



P-320 - QUISTE MESENTÉRICO COMPLICADO: UNA RARA CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Díaz-Pérez, Beatriz; García-Romera, Ángel; Montes Montero, Alberto; González Díaz, Selene; Bravo Gutiérrez, Alberto; Alarcó Hernández, Antonio

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Caso clínico: Paciente mujer de 31 años que acudió a nuestro hospital por dolor abdominal en hipogastrio asociado a náuseas y vómitos. La paciente presentaba una temperatura de 38 °C y taquicardia, el abdomen era doloroso en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, con defensa y contractura. Blumberg positivo, Rovsing y psoas negativos. Analíticamente destacaban 15.400 leucocitos, 78% de neutrófilos y PCR de 44 g/dl. Bajo la sospecha de una apendicitis aguda se realizó eco/TC donde se objetivó una lesión sólido quística bien delimitada infraumbilical de 24 × 26 mm sin vascularización y con cambios inflamatorios, a valorar foco de endometriosis. Fue valorada por Ginecología descartándose patología ginecológica. Se realizó una laparoscopia exploradora evidenciando líquido hemático-purulento en Douglas sin focos endometriósicos y una tumoración quística mesentérica de unos 3 cm de diámetro localizada entre los trayectos de la arteria mesentérica superior e inferior. Se practicó disección de la superficie del quiste y extirpación completa del mismo preservando las arcadas vasculares. La anatomía patológica fue informada como quiste mesentérico complicado.



Discusión: El quiste mesentérico es una patología poco reportada en la literatura médica, siendo el nivel de conocimiento de esta patología escaso. Benevieni fue el primero en describirlo al realizar una autopsia en un

niño de ocho años y, la primera extirpación quirúrgica fue realizada por Tillaux, en 1880. La etiopatogenia no ha sido clarificada. La teoría más aceptada señala que son proliferaciones benignas de tejido linfático ectópico en el mesenterio que no se llegan a comunicar con el sistema linfático. La mayor parte de los quistes mesentéricos diagnosticados son un hallazgo casual durante la realización de pruebas de imagen abdominales, sin embargo, en ocasiones pueden presentar complicaciones como hemorragia quística o infección y manifestarse como una obstrucción intestinal o un abdomen agudo. Un pequeño porcentaje de estas lesiones puede malignizar a sarcomas. Para el diagnóstico es preciso realizar un TAC abdominal para determinar el origen, la localización de la lesión y diferenciarla de otros quistes abdominales, aneurismas aórticos, tumores carcinoides y metástasis mesentéricas. La localización más frecuente es el mesenterio del intestino delgado. La clasificación para de Perrot una de las más empleadas debido a su simplicidad. Ésta los divide según su origen en quistes linfáticos, mesoteliales, de origen entérico, quiste urogenital, teratoma quístico maduro y pseudoquistes de origen traumático o infeccioso. Su tamaño es variable y pueden ser multiloculados. Histológicamente poseen un recubrimiento de endotelio linfático o epitelio mesotelial. Únicamente los mesoteliomas quísticos malignos presentan un comportamiento maligno, pero este diagnóstico solo se alcanzará mediante un estudio histopatológico e inmunohistoquímico. Por ello, muchos autores consideran que el tratamiento de esta patología, incluso en pacientes asintomáticos, es la exéresis quirúrgica dado el riesgo de complicación o malignización. La extirpación del quiste en su totalidad es el tratamiento de elección. En caso de no poder extirpar el quiste en su totalidad se recomienda exéresis parcial y marsupialización. En cuanto a la vía de abordaje, la laparoscopia es segura y aporta resultados en cuanto a exéresis completa similares al abordaje abierto.