

QUISTE DEL MESENTERIO HALLAZGO CASUAL EN UN PREESCOLAR CON APENDICITIS AGUDA.

Jorge Alejandro Oliveros-Rivero (1), Alí José García Primera (2),
Arellys del Valle Rivero de Oliveros (3)

Recibido: 20/09/2020
Aceptado: 25/01/2021

RESUMEN

El quiste mesentérico tiene una incidencia de 1 por cada 20.000 ingresos y 60% ocurren antes de los 5 años de edad. La etiopatogenia es la proliferación benigna de vasos linfáticos ectópicos. Presentamos un preescolar masculino de 4 años de edad con dolor abdominal de 12 horas de evolución, en mesogastrio que posteriormente se ubica en fosa iliaca derecha, abdomen levemente distendido, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, maniobras apendiculares positivas sin signos de irritación peritoneal. Leucocitos: 19.140 ul; neutrófilos 80%, escala de Alvarado: 8ptos/10ptos. No se contaba con servicio de imágenes al momento de la valoración. Se realiza exploración quirúrgica abdominal, evidenciándose tumoración de 20 x 30 cm adherida al mesenterio del colon sigmoide a través de un pedículo; se realiza exéresis total del quiste y apendicectomía; se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda y quiste mesentérico por biopsia evolucionando satisfactoriamente. La exéresis total del quiste de mesenterio tiene buen pronóstico, disminuye las recidivas y posibles transformaciones malignas.

Palabras claves: Quiste de mesenterio; apendicitis aguda.

Mesenteric cyst. A chance finding in a preschool child with acute appendicitis.

SUMMARY

Mesenteric cyst has an incidence of 1 for every 20,000 admissions and 60% occur before 5 years of age. Etiopathogenesis is the benign proliferation of ectopic lymphatic vessels. We present a 4-year-old male preschooler with 12-hour evolution abdominal pain, in the mesogastrium that was later located in the right iliac fossa, slightly distended abdomen, painful on palpation in the right iliac fossa, positive appendicular maneuvers without signs of peritoneal irritation. Leukocytes: 19,140 ul; neutrophils 80%, Alvarado scale: 8pts / 10pts. There was no image service at the time of the assessment. An abdominal surgical exploration was performed, showing a 20 x 30 cm tumor attached to the mesentery of the sigmoid colon through a pedicle, total excision of the cyst and appendectomy, the diagnosis of acute appendicitis and mesenteric cyst confirmed by biopsy, evolving satisfactorily. Total excision of the mesentery cyst has a good prognosis, reduces recurrences and possible malignant transformations.

Key words: Mesenteric cyst; appendicitis.

INTRODUCCIÓN

Los quistes mesentéricos son lesiones intraabdominales poco frecuentes que ocurren en la edad pediátrica. Su incidencia estimada es de 1 por cada 20.000 ingresos en el área quirúrgica pediátrica y cerca del 60% de los casos ocurren antes de los 5 años de edad (1,2). Pueden localizarse en cualquier parte del mesenterio desde el duodeno hasta el recto y pueden extenderse desde la base del mesenterio hasta el retroperitoneo, aunque son más frecuentes encontrarlos en el mesenterio del intestino delgado (1,3). Actualmente se clasifican según su etiología y clínica, morfología, histopatología e inmunohistoquímica como se muestra en la tabla 1 (2-4). Su presen-

tación puede variar de una masa asintomática a un abdomen agudo (1,3). Se presenta el primer caso reportado en Venezuela de quiste mesentérico en combinación con apendicitis aguda en edad pediátrica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente preescolar masculino de 4 años de edad quien es llevado al servicio de urgencia pediátrica por madre, quien refiere inicio de enfermedad actual caracterizado por dolor abdominal de 12 horas de evolución, de aparición insidiosa, localizada en mesogastrio que posteriormente se ubica en fosa iliaca derecha, de moderada a fuerte intensidad, opresivo, sin irradiación del mismo, acompañado de alza térmica no cuantificada y anorexia. La madre niega antecedentes de importancia. Al examen físico FR: 19 rpm, FC: 145 LPM Temperatura: 39°C, TA: 100/60 mmHg, Peso: 17,500 Kg, paciente en regulares condiciones generales, febril, álgico e intranquilo. abdomen levemente distendido, ruidos hidroaéreos presentes, timpánico a la percusión en todos los cuadrantes a excepción del hipocondrio derecho que es mate, blando depresible doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, punto de McBurney doloroso, maniobra del Psoas (+), maniobra de talón percusión (+), signo de Blumberg (-), 8ptos/10ptos es-

- (1) Médico residente de cirugía pediátrica. Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. Punto Fijo. Venezuela. ORCID: 0000-0002-0824-0864.
- (2) Cirujano Pediatra - adjunto al servicio de cirugía pediátrica. Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. Punto Fijo. Venezuela ORCID: 0000-0001-9257-6629. Correo electrónico: alijgp@hotmail.com
- (3) Pediatra (jubilada), Hospital Dr. Jesús García Coello, Punto Fijo, Venezuela. ORCID: 0000-0002-8534-1095. Correo electrónico: arelysoliveros@hotmail.com

Autor correspondiente: Jorge Alejandro Oliveros-Rivero
Teléfono: 04146952846 / Correo: jorgealejandrroliveros@hotmail.com

cala de Alvarado. Hemoglobina: 12,2 g/dl; glóbulos blancos: 19.140 ul; neutrófilos 81%. Se solicita ultrasonografía (USG) sin embargo al momento de la valoración no se contaba con el servicio solicitado. Paciente es llevado a cirugía con diagnóstico de abdomen agudo inflamatorio quirúrgico: apendicitis aguda.

Al paciente se le realiza una incisión de Rockey Davis modificada, sin embargo al evidenciarse una gran masa quística se decide ampliar la incisión y se convierte en una laparotomía exploradora transversal infraumbilical derecha (Figura 1), donde se observa una tumoración de 20 x 30 cm ubicada a nivel del mesenterio del colon sigmoide adherido al mismo a través de un pedículo (Figura 2), cuya apariencia es de paredes marrón grisáceo, de bordes lisos de consistencia blanda, líquida y móvil, con vascularización en su pared, no comunicaba con la luz del intestino, no afectaba la vascularización del intestino, la cual se resecó totalmente (Figura 3), se evidencia además apéndice cecal de aspecto flegmonosa y edematosa sin líquido libre en cavidad por lo cual se realiza apendicectomía. El estudio patológico confirmó el diagnóstico de quiste mesentérico con inflamación aguda y crónica inespecífica, sin atipias y apendicitis aguda flegmonosa.

El paciente se mantiene hospitalizado en la unidad de cirugía pediátrica, recibiendo antibioticoterapia a base de cefotaxima y metronidazol, con evolución satisfactoria y sin complicaciones, proporcionándole el alta médica a los 3 días del postoperatorio. No existió recurrencia o complicaciones en el período de seguimiento durante 6 meses.

DISCUSIÓN

El quiste mesentérico se define como cualquier quiste en el mesenterio. Fue descrito por primera vez por el patólogo italiano Antonio Benivieni durante la autopsia de un niño de 8 años en 1507, desde entonces se han publicado en la literatura mundial alrededor de 900 casos (1,3). La etiología de los quistes mesentéricos no se ha determinado con exactitud, sin embargo, la teoría más aceptada es la proliferación benigna de vasos linfáticos ectópicos en el mesenterio, sin comunicación con el resto de la circulación linfática, de manera análoga a otras malformaciones linfáticas (2). El quiste mesentérico puede variar en tamaño desde unos pocos centímetros hasta 40 cm de diámetro (1,2). Su ubicación más frecuente es dentro del mesenterio del intestino delgado, seguido del me-

Tabla 1. Clasificación de los quistes mesentéricos (2-4)

Según etiología y clínica	•Embriológicos	
	•Traumáticos	
	•Neoplásicos	
	•Infecciosos	
Según morfología	•Tipo 1	Pediculado (fácilmente resecable).
	•Tipo 2	Sésil, incluido entre ambas hojas del mesenterio (requiere resección de las asas afectadas y anastomosis, aunque hay alguna experiencia realizando la enucleación mediante la separación del quiste mesentérico de ambas hojas del peritoneo).
	•Tipo 3	Se extiende en el retroperitoneo y habitualmente no puede ser resecado en su totalidad.
	•Tipo 4	Multicéntrico, precisará varias cirugías y/o escleroterapia.
Según histopatología e inmunohistoquímica	•Quistes de origen linfático	Quiste linfático simple
		Linfangioma (más frecuentes)
	•Quistes de origen mesotelial	Quiste mesotelial simple
		Mesotelioma quístico benigno
		Mesotelioma quístico maligno
	•Quistes de origen entérico	Quiste entérico de duplicación
		Quiste entérico
	•Quiste de origen urogenital	
•Teratoma quístico maduro (dermoide)		
•Pseudoquiste maduro (dermoide)	De origen traumático	



Figura 1



Figura 2



Figura 3

mesenterio del colon y el retroperitoneo. En una serie de 162 pacientes, el 60% de los quistes mesentéricos ocurrieron en el mesenterio del intestino delgado, 24% en el mesenterio del intestino grueso y el 14,5% en el retroperitoneo (1).

La presentación clínica del quiste mesentérico depende de la localización y tamaño del quiste, pero pueden acompañarse de síntomas gastrointestinales que lo malinterpretan como

apendicitis (5,6), obstrucción del intestino delgado o diverticulitis, antes de la cirugía (1,2). Raramente se pueden producir complicaciones como ruptura, torsión u obstrucción intestinal, que causan síntomas más graves (1). Según una revisión de la literatura realizada por De Perrot et al., el dolor abdominal (82%), náuseas y vómitos (45%), estreñimiento (27%) o diarrea (6%) fueron los síntomas iniciales, mientras que una masa abdominal fue el hallazgo clínico en hasta el 61% de los pacientes; aun así, muchos de los casos son asintomáticos y son diagnosticados incidentalmente (2,3,4,7,8), como ocurrió en este paciente cuyo diagnóstico se realizó de forma intraoperatoria ya que además presentaba un cuadro compatible con apendicitis aguda.

La tomografía axial computarizada (TAC) y la USG son los estudios más efectivos para el diagnóstico. En la USG se muestra como una masa quística claramente definida, usualmente con septos internos y en la TAC como grandes quistes multilobulados de pared delgada con contenido frecuentemente grasa, además en ambos estudios de imagen se puede distinguir entre características sólidas y quísticas de la masa abdominal (1,7), sin embargo, en el presente caso no se logró realizar la TAC ni la USG ya que en la unidad hospitalaria no se cuenta con este tipo de estudio durante las 24 horas del día y el paciente fue valorado fuera del horario en el cual se cuenta con los servicios de imágenes.

Independientemente del origen de los quistes mesentéricos, la mayoría de los estudios concuerdan en que el tratamiento debe ser la exéresis quirúrgica total del quiste. Se ha comprobado que cuando dicha exéresis es completa, el pronóstico de estos quistes es bueno, se disminuye en gran porcentaje el número de recidivas y posibles transformaciones malignas, por lo que puede considerarse un tratamiento curativo. Este tratamiento se recomienda incluso en aquellos pacientes asintomáticos o en los casos en los que se presenta como un hallazgo casual intraoperatorio similar al paciente que se presenta, ya que la posibilidad de que se produzca un crecimiento sintomático o que aparezcan complicaciones graves es elevada. La cirugía es además el único método de diagnóstico definitivo para quistes mesentéricos simples. La aspiración del quiste como tratamiento único no se recomienda ya que existen gran porcentaje de recidivas (1-4,7). La resección intestinal segmentaria puede ser necesaria si el intestino adyacente tiene compromiso de irrigación sanguínea (33-60% de casos). Para quistes múltiples o aquellos técnicamente difíciles para una escisión completa, tales como los localizados en el retroperitoneo, se puede requerir la marsupialización (10% de casos) y un cuidadoso seguimiento a largo plazo (2,4,7). La cirugía laparoscópica es factible hoy en día. Varios autores han comunicado buenos resultados y debería ser considerada como la primera opción, siempre que esté disponible (2,9-11). En el presente caso, la cirugía se realizó de manera abierta con la resección total del quiste mesentérico, sin recidiva y evolución satisfactoria del paciente.

REFERENCIAS

1. Yoon JW, Choi DY, Oh YK, Lee SH, Gang DB, Yu ST. A case of mesenteric cyst in a 4-year-old child with acute abdominal pain. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2017;20(4):268–272.
2. Fernández Ibieta M, Rojas Ticona J, Martínez Castaño I, Reyes Ríos P, Villamil V, Giron Vallejo O, N. Méndez Aguirre, J. Sánchez Morote, M.J. Aranda García et. Al. Quistes mesentéricos en la edad pediátrica: ¿qué son en realidad? *An Pediatr (Barc)* 2015; 82 (1): e48 - e51.
3. Cucho J, Ormeño A, Valdivieso Falcon L, Pereyra S, Ramos Rodríguez K. Quiste mesentérico en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú: reporte de caso. *Rev Gastroenterol Peru* 2013; 33 (4):341-344.
4. Anaya Domínguez M, Montaña Claros P. Quiste mesentérico como causa de abdomen agudo, presentación de un caso. *Gac Med Bol* 2011; 34 (2): 94-95.
5. Mesić M, Cigit I, Žganjer M, Čizmić A, Župančić B, Madžar Z. Cystic lymphangioma of jejunal mesentery mimicking acute appendicitis: case report. *Acta Clin Croat* 2013; 52: 129-132.
6. Wake S, Abhyankar A, Hutton K. Abdominal Cystic Lymphangioma Mimicking Appendicitis. *Eur J Pediatr Surg Reports* [Internet]. 2013 Jan; [cited 2020 Sep 10];1(1):32–34.
7. Rangel Calvillo MN. Quiste gigante de mesenterio en un recién nacido: Reporte de un caso. *Perinatol Reprod Hum* 2014; 28 (1): 49-53.
8. De Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg.* 2000;17:323–328.
9. Lui SA, Nyo Y, Mali V. Ileal cystic lymphangioma presenting with acute appendicitis. *J Indian Assoc Pediatr Surg* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2020 Sep 10];23(1):36–38.
10. Pampal A, Yagmurlu A. Successful laparoscopic removal of mesenteric and omental cysts in toddlers: 3 cases with a literature review. *J Pediatr Surg.* 2012;47(8):e5-e8.
11. Marte A, Papparella A, Prezioso M, Cavaiuolo S, Pintozzi L. Mesenteric cyst in 11-year old girl: A technical note. Case report. *J Pediatr Surg* 2013;1:84-86.