

P-635 - QUISTE MESENTÉRICO DE ORIGEN LINFÁTICO. PRESENTACIÓN CLÍNICA EN FORMA DE ABDOMEN AGUDO Y MASA ABDOMINAL INCIDENTAL

Codina Espitia, Clàudia; Escobar, Lilian Maria; Rofin, Sílvia; Vera, Carlos Arturo; Campos, María Concepción; Ballester, Eulàlia; Medrano, Rodrigo; González, Jose Antonio

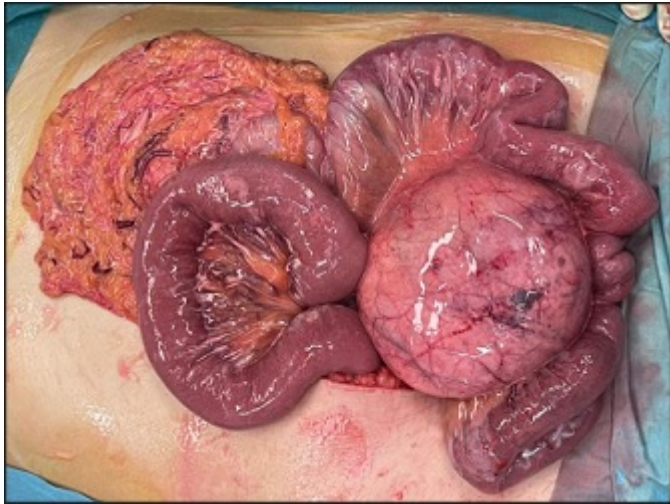
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: El quiste mesentérico es una entidad poco frecuente definida como cualquier lesión quística localizada en el mesenterio. Normalmente se originan a partir del mesenterio del intestino delgado, aunque también pueden originarse en el mesocolon y retroperitoneo. El quiste quiloso o linfático es una rara subclasificación del mismo originada en los vasos linfáticos. Generalmente son asintomáticos, diagnosticándose como hallazgos casuales en pruebas de imagen; al crecer, pueden presentarse como masas abdominales asociadas a dolor abdominal, distensión o clínica de oclusión. Menos frecuentemente se presentan como abdomen agudo. La extirpación quirúrgica se considera el tratamiento de elección dado el riesgo de malignidad (3%).

Casos clínicos: Presentamos dos casos. Primero el caso de una mujer de 33 años con antecedentes de DM1 insulinodependiente, sin antecedentes quirúrgicos. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso intenso. Se realiza analítica sanguínea que no muestra alteraciones y radiografía abdominal que descarta oclusión. Valorada por ginecología que realiza ecografía transvaginal evidenciando quiste ovárico derecho. Ante la sospecha de torsión ovárica se realiza laparoscopia exploradora urgente. Laparoscopia exploradora sin evidenciar alteraciones en útero, trompas o anejos. Se evidencia peritonitis quilosa en cuatro cuadrantes, se aspira un total de 1.500 cc. Se observa gran quiste mesentérico de dependiente de íleon proximal, perforación del mismo con salida de material de aspecto lechoso. Se convierte a cirugía abierta y se realiza resección intestinal de 40 cm con anastomosis intestinal primaria. Posoperatorio sin incidencias. El análisis del líquido peritoneal evidenció la presencia triglicéridos y quilomicrones. El examen anatomopatológico mostró una lesión sacular de pared fibrosa con revestimiento endotelial linfático de 7,5 × 7 cm, compatible con quiste mesentérico quiloso. El segundo caso se trata de una mujer de 73 años con antecedentes de apendicectomía, anexectomía bilateral por cistoadenoma mucinoso, colecistectomía, histerectomía y tumorectomía de mama izquierda por carcinoma ductal infiltrante. A raíz de dolor mesogástrico irradiado a la espalda se realiza TAC abdominal que informa de lesión de 29 × 10 mm en raíz del mesenterio, con áreas de captación de contraste y densidad grasa. Ante la sospecha de tumoración de estirpe lipomatosa y la imposibilidad de biopsia se decide cirugía directa. Se realiza laparotomía media donde se evidencia lesión de 3 cm en raíz del mesenterio de yeyuno, durante la manipulación se observa salida de material blanquecino compatible con linfa. Se realiza exéresis de la lesión sin resección intestinal. En el estudio anatomopatológico se observa tejido adiposo junto con ganglio linfático sin infiltración neoplásica con proliferación de canales vasculares ectásicos, compatible con

linfangioma.



Discusión: Aunque la mayoría de quistes mesentéricos son asintomáticos se han descrito diferentes complicaciones graves como infección, rotura, oclusión, hemorragia o isquemia intestinal. El tratamiento quirúrgico contempla la extirpación del quiste. En ocasiones, cuando el tumor es de tamaño considerable o afecta el mesenterio intestinal, obliga a la resección intestinal. El abordaje laparoscópico para el tratamiento de los quistes mesentéricos es una opción a considerar, aunque en casos urgentes está por definir su utilidad. Pese a ser patología poco frecuente debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masa abdominal.