



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

LOS QUISTES DEL MESENTERIO

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR

CARLOS ARMANDO SOTO GÓMEZ

Ex-interno de los siguientes Servicios del Hospital General de Guatemala: Primera Sala de Medicina de Hombres; Segunda Sala de Maternidad; Traumatología de Mujeres; Oto-rino-laringología de Hombres; Sala-Cuna Número Dos y Ex-practicante de las Clínicas de Admisión, Ginecología, Enfermedades Tropicales y Cirugía General de la Consulta Externa. Asistente de residente del Hospital de Tiquisate. Ex-miembro de la Junta Directiva de "La Juventud Médica" y de la "Asociación de Practicantes Internos" del Hospital General.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ENERO DE 1953

TIP. SÁNCHEZ & DE GUISE
8^a AVENIDA SUR NÚMERO 30. — TELÉFONO 2707.

INTRODUCCION

William E. Ladd y Robert Gross de Boston (Massachusetts) presentaron ante el Congreso Clínico del Colegio Americano de Cirujanos, celebrado en Filadelfia en Octubre de 1939, un interesante trabajo sobre 18 pacientes con lesiones quísticas localizadas a lo largo del tracto alimenticio. El título del estudio es "Surgical Treatment of Duplications of the Alimentary Tract. Enterogenous Cysts or Ileum Duplex." Los autores proponen incluir en una sola entidad los nombres de Quistes entéricos o enterógenos, Divertículo Gigante, Ileum Duplex, Quistes de Inclusión, en el genérico de Tractus Alimenticio Duplicado, por su localización desde la boca hasta el recto, por la comunicación de algunos de ellos con el tubo digestivo y por la estructura anatomo-patológica del quiste.

En los 18 pacientes que presentaron, la distribución fue la siguiente:

Base de la lengua.	1
Esófago.	3
Estómago.	1
Duodeno.	1
Yeyuno.	2
Ileon.	7
Ciego.	1
Sigmoide.	1
Recto.	1

Los pacientes estaban comprendidos entre dos semanas y nueve años de edad.

No obstante el nombre genérico de "Tractus Alimenticio Duplicado", los autores hacen ver la importancia para el cirujano de reconocer la diferencia patológica entre la duplicación y los quistes mesentéricos.

En el año de 1941, los autores citados, publicaron el interesante volumen "Abdominal Surgery of Infancy and Childhood", en donde delimitan en capítulos separados, la duplicación del tracto alimenticio con los mismos 18 casos presentados anteriormente y los quistes del omento y del mesenterio con un recuento de tres de los primeros y ocho mesentéricos, de estos últimos tres eran quilosos y localizados en el yeyuno.

DEFINICION

Los quistes del mesenterio son neoformaciones benignas que se localizan en la serosa mesial del intestino delgado o grueso, y hacen, por lo general, su aparición en los niños durante la primera década de la vida.

CLASIFICACION

Ewing clasifica los quistes del mesenterio en:

- a) Quistes quilosos.
- b) Quistes entéricos.
- c) Quistes dermoides.
- d) Quistes nefrogénicos.

Nosotros, siguiendo a Ladd, no consideraremos a los quistes entéricos como del mesenterio, sin embargo, agregaremos otra variedad: los quistes gaseosos.

ETIOLOGIA

a) *Quistes quilosos*.—Se cree que son debidos a la obstrucción de un tronco linfático preexistente, pero la falta de lesiones inflamatorias o fibrosas, nos hace pensar como más lógica, la teoría de un fragmento de tejido linfático desplazado que prolifera y acumula líquido, ya que no posee comunicación con el resto del sistema linfático.

b) *Quistes dermoides*.—Nacen del epitelio embrionario germinal o por desplazamiento de las células de la dermis a lo largo de las líneas embrionarias de fusión.

c) Quistes nefrogénicos.—Se originan en el espacio retroperitoneal probablemente de restos de los cuerpos de Wolffian.

d) Quistes gaseosos.—La mayoría de los autores cree que estos quistes se originan por una linfangitis crónica obliterante consecutiva a obstrucción intestinal, peritonitis tuberculosa, úlcera gástrica, volvulus o gastroenteritis crónica. Probablemente bacterias formadoras de gas, se desarrollan en el líquido que inicialmente contenía el quiste.

PATOLOGIA

Los quistes quilosos se encuentran en la porción correspondiente al yeyuno-íleon, entre las dos hojas peritoneales del mesenterio, pueden abarcar desde la base hasta el borde entérico. Casi siempre son uniloculares, pero en ocasiones pueden ser lobulados.

Al principio son pequeños y asintomáticos, más tarde se vuelven voluminosos y con sintomatología manifiesta.

Las paredes son delgadas, de uno a dos milímetros. Histológicamente se las ve formadas por tejido conectivo. No presentan capa muscular ni mucosa; en ocasiones, una lámina de células endoteliales aplanadas tapizan su superficie interior.

El contenido del quiste es de apariencia y consistencia lechosa, su cantidad es variable, se han descrito algunos hasta con 1,200 c. c. de líquido.

Los quistes dermoides tienen su pared interna constituida por epitelio, contienen pelos y sebo.

Los quistes nefrogénicos, se desarrollan muy lentamente y se proyectan dentro de la cavidad peritoneal.

Finalmente los quistes gaseosos, tienen una constitución histológica similar a los quilosos, se diferencian únicamente por su contenido.

De las cuatro variedades estudiadas, la primera es la más frecuente; los quistes dermoides, nefrogénicos y gaseosos se observan en contadas ocasiones.

QUISTES ENTERICOS Y QUISTES DEL MESENTERIO SUS DIFERENCIAS PATHOLOGICAS

Los quistes del mesenterio son confundidos frecuentemente con las duplicaciones intestinales llamadas "Quistes entéricos." Estos dos procesos tienen casi siempre una situación similar, pero son diferentes en cuanto a su patología y a sus formas de tratamiento.

La estructura de los quistes entéricos es la siguiente: Una capa serosa, dos delgadas láminas musculares y una membrana mucosa recubren su superficie interna.

La musculatura intestinal y la de la duplicación están íntimamente asociadas, siendo esta la razón por la cual no pueden ser separadas sin que el intestino sufra fuertes lesiones. Por otra parte, la irrigación sanguínea es la misma para los dos, de ahí que si se extirpa la duplicación se destruye la circulación correspondiente al mismo segmento de intestino. Los quistes mesentéricos son diferentes, sus paredes están exclusivamente formadas por serosa, carecen de muscular y de mucosa. No están íntimamente unidos al intestino y pueden ser separados de él, sin destruirlo y sin lesionar su circulación.

SINTOMATOLOGIA

Los quistes mesentéricos dan sus síntomas con más frecuencia durante la primera década de la vida, pero pueden hacerlo más adelante. En ocho casos estu-

diados por Ladd y Gross, el paciente menor fue de siete semanas y el mayor de siete años. Dos autores españoles (Leocadio Serrada Díaz y Antonio Serrada del Río), observaron un quiste quiloso en un hombre de 58 años; Agostino Schisano operó un enfermo de 57 años con una hernia inguino-escrotal estrangulada y encontró una porción cianótica de intestino delgado y un quiste del tamaño de una naranja localizado en el mesenterio. El quiste que contenía gas fue resecado.

Los síntomas más frecuentemente encontrados en los quistes del mesenterio son los siguientes:

- 1.—Crecimiento paulatino del abdomen.
- 2.—Ataques recurrentes de dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada, se presentan cada dos días o más y se acompañan de vómitos, disminución o ausencia del apetito y pérdida de peso.

Examen físico.—Al principio de la enfermedad cuando los quistes son pequeños, el examen físico con frecuencia no revela ninguna alteración mórbida. Más tarde la palpación abdominal descubre una masa blanda bien delimitada, que se mueve fácilmente en sentido lateral y difícilmente en el vertical.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico puede deducirse de los síntomas y signos descritos anteriormente.

En cuanto al diagnóstico diferencial deberá hacerse:

- 1º—Con los quistes entéricos, muy difícil en la mayoría de los casos.

2º—Con un tumor pediculado del ovario; esto es posible con un quiste de pedículo largo; pero además de que es raro encontrar un quiste tan alejado de su punto de origen, es imposible imprimir a este quiste movimientos hacia arriba, mientras es posible hacerlo descender, por movilización, en la pelvis menor.

3º—Con una vesícula biliar quística y pediculada descendida a la región hipogástrica, como se han citado ejemplos, puesto que hay casos que se han confundido con quistes del ovario.

Pero en este caso no es posible descender la tumaración, que depende del hígado, y podemos darnos cuenta de las conexiones del tumor con la glándula. Además se encuentran en el pasado de la enferma, síntomas hepáticos fáciles de reconocer.

Los diagnósticos diferenciales 2º y 3º, sólo se hacen por excepción, ya que como se ha dicho en otro lugar, los quistes del mesenterio aparecen casi siempre en los niños y raramente en los adultos.

Terminaremos diciendo que la libertad de la fossa lumbar, reconocida por palpación bimanual, permite eliminar un tumor renal y que los quistes del páncreas, igualmente que los focos de peritonitis enquistada, nunca ofrecen la misma movilidad.

COMPLICACIONES

1.—*Obstrucción intestinal.* — Ocasionalmente los síntomas iniciales pueden ser los de una Obstrucción intestinal aguda, esto sucede si el quiste está situado en el borde libre del mesenterio y presiona o angula el asa.

2.—*Obstrucción venosa mesentérica.*—Encontrada en el caso observado por nosotros y que será descrito más adelante.

3.—*Ruptura traumática.*—Hamilton Bailey en su libro “Cirugía de Urgencia” describe la siguiente observación:

“S. S., de 5 años y medio de edad, fue arrojado al suelo en el campo de juegos de la escuela. Inmediatamente se quejó de dolores en el estómago; cuatro horas más tarde, al ingresar al hospital, el niño estaba francamente en Schok. Al examen, se encontró rigidez abdominal y sonido mate a la percusión: durante las dos horas que se le tuvo en observación, la frecuencia del pulso aumentó de 106 a 130. Se hizo el diagnóstico de ruptura del bazo.

Al abrir el abdomen, salió una gran cantidad de líquido semejante a leche cuajada; pudo seguirse el rastro hasta una abertura próxima al ángulo duodenoyeyunal. Se hallaba el cirujano decidido a suturar la citada abertura irregular, pensando que el ángulo duodenoyeyunal había sido desgarrado, pero la ausencia de bilis en el líquido le hizo realizar una investigación más detenida. Pronto vió claramente que estaba en presencia de una ruptura de un quiste del mesenterio. Las porciones tercera y cuarta del duodeno y el yeyuno próximo habían sido empujadas hacia arriba por la pared del quiste. Se pasó un tubo a través de la abertura de dicho quiste y se cerró su pared en torno a él. La cavidad peritoneal general fue drenada. Al segundo día el abdomen se distendió mucho, pero el intestino era evacuado con facilidad; a partir del cuarto día el restablecimiento del paciente comenzó a hacerse sin incidentes, hasta llegar a la curación completa.”

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Las radiografías del abdomen con o sin medio de contraste tienen un valor real, se observan los intestinos desplazados hacia los lados del abdomen por una

sombra gaseosa. El estudio fluoroscópico nos enseña que la masa es móvil en el interior de la cavidad abdominal.

PRONOSTICO

El pronóstico es variable, depende de la cercanía del quiste al intestino, de la dificultad que exista para separarlo de él y de la presencia o ausencia de complicaciones.

En general podemos decir que es reservado.

TRATAMIENTO

Tres son los procedimientos quirúrgicos a seguir:

1º—Resección del quiste y de la porción correspondiente de intestino, seguido de anastomosis término-terminal. Este procedimiento se hace necesario cuando las dos estructuras (intestino y quiste) están muy adheridas.

2º—Marsupialización del quiste. Procedimiento poco recomendado.

3º—Disección del quiste, que es lo mejor. La extirpación se hace disecando las hojas del mesenterio desde el nivel de la masa y desplazando los vasos hacia un lado. No es difícil separar el quiste del mesenterio, siempre que se encuentre el plano de clivaje, cosa fácil si no se rompe o se abre la neoformación.

Después de la excisión de la masa, una zona considerable de mesenterio queda rota, se procede entonces a suturarla con catgut o con seda fina.

Si después de disecar la mayor parte del quiste queda una porción pequeña, cuya excisión nos parece peligrosa, ya sea porque la atraviesan grandes vasos o se encuentra muy cercana al intestino, se cauterizará con ácido carbólico, procedimiento recomendado por Peterson.

REPORTE DE UN CASO DE QUISTE DEL MESENTERIO

Hospital de Tiquisate.—Observación Número 6,438.

M. C. C., de seis años de edad, originaria de El Jícaro, Departamento de El Progreso y con residencia en Tiquisate, ingresa al Hospital por dolor abdominal severo y constipación desde hace cuatro días.

Fue abandonada por la madre en la Admisión el 20 de Agosto de 1952.

Antecedentes hereditarios y personales.—No pudieron ser investigados.

Historia.—Obtenida de la niña, fue la siguiente: dolor abdominal severo, vómitos porrácenos y constipación completa (de heces y gases) desde hace cuatro días. Le administraron en su casa un purgante de aceite de castor y dos enemas sin resultado.

Examen físico.—*a)* Datos generales: temperatura: 100°F. Pulso: 140 por minuto. *b)* Datos clínicos: enferma deshidratada, facies peritoneal. Abdomen distendido, timpánico en la parte superior del epigastrio y mate en el resto.

Impresión diagnóstica.—Oclusión intestinal aguda. Convencidos de la necesidad de operar, fue intervenida con el diagnóstico ya citado.

Tratamiento pre-operatorio. — Succión gástrica continua. Soluciones salinas, glucosadas y de plasma humano para tratar el desequilibrio electrolítico e hídrico. Antibióticos.

Intervención quirúrgica.—Cirujano: Dr. Ricardo Aguilar Meza.

Anestesia.—Espinal (Procaína 100 mgrs.)

Laparatomía paramediana derecha. Se encontró la cavidad abdominal con líquido exudativo de peritonitis difusa. El intestino delgado estaba obscurecido totalmente y el mesenterio de color azul con trombosis venosa. Un tumor de siete pulgadas de largo por cinco de ancho, situado en el mesenterio, rodeaba al yeyuno. Tenía consistencia quística con apariencia lipomatosa y contenido lechoso. Se hizo resección del tumor en unión a la parte correspondiente del intestino y anastomosis témino-terminal. Durante la operación hubo expulsión de heces y de gases por el recto.

La paciente murió 10 horas después de la intervención.

Estudio Anatomo-Patológico.—La pieza operatoria resecada fue enviada al Dr. William E. Ladd de Sherborn, Massachusetts, para su estudio patológico. El resultado fue el siguiente:

“Se trata de un QUISTE QUILOSO DEL MESENTERIO de origen linfático y con la complicación de obstrucción y trombosis mesentérica.”

Diagnóstico Final.—a) Quiste quiloso del mesenterio. b) Trombosis venosa mesentérica. c) Peritonitis difusa.

Es auténtica:

DR. RICARDO AGUILAR MEZA,
*Superintendente Médico
del Hospital de Tiquisate.*

CONCLUSIONES

- 1º—Los quistes del mesenterio son una rareza quirúrgica.
- 2º—Se presentan por lo general durante la primera década de la vida.
- 3º—El tipo más frecuente es el Quiloso.
- 4º—Su sintomatología es fácilmente confundible con la de los quistes entéricos.
- 5º—El pronóstico es casi siempre reservado.
- 6º—La extirpación del quiste por disección es el tratamiento operatorio más adecuado.

CARLOS ARMANDO SOTO GÓMEZ.

Vº Bº,

DR. RICARDO AGUILAR MEZA,
*Superintendente Médico
del Hospital de Tiquisate.*

Imprimase,

DR. CARLOS MAURICIO GUZMÁN,
*Decano de la Facultad
de Ciencias Médicas.*

BIBLIOGRAFIA

Bailey.—Cirugía de Urgencia.

Brenner.—Pediatric Surgery.

Christopher.—Surgery.

Duplay.—Diagnóstico Quirúrgico.

Ladd and Gross.—Abdominal Surgery of Infancy and Chilhood.

Ladd and Gross.—“Surgical Treatment of Duplications of the alimentary Tract.” Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 70, Feb. 15 de 1940.

Schisano Agostino.—“Pneumatosi cistica del mesenterre in hernia strozzata. Riforma med., 1949, 63: 1075.

Serrada Díaz y Serrada del Río.—Revista española de enfermedades del Aparato Digestivo, 1950, 9: 641.