Cartas al Director

Quiste mesentérico. Experiencia en 4 casos

Palabras clave: Quiste mesentérico.

Key words: Mesenteric cyst.

Sr. Director:

El quiste mesentérico es una patología poco frecuente (1/27.000 a 1/250.000 ingresos hospitalarios (1) cuya importancia ha sido menospreciada en demasiadas ocasiones en la literatura médica. Su baja incidencia y la creencia errónea de que se trata de una enfermedad benigna y asintomática han contribuido a su escaso conocimiento. Entre enero de 1990 y noviembre de 2005 atendimos en nuestro hospital cuatro casos de quiste mesentérico (1/8.588 ingresos en nuestro servicio). Las características principales de los enfermos las resumimos en la tabla I. Aunque se ha publicado que la mayoría de veces los quistes mesentéricos son asintomáticos y son un hallazgo casual durante exploraciones complementarias o cirugías realizadas por otros motivos (2), en nuestra serie únicamente un caso puede considerarse asintomático. La manifestación más frecuente, de acuerdo con otros autores (3) fue el dolor abdominal sordo y mal localizado, dos de ellos por gran tamaño tumoral y el tercero por perforación y peritonitis. Por lo tanto, según nuestra experiencia, las manifestaciones clínicas son más frecuentes de lo publicado y las complicaciones de estos quistes pueden llegar a ser muy graves, como lo es una peritonitis. En la literatura médica se han publicado otras complicaciones como son obstrucción intestinal, fallo renal, volvulación e incluso transformación maligna (4). La primera prueba de imagen que debe realizarse durante el proceso diagnóstico es la ecografía abdominal, que demostrará la masa quística. La TAC posterior determinará con mayor precisión su origen y localización. El diagnóstico diferencial de estas lesiones debe hacerse con otros quistes abdominales (quistes ováricos, del uraco, riñones poliquísticos, pseudoquistes de páncreas, etc.), así como con aneurismas aórticos, tumores carcinoides, metástasis mesentéricas de otros tumores o ascitis (2,5). A pesar de que pueden localizarse en cualquier lugar del mesenterio, la localización más frecuente es, como en nuestro estudio, en el mesenterio del intestino delgado (2,4). Se han utilizado diferentes clasificaciones para los quistes mesentéricos, aunque nosotros pensamos que la clasificación propuesta por de Perrot (1) es especialmente clara, exacta y fácil de recordar ya que los divide, según su origen, en quistes linfáticos (quiste linfático simple y linfangioma), quistes de origen mesotelial (quiste mesotelial simple, mesotelioma quístico benigno y mesotelioma quístico maligno), quistes de origen entérico (quiste de duplicación intestinal y quiste entérico), quistes de origen urogenital, teratoma quístico maduro (quiste dermoide) y pseudoquistes no pancráticos (de origen traumático y de origen infeccioso). Histológicamente, con independencia de su localización, etiología y curso clínico, la mayoría de los quistes mesentéricos poseen un recubrimiento de endotelio linfático o epitelio mesotelial, siendo todavía menos frecuentes el resto. Tanto los de origen mesotelial como los de origen linfático pueden ser uni- o multiloculados, aunque únicamente los mesoteliomas quísticos malignos presentan un comportamiento maligno. Esta diferenciación, sin embargo, solamente puede hacerse mediante el estudio histopatológico e inmunohistoquímico posterior, por lo que la actitud terapéutica no debe modificarse. De acuerdo con otros autores (1-7), consideramos que el tratamiento de los quistes mesentéricos ha de ser la exéresis quirúrgica, incluso en los casos asintomáticos ya que, como hemos visto, la posibilidad de crecimiento sintomático o de complicaciones graves es elevada. Diversos autores han comunicado también buenos resultados con abordaje laparoscópico (7) por lo que creemos que, en la actualidad y siempre que se encuentre disponible, la laparoscopia debería ser la primera opción a considerar, ya que añade a los buenos resultados del tratamiento quirúrgico las conocidas ventajas de esta técnica. Por otro lado, aunque se ha publicado que hasta en el 60% de los casos es necesaria la resección intestinal, condicionada por un compromiso del aporte sanguíneo, únicamente tuvimos que realizarla en una ocasión. Hemos comprobado que, con este proceder, el pronóstico de estos quistes es bueno y con escaso número de recidivas, pudiendo considerarse un tratamiento curativo.

Tabla I. Características de los pacientes

							•				
Caso	Sexo	Edad	Ingreso	Procedencia	Clínica	Tamaño (cm)	Localizació	n Tratamiento	Acceso	Seguimiento	Anatomía
1	Mujer	25	8 días	Consultas	Dolor abdmonial Vómitos Masa palpable	24 x 20	Mesocolor transverso		Laparotomía media programada	13 años	Quiste mesotelial simple
2	Varón	14	16 días	Urgencias	Dolor abdominal Masa palpable Peritonitis	7 x 8	Yeyuno	Resección quirúrgica	Laparotomía media urgente	1 año	Quiste mesotelial simple
3	Mujer	21	11 días	Ginecología	Dolor abdominal Vómitos	22 x 8	Yeyuno	Resección quirúrgica y resección intestinal	Laparotomía Pfannestiel	6 meses	Linfangioma
4	Varón	41	2 días	Consultas	Asintomático	5 x 4	Íleon	Resección quirúrgica y colecistectomía	Laparoscopia	5 meses	Linfangioma

Como conclusión, el quiste mesentérico es una patología poco frecuente pero que debe ser conocida ya que puede presentar síntomas y complicaciones graves. Independientemente de sus características histológicas, el tratamiento ha de ser la exéresis completa del mismo mediante cirugía.

D. Martínez Ramos, C. Rodríguez Pereira¹, J. Escrig Sos, V. Pellicer, J. M. Miralles Tena y J. L. Salvador Sanchís

Servicios de Cirugía General y Digestiva y 'Anatomía Patológica. Hospital General de Castellón

Bibliografía

- de Perrot M, Brudler M, Totsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cyst. Toward less confusion? Dig Surg 2000; 17 (4): 323-8.
- Vlazakis SS, Gardikis S, Sanidas E, Vlachakis I, Charissis G. Rupture of mesenteric cyst after blunt abdominal trauma. Eur J Surg 2000; 166: 262-4.
- Guzmán-Valdivia Gómez G, Alonso-Avilés V. Quiste de mesenterio como causa de abdomen agudo. A propósito de tres casos. Gac Méd Méx 2003; 139 (5): 505-7.
- Townsend CM, Beauchamp RD, Mattox KL, et al. Sabiston: Tratado de Patología Quirúrgica. 16ª Edición. México: Ed. McGraw-Hill, 2003
- Levy A, Cantisani V, Miettinen M. Abdominal lymphangiomas: imaging features with pathologic correlation. AJR 2004; 182: 1485-91.
 Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric cysts and intraab-
- Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric cysts and intraab dominal lymphangiomas. Arch Surg 1985; 120: 1266-9.
- Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cyst. Surg Endosc 1999; 13 (9): 937-9.