

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, I. M. S. S.



QUISTES DE LA CAVIDAD ABDOMINAL, REVISION DE LA LITERATURA Y PRESENTACION DE CUATRO CASOS

FALLA DE ORIGEN



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A
DR. LUIS JUAN OSTOS MONDRAGON
DIRECTOR DE TESIS: DR. FELIPE ROBLEDO OGAZON



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

- I.- INTRODUCCION.
- II.- ANATOMIA DEL PERITONEO, MESENTERIO,
Y DEL OMENTO.
- III.- ANTECEDENTES HISTORICOS.
- IV.- CLASIFICACION Y ETIOLOGIA.
- V.- FRECUENCIA.
- VI.- CUADRO CLINICO.
- VII.- PATOLOGIA.
- VIII.- METODOS DIAGNOSTICOS.
- IX.- TRATAMIENTO.
- X.- PRESENTACION DE CASOS.
- XI.- CONCLUSIONES.
- XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

I N T R O D U C C I O N .

Las lesiones quísticas del omento, mesenterio, peritoneo y del espacio retroperitoneal, son lesiones poco comunes que con frecuencia son diagnosticadas durante la Laparatomía exploradora y que generalmente se omiten en los libros de texto.

El diagnóstico preoperatorio se efectúa en raras ocasiones, ya que estas entidades no son tomadas en cuenta en el diagnóstico diferencial.

Algunos autores consideran que los quistes del mesenterio son meramente curiosidades médicas de interés histórico, lo que ha sido seriamente rebatido. Estos quistes se presentan con mas frecuencia de lo que se creía y hay que tomarlos en cuenta para poder efectuar un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado y oportuno.

La evolución y los síntomas son muy variados y no son característicos; los hallazgos clínicos y radiológicos, son sugestivos pero no patognomónicos, por lo que se dificulta el diagnóstico.

Gracias a los nuevos métodos auxiliares de diagnóstico, como la Ultrasonografía, la Tomografía axial computarizada y la Resonancia Magnética, el diagnóstico preoperatorio puede efectuarse con mayor frecuencia.

El propósito del presente trabajo es despertar en el Médico el interés por el tema y que estos quistes sean tomados en cuenta dentro del diagnóstico diferencial al presentar una revisión de la literatura y cuatro casos tratados por el autor.

ANATOMIA DEL PERITONEO.

Esta membrana serosa, de gran capacidad absorbente, reviste las cavidades abdominales y pélvica (Peritoneo pélvico) y se relaciona en forma variable con las vísceras contenidas en ellas (Peritoneo visceral). Al recubrir una víscera forma la túnica serosa de la misma y se pega al tejido subyacente.

Aún cuando el peritoneo se halla siempre fijado a la pared del abdomen por medio de tejido extraperitoneal, su grado de adherencia varía considerablemente de un lugar a otro. En aquellas regiones en que reviste las partes expansibles de la pared abdominal anterior, el tejido extraperitoneal se fija laxamente; así ocurre en la parte inferior de la pared abdominal anterior, lo que permite que la vejiga al distenderse, arrastre consigo hacia la cavidad abdominal la parte inferior del peritoneo parietal. En la región de los riñones el tejido extraperitoneal suele hallarse muy cargado de grasa, pero por lo general es delgado y relativamente denso cuando recubre las aponeurosis del psoas, iliaca y pélvica. En el varón el peritoneo forma un saco completamente cerrado, pero en la mujer comunica con las cavidades del útero y la vagina a través de las aberturas abdominales de las trompas uterinas. El peritoneo recubre por completo la cara profunda de la pared abdominal anterior y forma, debajo del ombligo, una lámina ininterrumpida que permite, una vez abierta la cavidad abdominal, introducir una mano y pasarla hasta el lado opuesto sin encontrar ningún obstáculo.

Encima del ombligo existe un pliegue peritoneal, el ligamento falciforme, que se dirige hacia atrás hasta el hígado y forma un tabique incompleto. Su borde inferior, donde se continúan una con otra las dos hojas que lo constituyen, es libre y contiene el ligamento redondo y las venas paraumbilicales.

El peritoneo que reviste la pared abdominal sigue hacia arriba por la cara inferior del diafragma y se refleja luego sobre el hígado y el estómago, formándose en este segmento el epiplón u omento menor. Después de envolver el estómago, constituyendo su túnica serosa, las dos hojas vuelven a encontrarse y descienden durante un trecho variable hacia la pelvis. Por abajo, se doblan en un pliegue agudo y vuelven a subir hasta el colon transversal. Este gran delantal peritoneal, que une al colon transversal y al estómago, es el epiplón u omento mayor.

Después de envolver el colon transverso, las dos hojas posteriores del epiplón mayor se dirigen hacia atrás y arriba, hasta la pared abdominal posterior. Forman así el mesocolon transverso y vuelven a separarse a lo largo del borde anterior del páncreas. La hoja superior se dirige hacia arriba, por la pared abdominal posterior, y luego se refleja en sentido anterior sobre el hígado. La inferior desciende y forma un revestimiento completo para la pared abdominal posterior por debajo del páncreas. A lo largo de una línea que se dirige oblicuamente hacia abajo y a la derecha, se separa de la pared para constituir el mesenterio que envuelve al yeyuno y al íleon. Debajo de la raíz del mesenterio, el peritoneo se prolonga en dirección inferior para cubrir las vísceras pélvicas y luego se dirige hacia arriba por la pared abdominal anterior.

Por último existe una conción de la cavidad abdominal que queda aislada y detrás del estómago, la transcavidad de los epiplones, que comunica a través del hiato de Winslow (1,2).

ANATOMIA DEL MESENTERIO.

El intestino delgado, desde el ángulo duodenoyeyunal hasta el ángulo ileocecal, está insertado en la pared posterior del abdomen por un ancho repliegue del peritoneo que comprende entre sus dos hojas todos los vasos arteriales, venosos y linfáticos, así como todos los nervios que les están destinados. Este pliegue de fijación, o más bien de suspensión, atraviesa oblicuamente el plano submesocólico del abdomen, al que divide en dos compartimentos, uno derecho y otro izquierdo.

Se le consideran dos bordes, uno parietal y otro visceral. El borde parietal es relativamente corto si se le compara con la longitud del intestino. Por el contrario su borde visceral debe adaptarse a las dimensiones del intestino delgado.

La altura del mesenterio no es la misma en todas sus porciones. A nivel de la tercera asa intestinal la altura es de 12 a 15 cm. En la parte inferior del yeyunoíleon disminuye a 10 a 12 cm. y llega a ser nula en el ángulo ileocecal.

La longitud del mesenterio en el borde parietal es entre 15 y 17 cm. y en el borde visceral es de 4 a 6 metros.

El borde parietal o raíz del mesenterio se extiende del ángulo duodenoyeyunal hasta el ángulo ileocecal. Se dirige oblicuamente de arriba a bajo y de izquierda a derecha, describiendo una línea más o menos ondulada.

La raíz del mesenterio ofrece a lo largo de su trayecto relaciones importantes con la cuarta porción del duodeno, aorta, vena cava inferior, arteria y vena mesentérica superiores, iliaca primitiva, arterias lumbares, el simpático lumbar, músculo psoas derecho, uretero derecho, origen de la iliaca externa, vasos y nervios espermáticos u ováricos y el nervio crural (1,2).

ANATOMIA DE LOS OMENTOS.

En la curvatura mayor, en la curvatura menor y en la parte superoexterna de la tuberosidad mayor del estómago, las dos hojas peritoneales, anterior y posterior, se adosan una con otra y forman así hojas membranosas que abandonando al estómago van a fijarse, por otra parte, con vísceras vecinas.

Estos repliegues peritoneales, especie de ligamentos que unen la circunferencia del estómago a otras vísceras, se designan con el nombre de Omentos o Epiplones.

Se distinguen tres epiplones u omentos: El epiplón gastrohepático, el epiplón gastroesplénico y el epiplón gastrocólico.

EPIPLON GASTROHEPATICO O MENOR.— Esta formación ofrece en su conjunto el aspecto de una hoja tendida entre la pequeña curvatura del estómago y la cara inferior del hígado. Se le consideran cuatro bordes: Dos bordes viscerales (Uno gástrico y otro hepático), un borde diafragmático y un borde libre. El borde gástrico encierra los vasos de la curvatura menor del estómago, coronaria estomáquica y pilórica, ganglios linfáticos y nervios. Por el borde libre circula el pedículo del hígado (Vena porta, arteria hepática y conductos biliares).

EPIPLON GASTROESPLENICO.— Este epiplón va de la curvatura mayor del estómago al hilio del bazo. Contiene en su espesor los vasos cortos nacidos de la arteria esplénica y el origen de la gastroepiploica izquierda.

EPIPLON GASTROCOLICO O MAYOR.— Tiene el aspecto de una ancha capa que desciende por detrás de la pared abdominal anterior y cae enfrente del paquete intestinal a la manera de un delantal. En el niño es delgado, trasparente y deja ver los vasos que los surcan. En el adulto el epiplón mayor solo es delgado en los sujetos flacos; en los obesos es grueso y pesado.

Se origina en la parte inferior de la curvatura mayor del estómago. De aquí las dos hojas que lo constituyen descienden muy abajo hacia el pubis, entre la pared anterior del abdomen y la masa flotante del intestino delgado. Luego se flexionan, se dirigen hacia atrás y arriba y van a fusionarse con la cara superior del mesocolon transverso. Así pues, resulta que entre el estómago y la pared abdominal posterior existe una

especie de divertículo de la cavidad abdominal, limitado por los epiplones y que se le denomina transcavidad de los epiplones, la cual se abre a la gran cavidad abdominal por un orificio, el hiato de Winslow, comprendido entre el pedículo del hígado por delante, contenido en el borde libre del epiplón menor, y la vena cava por detrás.

Los epiplones están irrigados por las arterias gastroepiploicas derecha e izquierda (1,2), (Figura 1).

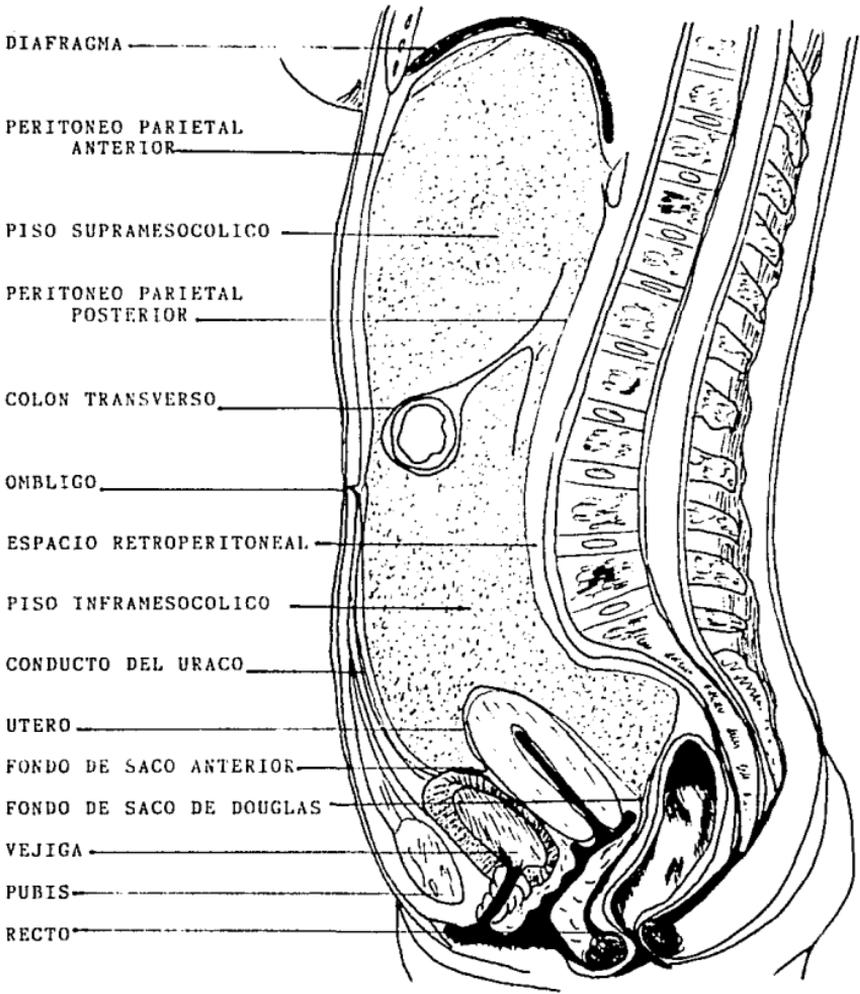


FIGURA 1: CORTE SAGITAL ESQUEMATICO DE LA CAVIDAD ABDOMINOPELVIANA.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

Los antecedentes históricos de los quistes de la cavidad abdominal, en especial con referencia a los Quistes del mesenterio, se remontan al siglo XV, por lo que para su estudio se dividen en tres etapas (3,4):

| PERIODO | FECHA | CARACTERISTICAS DEL PERIODO. |
|---------|------------------|--|
| I | 1507-1850 | Las lesiones fueron descritas en autopsias únicamente. |
| II | 1850-1880 | Pocas operaciones fueron realizadas pero casi siempre con diagnóstico preoperatorio erróneo, y no está reportado que alguno de los pacientes haya sobrevivido. |
| III | 1880 a la fecha. | Al inicio se realizaron algunas operaciones con escasos buenos resultados. Después vino una descripción de las lesiones muy completa por Dowd, y los cirujanos empezaron a tomar en cuenta esta entidad y se realizaron muchos diagnósticos correctos en el preoperatorio. |

El primer periodo empezó en 1507, con Beneviene, un anatomista florentino, quien describió "Una callosidad de las venas mesentéricas" durante el examen postmortem de un niño de ocho años de edad (3,4,5,6,7).

No es hasta 1803 cuando Portal clasifica por primera vez estos quistes (3).

En 1842 Rokitansky describió el primer Quiste Quiloso también durante una autopsia (3,4,7).

Durante el segundo periodo, de 1850 a 1880, Tillau: efectuó la primera resección exitosa de un quiste mesentérico; sin embargo el diagnóstico preoperatorio había sido erróneo (3,4,5,6,7).

Gairdner en 1852 describió los Quistes del Omento, los cuales son menos comunes que los del mesenterio (5).

El tercer periodo empezó en 1880 hasta la época actual. En 1883, Primero Pean y luego Bramann, Killan, Millard y Marklen

utilizaron la marsupialización como tratamiento quirúrgico para las masas quísticas (3).

Augagneur en 1886 encontró que 16 de 90 tumores del mesenterio fueron quísticos. En 1887, Hahn, clasificó los quistes en: Hemáticos, Quilosos, Serosos y por Equinococo (3). En 1890 Carson, presentó el primer caso en América de un Quiste Quiloso del Mesenterio (4). En 1891 Arekion hace referencia a 81 casos reportados y Bianchi mencionó que eran ya 95 casos.

En 1892, Braquehayé agregó 23 casos más para un total de 104 casos reportados hasta esa fecha (5).

En 1897, Harris y Herzog reportaron una serie de 57 casos de tumores mesentéricos sólidos (6) y Moynihan agregó 9 casos más y efectuó la primera revisión de la literatura en forma (3). En 1900, Dowd agregó 32 casos más y publica un trabajo que se consideró clásico con un total de 145 casos (3,4). En 1906, Porter estimó que el número de casos era de 200 y en 1910 Timball agregó otros 30 más. En 1912, Friend reportó 52 casos de Quistes Quilosos exclusivamente. En 1913, Benedict agregó 44 casos más. En 1921, Carter estima que hay alrededor de 300 casos, sin embargo en 1924 Higgins y Lloyd refirieron que los casos hasta esa fecha no sobrepasaban los 250. En 1930, Flynn consideró entre 200 y 300 casos y en 1932 Warfield encontró 129 casos reportados únicamente de 1920 a 1932 para hacer un total de unos 500 casos recolectados (3).

Gerster en 1939 reportó un Quiste Retroperitoneal Quiloso (4). En 1948 Loeb estima entre 550 y 600 casos en la literatura, mismos que se encontraron en una revisión muy formal de 1954 (3).

En 1961, Fowler reportó 5 nuevos casos de Quistes del Mesenterio (6). En 1964, Oliver calculó alrededor de 150 casos reportados de Quistes del Omento únicamente y agregó 13 casos (5). En una revisión de la Clínica Mayo de 1911 a 1947 se encontraron 174 casos de Quistes Abdominales, mesentéricos, del omento o retroperitoneales, de los cuales 9 fueron Quilosos (4). En 1967, Oh y col. reportaron 2 casos más de Quistes Quilosos del Mesenterio (8). Para 1970, Hardin reportó 6 casos en 161,944 ingresos hospitalarios (7). En 1973, Potter reportó el caso de una niña de 3 años en que se efectuó el diagnóstico correcto preoperatoriamente por Angiografía (9).

Walker y Putnam reportaron 33 nuevos casos de quistes abdominales, de los cuales 13 fueron Quistes del Omento, 18 del Mesenterio y 2 Retroperitoneales, con un predominio importante del sexo femenino (27 casos), (5).

En 1974, Caropreso y Harrisburg hacen una magnífica revisión

de la literatura con relación a los quistes del mesenterio, haciendo énfasis en la clasificación, etiología, cuadro clínico y tratamiento (3).

Gutierrez y Raimondi publicaron 11 casos de Quistes Peritoneales como complicación de derivaciones ventriculoperitoneales, en 1585 procedimientos realizados en el año de 1976 (10). En 1981 Bar-Maor de Haifa, presentó un caso de un Quiste gigante abdominal (Por Equinococo) que simulaba ascitis (11). En los 10 últimos años existen muy pocos reportes de quistes del mesenterio, del omento o retroperitoneales, abundan los artículos con referencia a quistes secundarios a derivaciones ventriculoperitoneales y por Equinococo (12,13, 14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24).

C L A S I F I C A C I O N .

En 1930, los quistes se clasificaban en simples y neoplásicos (Tabla I). Hacia 1940 se hicieron algunos cambios en la clasificación de los quistes:

- 1.- Embriológicos.
- 2.- Pseudoquistes.

Una clasificación similar fue presentada por Bearhs y colaboradores en 1950 con cuatro grupos principales (4):

- 1.- Embriológicos y quistes del desarrollo.
- 2.- Traumáticos o adquiridos.
- 3.- Neoplásicos.
- 4.- Infecciosos y degenerativos.

La localización de un quiste va a determinar el carácter del contenido líquido; prácticamente todos los quistes quillosos se encuentran cerca de los linfáticos del mesenterio o del conducto torácico en el retroperitoneo. Los quistes no deben clasificarse por su contenido ni por su tamaño o localización, sino por las características histopatológicas de su pared y por su etiología (Tabla II), (4).

Ya desde 1916, se sugirió por Hadley que los quistes abdominales clasificados como Quillosos no todos tenían el mismo origen. Existen muchos ejemplos de quistes cuyo origen definitivamente es congénito, pero también hay muchos ejemplos de quistes adquiridos (5).

Existe otra clasificación propuesta por Fowler en 1961 para los tumores del mesenterio dividiéndolos en masas benignas y malignas (Tabla III), (6).

TABLA I.
CLASIFICACION DE 1930 .

I.- SIMPLES.

- A) Serosos.
- B) Quilosos.
- C) Irregulares.

II.- NEOPLASICOS.

- A) Del ectodermo (Dermoide).
- B) Del mesodermo (Linfangioma).
- C) Del endodermo (Enterocistoma).
- D) De inclusiones fetales (Teratoma).

TABLA II.
CLASIFICACION DE BEARHS.

I.- QUISTES EMBRIOLOGICOS Y DEL DESARROLLO.

- A) Entéricos.
- B) Urogenitales.
- C) Dermoides.
- D) Procedentes de defectos embrionarios del tejido linfoide.

II.- QUISTES TRAUMATICOS ADQUIRIDOS.

III.- QUISTES NEOPLASICOS.

IV.- QUISTES INFECCIOSOS Y DEGENERATIVOS.

Se incluyen los de origen micótico, tuberculoso o parasitario.

TABLA III.
CLASIFICACION DE FOWLER.

I.- MASAS BENIGNAS DEL MESENTERIO.

- A) Quistes:
-Linfáticos (Quilosos).
-Inclusión (Serosos).
-Traumáticos (Hemorrágicos).
-Entéricos (Mucoides).
- B) Tumores sólidos:
-Lipomas. -Fibromas.
-Neurofibromas. -Ganglioneuroma.
-Endoteliooma. -Hemangiendoteliooma.
-Dermoides (Embrionario).
-Teratomas (Embrionario).
-Desmoides (Posterior a trauma).
-Mesoteliooma papilar.
- C) Anormalidades fisiológicas:
-Enfermedad de Whipple (Lipodistrofia intestinal).
-Aneurismas de los vasos mesentéricos.

II.- TUMORES MALIGNOS PRIMARIOS DEL MESENTERIO.

- A) Ganglios linfáticos:
-Enfermedad de Hodgkin.
-Linfoblastoma.
-Sarcoma de células pequeñas.
-Sarcoma de células reticulares.
- B) Neurofibrosarcoma.
- C) Fibrosarcoma.
- D) Liposarcoma.
- E) Fibroliposarcoma.
- F) Miosarcoma.

TABLA IV.
CLASIFICACION POR SU ORIGEN.

I.- PARASITARIOS.

- A) Hepáticos.
- B) Esplénicos.
- C) Peritoneales.
- D) Ginecológicos.

II.- EMBRIONARIOS.

- A) Mesentéricos.
- B) Urogenitales.
- C) Intestinales.
- D) Hepáticos.
- E) Coledocianos.
- F) Epiploicos o del omento.
- G) Dermoides.

III.- GINECOLOGICOS.

- A) Ováricos.
- B) Tubáricos.
- C) Paraováricos.

IV.- RETROPERITONEALES.

- A) Pancreáticos (Incluye Pseudoquiste).
- B) Renales.
- C) Suprarrenales.
- D) Linfáticos.

V.- INTESTINALES.

- A) Neumatosis quística.
- B) Colitis quística.

VI.- PERITONEALES.

- A) Por derivaciones ventriculoperitoneales.
- B) Postraumáticos.
- C) Inflamatorios.
- D) Infecciosos.

VII.- NEOPLASICOS.

- A) Benignos (Linfangiomas).
- B) Malignos (Linfagioendoteliooma).

VIII.- TRAUMATICOS.

- A) Pared quística fibrosa sin una membrana bien delimitada.

F R E C U E N C I A .

Hacia 1948 el Mercy Hospital de Chicago reportó una frecuencia de 3 casos de quistes de la cavidad abdominal por 150,000 admisiones hospitalarias (3). En 1941 el Hospital del Bronx en Nueva York tenía un caso en 105,000 admisiones, mientras que el Hospital Judío de Filadelfia reportaba un caso en 160,000 ingresos. En 1970 en el área de Los Angeles se reportaba un caso por 100,000 admisiones (7).

Hacia 1967 la Clínica Mayo reportó una frecuencia de 7.3% (8).

En una revisión de 1963 a 1973 del Hospital Policlínica de Harrisburg, Pa. no se encontró ningún caso de quistes quílicos (3).

Los quistes del mesenterio son dos o tres veces más frecuentes que los del omento. La frecuencia de ambos tipos de quistes es de aproximadamente un caso por 25,400 admisiones hospitalarias, y se reporta un predominio del sexo femenino de 4:1 sobre el sexo masculino (5,26).

Benedict probablemente esté en lo cierto de que no existe una edad especialmente predispuesta, sin embargo Collins y Berdez, así como Bearhs encuentran que si existe una mayor frecuencia en la tercera década, pero Warfield y Slocum encontraron que era la cuarta y no la tercera. En un estudio de Putnam y Walker predominó la primera década y de sus 33 casos, 13 fueron quistes del omento, 18 del mesenterio y 2 retroperitoneales (5).

Slocum menciona que los quistes del mesenterio pueden localizarse en el mesenterio desde el duodeno hasta el recto.

Burnte, Rosemond y Bucher describen que de 200 casos colectados el 25% se presentaron en pacientes por debajo de los 10 años de edad, con solo 5.5% por debajo del año, mientras que el 75% ocurrió en pacientes mayores de 10 años (27).

Hardin y Hardy reportaron que dos de sus seis casos fueron niños, dentro de 161,944 ingresos, en el Hospital Universitario de Jackson, Mississippi (7).

Solo pocos casos de quistes peritoneales como complicación de derivaciones peritoneales se habían reportado en la literatura, sin embargo la última década cuenta con múltiples reportes al respecto. Jackson y Snodgrass reportaron 1 caso en 62 derivaciones ventriculoperitoneales (Quiste del omento) (28). Harsh reportó un paciente en sus series con el desarrollo de un quiste en una fimbria (29).

Fischer y Shillito reportaron 3 casos de quistes abdominales de líquido cerebroaraquídeo como consecuencia de derivaciones ventrículo o lumboperitoneales (30).

Gutierrez y Raimondi reportaron 11 casos en 1,585 derivaciones peritoneales (0.7%), donde asocian las infecciones particularmente por *S. epidermidis* y las múltiples revisiones como factores importantes para el desarrollo de estos quistes (10).

De los quistes mesentéricos las localizaciones más frecuentes son (7):

| | |
|--------------------------------------|-------|
| 1.- Mesenterio del intestino delgado | 46%. |
| - 25% mesenterio del íleon. | |
| 2.- Mesenterio del sigmoides | 15%. |
| 3.- Mesocolon | 11%. |
| 4.- Mesenterio del ciego | 8%. |
| 5.- Mesenterio del descendente | 2.5%. |
| 6.- Mesenterio del apéndice | 1.5%. |
| 7.- Mesenterio gastrohepático | 0.5%. |

C U A D R O C L I N I C O .

El cuadro clínico es muy variado de acuerdo al origen, posición, tamaño, localización, movilidad y tensión del quiste. Así por ejemplo, en los Quistes del Mesenterio y otros Quistes el dolor abdominal es el síntoma más frecuente (80%), le siguen la náusea y el vómito (45%), constipación (27%), y diarrea (3%), (3,5,7).

A la exploración se puede encontrar masa palpable (58%), generalmente de superficie lisa, redondeada, no tensa y móvil especialmente en sentido transversal (3), mientras que los del epiplón son móviles en todos los sentidos (5).

Si el quiste se rompe por alguna circunstancia como traumatismo, el cuadro clínico aparecerá como Abdomen Agudo, siendo la confusión más frecuente con Apendicitis aguda (5).

Puede presentarse Oclusión intestinal por el mismo tamaño del quiste; sangrado de hemorroides por el mismo aumento de la presión intraabdominal con obstrucción del retorno venoso.

Un Quiste del Mesenterio puede transmitir el pulso aórtico y confundirse con un Aneurisma de la Aorta (7).

Si el quiste comprime las Vías Urinarias aparecerán síntomas relacionados a este sistema, tales como disuria, polaquiuria y puede llegarse hasta la Hidronefrosis (7).

Muchos quistes son hallazgos en el momento de efectuar algún estudio de gabinete por algún otro motivo, y que en ese momento se encuentra asintomático.

En otros casos el tamaño del quiste puede simular la presencia de Ascitis y confundir más el diagnóstico (11).

Los factores que pueden complicar la evolución de un quiste abdominal son:

- 1.- Hemorragia.
- 2.- Torsión.
- 3.- Infección.
- 4.- Ruptura.
- 5.- Compresión de estructuras vecinas.
(3,5,7).

Así pues, muchos quistes pequeños podrán ser asintomáticos y diagnosticarse incidentalmente en una intervención quirúrgica generalmente menores de 4 centímetros de diámetro (5).

E T I O L O G I A .

El estudio histopatológico de los quistes, se va a orientar a ver el contenido de los mismos: Quilosos, Serosos, Hemorrágicos o mucoides; y a estudiar las características de su pared, sobretodo para descartar malignidad.

La mayoría de estas lesiones son únicas, pero pueden ser múltiples, pueden ser uni o multiloculares, pudiendo existir calcificación de su pared.

Las células de revestimiento pueden o no estar presentes y pueden variar de células endoteliales aplanadas a epitelio columnar o cuboidal.

Los cambios de malignidad se han reportado, pero son raros. Hardin y Hardy han demostrado que los cambios de malignidad mas frecuentes son los Sarcomas de bajo grado de agresividad, los cuales tienen buen pronóstico (5,7,37).

DIAGNOSTICO .

Todavía hasta la década de los 70's el diagnóstico de la mayoría de los quistes abdominales se efectuaba en el momento de la Laparatomía Exploradora.

Se contaba con las placas simples, las cuales ayudaban a establecer la sospecha diagnóstica cuando se observaba una zona de mayor o menor densidad y que desplazara las asas intestinales hacia algún lado, o que se presentaran calcificaciones en la pared del quiste (3).

Los estudios contrastados como la SEGD, el tránsito intestinal y el colon por enema corroboran los datos de desplazamiento o compresión (Figura 2). También la Urografía excretora ayuda para ver si existe compresión sobre vías urinarias, desplazamientos y orientarnos en si la localización de la tumoración es intra o retroperitoneal.

Se estuvieron utilizando estudios invasivos como la Angiografía la que ayuda más que nada en descartar tumoraciones hipervasculares, aneurismas o desplazamientos de vasos importantes.

En la década de los 80's con el advenimiento de la Ultrasonografía se facilita el diagnóstico de tumoraciones quísticas en general, incrementándose en forma importante los diagnósticos preoperatorios acertados, incluyéndose el diagnóstico in útero (31,32,33,34,35,36,37,38,39), (Figura 3). Y con la llegada de la Tomografía axial computarizada y la Resonancia magnética los porcentajes de diagnósticos preoperatorios correctos se han incrementado (40).

FIGURA 2.- SEGD QUE MUESTRA
RECHAZO DEL ESTO-
MAGO A LA DER.



FIGURA 3.- USG ABDOMINAL CON TUMORACION
QUISTICA TABICADA.

T R A T A M I E N T O .

El tratamiento óptimo es la Enucleación completa del quiste sin alterar estructuras vecinas que no estén afectadas. En los casos de Quistes del Mesenterio, ésto se podrá llevar a cabo con facilidad si el aporte sanguíneo al intestino adyacente no está adherido a la pared quística y si el quiste no está adherido a la pared intestinal.

Si la pared intestinal o su riego sanguíneo están comprometidos, impidiéndose la enucleación del quiste, podrá efectuarse una resección del segmento intestinal afectado con resección en cuña del mesenterio y entero-enterocostomosis.

La aspiración del quiste no debe realizarse, ya que la recurrencia es la regla.

La Marsupialización externa se estuvo utilizando en el pasado pero debe quedar en el olvido, ya que el manejo excesivo y persistente hace necesaria otra intervención.

La Marsupialización interna es otra buena posibilidad, cuando no se puede llevar a cabo la enucleación con buenos resultados.

En los casos de Quistes del mesenterio con Sarcomas de bajo grado de agresividad, la enucleación simple es el tratamiento de elección. Cuando el componente de Sarcoma es de alta agresividad se requerirá de resección amplia y de tratamientos coadyuvantes (3,5,6,7,41,42,43,44).

Se ha propuesto la posibilidad de esclerosis del quiste cuando éste no se puede enuclear, utilizando sustancias como el fenol, sin embargo son pocos los reportes al respecto.

REPORTE DE LOS CASOS.

C A S O I .

Paciente masculino de 66 años de edad. Antecedente de colecistectomía con exploración de vías biliares en 1985, reoperado dos ocasiones en los primeros 30 días por complicaciones no especificadas.

Cuadro clínico caracterizado por aumento del perímetro abdominal de 6 meses de evolución. estado nauseoso llegando al vómito con frecuencia, de contenido alimentario y sensación de plenitud postprandial.

En la exploración física se le encontraba en malas condiciones generales, palidez +, abdomen globoso por presencia de ascitis, red venosa colateral, hernia incisional paramedia derecha supraumbilical, no es posible delimitar la tumoración, escaso vello axilar y adelgazamiento de extremidades.

Los exámenes de laboratorio relevantes mostraban Hb 10 gr%, Hto 31, leucocitos 3000, segmentados 77, bandas 1, neutrófilos totales 78, linfocitos 22, glucosa 72, creatinina 1.0, amilasa 183, fosfatasa alcalina 48.8, Sodio 151, Potasio 4.3, Calcio 6.1, HIV negativo.

Los estudios de gabinete: Placa simple de abdomen con desplazamiento de la cámara gástrica hacia la derecha e imagen que sugiere líquido libre en cavidad. La SEGD corrobora el desplazamiento del estómago a la derecha y arriba, así como el arco duodenal muy abierto (Figura 4). El USG abdominal mostró una colección líquida intraabdominal de etiología a determinar: Ascitis tabicada, descartar pseudoquiste de páncreas (Figura 5). Se intervino quirúrgicamente con diagnóstico preoperatorio de Pseudoquiste pancreático vs Quiste celómico tardío, encontrando como hallazgos: Gran quiste abdominal, de pared de 0.5 cm de grosor que contenía asas de delgado y 6,250 ml de líquido citrino, el resto de la cavidad totalmente sellada. Se efectuó marsupialización y toma de biopsia de la pared, así como toma de muestra del líquido para exámenes citológicos, citoquímico y cultivo.

La Biopsia reportó: Pared quística con hemorragia e inflamación crónica focal.

El examen citológico fue negativo para células neoplásicas.

En el Cultivo no hubo desarrollo bacteriano.

El examen citoquímico reportó color amarillo, aspecto turbio, coagulación negativa, proteínas 355 mg/dl, glucosa 95 mg/dl, crenocitos 27% y eritrocitos 73%.

La evolución postoperatoria es satisfactoria hasta la fecha.

FIGURA 4.



FIGURA 5.

C A S O I I .

Paciente escolar femenino de 9 años de edad. Antecedente de interés el proceder de un medio socioeconómico muy bajo con malos hábitos higiénico-dietéticos.

Cuadro clínico de 9 días de evolución caracterizado por: Hipertermia no cuantificada, pero persistente, cefalea generalizada, dolor abdominal tipo cólico, de inicio en mesogastrio y posteriormente generalizado, al inicio de poca intensidad y que paulatinamente se fue incrementando, se acompañó de hiporexia, ataque al estado general y estreñimiento. Consultó facultativo quien prescribió antibióticos (Cloranfenicol + Ampicilina).

A la exploración física se encontró en malas condiciones generales, quejumbrosa, febril (38.5°C), taquicárdica (110 x'), deshidratada, posición antiálgica, abdomen con resistencia -- muscular, hiperestesia, hiperbaralgia, con Von Blumberg positivo, McBurney positivo y palpándose una tumoración de consistencia dura en la fosa iliaca derecha de 5 cm de diámetro, muy dolorosa, peristalsis muy disminuida.

La biometria hemática mostró 10,400 leucocitos, 80% neutrófilos, 4% bandas, reacciones febriles negativas.

La placa simple de abdomen con borrarimiento del psoas derecho y una opacidad que abarca la fosa iliaca y el flanco derechos.

Con el Diagnóstico preoperatorio de Apendicitis aguda complicada y modificada por medicamentos se sometió a laparatomía exploradora encontrando como hallazgos: Apéndice cecal hiperémico, edematoso, quiste del mesenterio del íleon terminal de 20 por 15 cm que involucraba la válvula ileocecal.

Como tratamiento únicamente se efectuó apendicectomía y vigilancia postoperatoria con ultrasonografía seriada.

El reporte histopatológico de la pieza fue de Apendicitis aguda.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y en el control ultrasonográfico mensual, la tumoración quística desapareció por completo al tercer mes.

C A S O I I I .

Paciente femenino de 60 años de edad. Antecedente de histerectomía total abdominal hace 14 años ignorando la causa. Osteoartrosis de larga evolución.

Padecimiento actual de dos meses de evolución, caracterizado por astenia, adinamia, ataque al estado general, hiporexia, dolor abdominal tipo cólico difuso y aumento progresivo del perímetro abdominal.

A la exploración se encontró paciente caquéctica, palidez ++, ingurgitación yugular grado I, hipotrofia mamaria, abdomen muy distendido, a tensión, a expensas de líquido de ascitis, presencia de red venosa colateral, en epigastrio y en hipogastrio se percutea matidez, signo de la onda positivo, ruidos peristálticos disminuidos, en el tacto rectal se palpó una tumoración sólida, redondeada, de 3 cm de diámetro en su cara anterior y otra gran tumoración de consistencia quística hacia el fondo de saco posterior.

La biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática así como pruebas de coagulación normales.

La SEGD y el tránsito intestinal mostraron rechazo de todas las asas hacia el lado izquierdo (Figura 6).

El ultrasonido abdominal reveló una masa de consistencia quística de gran tamaño, en la parte anterior del abdomen, así como hígado y bazo disminuidos de tamaño.

En su evolución presenta oclusión intestinal por lo que se sometió a laparatomía exploradora encontrando una tumoración en el ángulo hepático del colon, con obstrucción de su luz e invasión regional, metástasis hepáticas y carcinomatosis. Se encontró un quiste abdominal que aislaba asas de delgado y que contenía 7.5 litros de líquido hemorrágico. Se le practicó hemicolectomía derecha, ileostomía, fístula mucosa, resección de toda la pared quística y biopsia de los ganglios del epilión y perigástricos.

La biopsia transoperatoria fue positiva para malignidad. El exámen citológico fue positivo a células neoplásicas, el resultado histopatológico de la pieza reportó Colon derecho con metástasis de Adenocarcinoma papilar con metástasis regionales y la Pared Quística con Adenocarcinoma Papilar poco diferenciado de crecimiento rápido.

La paciente falleció en el postoperatorio inmediato.

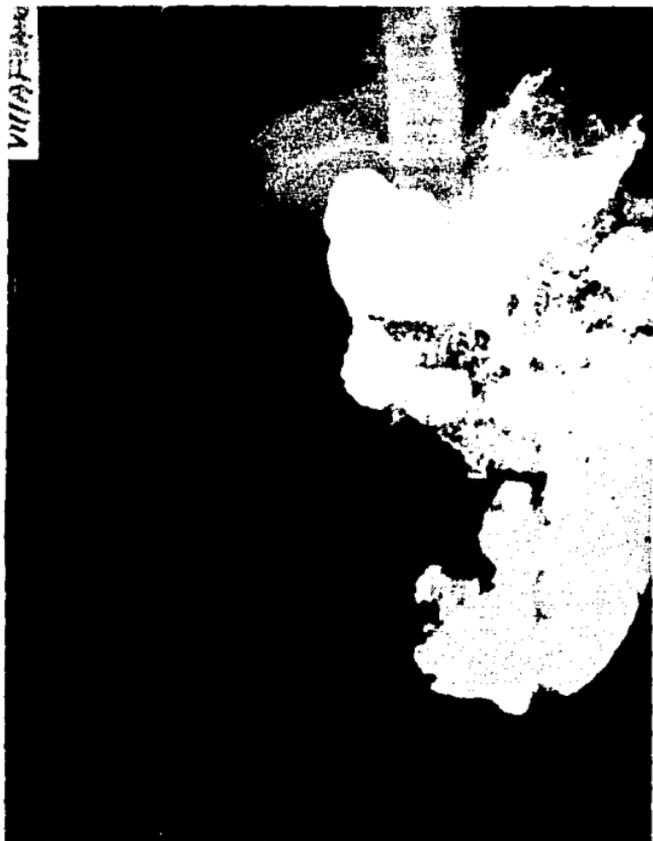


FIGURA 6.

C A S O 1 V .

Paciente femenino de 39 años de edad. Antecedente de madre finada por CaCo y un hermano diabético. Refirió constipación crónica. En 1985 se le diagnosticó Bocio hipertiroideo sin recibir manejo.

El padecimiento actual de 8 meses de evolución caracterizado por la presencia de tumoración en flanco y fosa iliaca derechos, dolor puntitivo en misma zona, intenso, intermitente.

A la exploración física se corrobora aumento de volumen en el lado derecho del cuello a expensas del lóbulo dor. del tiroides, duro, móvil, no doloroso, no adenomegalias. En el abdomen se palpó una tumoración de 25 cm de diámetro en flanco y fosa iliaca derechos, redondeada, móvil, al parecer de origen retroperitoneal, tactos rectal y vaginal normales.

La placa simple de abdomen muestra tumoración densa sobre la corredera parietocólica derecha que rechaza el colon ascendente hacia la línea media y arriba. El colon por enema corrobora el rechazo del ciego y colon ascendente (Figura 7).

La Urografía Excretora mostró dilatación del sistema pielocalicial derecho moderado, con buena eliminación hacia vejiga, la cual se encontró comprimida en su lado derecho, pero al parecer sin relación con la tumoración en estudio.

El Ultrasonido abdominal mostró imagen quística en la corredera parietocólica derecha que rechaza el ciego hacia arriba, no dependiente del mismo.

Se intervino quirúrgicamente con diagnóstico de Quiste probablemente retroperitoneal de origen a determinar encontrando: Quiste seroso uniloculado, simple, retroperitoneal, de 10 cm de diámetro, libre en la corredera parietocólica derecha, descansando sobre el psoas derecho. Un quiste hidatídico de 2 cm de diámetro en la trompa de Falopio derecha, colon ascendente y ciego rechazados hacia arriba y línea media y útero con varios miomas en su superficie. Se le efectuó la excisión completa del quiste retroperitoneal y del quiste de la trompa de Falopio.

El reporte histopatológico fué de Quiste Seroso.

La evolución postoperatoria fué satisfactoria.



FIGURA 7.

CONCLUSIONES.

- 1.- Los quistes de la cavidad abdominal, sin tomar en cuenta los de origen ginecológico, son entidades poco frecuentes y existen pocos reportes en la literatura.
- 2.- El diagnóstico no es fácil. El ultrasonido y la tomografía computarizada son muy útiles para orientarnos en localización, tamaño, relaciones, características del contenido, espesor de su pared y si es uni o multiloculado.
- 3.- El pronóstico está en relación directa a la estirpe histológica.
- 4.- No siempre es posible la excisión completa del quiste, por lo que la marsupialización interna es el otro método recomendable.
- 5.- Se debe tomar en cuenta la posibilidad de malignización de la pared quística.
- 6.- Al estudiar toda tumoración abdominal se deberá tomar en cuenta a los quistes dentro del diagnóstico diferencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Bruce J, Walmsley R, Ross J. Anatomía quirúrgica. Primera edición, pág: 349-357; Salvat editores, S.A., Barcelona, España, 1968.
- 2.- Testut L, Latarjet A. Anatomía Humana. Novena edición, Volumen IV, pág: 312-320 y 789-801; Salvat editores, S.A., Barcelona, España, 1975.
- 3.- Caropreso P. Mesenteric cysts: A review. Arch. Surg., 108: 242-246, 1974.
- 4.- Beahrs O, Judd E, Dockerty M. Chylous cysts of the abdomen. Surg. Clin. North. Am., 30: 1081-1096, 1950.
- 5.- Walker A, Putnam T. Omental, Mesenteric and Retroperitoneal cysts: A clinical study of 33 new cases. Ann. Surg., 178 (1): 13-19, 1973.
- 6.- Fowler E. Primary cysts and tumors of the small bowel mesentery. Am. Surg., 27: 653-656, 1961.
- 7.- Hardin W, Hardy J. Mesenteric cysts. Am. J. Surg., 119: 640-645, 1970.
- 8.- Oh C, Danese C, Dreiling D. Chylous cysts of the mesentery. Arch. Surg., 94: 790-793, 1967.
- 9.- Potter B, McSweeney W. Sigmoid mesenteric cyst: Angiographic findings. Radiology, 106: 285-286, 1973.
- 10.- Gutierrez F, Raimondi A. Peritoneal cysts: A complication of ventriculoperitoneal shunts. Surgery, 79 (2): 188-192, 1976.
- 11.- Bar-Maor J, Lernau O. Giant abdominal cysts simulating ascitis. Am. J. Gastroenterol., 75 (1): 55-56, 1981.
- 12.- MacPherson C. et al. Portable ultrasound scanner versus serology in screening for hydatid cysts in a nomadic population. Lancet, 2: 259-261, 1987.
- 13.- Nugent P, Hoshek S. Large extra-abdominal cyst as a postpartum complication of peritoneal shunt: Case report. J. Neurosurg., 64 (1): 151-152, 1986.
- 14.- Gebarski K, Gebarski S, McGillicuddy J. Cerebrospinal fluid abdominal cyst. Computed tomographic resolution of a sonographic dilemma. Surg. Neurol., 21 (4): 414-416, 1984.

- 15.- Cappel M. Obstructive jaundice from benign, nonparasitic hepatic cysts: Identification of risk factors and percutaneous aspiration for diagnosis and treatment. *Am. J. Gastroenterol.*, 83 (1): 93-96, 1988.
- 16.- DeCock K, Calder J. Ultrasonic diagnosis of abdominal disease in Kenya. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 75 (5): 632-636, 1981.
- 17.- Fuller G, Fuller D. Hydatid disease in Ethiopia: Clinical survey with some immunodiagnostic test results. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 20 (3): 645-652, 1981.
- 18.- Petigny A et al. Multiple hydatidosis: Hepatic, splenic, peritoneal and gynaecologic locations. *Sem. Hop. Paris*, 56 (13-14): 685-687, 1980.
- 19.- Ekong C, Klein L. Formation of abdominal cyst secondary to ventriculoperitoneal shunting. *Can. J. Surg.*, 22 (3): 250-253, 1979.
- 20.- Tuguri S, Dar F. Serological and clinical investigations of human hydatid case in Lybia. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 72 (4): 339-341, 1978.
- 21.- Mottaghian H, Siudi F. Postoperative recurrence of Hydatid disease. *Br. J. Surg.*, 65 (4): 237-242, 1978.
- 22.- Lee T, Parsons F. Ultrasound diagnosis of cerebrospinal fluid abdominal cyst. *Radiology*, 127 (1): 220, 1978.
- 23.- Plaut M. Abdominal cyst from shunt (Letter). *Surg. Neurol.*, 7(1): 6, 1977.
- 24.- Sivalingam S et al. Recurrent abdominal cyst: A complication of ventriculoperitoneal shunt and its management. *J. Pediatr. Surg.*, 11 (6): 1029-1030, 1976.
- 25.- Guarnera E, Varela-Diaz V. Immunodiagnosis of abdominal hydatid disease. Difficulties in the radiological and scintillographic localization of cysts. *Med. J. Aust.*, 140 (8): 493-495, 1984.
- 26.- Barr W, Yamashita T. Mesenteric cysts. *Am. J. Gastroenterol.*, 41: 53, 1964.
- 27.- Burnett W, Rosemond G, Bucher R. Mesenteric cysts: Report of 3 cases, in one of which a calcified cyst was present. *Arch. Surg.*, 60: 699, 1950.

- 28.- Jackson I, Snodgrass S. Peritoneal shunts in the treatment of hydrocephalus and increased intracranial pressure. A four year survey of 62 patients. *J. Neurosurg.*, 12: 216, 1955.
- 29.- Harsh G. Peritoneal shunt for hydrocephalus utilizing the fimbria of the fallopian tube for entrance to the peritoneal. *J. Neurosurg.*, 11: 284, 1954.
- 30.- Fischer E, Shillito J. Large abdominal cysts: A complication of peritoneal shunts. Case report. *J. Neurosurg.*, 31: 441, 1969.
- 31.- Thurzo L, Nemeth P, Fuzesi K. Prenatal ultrasonic diagnosis of a fetal abdominal cyst. *Orv. Hetil.*, 122 (24): 1461-1462, 1981.
- 32.- Rento J et al. Congenital choledochal cyst. The value of systematic ultrasound screening starting in the second trimester of pregnancy. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*, 10(1): 61-65, 1981.
- 33.- O'Hagan D et al. Antenatal detection of a fetal ovarian cyst by real-time ultrasound: A case report. *S. Afr. Med. J.*, 67 (12): 471-473, 1985.
- 34.- Bueckert F et al. Prenatal diagnosis of intra-abdominal cysts (Letter). *Helv. Paediatr. Acta*, 40 (4): 331-332, 1985.
- 35.- Hahmann K, Issel E. Possibilities of the diagnosis of abnormalities within the scope of basic obstetrical ultrasound examination. *Zentralbl. Gynakol.*, 107 (1): 1-21, 1985.
- 36.- Krzyzanski Z, Chiciak W. Giant air-filled abdominal cyst in a newborn infant. *Pol. Przegl. Chir.*, 49 (2): 147-149, 1977.
- 37.- Cohen I et al. Huge mesenteric mucinous cystadenoma in normal pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 71: 1030-1032, 1968.
- 38.- Helin I, Persson P. Intra-abdominal cysts detected at prenatal ultrasound screening. *Helv. Paediatr. Acta*, 40 (1): 55-59, 1985.
- 39.- Juffe K et al. Giant fetal abdominal cyst: Ultrasonic diagnosis and management. *J. Ultrasound Med.*, 6 (1): 45-47, 1987.

- 40.- Amis E et al. Role of abdominal computed tomography in evaluating left upper quadrant masses. Postgrad. Med., 72 (1): 131-136, 1982.
- 41.- Schwartz S, Ellis H. Maingot's abdominal operations. Octava edición, tomo I, pág: 453-46 Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Connecticut, 1985.
- 42.- Shackelford R, Zuidema G. Surgery of the alimentary tract. Segunda edición, Vol. 5, pág: 388-389, W.B. Saunders company, Philadelphia, PA, 1986.
- 43.- Schwartz S, Shires G, Spencer F. Principles of surgery. Quinta edición, Vol. 2, Pag: 1491-1524, McGraw Hill, Singapore, 1988.
- 44.- Dunphy J, Lawrence W. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. Tercera edición, pág: 399, Editorial El Manual Moderno, Mexico, D.F., 1982.