

**QUISTE MESENTERICO, A PROPOSITO DE UN CASO.
REVISION DE 15 AÑOS (1965-1980) EN LA CLINICA INFANTIL
DR. ROBERT REID CABRAL Y DE LA LITERATURA**

(*) Dr. Fernando Díaz Espinal
(**) Dr. Rafael Encarnación Jáquez
(**) Dr. José Miguel Ferreras
+ Dra. Ana Josefa Suárez D.

INTRODUCCION

Los tumores más frecuentes de mesenterio derivan de tejidos germinales y malformaciones congénitas. En general se han designado con el nombre de quistes mesentéricos.¹

Los antecedentes históricos de esta enfermedad se remontan al año 1507,² cuando Benevieni, un anatomista florentino, dijo haber sido el primero en observar este quiste mientras realizaba una autopsia. El primer reporte preciso se le atribuye a Rokitansky en el año 1842.³ Cincuenta años después Braquehaye,⁴ médico francés, recopiló una clasificación de quistes abdominales que permanece aplicable actualmente, aunque con algunas modificaciones.

Los quistes mesentéricos se han clasificado en simples (serosos, quilosos e irregulares) y neoplásicos (que pueden resultar de cualquiera de las capas germinativas).

Beahrs y cols.⁵ revisaron alrededor de 600 quistes abdominales de varios tipos, reportados en la literatura para el final del siglo pasado, agregando 174 casos, y presentaron una clasificación basada en aspectos embriológicos, neoplásicos, traumáticos e infecciosos.

Los quistes mesentéricos se han clasificado en simples (serosos, quilosos e irregulares) y neoplásicos (que pueden resultar de cualquiera de las capas germinativas). Aunque esta entidad puede presentarse a cualquier edad, parece ser más frecuente en niños y adultos jóvenes. El 80% de los casos se presenta en menores de 16 años, con su mayor pico de incidencia en la primera infancia.

Hollmann y Hecker⁶ recopilaron la incidencia en grandes centros médicos:

Clínica Mayo 2 casos en 820 mil pacientes.

Hospital Mery 3 casos en 750 mil pacientes.

Hospital Infantil de Los Angeles 3 casos en 12,425 pacientes.

Se ha reportado mayor incidencia en el sexo femenino.⁷

(*) Jefe del Servicio de Cirugía, Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Santo Domingo.

(**) Médicos residentes de segundo año de cirugía.

+ Médico en rotación por el servicio de cirugía.

La lesión puede dar una historia clínica y hallazgos físicos inespecíficos, lo cual causa un problema diagnóstico. Rara vez el quiste ha sido diagnosticado antes de la cirugía, por lo que el paciente se expone a un número innecesario de investigaciones y tratamientos inadecuados.⁸

El cuadro clínico está determinado por el tamaño y localización del quiste, su consistencia y si ha habido o no complicaciones. Pequeños quistes pueden ser asintomáticos, grandes quistes pueden producir distensión abdominal con o sin masa palpable.⁹

Los tumores situados cerca de la raíz mesentérica producen síntomas más tardíos que los situados en la vecindad inmediata del intestino. Entre los síntomas más llamativos están la distensión abdominal y las molestias abdominales, aunque puede observarse estreñimiento y diarrea. Un 60% se acompañan de dolor.¹⁰

Al examen se puede encontrar una masa fluctuante que se interpone a las estructuras abdominales. La forma y posición del quiste está continuamente cambiando, por lo cual el tumor no es sospechado de inicio. En ocasiones el quiste es muy grande y de paredes muy finas (linfangiectásico), dando la impresión de ascitis y no de masa abdominal; en estos casos una paracentesis podría drenar el líquido pero volverá a reaccumularse dando la impresión de ascitis recurrente.

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos inespecíficos y los exámenes radiográficos, así como de la ultrasonografía.

PRESENTACION DEL CASO

Un preescolar de 4 años de edad fue ingresado a la Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral a causa de dolor y distensión abdominal, constipación y fiebre. Producto de un embarazo a término con parto eutócico, institucional. Peso al nacer 7 3/4 libras.

Se refiere constipación de un año de evolución. Siete meses antes de su ingreso había iniciado distensión abdominal progresiva; conjuntamente presentó dolor abdominal difuso, más intenso en región infraumbilical. Había presentado ascitis 6 meses antes de su ingreso, la cual fue tratada con diuréticos. Fiebre elevada 4 días previos a la admisión.

A su llegada se encontró un paciente de 16 kg. de peso (debajo del 50 percentil) quejumbroso. F.C.: 144/min., sin soplo. T.A.: 90/60 mmHg.; F.R.: 24/min.; se escuchan roncus en ambos campos pulmonares. El abdomen estaba globoso, tenso, onda líquida presente y red venosa colateral. No fue posible palpar masas ni se escucharon ruidos hidroaéreos. Discreto edema de miembros inferiores.

Al tercer día de su admisión se registra aumento del perímetro abdominal y persistente constipación; no hay timpanismo ni ruidos hidroaéreos. En los próximos días se acentúa distensión abdominal, evacuaciones sólo se producen tras el uso de enemas evacuantes y en escasa cantidad. Persiste ascitis, se inicia terapia con diuréticos (flurosemda y espinolactona).

En los siguientes 10 días se torna anoréxico, mantiene la distensión abdominal, el edema de miembros inferiores ha disminuido, evacuaciones dificultosas y escasas, en franco deterioro; el abdomen se observa bilobulado, con leve dificultad respiratoria.

Laboratorios reportan:

Hb 12.6 g/dl; Ht. 36.8%; falcemia negativa.

Leucocitos: 12,600/mm³; Seg. 58%; Lin. 40%; Monocitos 02%.

Bilirrubina total, transaminasas y fosfatasa alcalina: normales.

Tiempo de protrombina normal. Proteínas totales: 6.18 g.

Electroforesis de proteínas en g%:

Gamma 1.9 (31.2%)

Beta 0.8 (13.9%)

Alfa 2 1.1 (17.4%)

Alfa 1 0.4 (06.2%)

Albúmina 1.9 (31.2%)

Ionograma . . . Cloro, 100 meq/L

Potasio 3

Sodio 119

CO₂ 16, 0

Urianálisis, coprológico, antígenos febriles y gota gruesa negativos.

Varios días después se describe masa en flanco derecho, bien delimitada, móvil, dolorosa. Una radiografía simple de abdomen describe ascitis. Radiografías de colon baritado muestra asas gruesas, desplazadas posteriormente. Una urografía excretora consistente con distensión del sistema colector derecho y compresión del segmento proximal del uréter derecho. Serie esófago—gastro—duodenal sugerente de várices esofágicas.

Paciente es llevado a sala de cirugía, donde se le practica laparatomía exploratoria, encontrándose masa quística con múltiples adherencias que parece hacer cuerpo con el páncreas.

Reporte anatomopatológico: QUISTE MESENTERICO.



FIGURA No. 1: SERIE ESOFAGO/GASTRICA. Nótese el "serpentine" de la columna de bario a nivel del esófago distal sugerente de várices esofágicas.



FIGURA No. 2: UROGRAFIA EXCRETORA. Se puede apreciar distensión del sistema colector y desplazamiento del uréter del mismo lado.

Tabla No. 1
CASOS DE QUISTES MESENTERICOS DIAGNOSTICADOS
EN LA CLINICA INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

| CASO | AÑO | EDAD AÑOS | SEXO | HISTORIA CLINICA | SIGNOS | EST. RAD. | CIRUGIA/PATOL. |
|------|------|-----------|-------|---|---|--|---|
| 1 | 1969 | 8 | Masc. | —Distensión abdominal —Constipación —Anorexia | Ascitis Masa abdominal Dolor a la palpación | Ascitis Desplazamiento de asas | QUISTE MESENTERICO |
| 2 | 1975 | 4 | Masc. | —Distensión abdominal —Anorexia —Masa abdominal | Tumor móvil no dolorosa | Negativo | QUISTE MESENTERICO |
| 3 | 1973 | 6 | Masc. | —Constipación —Fiebre —Anorexia | Masa abdominal Ascitis Fiebre | Ascitis Masa abdominal Desplazamiento de asas | QUISTE MESENTERICO |
| 4 | 1977 | 3 | Masc. | —Edema general —Fiebre —Diarrea —Ictericia | Hipodesarrollo Ascitis Abd. globoso | Distensión abdominal Ascitis | Cirrosis Hepática QUISTE MESENTERICO |
| 5 | 1979 | 7 | Fem. | —Dolor abdominal —Fiebre. Vómitos —Constipación | Fiebre Dolor abdominal Vómitos | No Rad. | QUISTE MESENTERICO |
| *6 | 1982 | 4 | Masc. | —Dist. y dolor abdominal —Constipación —Fiebre | Hipodesarrollo Ascitis Abd. globoso Red venosa | Ascitis Desp. de asas Distensión sistema colector derecho. Várices esofágicas | QUISTE MESENTERICO |

(*) Caso que nos ocupa.

DISCUSION

La tabla No. 1 resume los hallazgos clínicos y radiográficos de nuestros pacientes. En nuestra revisión se diagnosticaron 6 casos en un período de 15 años (1965—1980), lo que indica una alta incidencia en relación a lo reportado por otros autores.³

El grupo de edad más afectado correspondió a los situados entre 3 y 8 años, con una media de 5.5 años, coincidiendo con la literatura general en cuanto a su mayor incidencia en la primera infancia.¹

En nuestro grupo el 83.3% correspondió al sexo masculino, hallazgo este que difiere con lo reportado por otros^{3,7} en los cuales el quiste estuvo presente de preferencia en el sexo femenino.

El dolor abdominal sólo fue considerado motivo de consulta en 2 de los 6 pacientes para un 33.3%; otros investigadores han reportado esta manifestación hasta en un 60% de sus series.⁶

Una masa abdominal sólo puede ser palpada en la mitad de los casos, coincidiendo nosotros con otros reportes.¹⁻¹⁰⁻¹¹

La fiebre, la distensión abdominal y la constipación estuvieron presentes en dos terceras partes de los casos, similar a lo observado por otros; es de particular significación la fiebre, ya que siendo el quiste mesentérico una masa de comportamiento benigno, ésta se presenta como un hecho intercurrente o bien por rotura y/o infección del quiste. No pudimos en ningún caso establecer con precisión estas complicaciones.

La anorexia fue un dato relevante en la mitad de nuestros pacientes.

La tercera parte de los pacientes presentó signos y síntomas compatibles con desnutrición, situación que puede ser atribuible a la alta incidencia de desnutrición en nuestro medio, o bien, como consecuencia de la anorexia prolongada.

En una ocasión (caso No. 4) hubo evidencia clínica y de laboratorio compatible con cirrosis hepática, hecho este que confirma lo dicho por otros investigadores en cuanto a la inespecificidad de los síntomas debido al tamaño del quiste y/o a su localización.

Un paciente (caso No. 5) presentó un cuadro de abdomen agudo, lo cual ha sido descrito por otros autores como signo de hemorragia dentro del quiste y/o volvulus con obstrucción completa y a menudo infarto intestinal. ¹⁰⁻¹¹

La presencia de ascitis ha sido significada antes^{14,8} como un hallazgo confuso, tanto clínico como radiográfico, debido a que la localización y posición del quiste pueden dar una imagen semejante, llevando a un planteamiento diagnóstico equivocado. Su presencia fue connotada en el 66.6% de nuestros pacientes, motivando tratamientos erróneos, aumento de la morbilidad y gastos hospitalarios; una paracentesis realizada en estos casos puede accidentalmente puncionar el quiste.

Un paciente al que se le realizó una serie esófago—gastro—duodenal con papillas de bario mostró signos de várices esofágicas; este hallazgo no había sido reportado antes, y podría sugerir un signo de hipertensión portal producido por la localización del quiste, que en dicho caso (No. 6) estuvo en la proximidad del páncreas con múltiples adherencias.

En dos pacientes se realizó urografía excretora, una de las cuales fue compatible con imagen de compresión ureteral e hidronefrosis unilateral.

Las asas intestinales estuvieron desplazadas radiográficamente en el 66.6% de los casos.

Estos últimos datos radiográficos nos permiten confirmar lo reportado en la literatura en cuanto a la importancia de la urografía excretora y los estudios intestinales con medio de contraste con el fin de precisar la localización de la masa, ya que la ultrasonografía,¹¹⁻¹²⁻¹³ que es el procedimiento que permite el diagnóstico definitivo demostrando la naturaleza del quiste y su localización definitiva, no es posible actualmente en nuestro hospital.

En todos los casos el diagnóstico anatomopatológico correspondió a quiste mesentérico.

RESUMEN

Se presentó un caso masculino de 4 años de edad que ingresó al hospital por dolor y distensión abdominal, constipación y fiebre; síntomas estos que se manifestaron con intensidad variable un año antes de su admisión. Los estudios radiográficos simples de abdomen mostraron ascitis; el colon baritado un desplazamiento posterior de asas y signos compatibles con várices esofágicas; una urografía mostró compresión del segmento proximal del uréter derecho. Una laparotomía fue practicada, extrayéndose un gran tumor de mesenterio de consistencia quística. El reporte anatomopatológico confirmó el diagnóstico de quiste mesentérico. Se realizó una revisión de los casos presentados en la Clínica Infantil Robert Reid Cabral desde el año 1965 al 1980 y se discute la literatura.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Opitz, H., & Schmid, F.: Enciclopedia Pediátrica. Edic. Morata, S.A. Madrid. Vol. VIII/2, pp. 479—81.
- (2) Ford, J.: Mesenteric Cyst: Review of the Literature with Report of an Usual Case. *Am. J. Surg.* 99:878, 1960.
- (3) Engel, S.; Clagett, O.; Harrison, E.: Chylous Cyst of the Abdomen. *Surgery* 50: 593, 1961.
- (4) Braquehaye, J. Citado por Ford, J. (ver referencia No. 2).
- (5) Bears, O.; Judd, E.; Rockerty, M.: Chylous Cyst of the Abdomen. *Surg. Clin. North Am. Ann.* 30: 1081—1096, 1950.
- (6) Hollman, G.; Hecher, W.; Breitrazur: Klinik Seltener Tumoren im Sauglings- und Kleinkindesalter. *Mschr—Kinderheilk*, 110: 362, 1962.
- (7) Kumerle, F.: Zur Klinik und Therapie der Mesenterial Cysten. *Med—Klin* 58: 631, 1963.
- (8) Molander, M.; Mortensson, W.; Uden, R.: Omental and mesenteric cyst in Children. *Acta Pediatr. Scand.* 71: 727, 1982.
- (9) Burnett, W.; Rosemond, G. Bucher, R.: Mesenteric cysts. *Arch Surg.* 60: 699, 1973.
- (10) Hecker, W.; Berg, H.: Seltene Ileus Formen im Neugeborenen und Frugsten Kindersater. *Arch. Kinderheilk* 154: 162, 1957.
- (11) Massachusetts, General Hospital. Case record. *New Eng. J. of Medicine*, 1978, 298; 10: 558—63.
- (12) Nordhus T., Loveit T.: Multiple Mesenteric Cysts Diagnosed by Ultrasound. *Anm. Chir. Cyn.* 1976, 65: 234—38.
- (13) Stuber J., Leonidas J., Holder T.H. Abdominal Ultrasonographic in Pediatrics. *Am. J. Dis. Chid.* 1975, 129: 1096—1101.