



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-428 - LESIONES QUÍSTICAS MESENTÉRICAS

Fernández Gómez-Cruzado, Laura; González de Miguel, Melania; de Francisco Rios, Mario; Mateo Sainz, Salvador; Landaluce Olavarria, Aitor; Leon Valarezo, Manolo; González Taranco, Jaime; Estraviz Mateos, Begoña

Hospital de Urduliz, Urduliz.

Resumen

Introducción: Los quistes mesentéricos son lesiones infrecuentes, existiendo series de casos muy reducidas en la bibliografía. En este grupo se incluyen lesiones de distinto origen y significado patológico, en su mayoría benignas. Presentamos dos casos de lesiones quísticas mesentéricas intervenidas en nuestro centro con iconografía muy representativa de las mismas.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 37 años sin antecedentes de interés que presenta molestias abdominales y aumento del perímetro abdominal desde hace meses. La TC objetiva en hemiabdomen inferior una colección de 12,4 × 18,5 × 7,3 cm, homogénea, densidad líquido y pared fina, sin comunicación con otras estructuras. Se intervino a la paciente objetivándose un gran quiste preperitoneal que se extiende por las caras laterales de la vejiga urinaria, realizándose una exéresis simple del mismo. La anatomía patológica fue de linfangioma. Caso 2: mujer de 34 años sin antecedentes de interés que presenta astenia y pérdida de peso. La TC objetiva en FID una imagen pseudoestrellada de unos 23 × 20 mm, inespecífica, de apariencia peritoneal, localizada por debajo del ciego. Se intervino a la paciente realizándose una extirpación de una tumoración de 4 cm sobre epiplón mayor y otra de 2 cm sobre peritoneo parietal en FID. La anatomía patológica fue de mesotelioma papilar benigno.

Discusión: El quiste mesentérico es una patología poco frecuente. Se consideran en su mayoría de origen congénito, pudiendo ser también de origen postraumático, infeccioso o neoplásico. Su localización más habitual es el íleon distal, aunque pueden localizarse por todo el tracto intestinal. El 80% de los pacientes presentan síntomas, entre los que destaca la masa palpable (30-50%). Con menor frecuencia son causa de complicaciones agudas como obstrucción intestinal, hemorragia abdominal, vólvulo intestinal o torsión del quiste. Para su diagnóstico se recurre en primer lugar a la ecografía, siendo necesario posteriormente al realización de un TAC o RMN para determinar 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. Para su clasificación se recurre a la propuesta por Perrot 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 pancreáticos (de origen

traumático y de origen infeccioso). Únicamente los mesoteliomas quísticos malignos presentan un comportamiento maligno. Sin embargo, su diagnóstico solamente puede hacerse mediante el estudio histopatológico. Debido a esto, y a que la posibilidad de crecimiento sintomático o de complicaciones graves es elevada, el tratamiento de los quistes mesentéricos ha de ser la exéresis quirúrgica. El quiste mesentérico es una patología poco frecuente pero que puede presentar síntomas y complicaciones graves. Independientemente de sus características clínicas e histológicas, el tratamiento ha de ser la exéresis quirúrgica completa del mismo.