



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-755 - TERATOMA MESENTÉRICO

Bolinaga del Pecho, Irene; Pereda Bajo, Deiane; Loidi Lázaro-Carrasco, Oihan; González Noriega, Mónica Encarnación; Bolado Oria, María; Bolinaga del Pecho, Esther; Pereda Bajo, Mirari; Gutiérrez Cabezas, José Manuel

Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega.

Resumen

Introducción: Los teratomas extragonadales, en concreto los mesentéricos, son extremadamente infrecuentes existiendo pocos casos descritos en la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 47 años con antecedente de neuropatía óptica derecha de origen desconocido, valorada por Neurología en 1992; extirpación de un melanoma retroauricular hace 3 años y de ooforectomía y salpinguectomía izquierda por torsión ovárica secundario a un teratoma ovárico hace más de 20 años en otra comunidad autónoma, de la que no disponemos de más información. La paciente es derivada a nuestra consulta por un hallazgo incidental en TAC de control realizado durante el seguimiento por Dermatología tras la extirpación del melanoma. En el TAC con contraste se objetiva una lesión única de 4 cm localizada en el mesenterio adyacente al ciego, que presenta calcificación de la pared y en su interior tiene contenido de densidad grasa y componentes sólidos, que por sus características podría corresponder con teratoma mesentérico (fig.). Los marcadores tumorales y el resto de valores analíticos resultaron normales. Dados los hallazgos se decide realizar un laparoscopia exploradora y extirpación de la lesión. Durante la cirugía por vía laparoscópica se observa una masa de 5 × 5 cm alojada sobre el mesenterio del colon derecho pero sin infiltrarlo y pegado al epiplón mayor. Se consigue extirpar dicha lesión sin dificultad y de manera íntegra. La paciente fue dada de alta sin complicaciones posoperatorias y posteriormente la anatomía patológica de la pieza informó de masa de consistencia dura que al corte presentaba múltiples calcificaciones, identificándose material piloso en su interior. Todo ello compatible con teratomas quísticos maduros-calcificados.



Discusión: Se define como quiste mesentérico a toda lesión quística localizada únicamente en el mesenterio, se trata de una entidad infrecuente con una incidencia aproximada de 1 de cada 27.000 pacientes. Según la clasificación descrita por De Perrot, se diferencian 6 tipos según su origen: quistes de origen linfático, mesotelial, entérico, urogenital, teratoma quístico maduro y pseudoquistes no pancreáticos por orden de frecuencia. Los teratomas quísticos son tumores en su mayoría benignos (85%) derivados de las células germinales, que se localizan principalmente en el ovario, siendo el teratoma mesentérico o quiste dermoide una entidad extremadamente rara. La mayoría de ellos se descubren como hallazgo casual durante la realización de pruebas de imagen o durante cirugías realizadas por otros motivos, aunque también pueden dar una clínica inespecífica como molestias abdominales o incluso se puede apreciar una masa palpable. Con menor frecuencia pueden ser causa de complicaciones agudas como obstrucción intestinal, vólvulo intestinal o torsión del quiste. Por lo que siempre son indicación de exéresis quirúrgica. En las pruebas de imagen las calcificaciones pequeñas de bordes irregulares están presentes en la mayoría de los casos y son el pilar del diagnóstico, junto a la presencia de contenido graso. El teratoma mesentérico es una lesión poco frecuente diagnosticada de manera incidental en la mayoría de las ocasiones, pues la clínica es inespecífica. Siempre debe ser resecado evitando la rotura durante la extracción.