



PROGRESOS de
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Quiste mesentérico simulando hidrosalpinx

Ismael Suárez-Torres, Eduardo Reyna-Villasmil*,
Duly Torres-Cepeda y María Labarca-Acosta

Servicio de Ginecología, Hospital Central «Dr. Urquinaona», Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Recibido el 26 de enero de 2015; aceptado el 14 de abril de 2015

PALABRAS CLAVE

Quiste mesentérico;
Laparoscopia;
Resección quirúrgica

Resumen Los quistes mesentéricos son lesiones intra-abdominales raras con signos y síntomas clínicos variables que hacen el diagnóstico preoperatorio difícil. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. Se presenta el caso de un paciente de 19 años con antecedentes de dolor abdominal crónico y difuso. El examen físico del abdomen no mostró alteraciones, y el examen pélvico bimanual demostró una tumoración palpable y móvil en el anexo izquierdo. Las imágenes de ecografía y resonancia magnética sugerían la presencia de una tumoración quística, la cual fue diagnosticada como hidrosalpinx. La laparoscopia reveló un quiste mesentérico del colon sigmoidees que sobresalía de las láminas del mesenterio. El quiste fue extirpado completamente y el informe histológico confirmó la presencia del quiste mesentérico sin evidencia de malignidad.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Mesenteric cysts;
Laparoscopy;
Surgical excision

Mesenteric cyst simulating hydrosalpinx

Abstract Mesenteric cysts are rare intra-abdominal lesions giving rise to a variety of clinical symptoms and signs that hamper preoperative diagnosis. The treatment of choice is complete surgical excision. We present the case of a 19-year-old woman with a history of chronic and diffuse abdominal pain. Abdominal examination showed no alterations and pelvic bimanual examination demonstrated a palpable and mobile tumor in the left adnexa. Ultrasound and magnetic resonance images of the abdomen suggested a cystic lesion, which was diagnosed as a hydrosalpinx. Laparoscopy revealed a sigmoid mesenteric cyst protruding from the mesenteric leaves. The cyst was completely removed and the histology report confirmed mesenteric cyst with no evidence of malignancy.

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com (E. Reyna-Villasmil).

Introducción

Un quiste mesentérico es definido como cualquier quiste localizado en el mesenterio, que pueda o no extenderse hasta retroperitoneo y con líneas celulares endoteliales o mesoteliales reconocibles. Son tumores intra-abdominales raros con una prevalencia de 1:140.000 ingresos¹. Generalmente se presentan con síntomas abdominales inespecíficos. Fue inicialmente descrito en 1507 como un hallazgo *post-mortem*, posteriormente se han descrito menos de 100 en la literatura². Se presenta el caso de un quiste mesentérico simulando hidrosalpinx.

Reporte de caso

Se trata de un paciente de 19 años, nuligesta, quien consulta por presentar varios episodios de dolor abdominal crónico, vago e inespecífico de moderada intensidad en hipogastrio y ambas fosas ilíacas desde los 15 años de edad. Refería inicio de las relaciones sexuales a los 18 años con una sola pareja. Negaba vómitos, fiebre, alteraciones miccionales o evacuatorias junto al cuadro actual. También negaba antecedentes personales de enfermedades médicas o quirúrgicas.

Los exámenes de rutina hematológicos y bioquímicos estaban dentro de los límites normales. El examen clínico y abdominal no mostraron ninguna alteración, y el pélvico bimanual evidenció la presencia de una tumoración palpable, móvil en el anexo izquierdo. La ecografía pélvica (fig. 1A) mostró lesión quística tubular de paredes y septos finos en el anexo izquierdo que medía 11 × 3 cm, que fue diagnosticada como hidrosalpinx. La resonancia magnética (fig. 1B) que mostró una masa quística multiloculada de 10 × 4 cm sobre el fondo de saco de Douglas que se extendía a ambos lados del útero, sin evidencia de líquido libre intra-pélvico, por lo que se diagnosticó como hidrosalpinx izquierdo.

Durante la laparoscopia se observó tumoración quística móvil de 10 cm fija al mesenterio de colon sigmoides y en

contacto con colon sigmoides y ovario izquierdo, llena de líquido amarillento (fig. 2). Se extirpado el quiste observando que el intestino y los vasos mesentéricos no estaban adheridos al quiste y no presentaban lesiones. Se revisó el resto de los órganos intra-abdominales sin encontrar inclusiones neoplásicas u otras alteraciones. El estudio histológico describió quiste mesotelial simple, benigno del peritoneo con células epiteliales columnares, líquido estéril y algunos neutrófilos. No se encontraron signos de neoplasia. El postoperatorio de la paciente no presentó complicaciones y la misma fue dada de alta al segundo día. La paciente se mantiene asintomática 6 meses después de la cirugía.

Discusión

Los quistes mesentéricos son lesiones intra-abdominales bastante raras, los cuales son descubiertos de forma accidental o durante el tratamiento de cualquier otra lesión. En la mayoría de los casos los quistes se localizan en el mesenterio del intestino delgado, pero también pueden encontrarse en el colon descendente y recto^{1,2}.

La causa precisa de los quistes mesentéricos no está clara. La teoría más aceptada es la que explica la proliferación benigna de linfáticos ectópicos en el mesenterio que carecen de comunicación con el resto del sistema linfático. También se ha propuesto que el quiste mesentérico linfático es una anomalía adquirida secundaria a vólvulo intermitente crónico. También pueden ser secundarias a varias etiologías, incluyendo cirugías pélvicas, traumatismos, endometriosis o neoplasias³. Son clasificados de acuerdo a su etiología y características histológicas como: fetales y del desarrollo, traumáticos o adquiridos, neoplásicos e infecciosos o degenerativos^{2,4}. La mayoría son benignos, mientras que las características malignas solo se observan en el 3% de los casos⁵.

Los quistes mesentéricos varían entre unos cuantos milímetros hasta llegar a ocupar completamente la cavidad

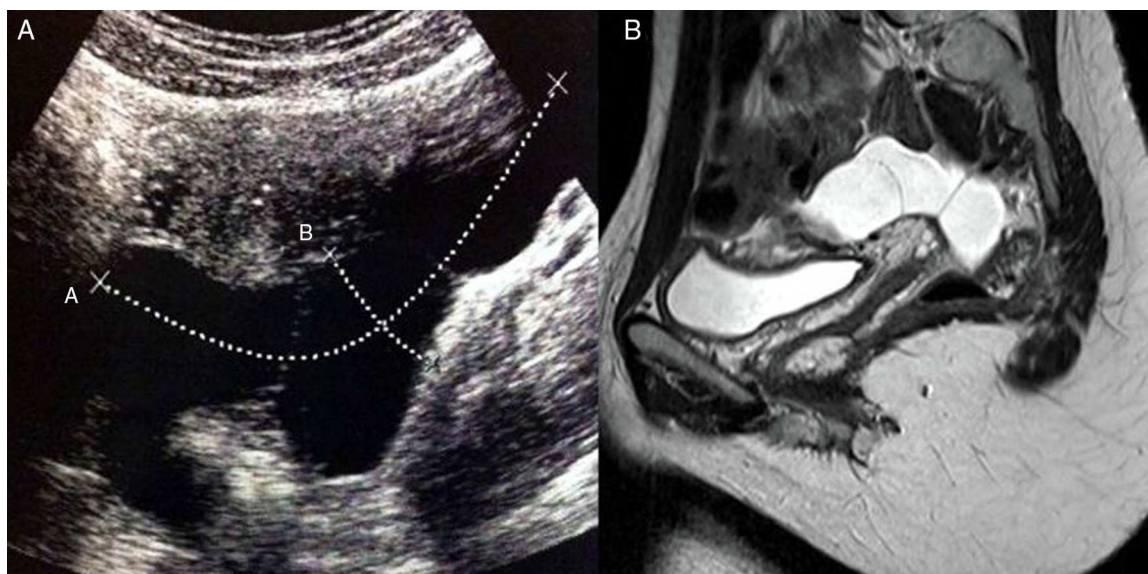


Figura 1 Quiste mesentérico. A) Ultrasonido pélvico en el que se observa tumoración quística tubular en el anexo izquierdo. B) Resonancia magnética que muestra tumoración quística multiloculada sobre el fondo de saco de Douglas.

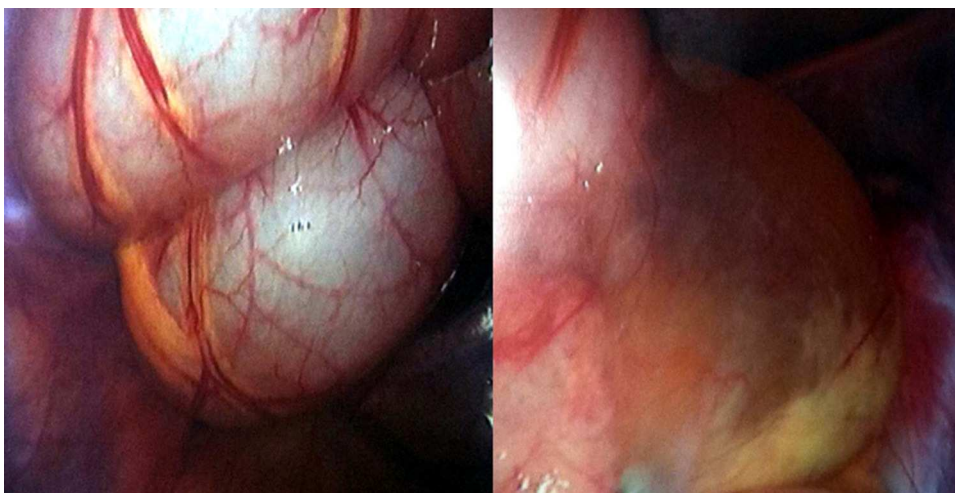


Figura 2 Visión macroscópica del quiste mesentérico durante la laparoscopia.

abdominal⁶. Pueden ser únicos o múltiples y uni o multiloculados. El contenido varía de líquido claro seroso (quistes ileales o colónicos) hasta lechosos (quistes yeyunales) o marrón oscuro debido a hemorragia⁷.

Los quistes mesentéricos se pueden presentar con dolor abdominal crónico, distensión o vómitos, tumoración abdominal indolora o como un abdomen agudo. Sin embargo, generalmente no causan ninguna sintomatología específica. En ocasiones se complica con rotura, torsión u obstrucción intestinal secundaria a vólvulo que produzcan síntomas agudos y severos. El hallazgo clínico más común para los quistes mesentéricos es el signo de Tillaux, el cual describe una tumoración abdominal que es móvil solo en dirección horizontal y no vertical. Los diagnósticos diferenciales incluyen quistes ováricos, pancreáticos, renales o esplénicos, mesenteritis esclerosante, quistes del colédoco, quistes hidatídicos, hidronefrosis, intususcepción, absceso apendicular o ascitis localizada⁴.

El diagnóstico preoperatorio es difícil debido a lo raro de la enfermedad y a la falta de signos y síntomas específicos. Los estudios por imágenes pueden ayudar a realizar un diagnóstico correcto, y la ecografía es el método diagnóstico de elección⁶. La ecografía de abdomen revela tumores quísticos con o sin ecos intensos, y también puede mostrar septos y niveles de líquido abdominal. La tomografía permite determinar el tamaño y en ocasiones, el origen del tumor, la relación con los órganos vecinos e identificar las calcificaciones de las paredes. La resonancia ofrece más información y describe con precisión la relación entre la masa y los tejidos blandos^{1,2}. La interpretación cuidadosa de las imágenes es esencial. En la presente investigación la estructura quística fue erróneamente diagnosticada como un hidrosalpinx.

El tratamiento de los quistes mesentéricos debe realizarse si son sintomáticos o causan complicaciones. El tratamiento de elección es la resección completa del quiste, la cual puede realizarse por laparoscopia o laparotomía⁸. En ocasiones, la resección localizada del intestino y las estructuras que lo rodean puede ser necesaria para lograr la extirpación completa. La decisión sobre el tipo de cirugía depende del tamaño del quiste, su localización en la cavidad

y el grado de habilidad del cirujano. Otras opciones de tratamiento son la enucleación del quiste y el drenaje interno (marsupialización), en especial cuando está localizado profundo en las raíces del mesenterio. Sin embargo, ambas técnicas han demostrado una alta tasa de recurrencia e infección⁴.

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 han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kwan E, Lau H, Yuen WK. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. *Gastrointest Endosc.* 2004;59:154–6.
2. Jain V, Demuro JP, Geller M, Selbs E, Romero C. A case of laparoscopic mesenteric cyst excision. *Case Rep Surg.* 2012; 2012:594095.
3. Sahin DA, Akbulut G, Saykol V, San O, Tokyol C, Dilek ON. Laparoscopic enucleation of mesenteric cyst: A case report. *Mt Sinai J Med.* 2006;73:1019–20.
4. Losanoff JE, Kjossev KT. Mesenteric cystic lymphangioma: Unusual cause of intra-abdominal catastrophe in an adult. *Int J Clin Pract.* 2005;59:986–7.

5. Casarotto A, Cerofolini A, Denitto F, Invernizzi L, Chiappetta A, di Prima F, et al. Mesenteric cyst: Case report and review of the literature. *G Chir.* 2010;31:239–42.
6. Sato M, Ishida H, Konno K, Komatsuda T, Konno S, Watanabe S, et al. Mesenteric cyst: Sonographic findings. *Abdom Imaging.* 2000;25:306–10.
7. Dequanter D, Lefebvre JC, Belva P, Takieddine M, Vaneukem P. Mesenteric cysts. A case treated by laparoscopy and a review of the literature. *Surg Endosc.* 2002;16:1493.
8. Asoglu O, Igci A, Karanlik H, Parlak M, Kecer M, Ozmen V, et al. Laparoscopic treatment of mesenteric cysts. *Surg Endosc.* 2003; 17:832.