

# Quiste de mesenterio: Forma inusual de presentación.

Dres. R. Berghoff, A. Fontana, R. Bollini, J. Molina, P. Cornicelli, R. Drut.

Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital de Niños de La Plata "Sor María Ludovica", Buenos Aires, Argentina.

## Resumen

*Los quistes mesentéricos y retroperitoneales son formaciones derivadas del tejido ectópico linfático. Muchos en su ubicación abdominal pueden ser sintomáticos o accidentalmente encontrados en un acto quirúrgico. Pero la presentación como una hernia inguinal atascada es extremadamente rara, sólo se han descrito 5 casos en la literatura de habla inglesa.*

**Palabras clave:** Quiste de mesenterio - Hernia atascada.

## Summary

*Mesenteric or retroperitoneal cysts are rare. Some of them are derived from ectopic lymphatic tissue. Most of these cysts are intrabdominal. They can be symptomatic or incidentally found during abdominal surgery. The presentation of a mesenteric cyst as an incarcerated hernia is extremely rare. We report a patient with an incarcerated inguinal cyst containing a mesenteric cyst. Only five similar cases have previously been reported in the literature.*

**Index words:** Mesothelial mesenteric cyst - Incarcerated hernia.

## Resumo

*Os cistos mesentéricos e retroperitoneais são formações derivadas do tecido extópico linfático. Muitos situados no abdome podem ser sintomáticos ou acidentalmente encontrados durante cirurgias. Porém, a apresentação como uma hérnia inguinal encarcerada é extremamente rara, só foram descritos 5 casos na literatura de língua inglesa.*

**Palavras chave:** Cisto de mesentério - Hérnia encarcerada.

## Introducción

Los quistes de mesenterio y retroperitoneales son poco frecuentes. En pediatría se presentan con una frecuencia aproximada de 1/14000<sup>1</sup>. No tienen signos o síntomas patognomónicos de presentación. Las manifestaciones más frecuentes son el dolor abdominal o una formación abdominal palpable.

Presentamos un caso de un quiste mesotelial de mesenterio en un lactante de 8 meses de edad que se manifestó como una hernia inguinal atascada y requirió cirugía de urgencia.

## Presentación del caso

Niño de 8 meses, eutrófico, que ingresó con diagnóstico de hernia inguinal derecha atascada. Se encontraba en control ambulatorio desde los tres meses de edad por hidrocele no comunicante derecho.

Cuarenta y ocho horas antes del ingreso comenzó con llanto intermitente que fue interpretado como dolor tipo cólico de origen intestinal y medicado en forma sintomática. Treinta horas después del inicio del cuadro presentó vómitos alimentarios, luego biliosos y aumento progresivo de la formación ingui-



Fig. 1: Rx de abdomen. Nótese el desplazamiento del aire intestinal hacia la izquierda.

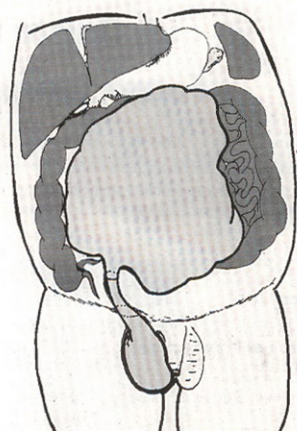


Fig. 3: esquema que muestra la ubicación del quiste y sus relaciones.



Fig. 2: macroscopía de la pieza.

noescrotal derecha, con enrojecimiento de la piel.

Al ingreso el paciente presentaba regular estado general, deshidratación leve, crisis de llanto intermitente, abdomen distendido, doloroso en forma difusa sin signos de reacción peritoneal, RHA(-) y catarsis negativa de 24hs de evolución. La región inguinoescrotal derecha estaba edematizada, eritematosa, presentaba una formación de aproximadamente 3x5cm, dolorosa a la palpación.

En la radiografía de abdomen (fig. 1) se visualizó la distribución irregular del aire con una imagen radiopaca que desplazaba las imágenes aéreas hacia el lado izquierdo. Con diagnóstico de hernia inguinal atascada se decidió la intervención quirúrgica, al disecar el saco herniario, se encontró una estructura quística dentro del mismo. El cordón espermático y el testículo no presentaban alteraciones. Dada la continuidad de la formación quística hacia la cavidad abdominal se efectuó una laparotomía.

Se observó entonces que la formación inguinal formaba parte de un quiste multilobulado de 26x20cm que se extendía desde la raíz del mesocolon, adherida a la curvatura mayor del estómago, que desplazando al intestino delgado hacia la izquierda se introducía en el anillo inguinal profundo (Fig. 2). Se realizó exéresis total de la pieza. Por el informe

de anatomía patológica resultó un quiste mesotelial simple (fig. 3). El paciente se recuperó favorablemente y fué dado de alta al quinto día de su ingreso.

## Discusión

Los quistes de mesenterio son raros en pediatría, su forma más frecuente de presentación es el dolor abdominal (65%), siendo asintomáticos aproximadamente el 21%<sup>2</sup>. En otros casos se presentaron como formación abdominal u obstrucción intestinal o vólvulo<sup>3</sup>, pudiendo ser únicos o múltiples. Microscópicamente poseen una delgada pared de tejido conectivo tapizada internamente por epitelio simple.

Inmunohistoquímicamente son positivos para queratina y negativos para el antígeno relacionado al FVIII u otros marcadores endoteliales<sup>4-5</sup>. El diagnóstico diferencial se debe realizar con el linfangioma quístico y la duplicación intestinal entre otros. Solamente se han relatado 5 casos como hernia inguinal atascada (Tabla 1).

Recientemente, Mohanty y Maudar<sup>6</sup> han revisado la literatura previa: sólo uno de los casos presentó un cuadro agudo, mientras que el resto lo hizo de forma insidiosa. El diagnóstico preoperatorio correcto se realizó sólo en el 25% de los casos, porcentaje que aumentó con el uso de ecografía y tomografía computarizada. La resección completa del quiste es el tratamiento más adecuado.

Año	Autores
1960	Harkins y Sabiston
1965	Hopman
1970	Katka y Novak
1994	Popli
1998	Mohanty y Maudar

Tabla 1: los cinco casos de quistes de mesenterio con hernia inguinal atascada publicados previamente.

## Bibliografía

1. Srivatsa KM, Brown RS: Mesenteric cysts. Arch Dis Child 75: 2;1996.
2. Poulouse BK, Kutka MF, Talamini KD : Retroperitoneal and mesenteric cyst: characteristics and surgical management. Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore, Maryland, Internet, 1998.
3. Hines OJ, Ashley SW: Lesions of peritoneum, retroperitoneum and mesentery, in Mesenteric cysts. Maingot's Abdominal Operations vol 1. London. Prentice Hall International, 1997, chap.20, pp 711-712.
4. Battifora H, Elliot WT: Tumors of the serosal membranes: Atlas of tumor pathology, chap 8. AFIP. 1995, pp 119-124.
5. Rosai J: Ackerman's Surgical Pathology. Mosby 1996 ; chap 26:2137.
6. Mohanty SK, Bal RK, Maudar KK: Mesenteric Cyst-An unusual presentation. J Ped Surg 33:792;1998.
7. Kurtz RJ, Heimann TM, Iseck RA, et al : Mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann Surg 203 : 109-112, 1986

Trabajo presentado en las XXVI Jornadas Rioplatenses de Cirugía Pediátrica, Buenos Aires, Argentina, Agosto de 1998.

Dr. R.A. Bollini  
Calle 62 n° 1462 1/2 1° piso, Dto. A  
La Plata (1900)  
Provincia de Buenos Aires  
Argentina