



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

Quiste omental gastrocólico en un adulto: presentación de un caso y revisión de la bibliografía



Pablo Serrano-Rodríguez^{a,*} y Chirag Sureshchandra Desai^b

^a Servicio de Cirugía 3, Trasplante de Órganos Abdominales, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México

^b Georgetown University Hospital, Georgetown Transplant Institute, Washington, DC, Estados Unidos

Recibido el 4 de febrero de 2015; aceptado el 19 de junio de 2015

Disponible en Internet el 12 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Linfangioma;
Mesentérico;
Tumor

Resumen

Antecedentes: Los linfangiomas mesentéricos son tumores poco frecuentes que suelen presentarse temprano en la vida, si son congénitos, o poco después de un trauma. Los sitios habituales de presentación son en el cuello, en la axila o en la cavidad abdominal; dentro de esta, el sitio más común es en el mesenterio, principalmente del íleon, o retroperitoneal.

Objetivo: Mostramos este caso clínico poco frecuente de un linfangioma mesentérico.

Caso clínico: Masculino afroamericano que presentó aumento de volumen muchos años después de un traumatismo, caracterizándose clínicamente por: saciedad temprana y pérdida de peso, pero sin obstrucción de la salida gástrica, náuseas o vómitos. Exponemos su diagnóstico, manejo y revisión de la bibliografía.

Conclusiones: Los quistes mesentéricos son poco frecuentes; sin embargo, deben tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial cuando un paciente presenta un cuadro clínico con aumento de volumen e historia de un trauma abdominal previo.

© 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/>).

KEYWORDS

Lymphangioma;
Mesenteric;
Tumour

Gastrocolic omental cyst in an adult: Case presentation and review of literature

Abstract

Background: Mesenteric lymphangioma are rare tumours. They usually present early on in life, if congenital, or soon after trauma. The usual sites of presentation of lymphangiomas are in the neck, and axillae. In the abdomen they are more common in the mesentery, primarily of the ileum, or retroperitoneal.

* Autor para correspondencia. Rivera de Cupia 110-40, Col. La Loma, 11700 Miguel Hidalgo, Ciudad de México, México. Teléfono: +52 55 5251 5974.

Correo electrónico: polherrano@yahoo.com (P. Serrano-Rodríguez).

Objective: A rare case is presented of a mesenteric lymphangioma.

Clinical case: It involves an elderly African-American male, many years after trauma, and characterised with early satiety, causing weight loss, but without gastric outlet obstruction or vomiting. Its diagnosis, management and review of literature are presented.

Conclusions: Mesenteric cysts are rare tumours that should be included as differential diagnosis in elderly patients with a history of previous abdominal trauma.

© 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 linfangioma quístico es una lesión benigna poco frecuente, clasificado como un hamartoma. Está formado por una sola capa de células endoteliales, tejido conectivo y fibras musculares lisas¹. Se producen principalmente en lugares rodeados por tejido conectivo.

Se presentan con más frecuencia en la infancia, con una incidencia de 1/20,000². El 65% están presentes en el nacimiento y el 90% son diagnosticados antes de los 2 años de vida. En el adulto la incidencia es de entre 1/100,000 y 1/250,000³. Los linfangiomas quísticos se pueden presentar en cualquier parte del cuerpo, siendo más frecuentes en el cuello (75%), en la región de la axila (20%) y en el mediastino, esófago, bazo, hígado y otros órganos abdominales (4%)⁴. Se presentan en el mesenterio en aproximadamente el 1% de los casos, y dentro de este grupo son más frecuentes en el intestino delgado (85%), en el mesocolon (10%) y el retroperitoneo (5%)⁵.

En la población adulta los quistes son principalmente asintomáticos, pero pueden presentarse con diferente sintomatología dependiendo de la localización, el tamaño y el órgano que estén comprimiendo. Los pacientes pediátricos presentan un cuadro clínico con duración más corta y con síntomas más agudos, por lo tanto es más frecuente que precisen cirugía de urgencia.

Debido a que la localización más frecuente de los linfangiomas quísticos es en el íleon, el síntoma principal es dolor abdominal crónico y distensión abdominal⁶. Sin embargo, también se han descrito casos de dolor agudo y peritonitis debido a su rotura⁷, torsión, infección por vólvulo u obstrucción intestinal secundaria al quiste⁸. En un estudio realizado por De Perrot et al.⁹ el hallazgo físico más frecuente, presente hasta en el 61% de los pacientes fue una masa abdominal compresible.

Objetivo

Exponemos el caso de un quiste omental gastrocólico en un hombre en la sexta década de la vida.

Caso clínico

Hombre de 67 años de edad, afroamericano veterano de guerra con historia previa de laparotomía exploradora (hace 37 años) por lesión hepática secundaria a herida por arma de fuego en el cuadrante superior derecho, en la que se

realizó una incisión subcostal derecha. Los detalles de este procedimiento no eran conocidos por el paciente que solo refirió que no se le realizó ninguna resección de algún órgano abdominal.

El motivo de su atención se debe a que presentó aumento de volumen abdominal, que presentó muchos años después de la lesión hepática, y que además se acompaña de saciedad precoz y sensación de plenitud gástrica después de comidas pequeñas, progresando con náuseas sin vómito ni diarrea y pérdida de peso significativa de 10 kg en 6 meses. En la exploración física el abdomen era blando, no doloroso y sin distensión, el aumento de volumen era palpable en el cuadrante superior derecho, por debajo de la incisión subcostal. Tenía bordes lisos y no era móvil a la palpación. Los estudios de laboratorio, incluyendo la serología de hepatitis viral y los niveles de alfa-fetoproteína, fueron normales.

Se realizó una tomografía computada de abdomen, en la que se observó una lesión quística contigua a la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado. Esto fue confirmado mediante resonancia magnética, que reveló una lesión quística con un claro plano entre esta y el hígado. El quiste se encontraba por delante de la cabeza del páncreas y del duodeno, por lo que se le realizó ultrasonido endoscópico que confirmó que no estaba en continuidad con el páncreas ni con el conducto pancreático. Durante este procedimiento se intentó tomar una muestra del fluido, pero no fue posible. La mayoría de los resultados confirmaron el diagnóstico de un quiste benigno, por lo que se decidió observar al paciente por 6 semanas y durante este tiempo los síntomas persistieron, por lo que se decidió programar para una laparotomía (fig. 1), debido al historial de la cirugía previa en el hipocondrio derecho, cerca de la lesión en cuestión, y decidimos que una laparotomía era un mejor acceso que una laparoscopia, debido a las adherencias y lo poco que se conocía del procedimiento previo.

Con el paciente bajo anestesia general, se realizó una palpación del hipocondrio derecho donde los bordes del quiste eran palpables y fácilmente delineados, y decidimos comenzar con una incisión de 8 cm sobre la línea media.

Después de una extensa adhesiolisis, observamos debajo del hígado, anterior y lateral al píloro en el área del mesenterio gastrocólico, una lesión quística, móvil y claramente translúcida de 14 × 10 × 10 cm. Después de una disección cuidadosa se ligaron los vasos del epiplón próximos a la superficie del quiste. Se tomó una muestra del líquido, que era translúcido, ligeramente amarillo y sin sobrenadantes; no se encontró bilis, sangre, pus o moco. Después de la

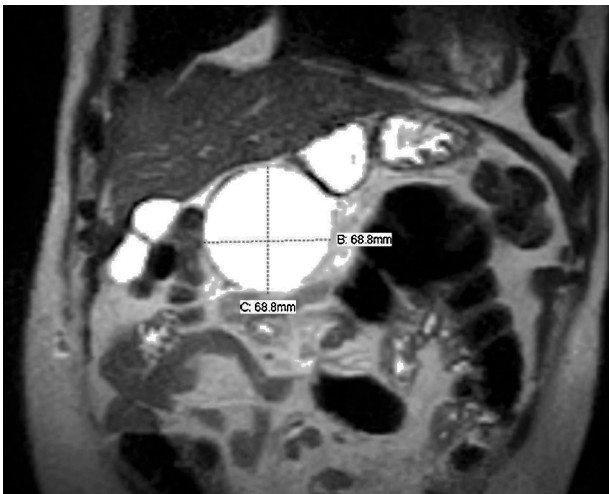


Figura 1 Tomografía axial computada mostrando el quiste mesentérico; se observa un claro plano de demarcación entre este y el hígado.

resección, la pared del quiste fue enviada para su estudio histopatológico definitivo. Se realizó hemostasia, y examinamos el mesenterio del colon transverso, el cual se encontró intacto. No se observó disminución de la perfusión en el colon, lo que confirmó que la lesión no se encontraba en continuidad con el mesenterio del mismo. Tampoco se observaron lesiones a los órganos adyacentes (fig. 2).

El resultado histopatológico mostró que las células que recubren los espacios quísticos fueron positivas para CD34, factor VIII, WT-1, CD31 y D2-40, y negativas para citoqueratina-5/6, calretinina y HBME-1. Basándose en los resultados del análisis inmunohistoquímico, el diagnóstico definitivo fue de linfangioma quístico benigno. Se descartaron como diagnósticos diferenciales una lesión venosa quística o un quiste de inclusión mesotelial.

El paciente se recuperó sin eventualidades después de la cirugía, con recuperación del apetito y del peso a los 4 meses de seguimiento.

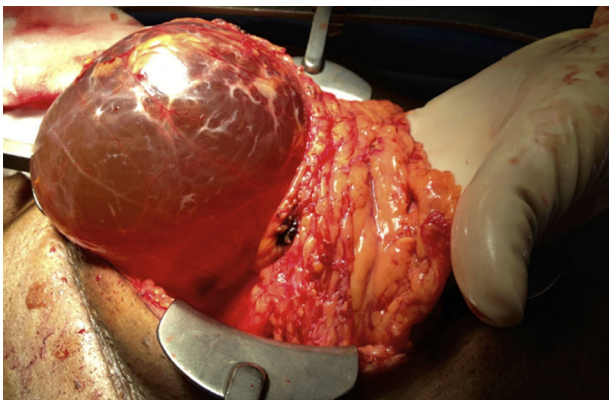


Figura 2 Imagen tomada durante la cirugía en la que se muestra el quiste libre de adherencias, previo a su resección.

Discusión

La etiología de los quistes mesentéricos no está clara. Algunas de las teorías más aceptadas incluyen una proliferación linfática benigna, que no se comunica con el resto del sistema linfático, o un fallo en la fusión de las capas mesentéricas¹⁰. Las lesiones pueden tener vasos sanguíneos o linfáticos, y por esta razón pueden contener material seroso, hemorrágico o linfático.

Los quistes traumáticos o infecciosos por lo general cuentan con una pared fibrosa, células espumosas, granulomas de colesterol, ausencia de epitelio e histológicamente se asemejan a los pseudoquistes pancreáticos. Normalmente se presentan dentro de un par de meses a un año después de una lesión traumática. Se pueden presentar mediante una lesión mesentérica causando la rotura de un vaso linfático, lo que causaría una fuga lenta de linfa. En este caso, la historia médica de una herida por arma de fuego en la vecindad del quiste nos hizo considerar la causa traumática de la formación del quiste abdominal, a pesar de que el tiempo de formación del quiste es mucho mayor al descrito en la bibliografía.

En el caso que presentamos, la pared del quiste tiene características específicas de un quiste congénito, ya que no muestra los cambios sugestivos de un quiste de tipo traumático y se presenta en un paciente de edad avanzada, cuando el 80% de estos quistes se presentan en menores de 5 años¹¹.

Debido al hecho de que la localización más frecuente es en el mesenterio del íleon¹², el síntoma principal es dolor abdominal crónico y distensión abdominal, que posteriormente ocasiona una obstrucción total o parcial del intestino delgado. La presentación de este caso es inusual, ya que los pacientes rara vez se quejan de pérdida de peso y saciedad temprana. Los síntomas de este paciente pueden atribuirse al hecho de que el quiste se localizaba en el epiplón gastrocólico y el aumento del tamaño produjo compresión del estómago, afectando el vaciamiento del mismo y, por tanto, la saciedad del paciente. En nuestra revisión de la literatura no encontramos ningún registro de un quiste en esta región y con esta sintomatología.

Inicialmente, el diagnóstico se establecía en el quirófano después de una laparotomía exploratoria por síntomas inespecíficos. Actualmente el diagnóstico se realiza mediante imágenes preoperatorias, principalmente ecografía y tomografía axial computada (TAC). La ecografía es útil para observar el contenido del quiste; la TAC tiene más sensibilidad para discernir el quiste de órganos vecinos¹³. La resonancia magnética es un procedimiento auxiliar para diferenciar quistes mesentéricos de otros tumores quísticos abdominales, y es más sensible que la ecografía en la clasificación de su contenido^{14,15}.

El tratamiento de elección es la enucleación de la lesión, que puede requerir una resección intestinal en casos específicos en los que el quiste involucra la vasculatura del mesenterio intestinal. Está descrito en la literatura intentar una resección parcial con marsupialización de la cavidad para evitar la resección, pero en estos casos aumenta la posibilidad de recurrencia del quiste¹⁶. En un estudio realizado por Prakash et al.¹⁷ el 41% de los casos fueron totalmente enucleados, se requirió una resección intestinal en el 2% y se practicó marsupialización en el 35%. En este caso pudimos

enuclear el quiste completamente, sin dañar ninguna de las estructuras vasculares circundantes.

Se han descrito múltiples informes sobre la resección laparoscópica de un quiste mesentérico¹⁸; en este caso decidimos llevar a cabo un enfoque abierto debido al hecho de la cirugía previa en la zona y la escasa información que teníamos sobre el procedimiento realizado previamente.

Conclusiones

Los quistes mesentéricos son poco frecuentes y suelen presentarse ya sea temprano en la vida, si es que son congénitos, o poco después de trauma. Sin embargo, deben tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en adultos, cuando un paciente presenta un cuadro clínico con aumento de volumen abdominal e historia de un trauma abdominal previo, o ante un cuadro de aumento de volumen causando compresión.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stopinski J, Stephan S, Staib I. Intra-abdominal cystic lymphangioma and mesenteric cysts as a cause of abdominal discomfort. *Langenbecks Arch Chir.* 1994;379:182–7.
2. Caro PA, Mahboubi S, Faerber EN. Computed tomography in the diagnosis of lymphangiomas in infants and children. *Clin Imag.* 1991;15:41–6.
3. Roisman I, Manny J, Fields S, Shiloni E. Intra-abdominal lymphangioma. *Br J Surg.* 1989;76:485–9.
4. Konen O, Rathaus V, Dlugy E, Freud E, Kessler A, Shapiro M, et al. Childhood abdominal cystic lymphangioma. *Pediatr Radiol.* 2002;32:88–94.
5. Caropreso PR. Mesenteric cysts: A review. *Arch Surg.* 1974;108:242–6.
6. Takiiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. *JAMA Surg.* 1985;120:1266–9.
7. 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.
8. Cutler GD, Merriam JC. Intestinal obstruction in an infant due to mesenteric cyst with volvulus. *N England J M.* 1925;193:550–2.
9. De Perrot M, Bründler MA, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg.* 2000;17:323–8.
10. Walker AR, Putnam TC. Omental, mesenteric, and retroperitoneal cysts: A clinical study of 33 new cases. *Ann Surg.* 1973;178:13–9.
11. Campbell WJ, Irwin ST, Biggart JD. Benign lymphangioma of the jejunal mesentery: An unusual cause of small bowel obstruction. *Gut.* 1991;32:1568.
12. Wani I. Mesenteric lymphangioma in adult: A case series with a review of the literature. *Dig Dis Sci.* 2009;54:2758–62.
13. Bruneton JN, Benattar E, Drouillard J, Balu-Maestro C, Normand F. Mesenteric cysts in the adult. *J Radiol.* 1987;68:687–91.
14. Ayyappan AP, Jhaveri KS, Haider MA. Radiological assessment of mesenteric and retroperitoneal cysts in adults: Is there a role for chemical shift MRI? *Clin Imaging.* 2011;35:127–32.
15. Elsayes KM, Staveteig PT, Narra VR, Leyendecker JR, Lewis JS Jr, Brown JJ. MRI of the peritoneum: Spectrum of abnormalities. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;186:1368–79.
16. Makni A, Chebbi F, Fetirich F, Ksantini R, Bedioui H, Jouini M, et al. Surgical management of intra-abdominal cystic lymphangioma. Report of 20 cases. *World J Surg.* 2012;36:1037–43.
17. Prakash A, Agrawal A, Gupta RK, Sanghvi B, Parelkar S. Early management of mesenteric cyst prevents catastrophes: A single centre analysis of 17 cases. *Afr J Paediatr Surg.* 2010;7:140–3.
18. Losanoff JE, Richman BW, El-Sherif A, Rider KD. Mesenteric cystic lymphangioma. *J Am Coll Surg.* 2003;196:598–603.