

QUISTE MESENTÉRICO EN NIÑO: LA MIRADA CUIDADOSA DEL ECOGRAFISTA

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

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El quiste mesentérico es uno de los tumores abdominales más raros, con aproximadamente 820 casos reportados desde 1507. La ausencia de manifestaciones clínicas y signos radiológicos característicos puede presentar importantes dificultades diagnósticas.

OBJETIVO: describir las manifestaciones clínicas en un paciente con un quiste mesentérico y la vía para el diagnóstico.

REPORTE DE UN CASO: Paciente de sexo femenino de 2 años de edad, sin comorbilidades que se queja de dolor abdominal, principalmente en fosa ilíaca, asociado a vómitos intensos y picos febriles esporádicos desde hacía unos tres meses. Abdomen globoso e indoloro sin visceromegalias ni masas. La ecografía abdominal mostró una colección de paredes delgadas y contenido anecoico con un mínimo de detritos en suspensión en la región supramesoica e hipogástrica. Pruebas de laboratorio con leucocitosis. La sintomatología intensificada se refirió a la tomografía de abdomen total, que mostró una lesión quística de gran tamaño, contorneada y bien definida, de aproximadamente 12 x 6 cm de localización intraperitoneal, ocupando la mitad inferior del abdomen. La lesión presentaba tabiques en su cara anterosuperior izquierda con efecto de masa sobre las estructuras adyacentes, con desplazamiento de asas intestinales, pero aparentemente con planos de clivaje y con líquido libre en pequeña cantidad en el fondo del saco peritoneal, sin agrandamiento ganglionar retroperitoneal ni pélvico y presencia de ascitis masiva. El paciente fue sometido a laparotomía exploradora diagnóstica, que mostró un quiste mesentérico gigante en la raíz del mesocolon, que fue extirpado.

CONCLUSIÓN: El quiste mesentérico es la principal manifestación clínica del dolor abdominal asociado a los vómitos. Su diagnóstico es difícil de concluir y puede requerir una atención especial por parte de la ecografía. Si persiste la duda, deben indicarse pruebas de mayor precisión. El papel del ecografista va mucho más allá de la aplicación de la sistemática en la realización de las pruebas, necesita correlacionar las imágenes radiológicas con la asociación de posibles diagnósticos clínicos y aprovechar todas las hipótesis posibles para dilucidar y facilitar el diagnóstico final.

PALABRAS CLAVE: QUISTE MESENTÉRICO, DIAGNÓSTICO, ECOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

Un estudio sistemático reciente ha clasificado al mesenterio como un órgano y desde allí debe ser sometido al mismo foco de investigación aplicado a otros órganos y sistemas.

Las principales mesenteriopatías son vólvulo sin rotación, trombosis en la arteria mesentérica superior, mesenteritis esclerosante (de las que existen varios subtipos) y quistes mesentéricos¹.

El quiste mesentérico es uno de los tumores abdominales más raros, con aproximadamente 820 casos reportados desde 1507. La ausencia de manifestaciones clínicas y signos radiológicos característicos puede presentar grandes dificultades diagnósticas².

La incidencia es de 1 por 100.000 a 1 por 250.000 hospitalizaciones³.

La etiología exacta del quiste mesentérico aún no se ha determinado, pero la falta de comunicación de los gan-

glios linfáticos con los sistemas linfático o venoso o el bloqueo de los linfáticos como resultado de un traumatismo, infección y neoplasia son factores contribuyentes.

La teoría aceptada, propuesta por Gross, es la proliferación benigna de linfáticos ectópicos en el mesenterio que carecen de comunicación con el resto del sistema linfático⁴.

Es posible un diagnóstico preoperatorio preciso con las técnicas de imagen por ultrasonido actuales. La resección completa del quiste es el procedimiento de elección y da un resultado excelente⁵.

Se sabe que las características clínicas son variables y no siempre es posible visualizarlas en las imágenes ecográficas, sobre todo en los niños, debido a la distensión y agitación del gas en el momento de la exploración, por lo que conocer las características sutiles es fundamental para el diagnóstico precoz. El objetivo de este estudio es describir las manifestaciones clínicas en un paciente con un quiste mesentérico y la vía al diagnóstico.

1. Schola Fértil.

2. Universidade Federal de Goias (UFG).

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:

Dennys Augusto N. Monteiro

Schola Fértil

REPORTE DE UN CASO

Este es un informe de caso descriptivo. Las técnicas utilizadas para obtener información en este estudio se destacan a través de datos de historias clínicas, examen físico, laboratorio e imágenes. Este proyecto de investigación se basó en la Resolución N.º 466/2012, y los derechos de los involucrados están garantizados por el Comité de Ética designado por Plataforma Brasil.

Paciente nacida por cesárea, a término, con peso adecuado para edad gestacional, vacunación completa para la edad, residente en zona urbana con saneamiento básico. Sexo femenino, dos años de edad, sin comorbilidades, que consulta por dolor abdominal principalmente en fosa ilíaca, asociado a vómitos intensos y picos febriles esporádicos durante tres meses. Buen estado general, hidratada, normocoloreada, eupneica, anictérica. Auscultación cardiopulmonar con soplo. Abdomen globoso e indoloro sin visceromegalias ni masas. Extremidades bien perfundidas, sin edema ni cianosis.

La ecografía abdominal se realizó con hígado de volumen normal, levemente heterogéneo, con sistema portal permeable, con flujo normal. Líquido peritoneal libre que ocupa el fondo del saco de Douglas y el fondo de la vesícula uterina con distensión de asas intestinales (figura 1).



Figura 1. Ecografía abdominal

Las pruebas de laboratorio con leucocitosis limítrofe y leucocitos de 15,90 uL y en el análisis de orina leucocitos aumentados en 24,0000 / mL.

La principal sospecha fueron las alergias alimentarias y los alérgenos específicos fueron negativos. Referido al cardiólogo que detectó un soplo inocente sin mayor repercusión para el cuadro clínico.

La ecografía de la vía urinaria se encaminó con normalidad y observación de colección de paredes delgadas y contenido anecoico con detritos mínimos en suspensión en el hipogástrico, supravesical, parcialmente evaluado (figura 2).



Figura 2. Ecografía del tracto urinario.

Buscó atención médica varias veces con hospitalizaciones en diferentes períodos. Referida para evaluación de reflujo.

Los síntomas se intensificaron; fue remitida para tomografía de abdomen total, que mostró una lesión quística de gran tamaño, contorneada y bien definida, de aproximadamente 12 x 6 cm de localización intraperitoneal, ocupando la mitad inferior del abdomen. La lesión presentaba tabiques en su cara anterosuperior, izquierda con efecto de masa en las estructuras adyacentes, con desplazamiento de asas intestinales, pero aparentemente con planos de clivaje y con pequeño líquido libre en el fondo del saco peritoneal, sin agrandamiento ganglionar retroperitoneal ni pélvico (figuras 3 y 4), que confirmó ascitis voluminosa, con finos tabiques, con desplazamiento de las asas intestinales hacia la izquierda y ausencia de trombos en las venas hepáticas. Lesión quística intraperitoneal expansiva voluminosa, con tabiques macroscópicos en su cara intraperitoneal que ocupan la mitad inferior del abdomen con tabiques macroscópicos en la cara anterolateral izquierda.



Figura 3. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis.

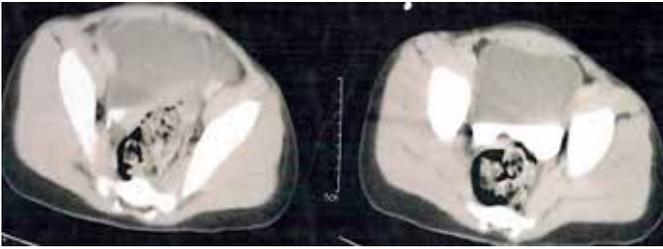


Figura 4. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis.

La paciente fue sometida a laparotomía exploradora diagnóstica, que mostró un quiste mesentérico gigante en la raíz del mesocolon, que fue extirpado por completo durante el procedimiento.

El examen histopatológico reveló formación quística en el mesenterio sin atipia y el estudio inmunohistoquímico confirmó un linfangioma quístico mesentérico.

La paciente evolucionó asintomática en el postoperatorio, sin dolor y con abdomen plano, sin alteraciones de cicatrización y sin nuevas quejas.

DISCUSIÓN

El primer caso de quiste mesentérico reportado en la literatura fue el de Benevieni en 1507⁶.

Las masas quísticas intraabdominales benignas en la infancia son bastante infrecuentes y su etiopatogenia, histología y presentación clínica difieren significativamente⁷.

Los quistes son probablemente de origen congénito y linfático. El trauma, la infección, el sangrado o el vólvulo pueden manifestar un quiste silencioso⁸.

Los quistes mesentéricos son lesiones intraabdominales poco frecuentes y representan solo uno de cada 100.000 ingresos agudos de adultos. Existe un amplio espectro de síntomas y los pacientes tienen quejas inespecíficas de dolor abdominal, distensión abdominal o masa abdominal⁹.

El diagnóstico del presente caso tardó 13 meses entre el primer episodio de dolor y la confirmación.

Dawar & Madsen¹⁰ reportaron el caso de un niño de 10 años con episodios conocidos de dolor abdominal moderado durante 18 meses y que desarrolló dolor abdominal severo y solo en la tomografía fue posible visualizar la imagen

quística de 25 × 15 cm. Cabe destacar que los quistes mesentéricos son raros, pero deben ser considerados una fuente de dolor abdominal en los niños, especialmente después de excluir los diagnósticos más comunes¹⁰.

La edad del niño en el informe era de dos años. En un análisis retrospectivo en el período 2002-2012 en España¹¹, se encontraron siete pacientes, con una edad media de 5,3 años (rango 3-11). Sin embargo, en estos casos, la ecografía abdominal fue la herramienta diagnóstica en todos los casos, excepto uno, diagnosticado durante la laparotomía. Todos presentaban dolor abdominal, cinco (71,4%) vómitos, cuatro (57%) distensión abdominal macroscópica, tres (42,8%) fiebre y ninguno presentaba obstrucción abdominal completa, aunque dos pacientes (28,6%) presentaban síntomas de suboclusión leve¹¹.

Ghritlaharey & More¹³ presentaron el caso de un niño de 8 años cuya ecografía de abdomen reveló una masa quística en la cavidad peritoneal con asas intestinales dilatadas. En el caso presentado, este fue el único hallazgo en la ecografía inicial. La exploración del abdomen reveló un quiste solitario del mesenterio del íleon terminal de 10 × 8 cm. Un estudio de 18 pacientes mediante ecografía de abdomen, realizada en todos los pacientes, no fue concluyente en la mitad de los casos¹⁴.

Belhassen et al.¹⁵ analizaron dos niños y una niña con una edad media: 6,3 años. La ecografía abdominal mostró masa quística en todos los casos. Sin embargo, la naturaleza quística de la masa, sus márgenes y su extensión se describieron mejor en las imágenes tomográficas.

Los quistes mesentéricos varían en presentación. Los linfangiomas predominan en los niños varones, pueden causar dolor abdominal agudo y a menudo requieren la resección de las estructuras adyacentes¹⁶.

En el caso presentado la paciente era del sexo femenino, lo que contradice la literatura investigada.

En cuanto a la ubicación, el quiste estaba presente en el mesenterio del intestino delgado. En una evaluación de 1970 a 1990, 15 niños fueron diagnosticados y tratados por quistes mesentéricos en el Hospital Ste Justine, en Montreal⁵. Diez pacientes tenían ecografías preoperatorias que diagnosticaron masa quística en todos los pacientes. El segundo diagnóstico preoperatorio más frecuente fue la apendicitis. Los quistes se localizaron en el mesenterio del intestino delgado en cinco casos, la base del mesenterio con extensión retroperitoneal en cuatro casos, el mesocolon transversal en cuatro casos y el ligamento gastrocólico en dos casos. Los procedimientos quirúrgicos realizados incluyeron escisión completa del quiste en nueve pacientes, exéresis completa con resección intestinal en cinco pacientes y en un paciente solo se realizó drenaje del quiste⁵.

Otro estudio con 10 niños con examen histológico mostró un quiste mesentérico y no se observó recidiva¹². El diagnóstico y el tratamiento precoces producen excelentes resultados¹⁷.

Los tumores abdominales suelen presentarse como una

masa abdominal asintomática, a menudo descubierta en las consultas de rutina o por los propios padres¹⁸.

A pesar de la rareza de estas lesiones, las masas abdominales quísticas benignas en los niños no son tan infrecuentes y deben considerarse como causas de dolor abdominal agudo en presencia de distensión del asa intestinal. Si el examen de ultrasonido no revela una lesión abdominal incluso con preparación intestinal, se debe realizar un examen de tomografía⁷.

CONCLUSIÓN

El quiste mesentérico es la principal manifestación clínica del dolor abdominal asociado a los vómitos. Su diagnóstico es difícil de concluir y puede requerir una atención especial por parte de la ecografía.

Por lo tanto, es necesario que el ecografista esté atento y en caso de duda, deben ser indicadas pruebas de mayor precisión, como la tomografía abdominal.

El papel del ecografista va mucho más allá de la aplicación de la sistemática en la realización de las pruebas, necesita correlacionar las imágenes radiológicas con la asociación de posibles diagnósticos clínicos y aprovechar todas las hipótesis posibles para dilucidar y facilitar el diagnóstico final.

REFERENCIAS

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, Mmadsen 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 mesen-

teric 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.