



P-742 - TRATAMIENTO DE LOS QUIESTES MESENTÉRICOS COMPLICADOS

Acín-Gándara, Débora; Martínez-Piñeiro, Juan; Naranjo, Carolina; Iturbe, Mar; Cruzado, Diego; Antolín, Victoria; Pereira, Fernando

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Resumen

Objetivos: Presentar el diagnóstico y tratamiento de un paciente con un quiste mesentérico de gran tamaño complicado.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 82 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de 7 días de evolución, fiebre de 39º y náuseas. Como antecedentes destaca haber tenido dos tromboembolismos pulmonares en tratamiento crónico con sintrom y presentar un quiste mesentérico diagnosticado en otro Centro dos años antes y drenado mediante ecografía en 2 ocasiones con citologías negativas para malignidad. A la exploración, el paciente está estable hemodinámicamente, con abdomen depresible, doloroso en hemiabdomen izquierdo donde se palpa tumoración en fosa iliaca de unos 20 cm. Sin signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: Analítica: PCR** 22,26 mg/dL, Leucocitos $21,83 \times 10^3/\text{?L}$ (neutrófilos 88,2%) e I.N.R. 6,08. TC abdomino-pélvico con contraste: voluminoso quiste mesentérico que se extiende desde epigastrio hasta la fosa iliaca izquierda de $17,9 \times 13,7 \times 17,5$ cm, con un volumen aproximado de 2.200 cc. Presenta pared engrosada con cambios inflamatorios de la grasa mesentérica, engrosamiento de las fascias adyacentes y lengüetas de líquido libre, todo ello compatible con signos de sobreinfección del mismo. Tratamiento: colocación de catéter tipo *pig tail* de 6,5 Fr, conectado a bolsa (200 ml purulento) y tratamiento antibiótico intravenoso. Intervención quirúrgica programada: se realiza laparoscopia exploradora que se convierte a laparotomía ante la presencia de quiste muy engrosado, con intensa fibrosis y adherido a retroperitoneo ampliamente. El quiste mesentérico, de aproximadamente 22 cm, estaba parcialmente vacío por colocación previa de *pig tail*, con polo superior a 2 cm de ángulo de Treitz e inferior a la altura de arteria iliaca izquierda, dependiente del retroperitoneo y mesocolon izquierdo, con arteria y vena mesentérica inferior y uréter izquierdo íntimamente adheridos. Disección y exéresis completa del quiste respetando todas las estructuras. Drenaje en lecho quirúrgico retroperitoneal. Cierre del mesocolon izquierdo y parietalización del mismo cerrando retroperitoneo. El resultado histopatológico fue de pseudoquiste con signos de hemorragia antigua en organización sin signos de malignidad. Al año de la intervención el paciente permanece asintomático, sin hallazgos patológicos a la exploración física y con TC abdomino-pélvico sin signos de recidiva.

Discusión: Los quistes mesentéricos presentan una baja incidencia, suelen ser benignos, con contenido seroso, pudiendo localizarse en cualquier zona del mesenterio. Pueden ser asintomáticos o presentar dolor abdominal crónico (por compresión de estructuras adyacentes debido al tamaño del mismo) o agudo por rotura, torsión o hemorragia. El diagnóstico se realiza mediante ecografía o TC abdominal. El tratamiento de elección es la resección completa del quiste ante la presencia de sintomatología o complicaciones. Es fundamental la planificación quirúrgica previa (tamaño, localización y relaciones del quiste con las

estructuras adyacentes) ya que a veces puede ser necesario realizar una resección intestinal segmentaria.