

Quiste mesentérico gigante. Hallazgos tomográficos

José Luis Ríos Reina,¹ Eduardo Becerra Arredondo,² Jesús Beltrán Pérez²

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.¹ 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%.²



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.

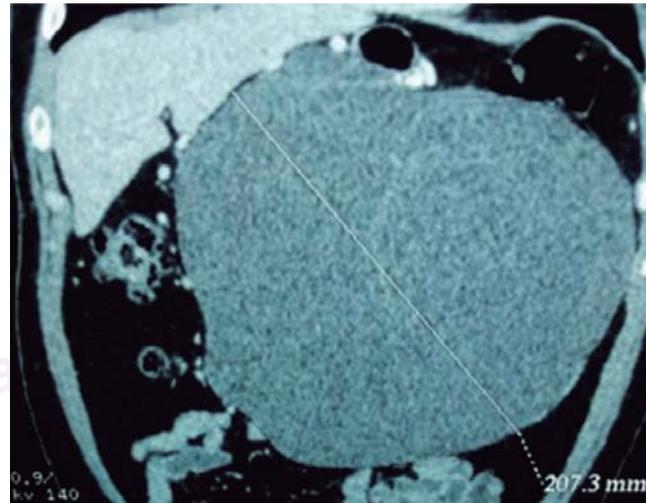


Figura 2. Imagen simple de tomografía computada. Reconstrucción coronal abdominal donde se observa la lesión ya descrita.

¹ Jefe del Departamento de Imagenología y Hemodinamia; profesor titular del Curso de Postgrado de Radiología eImagen.

² Departamento de Radiología.

Hospital Ángeles Mocel, Ciudad de México, México.

Correspondencia:

Dr. José Luis Ríos Reina

Correo electrónico: jlriosr@yahoo.com

Aceptado: 11-09-2017.

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

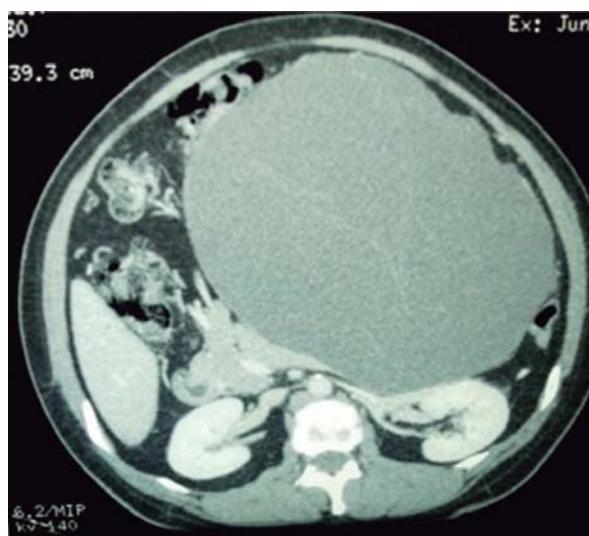


Figura 3. Imagen simple de tomografía computada. Corte axial a nivel renal. Lesión descrita, con evidente desplazamiento del riñón derecho.

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.³

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

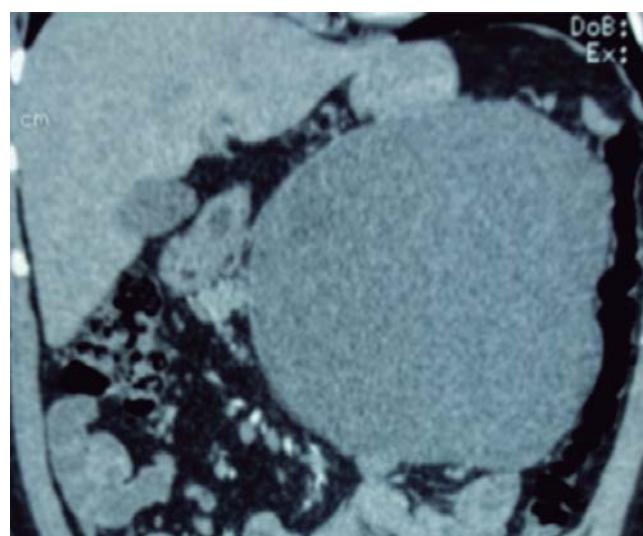


Figura 4. Imagen simple de tomografía computada. Reconstrucción coronal abdominal. Lesión descrita, con desplazamiento de las asas del intestino.

percutánea por los altos índices de mortalidad y recurrencia.⁴

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, Hjermstad BH, Sabin 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.