

CISTO MESENTÉRIO EM CRIANÇA: O OLHAR ATENTO DO ULTRASSONOGRAFISTA

MESENTERIC CYST IN CHILD: THE CAREFUL LOOK OF THE ULTRASONOGRAPHER

DENNYS AUGUSTO N. MONTEIRO¹, ARIELA MAULLER VIEIRA PARENTE¹, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA²

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cisto mesentérico é um dos tumores abdominais mais raros, com aproximadamente 820 casos relatados desde 1507. A falta de características clínicas e sinais radiológicos característicos pode apresentar grandes dificuldades diagnósticas.

OBJETIVO: descrever as manifestações clínicas em um paciente com cisto mesentérico e o percurso para o diagnóstico.

RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, dois anos de idade, sem comorbidades com queixa de dor abdominal principalmente em fossas ilíacas, associada a vômitos intensos e picos febris esporádicos há cerca de três meses. Abdome globoso e indolor sem visceromegalias ou massas. Realizou ultrassom abdominal mostrou coleção de paredes finas e conteúdo anecóico com mínimos debris em suspensão na região supravesical e hipogástrico. Exames laboratoriais com leucocitose. Sintomas intensificaram foi encaminhada para tomografia do abdome total que evidenciou volumosa lesão cística de contorno regulares e bem definidos, medindo aproximadamente 12 x 6 cm de localização intraperitoneal, ocupando a metade inferior do abdome. A lesão apresentava septações no seu aspecto anterossuperior, esquerdo com efeito de massa sobre as estruturas adjacentes, com deslocamento de alças intestinais, porém aparentemente com planos de clivagem e com líquido livre em pequena quantidade em fundo de saco peritoneal, sem linfonodomegalia retroperitoneal ou pélvica e presença de ascite volumosa. Paciente foi submetida à laparotomia exploradora diagnóstica, que evidenciou cisto mesentérico gigante na raiz do mesocólon, que foi excisado.

CONCLUSÃO: Cisto de mesentério se apresenta como principal manifestação clínica a dor abdominal associada a vômitos. O seu diagnóstico é de difícil conclusão e pode requerer do ultrassonografia uma atenção especial. Persistindo a dúvida deve-se indicar exames de uma maior acurácia. O papel do ultrassonografista vai muito além da aplicação da sistemática na realização de exames ele precisa correlacionar as imagens radiológica com a associação de possíveis diagnóstico clínico e alavancar todas as hipóteses possíveis para elucidar e facilitar o diagnóstico final.

PALAVRAS-CHAVE: CISTO MESENTÉRIO, DIAGNÓSTICO, ULTRASSOM.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The mesenteric cyst is one of the rarest abdominal tumors, with approximately 820 cases reported since 1507. The lack of clinical features and characteristic radiological signs can present major diagnostic difficulties.

OBJECTIVE: describe the clinical manifestations in a patient with a mesenteric cyst and the route to diagnosis.

CASE REPORT: Two-year-old female patient, with no comorbidities complaining of abdominal pain, mainly in iliac fossae, associated with intense vomiting and sporadic fever spikes for about three months. Globose and painless abdomen without visceromegaly or masses. Abdominal ultrasound showed a collection of thin walls and anechoic content with minimal debris in suspension in the supravesical and hypogastric region. Laboratory tests with leukocytosis. As the symptoms intensified a tomography of the total abdomen was prescribed, which showed a voluminous, well-defined contoured cystic lesion, measuring approximately 12 x 6 cm of intraperitoneal location, occupying the lower half of the abdomen. The lesion presented septations in its anterosuperior aspect, left with a mass effect on the adjacent structures, with displacement of intestinal loops, but apparently with cleavage planes and with small free liquid in the peritoneal sac bottom, without retroperitoneal or pelvic lymph node enlargement and presence of massive ascites. The patient underwent diagnostic exploratory laparotomy, which showed a giant mesenteric cyst at the root of the mesocolon, which was excised.

CONCLUSION: The mesentery cyst is the main clinical manifestation of abdominal pain associated with vomiting. Its diagnosis is difficult to conclude and may require special attention from ultrasound. If the doubt persists, tests of greater accuracy should be indicated. The role of the ultrasonographer goes far beyond the application of systematics in conducting exams. He needs to correlate radiological images with the association of possible clinical diagnoses and leverage all possible hypotheses to elucidate and facilitate the final diagnosis.

KEYWORDS: MESENTERIC CYST, DIAGNOSIS, ULTRASOUND.

1. Schola Fértil.
2. Universidade Federal de Goiás (UFG).

Endereço para correspondência:
Dennys Augusto N. Monteiro
Schola Fértil

INTRODUÇÃO

Um estudo sistemático recente classificou o mesentério como um órgão e a partir disso ele deve ser submetido ao mesmo foco de investigação aplicado a outros órgãos e sistemas.

As principais mesenteropatias são vólvulo sem rotação, trombose na artéria mesentérica superior, mesenterite esclerosante (das quais existem vários subtipos) e cistos mesentéricos¹.

O cisto mesentérico é um dos tumores abdominais mais raros, com aproximadamente 820 casos relatados desde 1507. A falta de características clínicas e sinais radiológicos característicos pode apresentar grandes dificuldades diagnósticas².

A incidência é de 1 por 100.000 até 1 por 250.000 internações³.

A etiologia exata do cisto mesentérico ainda não foi determinada, mas a falha dos linfonodos em se comunicar com os sistemas linfáticos ou venosos ou o bloqueio dos linfáticos como resultado de trauma, infecção e neoplasia são fatores contribuintes.

A teoria aceita, proposta por Gross, é a proliferação benigna de linfáticos ectópicos no mesentério que carecem de comunicação com o restante do sistema linfático⁴.

O diagnóstico pré-operatório preciso é possível com as atuais técnicas de imagem ultrassonográfica. A ressecção completa do cisto é o procedimento de escolha e resulta em um excelente resultado⁵.

Sabe-se que as características clínicas são variáveis e nem sempre é possível a visualização em imagens ultrassonográficas, principalmente em crianças devido a distensão gasosa e a agitação ao momento do exame, portanto ficar atento a características sutis é essencial para o diagnóstico precoce. O objetivo deste estudo é descrever as manifestações clínicas em um paciente com cisto mesentérico e o percurso para o diagnóstico.

RELATO DE CASO

Trata-se de um relato de caso de caráter descritivo. As técnicas utilizadas para a obtenção de informações neste estudo destacam-se através de dados do prontuário, exame físico, laboratoriais e de imagens. O presente projeto de pesquisa foi fundamentado na Resolução N0. 466/2012, sendo assim os direitos dos envolvidos assegurados, pelo Comitê de Ética indicado pela Plataforma Brasil.

Paciente nascida de parto cesárea, a termo, com peso adequado para a idade gestacional, vacinação completa para a idade, moradora de zona urbana com saneamento básico. Sexo feminino, dois anos de idade, sem comorbidades com queixa de dor abdominal principalmente em fossas ilíacas, associada a vômitos intensos e picos febris esporádicos há três meses. Estado geral bom, hidratada, normocorada, eupneica, anictérica. Ausculta cardiopulmonar com sopro. Abdome globoso e indolor sem visceromegalias ou massas. Extremidades bem perfundidas, sem edema ou cianose

Realizou ultrassonografia abdominal com fígado de volume normal, levemente heterogêneo, sistema porta pérvio, com fluxo de sentido normal. Líquido peritoneal livre ocupando o fundo de saco de Douglas e fundo de saco vesico uterino com distensão de alças intestinais (figura 1).



Figura 1. Ultrassonografia abdominal

Exames laboratoriais com leucitose limítrofe e de 15.90 uL e no EAS leucócitos aumentados em 24.0000/mL.

A principal suspeita de alergias alimentares realizou alérgicos específicos que foram negativos. Encaminhada ao cardiologista que detectou um sopro inocente sem maiores repercussões ao quadro clínico.

Encaminhada a ultrassonografia do aparelho urinário com normalidade e observação de coleção de paredes finas e conteúdo anecóico com mínimos debris em suspensão no hipogástrico, supravesical, parcialmente avaliado (figura 2).



Figura 2. Ultrassonografia do aparelho urinário.

Procurou atendimento médico diversas vezes com interações em diferentes períodos. Encaminhada para avaliação de refluxo.

Sintomas intensificaram foi encaminhada para tomografia do abdome total que evidenciou volumosa lesão cística de contorno regulares e bem definidos, medindo aproximadamente 12 x 6cm de localização intraperitoneal, ocupando a metade inferior do abdome. A lesão apresentava septações no seu aspecto anterossuperior, esquerdo com efeito de massa sobre as estruturas adjacentes, com deslocamento de alças intestinais, porém aparentemente com planos de clivagem e com líquido livre em pequena quantidade em fundo de saco peritoneal, sem linfonomegalia retroperitoneal ou pélvica (figura 3 e 4), que confirmou ascite volumosa, com finas septações, deslocando as alças intestinais para a esquerda e ausência de trombos em veias hepáticas. Volumosa lesão expansivas cística intraperitoneal, com septações grosseiras em seu aspecto intraperitoneal ocupando a metade inferior do abdome com septações grosseiras no aspecto ântero-lateral esquerdo.

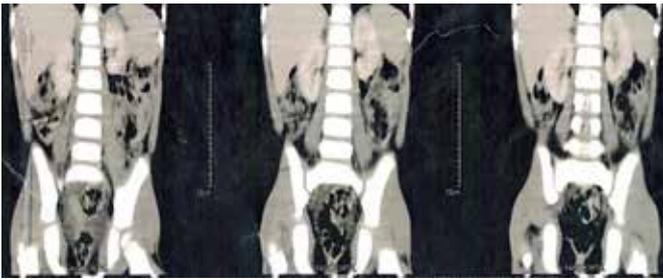


Figura 3. Tomografia computadorizada de abdome e pelve.

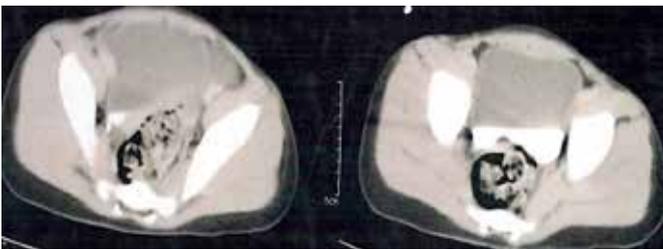


Figura 4. Tomografia computadorizada de abdome e pelve.

Paciente foi submetida à laparotomia exploradora diagnóstica, que evidenciou cisto mesentérico gigante na raiz do mesocólon, que foi excisado por completo durante o procedimento.

Exame histopatológico revelou formação císticas em mesentério sem atipias e ao estudo imuno-histoquímica constatou linfagioma cístico mesentérico.

Paciente evoluiu assintomática no pós-operatório, sem dores e com abdome plano e sem alterações de cicatrização sem novas queixas.

DISCUSSÃO

O primeiro caso de cisto mesentérico relatado na literatura foi de Benevieni em 1507⁶.

Massas císticas intra-abdominais benignas na infância são bastante incomuns e sua etiopatogenia, histologia e apresentação clínica diferem significativamente⁷.

Os cistos são provavelmente de origem congênita e linfática. Trauma, infecção, sangramento ou vólvulo podem manifestar um cisto silencioso⁸.

Os cistos mesentéricos são lesões intra-abdominais raras e representam apenas uma em cada 100.000 admissões agudas de adultos. Existe um amplo espectro de sintomas e os pacientes apresentam queixas inespecíficas de dor abdominal, distensão ou massa abdominal⁹.

O diagnóstico do presente caso levou entre o primeiro episódio de dor e diagnóstico 13 meses.

Dawar & Madsen¹⁰ relataram um caso de um menino com 10 anos de idade com episódios conhecidos de dor abdominal moderada durante 18 meses e que evoluiu para dor abdominal intensa e somente na tomografia é que foi possível a visualização cística de 25 x 15cm. Alertando que os cistos mesentéricos são raros, mas devem ser considerados uma origem da dor abdominal em crianças, principalmente após a exclusão de diagnósticos mais comuns¹⁰.

A idade da criança no relato foi de dois anos em uma análise retrospectiva no período 2002-2012 na Espanha¹¹ foram encontrados sete pacientes, com idade média de 5,3 anos (variação de 3-11). Porém nesses casos a ultrassonografia abdominal foi a ferramenta de diagnóstico em todos os casos, exceto um, diagnosticado durante a laparotomia. Todos apresentavam dor abdominal, cinco (71,4%) vômitos, quatro (57%) distensão abdominal bruta, três (42,8%) febre e nenhum apresentava obstrução abdominal completa, apesar de dois pacientes (28,6%) apresentarem discretos sintomas de suboclusão¹¹.

Ghritlaharey & More¹³ apresentaram um menino de oito anos de idade, na ultrassonografia do abdome revelou massa cística na cavidade peritoneal com alças dilatadas do intestino e no caso apresentado esse foi o único achado na ultrassom inicial. Em exploração do abdome revelou um cisto solitário do mesentério do íleo terminal medido 10 x 8cm. Um estudo com 18 pacientes a ultrassonografia do abdome, realizada em todos os pacientes, não foi conclusiva em metade dos casos¹⁴.

Belhassen et al.¹⁵ analisaram dois meninos e uma menina com idade média: 6,3 anos. O exame de ultrassonografia abdominal mostrou massa cística em todos os casos. Porém a natureza cística da massa, suas margens e sua extensão foram mais bem descritas nas imagens tomográficas.

Os cistos mesentéricos variam de apresentação. Os linfagiomias predominam em crianças do sexo masculino, podem causar dor abdominal aguda e frequentemente requerem ressecção de estruturas adjacentes¹⁶.

No caso apresentado a paciente era do sexo feminino então discordante da literatura pesquisada.

Quanto a localização o cisto apresentava no mesentério

do intestino delgado. Numa avaliação de 1970 a 1990, encontrou-se 15 crianças diagnosticadas e tratadas por cistos mesentéricos no Hospital Ste Justine, em Montreal⁵. Dez pacientes apresentaram ultrassonografias pré-operatórias que diagnosticavam massa cística em todos os pacientes. O segundo diagnóstico pré-operatório mais frequente foi apendicite. Os cistos foram localizados no mesentério do intestino delgado em cinco casos, a base do mesentério com extensão retroperitoneal em quatro casos, o mesocólon transversal em quatro casos e o ligamento gastrocólico em dois casos. Os procedimentos operatórios realizados incluíram excisão completa do cisto em nove pacientes, excisão completa com ressecção intestinal em cinco pacientes e em um paciente foi realizada somente drenagem do cisto⁵.

Outro estudo com 10 crianças exame histológico exibiu cisto mesentérico e a recorrência não foi observada¹². O diagnóstico e o tratamento precoces produzem excelentes resultados¹⁷.

Os tumores abdominais geralmente se apresentam como massa abdominal assintomática, muitas vezes descobertas em consultas de rotina ou pelos próprios pais¹⁸.

Apesar da raridade dessas lesões, massas abdominais císticas benignas em crianças não são tão incomuns e deve ser considerada como causas de dor abdominal aguda na presença de distensão de alça intestinal. Se o exame de ultrassonografia não revelar lesão abdominal mesmo com preparo intestinal um exame de tomografia deve ser realizado⁷.

CONCLUSÃO

Cisto de mesentério se apresenta como principal manifestação clínica a dor abdominal associada a vômitos. O seu diagnóstico é de difícil conclusão e pode requerer do ultrassonografia uma atenção especial.

Diante disso é necessário que o médico ultrassonográfico fique atento e na dúvida deve-se indicar exames de uma maior acurácia como tomografia abdominal.

O papel do ultrassonografista vai muito além da aplicação da sistemática na realização de exames ele precisa correlacionar as imagens radiológica com a associação de possíveis diagnóstico clínico e alavancar todas as hipóteses possíveis para elucidar e facilitar o diagnóstico final.

REFERÊNCIAS

1. Coffey JC, O'Leary DP. The mesentery: structure, function, and role in disease. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2016; 1(3): 238-247.
2. Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. *Aust N Z J Surg*. 1994; 64(11):741-4.
3. Vijayabaskaran S, Raghul M, Rajamani G. Abdominal cystic disease of the neonate - a systematic review. *Journal of Dental and Medical Sciences*. 2018; 17(7):07-12.
4. Pithawa AK, Bansal AS, Kochar SP. Mesenteric cyst: A rare intra-abdominal tumour. *Med J Armed Forces India*. 2014; 70(1):79-82.
5. Chung MA, Brandt ML, St-Vil D, Yazbeck S. Mesenteric cysts in children. *J Pediatr Surg*. 1991; 26(11):1306-8.
6. Swartley WB. Mesenteric cysts. *Ann Surg*. 1927; 85(6):886-896.
7. Ferrero L, Guanà R, Carbonaro G et al. Cystic intra-abdominal masses in children. *Pediatr Rep.*, 2017; 9(3):7284.
8. Estourgie RJ, Van Beek MW. Mesenteric cysts. *Z Kinderchir*. 1981; 32

- (3) :223-230.
9. Nam SH. The surgical experience for retroperitoneal, mesenteric and omental cyst in children. *J Korean Surg Soc*. 2012; 83(2):102-106.
10. Dawar M, Madsen MR. Mesenteric cyst is a rare origin for abdominal pain in children. *Ugeskr Laeger*. 2015; 177(8): V10140538.
11. Ibieta MF, Ticona JR, Castaño IM et al. Mesenteric cysts in children. *An Pediatr*. 2015; 82(1):e48-51.
12. Ghritlaharey RK. Management of mesenteric cysts in children: review of ten cases. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2018; 12(7): PC05-PC09.
13. Ghritlaharey RK; More S. Chylolymphatic cyst of mesentery of terminal ileum: a case report in 8-year-old boy. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8(11): ND05-7.
14. Santana WB. Mesenteric cyst—clinical and pathological aspects. *Rev Col Bras Cir*. 2010; 37(4): 260-264.
15. Belhassen S, Meriem B, Rachida L et al. Mesenteric cyst in infancy: presentation and management. *Pan Afr Med J*. 2017; 26(1):191.
16. Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg*. 2000; 17(4):323-328.
17. Prakash A, Agrawal A, Gupta RK et al. Early management of mesenteric cyst prevents catastrophes: A single centre analysis of 17 cases. *Afr J Paediatr Surg*. 2010; 7(1):140-3.
18. Souza NE, Botrel LN, Neves KS. Diagnóstico diferencial de massas abdominais na infância: revisão de literatura. *Revista de Saúde*, 2015; 6(2): 11-14.