



www.elsevier.es/cirugia

P-587 - HEMOPERITONEO SECUNDARIO A ROTURA QUISTE MESENTÉRICO GIGANTE

García Herrero, Silvia; Gómez García, Pilar; Vilar, Íñigo; Hierro-Olabarria, Lorena; González, Melania; Vázquez, Alba; Ruiz, Sandra

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 37 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal epigástrico y en hipocondrio derecho asociado a vómitos. A la exploración, dolor abdominal y masa de aproximadamente 14 cm en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca PCR de 10,2 y Hb de 11,2. Se realiza TC abdomino-pélvico trifásico que informa de masa intraperitoneal de 16 cm de diámetro compatible con hematoma encapsulado peritoneal en hipocondrio-vacío derecho secundario a una lesión subyacente o menos probablemente espontáneo asociando hemoperitoneo en pelvis sin sangrado activo. Tras la realización del mismo, el paciente comienza de forma brusca con cuadro de dolor abdominal grave y defensa generalizada, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Se interviene bajo anestesia general mediante laparotomía media supraumbilical, se objetiva hemoperitoneo secundario a rotura de quiste subhepático de 16 cm aproximadamente, con pedículo dependiente de curvatura menor gástrica. En la revisión del resto de estructuras abdominales, se identifica divertículo de Meckel. Se realiza disección y ligadura de pedículo con exéresis del quiste y sección del divertículo de Meckel con endograpadora. Se coloca drenaje y colágeno en lecho quirúrgico del quiste. El paciente presenta un postoperatorio favorable, siendo dado de alta al 4º día. La anatomía patológica describe la pieza quirúrgica del quiste como una pared quística con revestimiento endotelial sin atipias y áreas de hemorragia, sin evidenciar malignidad.



Discusión: Los quistes mesentéricos son entidades poco frecuentes, con una incidencia entre 1:15.000-250.000 ingresos hospitalarios. Son más frecuentes en edad pediátrica y su etiología es aún desconocida, si bien varias teorías atribuyen su desarrollo a la degeneración de los ganglios linfáticos mesentéricos y/o anomalías congénitas. Su presentación clínica en la edad adulta es inespecífica, siendo lo más habitual dolores abdominales difusos pudiendo asociar náuseas y vómitos. Por lo común, son uniloculares y contienen líquido seroso. Las características histológicas incluyen un epitelio cuboide o cilíndrico con microvellosidades, y en ocasiones componentes musculares lisos en la pared. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, como la TC, RMN o ecografía. En el diagnóstico diferencial han de incluirse, entre otros, otros tipos de quistes, linfangiomas, sarcomas, adenocarcinomas y duplicaciones intestinales. El tratamiento definitivo tras el diagnóstico, incluso en los pacientes asintomáticos, lo constituye la escisión quirúrgica ya que la posibilidad de que se produzca un crecimiento sintomático o de que aparezcan complicaciones es significativa. Ha de realizarse preferentemente la enucleación completa del quiste, vía laparoscópica si es posible o vía laparotómica en caso de complicaciones o inestabilidad hemodinámica del paciente. Deben evitarse la marsupialización, el drenaje interno o la aspiración ya que las tasas de reintervención por recurrencia son elevadas.