

5. Devereaux CE, Bemiller T, Brann O. Ascites and Severe Hepatitis Complicating Epstein-Barr Infection. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:236–40.
6. Cauldwell K, Williams R. Unusual presentation of Epstein-Barr virus hepatitis treated successfully with valganciclovir. *J Med Virol.* 2014;86:484–6.
7. Rafailidis P, Mavros MN, Kapaskelis A, Falagas ME. Antiviral treatment for severe EBV infections in apparently immunocompetent patients. *J Clin Virol.* 2010;49:151–7.

Anna Puy Guillén\* y Hernán Andreu Serra

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [anna.puyguillen@gmail.com](mailto:anna.puyguillen@gmail.com)  
(A. Puy Guillén).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.08.013>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Quiste mesentérico infectado por *Salmonella typhimurium*



### Mesenteric cyst infected with *Salmonella typhimurium*

Los quistes mesentéricos son lesiones intraabdominales poco frecuentes. Representan aproximadamente 1 de cada 100.000 ingresos hospitalarios en adultos y 1 de cada 20.000 en niños, cerca del 60% surgen antes de los 5 años<sup>1</sup>.

Pueden localizarse en cualquier punto del mesenterio, desde duodeno hasta recto, pero su localización más frecuente es el mesenterio del intestino delgado, concretamente del ileon<sup>2</sup>. No hay una evidencia clara de su etiología por lo que se le han atribuido distintas causas (congénita, neoplásica, adquirida, idiopática). La clasificación más reciente se basa en su origen en función de los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos: linfático, mesotelial, urogenital, entérico, dermoide o pseudoquiste<sup>3</sup>.

Existen principalmente tres formas de presentación clínica. La forma asintomática es la más frecuente y se diagnostica de forma incidental en pruebas complementarias o cirugías. La forma indolente predomina en adultos y los síntomas más frecuentes son dolor abdominal (80%), distensión y masa abdominal (30-50%). En la edad pediátrica predomina la forma complicada (ruptura, infección, obstrucción...)<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un paciente de 19 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución compatible con apendicitis aguda. Se indica intervención quirúrgica urgente con el hallazgo incidental de quiste mesentérico de gran tamaño (fig. 1A). Se realiza apendicectomía laparoscópica con resultado anatomopatológico de apéndice cecal sin alteraciones histológicas. En el postoperatorio se completa estudio con TAC abdominal donde se evidencia masa quística de 7,7 x 10,3 x 3 cm en flanco derecho que sugiere tumoración mesentérica benigna (fig. 1B).

Dado de alta sin incidencias, reingresa a los 15 días por cuadro de dolor abdominal y fiebre persistente. Se repite TAC evidenciando masa quística conocida complicada (fig. 1C). Se indica drenaje percutáneo extrayendo muestra del líquido para cultivo, en los resultados microbiológicos se aísla *Salmonella* entérica, subespecie I, serogrupo B. El paciente no presenta clínica de diarrea ni recuerda episo-

dios previos recientes, único antecedente reseñable es un viaje a Marruecos hace un mes. Ante estos hallazgos se solicita coprocultivo que resulta positivo para el mismo germen. Se realiza serotipado de las cepas perteneciendo ambas al serotipo *Typhimurium*. Tras mejoría clínica y ecográfica es dado de alta.

Al mes se interviene de forma programada realizando exéresis de quiste mesentérico por laparoscopia, se observa disminución del tamaño e importante reacción inflamatoria periquística. Se reinterviene el segundo día por sospecha de perforación intestinal, hallándose peritonitis purulenta y perforación a nivel de colon transversal. Se realiza lavado profuso de cavidad abdominal más sutura primaria por laparoscopia. Posteriormente evoluciona de forma favorable. En los cultivos obtenidos del quiste resecado y un segundo coprocultivo no se aísla *Salmonella*.

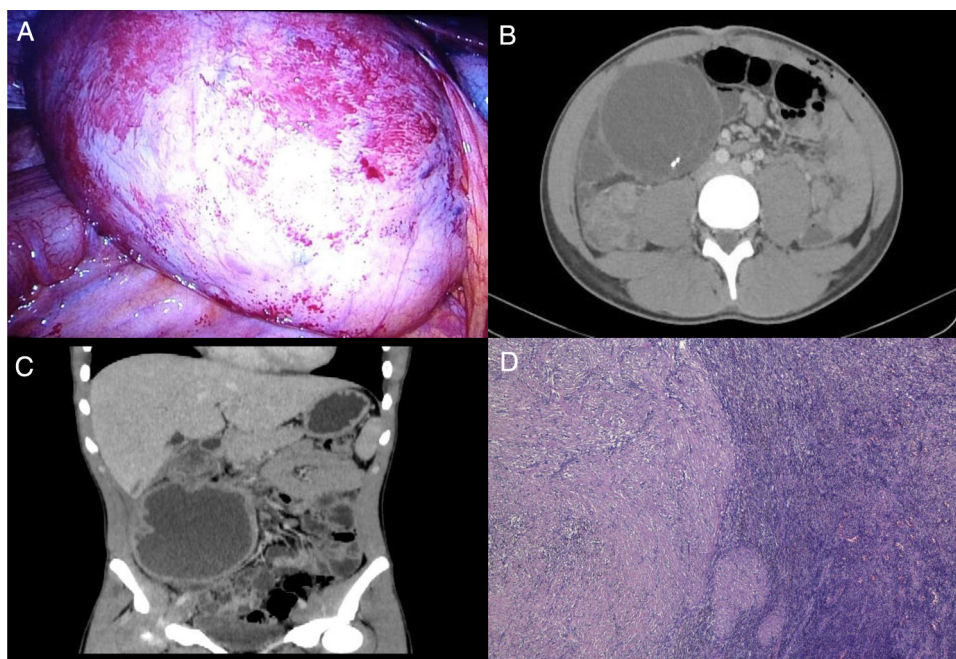
En el estudio anatomopatológico se observa una formación quística constituida por varias capas concéntricas, con inflamación panmural perforada y abscesificada (fig. 1D). El estudio inmunohistoquímico fue positivo para actina de músculo liso y desmina confirmando una capa muscular concéntrica, no se observan restos de revestimiento epitelial ni mesotelial. Los hallazgos sugieren una duplicación intestinal quística.

Los quistes mesentéricos son una entidad rara con una etiología variada. Independientemente de su presentación la cirugía es el tratamiento de elección para evitar la transformación maligna y prevenir complicaciones. La aspiración del quiste como único tratamiento no se recomienda por su alta recurrencia<sup>3</sup>.

La infección de un quiste mesentérico es una complicación infrecuente con pocos casos descritos en la literatura médica. El mecanismo suele ser desconocido, pudiendo ser por diseminación linfática, hematógena o por contigüidad<sup>4</sup>.

A excepción de *Salmonella typhi*, responsable de la fiebre tifoidea y cuyo único reservorio es humano, los serotipos de *Salmonella* no tifoideos se encuentran en la flora intestinal de varias especies animales y se transmiten a los humanos a través de alimentos contaminados. La gastroenteritis es la principal manifestación clínica, siendo poco frecuentes las infecciones extraintestinales<sup>5</sup>.

En conclusión, presentamos un raro caso de quiste mesentérico infectado por *Salmonella typhimurium* con sospecha de diseminación por contigüidad dado su origen entérico, pero sin poder descartar la vía linfática o hematógena a partir de una gastroenteritis, y destacamos la



**Figura 1** (A) Hallazgo incidental de quiste mesentérico en el transcurso de cirugía laparoscópica por sospecha de apendicitis aguda. (B) Tumoración quística de 7,7 x 10,3 x 3 cm de aparente origen mesentérico en flanco derecho. (C) Masa quística conocida, con mayor grosor parietal, sugestiva de linfangioma quístico complicado. (D) Corte histológico visto al microscopio de la pared quística concéntrica con infiltrados inflamatorios.

importancia de un correcto diagnóstico y tratamiento de esta patología dada su infrecuencia.

### Agradecimientos

Los autores agradecen a Alicia Blasco y a Sandra Vicente (Servicio de Radiología y de Anatomía Patológica, respectivamente, Hospital Royo Villanova), la ayuda aportada para la selección de imágenes. Igualmente agradecer la colaboración de la Dra. Pilar Egido (Servicio de Microbiología, Hospital Miguel Servet) en el serotipado de las muestras microbiológicas.

### Bibliografía

- Marc de Perrota, Marie-Anne Bründlerb, Martin Tötschb Gilles Menthaa, Philippe, Morela. Mesenteric cyst Toward Less Confusion? *Dig Surg.* 2000;17:323–8.
- Cucho Janetliz, Ormeño Alexis, Valdivieso Falcon Lidia, Pereyra Sonia, Ramos Rodríguez, Karen. Quiste mesentérico en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima. Perú: reporte de caso. *Rev. gastroenterol. Perú.* 2013;33:341–4.
- Roberto Sosa Hernández, Carlos A, Sánchez Portela, Lorenzo Simón, Rodríguez. Quiste del mesenterio: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cubana Cir.* 2007;46.
- Pérez Sánchez J, Pineda Solas V, Loverdos Eserverri I, Vilà de Muga M. Linfangioma abdominal infectado por Salmonella enteritidis [Abdominal lymphangioma infected by Salmonella enteritidis]. *An Pediatr (Barc).* 2005;63:264–6.

- Rodríguez, Carlos Hernán, de Mier, Carmen, Bogdanowicz, Elizabeth, Caffer, María Inés, García, Susana, Lasala, María Beatriz, Vay, Carlos, Famiglietti, Angela. Salmonelosis extraintestinal: clínica, epidemiología y resistencia antimicrobiana. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana.* 2007;41: 379–83.

Ana Nogués<sup>a,\*1</sup>, M<sup>a</sup> José Aldea<sup>b,1</sup>, Beatriz Cros<sup>a,1</sup>, Issa Talal<sup>a,1</sup>, Carlos Yáñez<sup>a,1</sup> y Juan Luis Blas<sup>a,1</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo, Hospital Royo Villanova, Zaragoza

<sup>b</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Royo Villanova, Zaragoza

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ananope@gmail.com](mailto:ananope@gmail.com) (A. Nogués).

<sup>1</sup> Hospital Royo Villanova, Av. de San Gregorio, s/n, 50015 Zaragoza, España.

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.08.012>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.