

## Quiste mesentérico gigante. Hallazgos tomográficos

José Luis Ríos Reina,<sup>1</sup> Eduardo Becerra Arredondo,<sup>2</sup> Jesús Beltrán Pérez<sup>2</sup>

Paciente de 45 años con dolor abdominal generalizado, estreñimiento y náusea posterior a la alimentación. La radiografía de abdomen evidencia en el epigastrio imagen redondeada homogénea de mayor densidad, que desplaza

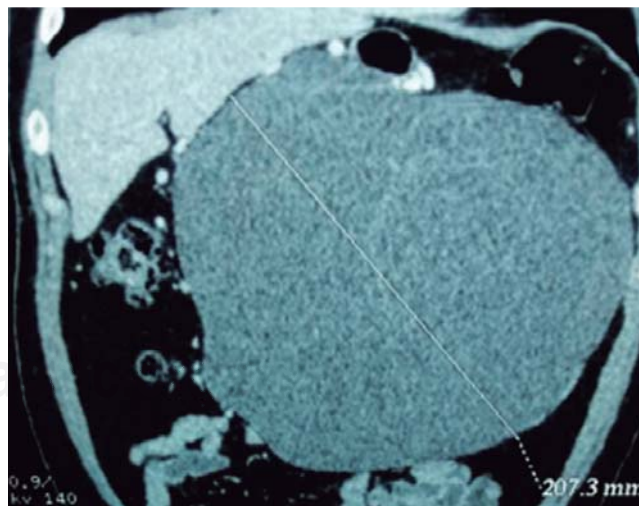
las asas intestinales y el estómago. La tomografía muestra una imagen ovoidea de 20.8 centímetros de eje mayor (Figuras 1 y 2), con bordes lisos, septos delgados internos y densidades líquidas, proveniente de la raíz del mesenterio, sin conexión con otra estructura, con desplazamiento de las asas y el riñón derecho (Figuras 3 y 4).

El diagnóstico por imagen y confirmación patológica fue de quiste mesentérico gigante.

Esta rara patología es benigna, congénita, con frecuencia de 1/20,000 personas y predominio femenino en la cuarta década. Se describen dos orígenes: linfático y mesentérico. La proliferación de conductos mesentéricos ectópicos sin conexión con la circulación linfática es la teoría más aceptada. Puede extenderse al retroperitoneo; es más común encontrarla en el mesenterio ileal.<sup>1</sup> Clínicamente, se asocia con dolor abdominal, obstrucción intestinal o peritonitis en caso de ruptura. En adultos, la incidencia mayor es entre los 40-70 años y la dimensión promedio es de 10 centímetros al momento del diagnóstico. Se han reportado quistes relacionados con malignidad con una incidencia menor al 3%.<sup>2</sup>



**Figura 1.** Imagen simple de tomografía computada. Corte axial a nivel de ambos riñones donde se observa una imagen redondeada de 20.8 cm en su eje mayor, bien delimitada, de pared fina, con densidades líquidas internas y septos finos.



**Figura 2.** Imagen simple de tomografía computada. Reconstrucción coronal abdominal donde se observa la lesión ya descrita.

<sup>1</sup> Jefe del Departamento de Imagenología y Hemodinamia; profesor titular del Curso de Postgrado de Radiología e Imagen.

<sup>2</sup> Departamento de Radiología.

Hospital Ángeles Mocol, Ciudad de México, México.

Correspondencia:

Dr. José Luis Ríos Reina

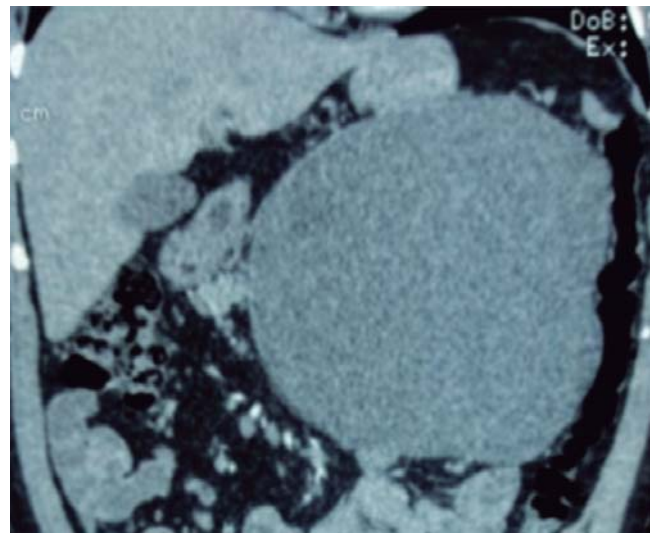
Correo electrónico: jlrios@yahoo.com

Aceptado: 11-09-2017.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>



**Figura 3.** Imagen simple de tomografía computada. Corte axial a nivel renal. Lesión descrita, con evidente desplazamiento del riñón derecho.



**Figura 4.** Imagen simple de tomografía computada. Reconstrucción coronal abdominal. Lesión descrita, con desplazamiento de las asas del intestino.

Quistes por duplicación, quiste ovárico, quiste pancreático, hidronefrosis y ascitis son los diferenciales por radiología. El ultrasonido y la tomografía son de gran utilidad para el diagnóstico; sin embargo, la tomografía es el método de elección para localizar el origen y extensión en quistes gigantes. Pueden ser únicos o múltiples, uni- o multiloculados; por lo general, son de pared delgada y de contenido seroso.<sup>3</sup>

Tomográficamente se clasifican en: tipo 1 (pediculado), 2 (sésil), 3 (con extensión al retroperitoneo) y 4 (multicéntrico).

La remoción quirúrgica es el tratamiento de elección; en estos casos no se recomienda la aspiración

percutánea por los altos índices de mortalidad y recurrencia.<sup>4</sup>

## REFERENCIAS

1. Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. *Aust N Z J Surg.* 1994; 64 (11): 741-744.
2. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg.* 1986; 203 (1): 109-112.
3. Ros PR, Olmsted WW, Moser RP Jr, Dachman AH, Hjerstad BH, Sobin LH. Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. *Radiology.* 1987; 164 (2): 327-332.
4. Caropreso PR. Mesenteric cysts: a review. *Arch Surg.* 1974; 108 (2): 242-246.