

Quiste mesentérico gigante, un hallazgo incidental. Reporte de caso

Giant mesenteric cyst, an incidental finding. Case report

Cisto mesentérico gigante, um achado incidental. Relatório de caso

MYRKA DANIELA ALMEIDA CABRERA (1), LOUIS FERNANDO ROBLES FERNANDES (1), ROBERTO ALFREDO IBARRA PONCE DE LEÓN (2)

(1) Médico residente de medicina interna en Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México. Correo electrónico: myrkaa_daniela@hotmail.com, louis.roblesmi@gmail.com
ORCID: 0000-0002-0373-9949
ORCID: 0000-0002-0387-8797

(2) Médico residente de medicina interna en Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México. Correo electrónico: robeto_ibarra7@yahoo.com.mx
ORCID: 0000-0002-6510-0470

RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre de 58 años de edad, sin antecedentes de importancia para la presencia de hepatopatía, quien presentó distensión abdominal progresiva que no respondió al manejo a base de diuréticos, diagnosticado incidentalmente a través de estudios de imagen con un quiste mesentérico gigante, el cual constituye un tumor raro, con pocos reportes de caso en la literatura, según lo referido es más frecuente en el sexo femenino, su etiología aun es desconocida, su diagnóstico generalmente se realiza a través de estudios de imagen y el tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa ya que su drenaje constituye un medio ineficaz por el alto riesgo de recurrencia.

Palabras clave: Quiste, mesentérico, gigante, ascitis

ABSTRACT

We present the case of a 58-year-old man, with no history of significant hepatopathy, who presented progressive abdominal distension that did not respond to diuretics, diagnosed incidentally through imaging studies with a giant mesenteric cyst, which is a rare tumor, Its etiology is still unknown, its diagnosis is generally made through imaging studies and the treatment consists of complete surgical excision since its drainage is an ineffective means due to the high risk of recurrence.

Key words: Cyst, mesenteric, giant, ascites

RESUMO

Apresentamos o caso de um homem de 58 anos, sem historial de hepatopatia significativa, que apresentava uma distensão abdominal progressiva que não respondia a uma gestão baseada em diuréticos, diagnosticada incidentalmente através de estudos de imagem com um cisto mesentérico gigante, que é um tumor raro, A sua etiologia é ainda desconhecida, o seu diagnóstico é geralmente feito através de estudos de imagem e o tratamento consiste na excisão cirúrgica completa, uma vez que a drenagem é um meio ineficaz devido ao elevado risco de recidiva.

Palavras-chave: Cisto, mesentérico, gigante, ascite

INTRODUCCIÓN

El quiste mesentérico es uno de los tumores abdominales más raros, su incidencia varía de 1 por 100.000 a 250.000 en la población adulta, se presenta más frecuentemente en el sexo femenino, entre los 40-70 años y la dimensión promedio es de 10 centímetros al momento del diagnóstico. Su etiología aún se desconoce. Su expresión clínica es inespecífica lo que dificulta su diagnóstico y hasta en un 40% de los casos se encuentra como hallazgo incidental durante estudios de imagen o durante la cirugía abdominal. El diagnóstico se confirma mediante estudios de imagen. El tratamiento definitivo lo constituye generalmente la escisión quirúrgica.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años de edad, originario y residente de la CDMX, ocupación chofer, toxicomanías: alcoholismo interrogado y negado, con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 20 años de diagnóstico en tratamiento desde hace 6 meses con diurético de asa y ahorrador de potasio, diabetes tipo 2 de 22 años de diagnóstico en tratamiento con insulina glargina, enfermedad renal crónica en estadio KDIGO IV sin especificar tiempo de diagnóstico e hipotiroidismo primario de 5 años de diagnóstico en tratamiento con levotiroxina; sin antecedentes quirúrgicos. Quien ingresa a piso de medicina interna debido a proceso infeccioso de vías respiratorias, sin embargo llamaba la atención la importante distensión abdominal, que a la exploración física se encontraba con un abdomen globoso, con un perímetro de hasta 150 cm, peristalsis presente, no depresible, mate a la percusión, que condicionaba a la presencia de disnea, al interrogatorio dirigido el paciente comentó haber presentado aumento progresivo del perímetro abdominal desde hace 6 meses, ante lo cual había acudido con su médico familiar quien había instaurado manejo con diuréticos sin presentar mejoría y en su lugar continuaba con incremento del perímetro, negó síntomas acompañantes como náuseas, emesis, pérdida de peso, diaforesis nocturna; durante su estancia en servicio de medicina interna se decidió realizar paracentesis obteniendo una muestra de 500 cc de un líquido macroscópicamente color marrón, con el siguiente reporte de análisis citológico y citoquímico: hemoglobina 250, eritrocitos 400, leucocitos 0, tinción Gram con escasos cocos gram positivos, glucosa 67, albúmina 2, proteínas 4.8, dhl 447. Cultivo sin desarrollo bacteriano. Se realiza estudio ultrasonográfico abdominal con reporte de colecistitis crónica litiásica y cavidad abdominal con múltiples septos; por lo que se programa tomografía computada simple de abdomen con el siguiente reporte:

Anterior a las asas intestinales y a órganos sólidos, se observa una imagen ovalada, de aspecto quístico, homogénea, que registra densidades de 1 a 11 UH, sugestiva de quiste mesentérico, con dimensiones máximas 272 mm x 145 mm x 267 mm (**Imagen 1, 2 y 3**). Hígado de forma, tamaño y situación habitual, bordes regulares, homogéneo con aspecto granular, sin lesiones ocupativas en su parénquima ni dilatación de la vía biliar. Bazo de forma y situación habitual, de dimensiones aumentadas, mide 143 mm en su eje mayor, con aspecto homogéneo. No se observa líquido libre en cavidad abdominal ni hueco pélvico.



Imagen 1. TAC simple abdominal: Corte sagital, se observa una imagen hipodensa con longitud mayor de 272mm



Imagen 2. TAC simple abdominal: Corte coronal, se observa una imagen ovoidea hipodensa que abarca toda la cavidad abdominal

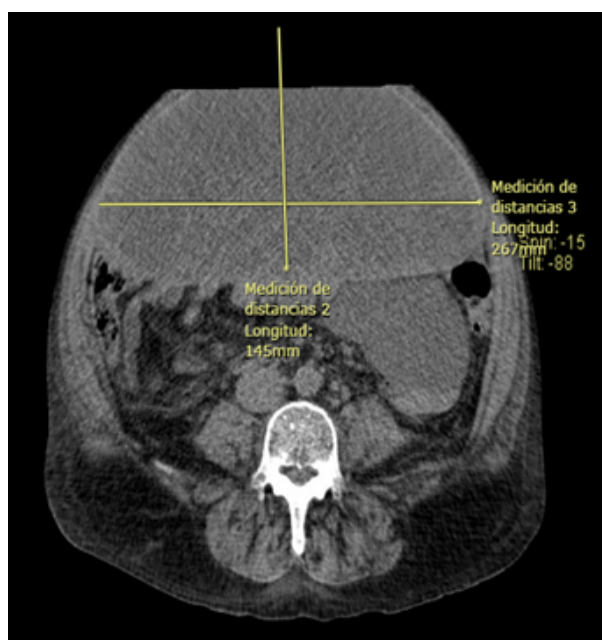


Imagen 3. TAC simple abdominal: Corte axial, se observa una imagen ovoide hipodensa con longitud mayor de 267mm

Con dichos hallazgos se solicita interconsulta al servicio de cirugía general quienes comentaron ameritar manejo quirúrgico no urgente, ante lo cual se inició protocolo prequirúrgico solicitando paraclínicos prequirúrgicos:

QUÍMICA SANGUÍNEA: glucosa 95, urea 174, bun 81, creatinina 3.3, ácido urico 5, ast 17.1, alt 7.3, fosfatasa alcalina 125, ggt 90, lipasa 45, dhl 156, albúmina 3.3, niveles de ácido fólico > 40, y vitamina b12 876.

ELECTRÓLITOS SÉRICOS: sodio 129, potasio 5,6, cloro 96, fósforo 3.23, calcio 8.34, magnesio 2.4.

BIOMETRÍA HEMÁTICA: hemoglobina 7.5, hematocrito 24, volumen corpuscular medio 107, hemoglobina corpuscular media 33.2, plaquetas 64, leucocitos 3.5, neutrofilos 2.5, linfocitos 0.2

FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA: plaquetas disminuidas de tamaño pequeño sin presencia de agregados plaquetarios.

PANEL VIRAL: VIH no reactivo, VHB no reactivo, VHC no reactivo. Debido a presencia de pancitopenia se solicita valoración por servicio de hematología a CMN SXXI quienes comentan dicha pancitopenia es secundaria a su enfermedad renal y a probable hiperesplenismo, no contraindicando el manejo quirúrgico. Por lo que se programa para proceso quirúrgico electivo, sin embargo, durante la espera de la fecha programada el paciente presenta infección por SARS-COV2 y fallece.

DISCUSIÓN

El quiste mesentérico es uno de los tumores abdominales más raros, fueron descritos por primera vez en 1507, y en 1880 Tillaux fue el primer cirujano que extirpó uno en forma exitosa. Su incidencia varía de 1 por 100.000 a 250.000 en la población adulta, se presenta más

frecuentemente en el sexo femenino, entre los 40-70 años nuestro caso corresponde a un hombre de 58 años de edad; la dimensión promedio es de 10 centímetros al momento del diagnóstico en este caso las dimensiones reportadas fueron de 272 mm x 145 mm x 267 mm; Un quiste tan grande es bastante poco común. Regularmente de carácter benigno, siendo malignos en menos del 3% de los casos. Su etiología aún se desconoce, en la literatura se describen dos orígenes: linfático y mesentérico. La proliferación de conductos mesentéricos ectópicos sin conexión con la circulación linfática es la teoría más aceptada. La falta de rasgos clínicos característicos y signos radiológicos puede presentar grandes dificultades diagnósticas, en este caso se trató de un paciente que presentó aumento progresivo del perímetro abdominal asociado a la aparición de disnea, que fue tratado con diuréticos ante el diagnóstico de ascitis secundario a hepatopatía de probable origen metabólico ya que el paciente negaba antecedente de consumo de alcohol y a través de paraclínicos se descartó infección por virus hepatotropos. El quiste puede presentarse de una de tres maneras:

- i) características abdominales inespecíficas;
- ii) una constatación incidental; o
- iii) un abdomen agudo.

El diagnóstico se confirma mediante estudios de imagen, como las diferentes modalidades de ultrasonido, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM). El tratamiento definitivo lo constituye generalmente la escisión quirúrgica, con preferencia la enucleación, este procedimiento reduce notablemente la posibilidad de recurrencia y puede prevenir la posible degeneración maligna del quiste. Desafortunadamente el paciente falleció por infección por SARS-COV2 durante su protocolo prequirúrgico para la resección del quiste, por lo que no fue posible obtener la caracterización histopatológica del quiste.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. Aust N Z J Surg. 1994;64(11):741-4. doi: 10.1111/j.1445-2197.1994.tb04530.x. PMID: 7945079.
2. Ríos Reina JL, Becerra Arredondo E, Beltrán Pérez J. Quiste mesentérico gigante. Hallazgos tomográficos. Acta médica Grupo Ángeles. 2018;16(2):166-167. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000200166
3. Guzmán Valdivia Gómez G. Quiste de mesenterio. Revisión. Rev Gastroenterol Mex. 2003;68(3):235-8. PMID: 14702937.
4. Nogués A, Aldea MJ, Cros B, Talal I, Yáñez C, Blas JL. Quiste mesentérico infectado con Salmonella typhimurium. Gastroenterol Hepatol. 2022;45(2):135-136. doi: 10.1016/j.gastrohep.2020.08.012. Epub 2020 Octubre 22. PMID: 33199127.
5. Aydinli B, Yildirgan MI, Kantarci M, Atamanalp SS, Basoglu M, Ozturk G, Onbas O, Oren D. Quiste mesentérico gigante. 2006;51(8):1380-2. DOI: 10.1007/S10620-006-9081-9. Epub 2006 Julio 26. PMID: 16868822.
6. Zamir D, Yuchtman M, Amar M, Shoemo U, Weiner P. Quiste mesentérico gigante que imita la ascitis. Harefuah. 1996;130(10):683-727. PMID: 8794659.

Nota del editor: El editor responsable por la publicación de este trabajo es César Canessa.

Nota de contribución autorial: Myrka Daniela Almeida Cabrera: Concepción y diseño del estudio, recolección de los datos, análisis e interpretación de los datos o resultados, elaboración de un borrador del manuscrito, escritura del manuscrito. Louis Fernando Robles Fernandes: Escritura del manuscrito. Roberto Alfredo Ibarra Ponce de León: Elaboración de un borrador del manuscrito, escritura del manuscrito, análisis e interpretación de los datos.