



P-327 - LAPAROSCOPIA COMO ABORDAJE DE QUISTE MESENTÉRICO

Alonso Gómez, Santiago; Cuartero Desviat, Beatriz; Rodríguez Marín, Daniela; Abón Arrojo, Rodrigo; Cisterne López, Christian; Contreras García, Candela; Frías Ventosa, Paula; Martínez Cortijo, Sagrario

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: La primera descripción en la literatura de esta patología data de 1,507, siendo realizado el primer abordaje laparoscópico por Mackenzie en 1,993. Clínicamente pueden cursar como masa abdominal, dolor abdominal inespecífico o abdomen agudo en casos complicados por infección o hemorragia, aunque en un 50% de casos cursan de manera asintomática y se encuentran incidentalmente en pruebas de imagen o durante la laparotomía. Pueden ser congénitos o adquiridos, y crecen formando espacios linfáticos que se rellenan de linfa. Su incidencia se estima en 1:100.000 casos ingresados y son más frecuentes en la 4ª década. Según su causa se clasifican en 4 grupos (Beahrs): 1) Embrionarios, 2) Traumáticos, 3) Neoplásicos 4) Infecciosos. El diagnóstico se realiza mediante ecografía y TAC. Generalmente el pronóstico es excelente, aunque se han descrito casos de degeneración maligna en el 3% de los casos.

Caso clínico: Mujer de 49 años sin antecedentes personales de interés, salvo accidente de tráfico 1 año antes, presentando entonces fisura de esternón y contusión en ambos miembros inferiores, que consulta por dolor abdominal inespecífico, difuso, localizado en hemiabdomen derecho y que ha ido en aumento desde el accidente. En la exploración física se objetiva dolor en FID con efecto masa. En la ecografía abdominal se observa una formación quística de 10 cm de diámetro en FID. En la TAC abdominal se observa masa quística mesentérica de 11 cm, identificándose el ovario derecho posterior a dicha masa y sin poder excluir, dado el antecedente traumático, que pueda corresponder a un hematoma mesentérico evolucionado. Se realiza abordaje laparoscópico mediante trocar de 10 mm en región periumbilical y 2 trocres de 5 mm en FID y en región subhepática, visualizándose tumoración mesentérica retroileal de aspecto quístico que afecta al meso apendicular; se realiza extirpación de dicha tumoración y apendicectomía en continuidad. El estudio anatomopatológico revela la formación de un quiste mesotelial benigno. La paciente es dada de alta a los 3 días sin complicaciones durante el posoperatorio ni en el seguimiento posterior (6 años).

Discusión: El tratamiento de estos quistes está indicado cuando son sintomáticos. Entre las distintas opciones quirúrgicas se describen la marsupialización y la aspiración siendo poco efectivas por presentar mayor porcentaje de recidivas e infección. La actitud más adecuada consiste en la exéresis completa siendo el abordaje laparoscópico la opción de elección dado que evita las secuelas de la laparotomía y aporta las ventajas derivadas de un procedimiento mínimamente invasivo como la disminución de la morbilidad y la estancia hospitalaria. En ocasiones es necesaria la resección intestinal para completar la exéresis del quiste.