴. El manejo del pseudoquiste mesentérico localizado a nivel de yeyuno de los pacientes que aquí se presenta fue realizado únicamente con drenaje y resección quirúrgica del pseudoquiste sin llevar a cabo resección intestinal; esto, por la longitud de la afección intestinal y el riesgo que representa un intestino corto, aun con el mayor riesgo de recurrencia y de infección que presenta esta modalidad de tratamiento⁷. La resección intestinal se recomienda solo cuando se demuestre que existe compromiso del aporte sanguíneo al segmento intestinal donde se resecó el pseudoquiste. El periodo postoperatorio del paciente estuvo exento de complicaciones, como se ha descrito; y hay que comentar que, con excepción de los mesoteliomas quísticos malignos, todos los quistes mesentéricos presentan una evolución clínica favorable, sin embargo se asocian con una alta tasa de recurrencia¹⁶.

Como lesiones asociadas al pseudoquiste se encontró como hallazgo incidental la presencia de múltiples divertículos en apéndice cecal, ciego, trasverso y sigmoides. En la búsqueda de la asociación de quiste mesentérico con enfermedad diverticular, solo se encontró el reporte de un caso¹ el cual

fue a nivel del mesenterio del colon ascendente. Esto coincide con los factores etiológicos que han sido atribuidos al desarrollo de los quistes mesentéricos, entre ellos la presencia de divertículos^{3,4}.

Conclusión

Los quistes mesentéricos generalmente se detectan incidentalmente en estudios diagnósticos de imagen o durante un procedimiento quirúrgico, pero pueden presentarse con abdomen agudo por hemorragia, infección, obstrucción y/o perforación intestinal, complicaciones que pueden poner en peligro la vida del pacientes si no se detectan y manejan de forma oportuna con resección del pseudoquiste con o sin resección intestinal, dependiendo de la localización y del tamaño de la afección.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Kim EJ, Lee SH, Ahn BK, Baek SU. Acute abdomen caused by an infected mesenteric cyst in the ascending colon: A case report. *J Korean Soc Coloproctol*. 2011;27:153–6.
- Iida S, Furukawa K, Terada Y, Sugisaki Y, Yoshimura K, Tajiri T. A case of mesenteric cyst in the sigmoid colon of a 3-year-old girl. *J Nippon Med Sch*. 2009;76:247–52.
- Sardi A, Parikh KJ, Singer JA, Minken SL. Mesenteric cysts. *Am Surg*. 1987;53:58–60.
- De Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg*. 2000;17:323–8.
- Townsend CM, Beauchamp RD, Mattox KL. Sabiston: Tratado de patología quirúrgica. 16.^a ed. México: McGraw-Hill; 2003. p. 350–60.
- Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal mesenteric, and omental cysts. *Arch Surg*. 1984;119:838–42.
- Tan JJ, Tan KK, Chew SP. Mesenteric cysts: An institution experience over 14 years and review of literature. *World J Surg*. 2009;33:1961–5.
- Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. *Surg Endosc*. 1999;13:937–9.
- Bury TF, Pricolo VE. Malignant transformation of benign mesenteric cyst. *Am J Gastroenterol*. 1994;89:2085–7.
- Anaya-Domínguez M, Montaña-Claros P. Quiste mesentérico como causa de abdomen agudo, presentación de un caso. *Gac Med Bol*. 2011;34:94–5.
- Prakash V, Anushtup D, Roy P, Pandey NK. Pseudomesenteric cyst. *Indian J Surg*. 2009;71:46–7.
- Huis M, Balijs M, Lez C, Szerda F, Stulhofer M. Mesenteric cyst. *Acta Med Croatica*. 2002;56:119–24.
- Sato M, Ishida H, Konno K, Komatsuda T, Konno S, Watanabe S, et al. Mesenteric cyst: Sonographic findings. *Abdom Imaging*. 2000;25:306–10.
- Saviano MS, Fundaró S, Gelmini R, Begossi G, Perrone S, Fari-netti A, et al. Mesenteric cystic neoformations: Report of two cases. *Surg Today*. 1999;29:174–7.
- O'Brien MF, Winter DC, Lee G, Fitzgerald EJ, O'Sullivan GC. Mesenteric cysts - A series of six cases with a review of the literature. *Ir J Med Sci*. 1999;168:233–6.
- Caropreso PR. Mesenteric cysts: A review. *Arch Surg*. 1974;108:242–6.
- Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg*. 1986;203:109–12.
- Hancock BJ, St-Vil D, Luks FI, di Lorenzo M, Blanchard H. Complications of lymphangiomas in children. *J Pediatr Surg*. 1992;27:220–6.