

Hallazgo incidental de quiste en mesocolon durante colecistectomía. Reporte de caso

Lizzet Villalobos-Ramírez,* Luis Adolfo Aceves-López,** Laura Esbeidy Barreda-Escalona***

* Médico Anestesiólogo. ** Cirujano General, Bariátrica y Laparoscópica. *** Médico Interno de Pregrado. Centro Médico Dalinde.

Incidental finding of a cyst in the mesocolon during cholecystectomy. Case report

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 12 Núm. 1 / Enero-Marzo, 2023 / p. 31-34

RESUMEN

Antecedentes. La incidencia de los quistes de mesenterio es de 1 en 100,000 habitantes. Su hallazgo suele ser incidental mediante estudios de imagen o debido a una intervención quirúrgica independiente. Se propone que su aparición puede deberse a una degeneración de los linfáticos mesentéricos y que corresponden a una anomalía congénita. Cuando causan síntomas, se extirpan quirúrgicamente en forma abierta o laparoscópica.

Caso clínico. Paciente femenino de 25 años, con antecedente de resección de quiste de ovario izquierdo 15 días previos a la intervención actual. Acude por dolor tipo cólico de intensidad 10/10 en escala análoga numérica, acompañado de siete episodios de meses de contenido ácido, sin contenido gastroalimentario o biliar. Posterior a ultrasonido de hígado y vías biliares con imágenes sugestivas, se diagnostica colecistectomía y es intervenida quirúrgicamente, con la paciente en la mesa quirúrgica refiere a la médica anestesióloga el hallazgo previo de un quiste en cuadrantes inferiores del abdomen, por lo que se decide la realización de laparoscopia diagnóstica e intervencionista. Se realiza la operación de colecistectomía y resección de quiste de mesocolon.

Conclusiones. Los quistes de mesocolon son un hallazgo poco frecuente. Es importante considerarlo como diagnóstico diferencial ante sintomatología inespecífica como anorexia, náusea, vómitos, fatiga y pérdida de peso, siendo aún más sugestivo ante imágenes sugestivas de un quiste. Su tratamiento es quirúrgico ante la presencia de sintomatología clínica.

Palabras clave. Mesotelio, quiste de mesocolon, mesocolon, quiste de mesenterio.

ABSTRACT

Background. The rate of mesenterial cysts is of 1 in 100,000. Its finding is usually incidental during imaging studies or due to an independent medical intervention. Its generation has been associated with an anomalous degeneration of the lymphatic vessels, considered a congenital anomaly. They're usually asymptomatic, but when causing symptoms, their surgical excision is recommended.

Case report. We present a 25-year-old female with a background of surgical excision of a left ovarian cyst 15 days prior to the current surgical excision. She presents with intense generalized abdominal pain associated with vomiting in seven occasions of gastric content, without biliary content. An ultrasound imaging of the liver and bile ducts reports suggestive images of acute cholecystitis, she is diagnosed and suggested a surgical approach. With the patient in the operating table, she refers to the anesthesiologist the previous finding of a cyst in the lower quadrants of the abdomen, deciding to approach it with a diagnostic and interventional laparoscopy. The cholecystectomy and excision of the mesocolon cyst is done.

Conclusion. The mesocolon cysts are an unusual finding. It is important to consider them as a differential diagnosis when presented with nonspecific abdominal symptoms like anorexia, nausea, vomits, fatigue and weight loss, becoming more obvious with clinically suggestive images of a cyst. Its treatment is surgical when symptomatic.

Key words. Mesothelium, mesocolon cyst, mesocolon, mesenterial cyst.

Correspondencia:

Dra. Laura Esbeidy Barreda-Escalona
Tel. 55 1686-7559. Correo electrónico: laubarredae@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los quistes de mesenterio son lesiones benignas poco frecuentes, con una incidencia de 1 en 100,000 habitantes. Debido a su sintomatología inespecífica, muchas veces son encontrados de forma incidental en estudios de imagen o durante una laparotomía para el manejo de complicaciones u otro procedimiento independiente. Su etiología permanece incierta, sin embargo, se han desarrollado muchas teorías relacionadas a su desarrollo congénito. Debido a su sintomatología inespecífica, generalmente relacionada a un fenómeno de masa, consideramos importante la difusión del conocimiento de este para considerarlo dentro de los diagnósticos diferenciales de fenómenos obstructivos en la región abdominal, presentando el caso del hallazgo incidental de un quiste de mesocolon ante la búsqueda intencionada en una colecistectomía.

REPORTE DE CASO

Paciente femenino de 25 años con antecedente de resección de quiste de ovario izquierdo 15 días previos a la intervención quirúrgica actual, quien inicia su padecimiento posterior a la resección del quiste de ovario izquierdo con dolor tipo cólico de inicio súbito en flanco derecho, de intensidad 8/10 en escala análoga numérica, sin irradiaciones, acompañado de náusea y vómito de contenido gastroalimentario con hiporexia, que mejoraba a la administración de una tableta de omeprazol de 20 mg posterior a emesis, manteniéndose de intensidad constante durante todo el mes. El dolor aumentó

un día previo al procedimiento quirúrgico actual durante noche, con dolor tipo cólico de intensidad 10/10 en escala análoga numérica, acompañado de siete episodios de meses de contenido ácido, sin contenido gastroalimentario o biliar.

Al examen físico la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, abdomen con presencia de lesión cicatricial Pfannenstiel en hipogastrio de 7 cm secundario a evento quirúrgico previo para resección ovárica, con peristalsis disminuida, con presencia de dolor a la palpación superficial y profunda en flanco derecho e hipogastrio. Signo de Murphy positivo, signo de McBurney negativo.

En los estudios de laboratorio al ingreso a urgencias se encuentra leucocitosis de $10.360 \times 10^3/\text{uL}$, con neutrófilos de 89% y $8.24 \times 10^3/\text{uL}$. Resto de los estudios sin resultados significativos, habiendo realizado biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y tiempos de coagulación.

Se realiza ultrasonido de hígado y vías biliares con presencia de imagen de morfología oval, con bordes definidos, hiperecoica, que proyecta sombra acústica posterior, con medida de 22 mm, localizado en cuello vesicular, la cual no cambia de posición a la movilización de la paciente, con Murphy ecográfico positivo, con impresión diagnóstica de colecistitis litiasica aguda con lito enclavado en cuello vesicular (*Figura 1*).

La paciente presentaba, debido a la intervención previa, una tomografía computarizada abdominopélvica simple y contrastada endovenoso de dos días previos a la intervención para resección de quiste de ovario con hallazgos de vesícula biliar con imagen nodular hiperdensa de 19 mm en su interior y órganos del aparato reproductor con imagen nodular e hipodensa con 52 x 64 mm y -1 UH en anexo izquierdo con

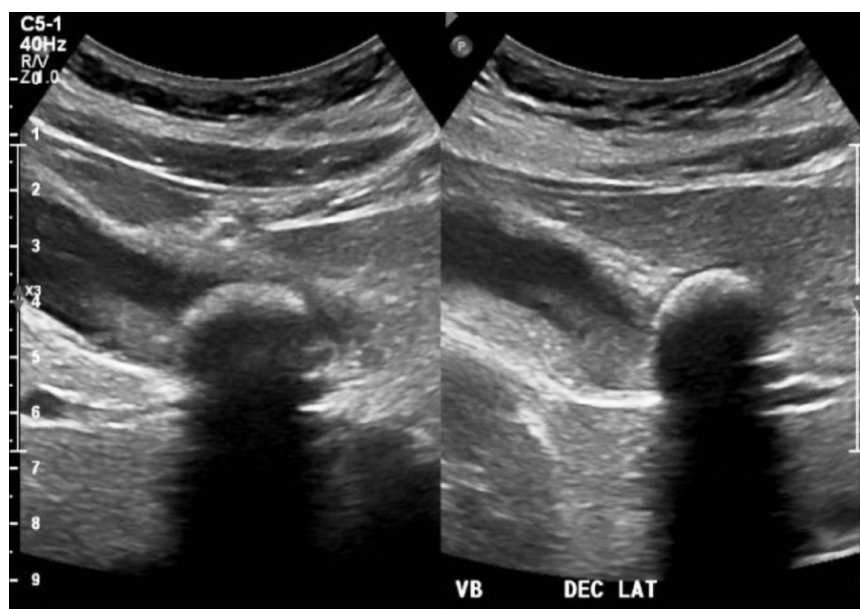


Figura 1. Vesícula biliar con morfología en “gorro frigio”, distendida, con dimensiones de 102 x 10 x 29 mm, presenta pared de 3 mm, contenido heterogéneo por múltiples imágenes puntiformes ecogénicas móviles, así como imagen de morfología oval, bordes definidos, hiperecoica, que proyecta sombra acústica posterior, con medida de 22 mm, localizada en cuello vesicular, la cual no cambia de posición a la movilización de la paciente. Murphy ecográfico positivo.

calcificaciones periféricas, con conclusión de quiste anexial izquierdo parcialmente calcificado y litiasis vesicular.

La paciente se intervino quirúrgicamente para colecistectomía laparoscópica posterior a la evidencia clínica e imagenológica, sin embargo, con la paciente en la mesa quirúrgica refiere a la médico anestesiólogo el hallazgo previo de un quiste en cuadrantes inferiores del abdomen, por lo que se decide la realización de laparoscopia diagnóstica e intervencionista, identificándose un quiste sobre el mesocolon sigmoides (*Figura 2*). Se realiza un cuidadoso drenaje del quiste, se destecha y se extrae muestra para patología, se realiza horleaje de todo el borde del quiste (*Figura 3*) y se continúa con la exploración de la cavidad. Se realiza abordaje vesicular encontrando una vesícula biliar distendida, con pared edematizada y líquido perivesicular, con lito enclavado.



Figura 2. Quiste de mesocolon.

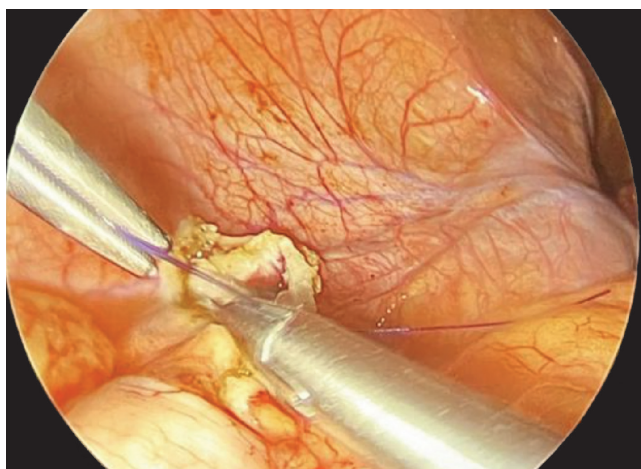


Figura 3. Horleaje del borde del quiste de mesocolon posterior a cuidadoso drenaje del mismo.

El informe histopatológico de la vesícula biliar reporta una impresión diagnóstica de colecistitis aguda y crónica litiásica, colesterosis y ganglio cístico con hiperplasia sinusal para el quiste de mesocolon.

DISCUSIÓN

El tejido mesentérico se desarrolla a partir del mesenterio del embrión que une los intestinos anterior, medio y posterior a la pared posterior del abdomen. Durante el desarrollo fetal, después de retorno herniario y la rotación de 270° del intestino medio a su sitio intraperitoneal, el mesenterio reducido alcanza su estado final de fijación. El mesenterio del intestino delgado, colon transverso y colon sigmoide quedan libres, mientras que el duodeno y los segmentos laterales del colon quedan fijos.¹

El quiste mesentérico fue descrito por primera vez por el anatomista italiano Benevenuti al realizar una autopsia en un niño de ocho años en 1507. No fue hasta 1842 que Rokitsky publicó la primera descripción atinada de un quiste de mesenterio y hasta 1880 que Tillaux realizó exitosamente la primera cirugía de una masa quística en el mesenterio. Seguido de esto, Pean describió en 1883 la primera marsupialización de un tumor mesentérico.²

Los quistes del mesenterio son lesiones benignas con una incidencia de < 1 en 100,000 habitantes en la población adulta y 1 en 20,000 en la población pediátrica. Son más frecuentes en mujeres que en hombres, con pico de edad entre los 40 y 70 años.³

Se propone que su aparición puede deberse a una degeneración de los linfáticos mesentéricos y que corresponden a una anomalía congénita. Suelen ser en su mayoría asintomáticos o inducir síntomas por anomalía masiva, suscitando dolor crónico intermitente en abdomen por compresión de estructuras adyacentes o torsión espontánea seguida de reducción de la torsión del quiste. El dolor agudo suele ser causado por rotura o torsión del quiste o hemorragia aguda al interior de la cavidad quística. Pueden también dar síntomas tan inespecíficos como anorexia, náusea, vómitos, fatiga y pérdida de peso.¹

Los quistes de mesenterio pueden desarrollarse a cualquier altura del tracto gastrointestinal, desde el duodeno hasta el recto. Un estudio de revisión de 162 pacientes encontró que 60% de estos ocurrían en el intestino delgado, 24% se desarrollaban en el colon, 14.5% en el retroperitoneo, siendo el 1.5% indefinidos.⁴

A la exploración física de estos, suele encontrarse una tumoración que se mueve lateral u horizontalmente, más no vertical, conocido como el signo de Tillaux. Esto les diferencia de los quistes de epiplón, mismos que se mueven con libertad en todas las direcciones.

Los estudios de imágenes más útiles en las personas en las que se sospecha de un quiste mesentérico son la CT, la ecografía y la MRI.¹ En estos, los quistes tienen un aspecto unilocular sin un componente sólido en su imagen. No obstante, los quistes de mesenterio pueden también ser múltiples, uniloculares o multiloculares, y pueden contener fluido hemorrágico, seroso, quiloso o infeccioso.⁵

Cuando causan síntomas, se extirpan quirúrgicamente en forma abierta o laparoscópica. No es recomendable destaparlos o masrupalizarlos, ya que los quistes de mesenterio tienden a recurrir cuando sólo se drenan. En ocasiones el mesenterio adyacente suele estar adherido o es necesario comprometer vasos mesentéricos para extirparlo en su totalidad, en cuyo caso está indicada una resección intestinal segmentaria.¹

Algunas complicaciones asociadas a quistes de mesenterio incluyen volvulus, derrame de fluido infeccioso, herniación del intestino hacia un defecto abdominal y obstrucción. Los quistes mesentéricos de etiología neoplásica ocurren en sólo 3% de los casos. No hay una diferencia entre la duración de los síntomas o la presentación clínica de los pacientes. El tamaño y la localización de los quistes malignos es idéntica a los benignos.⁶ Dentro de los tumores malignos primarios del mesenterio se encuentran liposarcomas, leiomiomas, histiocitomas fibrosos malignos, lipoblastomas y linfangiosarcomas. El tratamiento de estos incluye la resección amplia del tumor.¹

CONCLUSIONES

Los quistes de mesocolon son sumamente raros, formando parte de únicamente el 24% de los quistes de mesenterio, siendo los quistes de mesenterio un hallazgo infrecuente a su vez. Debido a los pocos casos reportados y la falta de discusión

respecto a ellos, no ha habido un consenso claro respecto a su fisiopatología. Los límites de edad a su aparición son muy amplios, aunque gran parte de los casos se han registrado en mujeres entre los 40 y 70 años. En la mayoría de los casos la sintomatología es sumamente inespecífica, con efecto de masa, anorexia, pérdida de peso, vómito, etc.

Sólo 3% de los quistes de mesenterio tienen una etiología neoplásica y ameritan de un tratamiento más invasivo. El tratamiento de los quistes de mesenterio suele ser su extirpación quirúrgica en forma abierta o laparoscópica dependiendo de las características individuales del quiste.

REFERENCIAS

1. Schwartz SI. *Schwartz. Principios de cirugía* (Schwartz SI, Brunickard FC, Andersen DK, Eds.). McGraw-Hill 2020; 2(11): 1457-60.
2. Mohanty SK, Bal RK, Maudar KK. Mesenteric cyst - an unusual presentation. *Journal of pediatric surgery* 1999; 33(5): 792-3. DOI: 10.1016/s0022-3468(98)90224-x
3. Vallejo-Soto M, Orozco-Simental S. Quiste mesentérico gigante simulador de ascitis intratable. *Revista de Gastroenterología de México*, 2017; 82(4): 348-51. DOI: 10.1016/j.rgm.2016.04.006
4. Saviano MS, Fundaro S, Gelmini R, Begossi G, Perrone S, Farinetti A, Criscuolo M. Mesenteric cystic neoformations: report of two cases. *Surgery Today* 1999; 29 (2): 174-7. DOI: 10.1007/BF02482245
5. Zamir D, Yuchtman M, Aman M, Shoemo U, Weiner P. (1996, Mayo 15). [Giant mesenteric cyst mimicking ascites]. *Harefuah* 1996; 130(10): 683-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8794659/>
6. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and Retroperitoneal Cysts. *Annals of Surgery* 1986; 203(1): 109-12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1251046/>