

Hospital Pediátrico Docente «William Soler»

## *Quiste mesentérico. Presentación de caso clínico.*

**Eduardo Morales Mesa\***, **Nilvia Esther González García\*\***, **Maria de los Angeles Cubero Rego\*\***, **Miriam Hernández Ramos\*\*\***

\* Especialista de Segundo Grado en Neonatología

\*\* Especialista de Primer Grado en Neonatología

\*\*\* Licenciada en Enfermería

**Resumen**

El quiste mesentérico es una patología rara en la etapa neonatal que suele confundirse clínicamente e imagenológicamente con múltiples patologías de los órganos intraabdominales. En este trabajo se presenta un caso clínico con diagnóstico prenatal de quiste abdominal, que coexistía con Atresia intestinal tipo Apple Peel, las cuales en nuestra experiencia requieren de múltiples intervenciones quirúrgicas y son de muy difícil manejo clínico y nutricional. **Palabras clave:** neonato, quiste mesentérico, ultrasonido, tumores intraabdominales, quiste mesentérico.

**Abstract:**

The Mesenteric Cyst is an uncommon pathology in neonatal period that clinical an imagenology might confuse with multiples pathologies oh the intra-abdominals organs. In this research we represents a clinical case with prenatal diagnosis of Abdominal Cyst and Intestinal Atresia type Apple Peel, which are in our experience require of multiples surgical treatment and they have a hard clinical and nutritional managements. Key words: Mesenteric cust. ultrasound, intrabdominal tumors.

**Quiste Mesentérico**

En 1852 Gairdne reporta el primer caso en la literatura. <sup>(1)</sup> La primera intervención quirúrgica satisfactoria se realiza en 1880 <sup>(2)</sup>, y se describe el primer caso en la literatura moderna en Italia en 1907, por el anatomista Benevieni, en la autopsia de una niña de 8 años. <sup>(3)</sup>

**Frecuencia**

Es una entidad rara, se reporta una incidencia 1 en 140 000 del total de ingresos de un hospital pediátrico. <sup>(4-6)</sup> Un estudio en el Hospital Universitario Egleston Children's at Emory University desde 1965-1994, reportan 14 pacientes, lo cual representa una prevalencia de 1 caso por 11,250 ingresos. <sup>(7)</sup>

En nuestro servicio se reportan 2 pacientes diagnosticados y operados de 1988 a 2008 de un total de 12640 ingresos y 1355 operados, con una supervivencia de 100%

Uno de tres pacientes se diagnostican en niños menores de 15 años. <sup>(8-10)</sup> El promedio de edad en que se realiza el diagnostico es de 4,9 años. <sup>(8,10-15)</sup>

Representa una proliferación benigna ectópica linfática que tiene comunicación con el tejido linfático normal También se plantea como etiología una posible obstrucción linfática, traumas, neoplasias y degeneración linfática. <sup>(7,8,16,17)</sup>

Puede aparecer en cualquier parte del mesenterio del tracto gastrointestinal. Su presentación más común es en el mesenterio ilial. <sup>(4)</sup>

Puede ser simple, múltiple, unilobuladoo

multilobulado y contener sangre, líquido seroso, quilo o infectarse. Su contenido es seroso en los iliales y los de colon y quiloso en los yeyunales. <sup>(6,7)</sup>

Su tamaño puede oscilar desde 40cm de diámetro. Se reporta un caso en un hospital de Atlanta que media 14,9 X 11,4 X 4,7 cm. <sup>(10)</sup>

### Cuadro Clínico

Puede descubrirse de forma accidental. <sup>(18)</sup>

Generalmente los niños consultan por distensión abdominal, vómitos y dolor vago, al examen físico se palpa una masa abdominal que puede simular ascitis. <sup>(19)</sup>

La forma más común de presentación es aguda con obstrucción intestinal asociado a vólvulo intestinal. <sup>(10,12,13)</sup>

Puede diagnosticarse prenatalmente mediante US, presentándose como una masa ecolúcida. Los diagnósticos diferenciales en estos pacientes pueden ser una atresia intestinal (el asa dilatada), el estómago dilatado (en atresias pilóricas) duplicidades intestinales, hidronefrosis, quiste de ovarios teratomas. <sup>(18,20,21)</sup>

Nuestra paciente tenía un diagnóstico prenatal de quiste de ovario y atresia intestinal por ultrasonido y presento distensión abdominal al nacimiento y vómitos biliosos.

### Exámenes diagnósticos

No existen exámenes de laboratorio específicos para realizar el diagnóstico de quiste mesentérico.

El diagnóstico se realiza por exámenes imagenológicos como son:

Ultrasonido abdominal:

Revela la imagen ecolúcida que puede tener ecos en su interior si tuviera hemorragia o estuviera infectada. Que puede ser confundida con un quiste de ovario en los fetos y en el recién nacido. <sup>(8,10,14,15)</sup>

Radiografía de abdomen simple:

Puede observarse disminución del patrón gaseoso y una masa densa que desplaza las asas intestinales lateral y anteriormente. <sup>(7,12)</sup>

También se pueden ver unas finas calcificaciones de la pared del quiste. <sup>(12,20,21)</sup>

### Complicaciones:

La obstrucción intestinal es la más común, vólvulos, hemorragias dentro del quiste, infección, ruptura, torsión del quiste y obstrucción de las vías

urinaria o del tracto biliar. <sup>(18)</sup>

Se reportan malignización de quistes mesentéricos en adultos, no así en niños <sup>(4)</sup>

Diagnostico diferencial

- Duplicidad intestinal
- Quiste de ovarios
- Esplenomegalia
- Hidronefrosis
- Teratoma
- Ascitis

Tratamiento: Es siempre quirúrgico y presenta pocas complicaciones.

**Paciente:** Karla de la Caridad Millar Pérez

HC: 682875

FN: 13 / 12 / 2007

FI: 14 / 12 / 2007

Paciente femenina, raza negra, de 24 horas de vida procedente de la maternidad «Luis Díaz Soto», hija de madre de 28 años, APF y APP de salud, serología N/R, grupo 0+, G 6 P 2 A 4 (3 provocados y 1 Rivanol a las 26 semanas por diagnóstico prenatal de Atresia Intestinal).

Que nace cefálico, de parto eutócico, TRM 1 hora, LA meconial, a las 34 semanas de EG, (por Parquin 37,3 s), peso 2810g. Con diagnóstico prenatal a las 16 semanas de Quiste de Ovario y a las 32 semanas se ratifica el diagnóstico de Quiste de Ovario y se diagnostica malformación digestiva.

Al EF después del nacimiento se constata abdomen aumentado de tamaño y se palpa T en FII de más menos 3 cm., resto del EF normal.

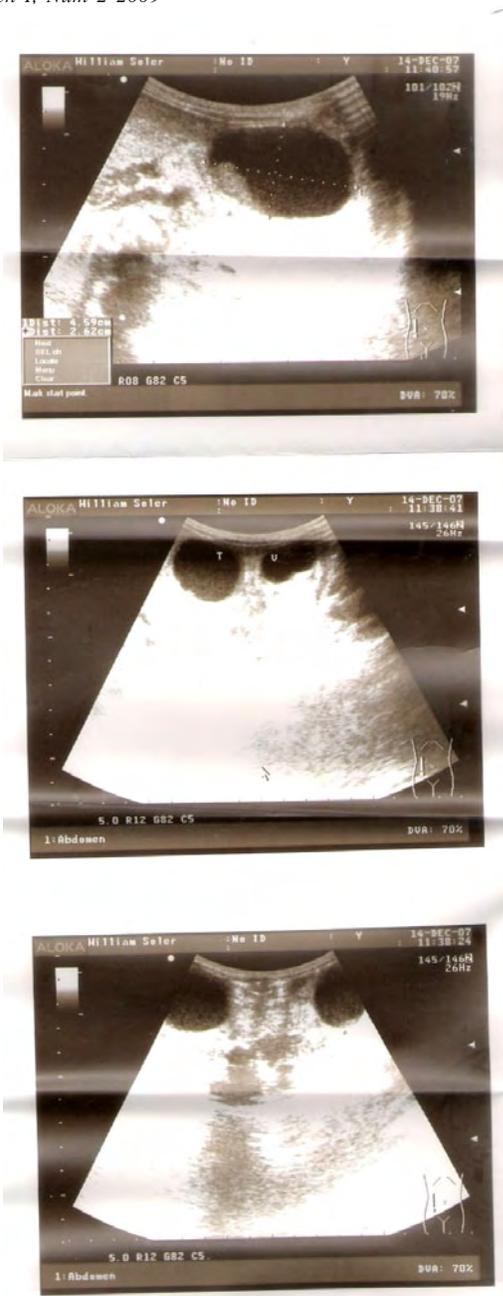
A las 6 horas de nacida presenta regurgitación amplia amarilla, se coloca SNG obteniéndose contenido gástrico amarillo escaso.

Se traslada para el servicio de Neonatología del Hospital William Soler, donde se realiza ultrasonido abdominal encontrándose:

US de abdomen: poco aire en estómago con poco líquido, 2 imágenes anecoicas a nivel umbilical la mayor de ellas de 45 X 26 mm. (Figura 1)

Se decide llevar al salón con diagnóstico de Quiste de Ovario y posible malformación digestiva.

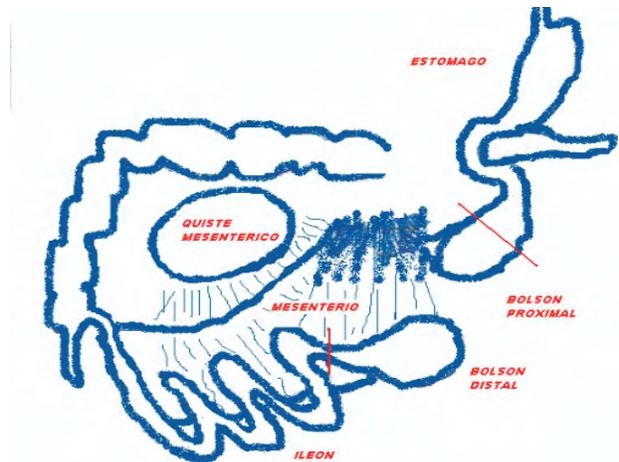
En el acto quirúrgico se encuentra Atresia Intes-



**Figura 1:** Fotos del US antes de la intervención quirúrgica, donde se observa a la izquierda posible imagen de quiste de ovario y a la derecha bolsón proximal del intestino dilatado.

tinal variedad Yeyunal Tipo III, Apple Peel con Quiste Mesentérico de 4 cm. Se realiza exéresis del Quiste y Anastomosis Terminal Terminal, dejándose una sonda transanastomótica. (Figura 2)

A las 48 horas de operada, ya extubada, comienza con distensión abdominal marcada y escaso contenido verde por sonda nasogástrica, por la



**Figura 2:** Esquema ilustrativo de lo encontrado en el acto quirúrgico cortesía del equipo de cirugía Neonatal de nuestro hospital.

transanastomótica no contenido.

Se realizan Rayos X de abdomen simple de pie A-P y lateral constatándose Neumoperitoneo gigante, es llevada nuevamente al salón, donde se constata dehiscencia de una parte de la sutura digestiva, se repara y vuelve para nuestro servicio, donde nuevamente a las 48 horas de la segunda reintervención comienza con distensión abdominal marcada y coloración violácea del abdomen se le realizan nuevamente radiografías abdominales de pies y se constata nue-



**Figura 3:** Radiografías de abdomen simple, vistas A-P y lateral donde se observa imagen de neumoperitoneo.

vamente Neumoperitoneo. (Figura 3)

Es llevada nuevamente al salón donde se constata dehiscencia de sutura nuevamente pero pegada a la sonda transanastomótica, la cual se retira y se realiza una gastrostomía dejándose una sonda larga que pasaba la sutura digestiva, y vuelve para nuestro ser-

vicio.

Comienza a defecar espontáneamente a los 6 días de vida, y mantiene un contenido verde por SNG hasta los 20 días de vida, se inicia alimentación parenteral parcial a los 7 días de vida, manteniéndose la misma hasta los 23 días de vida.

Se inicia alimentación trófica con leche materna al 8vo día de vida y nutritiva, ya, a los 27 días llegando a tolerar hasta 50 ml por sonda de gastrostomía por gastroclisis, primero de 2 horas y después de 1 hora. A los 33 días de vida se inicia alimentación por succión que toleró bien apoyándola paulatinamente con leche artificial para garantizar adecuada ganancia de peso.

Es dada de alta de nuestro servicio a los 40 días de vida postnatal con un peso de 2700g, alimentándose con leche materna por succión.

En su evolución en nuestro servicio se transfundió en 4 ocasiones, recibió tratamiento antibiótico con Ceftriaxone por 3 días, Amikacina por 2 días Vancomicina y Meropenem por 15 días y Piperacilina por 15 días y Anfotericin B liposomal por 12 días.



**Figura 4:** Paciente el día que fue egresado de nuestro servicio.

(Figura 4)

### Bibliografía

1. Gairdner WT. A remarkable cyst in the omentum. *Trans Path Soc Lond.* 1852; 3:1851.
2. Tillaux PJ. Cyste du mesentere un homme: ablation par la gastromie: quersion. *Revue de Therapeutiques Medico-Chirurgieale Paris.* 1880; 47:479.
3. Mohanty SK, Bal RK, Maudar KK. Mesenteric cyst-an unusual presentation. *J Pediatr Surg.* 1998; 33(5):792-3.
4. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg.* 1986; 203(1):109-12.
5. Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. *Arch Surg.* 1985; 120(11):1266-9.
6. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric, and omental cysts. *Arch Surg.* 1984; 119(7):838-42.
7. Egozi EI, Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts in children. *Am Surg.* 1997; 63(3):287-90.
8. Bliss DP Jr, Coffin CM, Bower RJ, et al. Mesenteric cysts in children. *Surgery.* May 1994; 115(5):571-7.
9. Chirathivat S, Shermeta D. Recurrent retroperitoneal mesenteric cyst. A case report and review. *Gastrointest Radiol.* 1979; 4(2):191-3.
10. Mollitt DL, Ballantine TV, Grosfeld JL. Mesenteric cysts in infancy and childhood. *Surg Gynecol Obstet.* 1978; 147(2):182-4.
11. Chung MA, Brandt ML, St-Vil D, Yazbeck S. Mesenteric cysts in children. *J Pediatr Surg.* 1991; 26(11):1306-8.
12. Colodny A. Mesenteric and omental cysts. In: Welch KJ, et al, eds. *Pediatric Surgery.* 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1986. p. 921-5.
13. Hebra A, Brown MF, McGeehin KM, Ross AJ 3rd. Mesenteric, omental, and retroperitoneal cysts in children: a clinical study of 22 cases. *South Med J.* 1993; 86(2):173-6.
14. Kosir MA, Sonnino RE, Gauderer MW. Pediatric abdominal lymphangiomas: a plea for early recognition. *J Pediatr Surg.* 1991; 26(11):1309-13.
15. Molander ML, Mortensson W, Uden R. Omental and mesenteric cysts in children. *Acta Paediatr Scand.* Mar 1982; 71(2):227-9.
16. Beahrs OH, Judd ES, Dockerty MB. Chylous cysts of the abdomen. *Surg Clin North Am.* 1950; 30(4):1081-96.
17. Gross RE. *The Surgery of Infancy and Childhood.* Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1953. p. 377-83.
18. Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts. In: *Pediatric Surgery.* 5th ed. 1998. p. 1269-75.

19. Feins NR, Raffensperger JG. Cystic hygroma, lymphangioma, and lymphedema. In: Raffensperger JG, editor. Swenson's Pediatric Surgery. 5th ed. Norwalk, Conn: Appleton & Lange; 1990. p. 172-3.
20. EMedicine [página principal en Internet]. EEUU: Medscape; c1994-2009 [actualizado 16 ene 2008; consultado 23 de feb 2008]. Saxena AK. Mesenteric and Omental Cysts. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/938463-overview>
21. EMedicine [página principal en Internet]. EEUU: Medscape; c1994-2009 [actualizado 12 abr 2006; consultado 23 de feb 2008]. Seymour NE. Mesenteric Tumors. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/191675-overview>