

# Quiste mesentérico gigante como obstrucción intestinal en adulto, una presentación atípica: reporte de caso

## Giant mesenteric cyst as intestinal obstruction in an adult an atypical presentation: case report

Juan P Serrano<sup>1</sup> ; Juan D. Serrano<sup>2</sup> ; Cristhian D. Olarte<sup>3</sup> ;  
Diana C Quintero<sup>3</sup> ; Manuel A Medina<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Médico Cirujano de urgencias del departamento de cirugía de la FOSCAL, Director departamento de cirugía UIS, Médico especialista en cirugía general UIS

<sup>2</sup>Médico interno de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Correo electrónico: jserrano137@unab.edu.co

<sup>3</sup>Médico general de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

Recibido: 25 de septiembre de 2022 - Aceptado: 23 de octubre de 2023

ISSN: 0121-0319 | eISSN: 1794-5240



### Resumen

Los quistes mesentéricos son tumores intraabdominales raros que se estima que ocurren en aproximadamente 1 de cada 250 000 hospitalizaciones en adultos. Por lo general, estos quistes tienen un diámetro de 10 cm y suelen causar síntomas secundarios al efecto de masa que generan. Se presenta un caso clínico de una mujer adulta que acude a urgencias debido a dolor abdominal generalizado asociado a ausencia de deposiciones, emesis e hiporexia por lo que se realizó un estudio tomográfico que evidenciaba una compresión extrínseca del íleon distal sospechosa de un quiste ovárico con indicación de manejo quirúrgico. Lo que destaca en este caso es el tamaño del quiste, que fue documentado con medidas de 19.5x17x11cm y un peso de 20.15kg. Esto representa una presentación atípica y plantea un desafío tanto en el diagnóstico, como en las habilidades quirúrgicas necesarias para su resección.

**Palabras clave:** Quiste Mesentérico. Obstrucción Intestinal. Mesotelioma quístico.

---

**¿Cómo citar este artículo?:** Serrano JP, Serrano JD, Olarte CD, Quintero DC, Medina MA. Quiste mesentérico gigante como obstrucción intestinal en adulto, una presentación atípica: reporte de caso. MÉD.UIS. 2023; 36(3): 83-88. DOI: <https://doi.org/10.18273/revmed.v36n3-2023007>

---

## Abstract

Mesenteric cysts are intra-abdominal tumors with a rare presentation, it is estimated that approximately 1 in every 250 000 hospitalizations in adults, their symptoms are usually secondary to the mass effect since they are generally 10cm in diameter. In this report an adult who came to the emergency department in the context of abdominal pain, absence of depositions, emesis and hyporexia so a tomographic study was performed that showed an extrinsic compression of the distal ileum suspicious of an ovarian cyst with indication of surgical management. What leads us to carry out this report is the size of the cyst, which was documented in 19.5x17x11cm and a weight of 20.15kg, which makes it an atypical presentation that represents a challenge diagnosis and surgical skills in the moment of resection.

**Keywords:** Mesenteric cyst. Intestinal obstruction. Cystic mesothelioma.

---

## Introducción

Los quistes mesentéricos son tumores intraabdominales de presentación inusual y difícil diagnóstico<sup>1</sup>. Su contenido suele ser seroso y su tamaño puede variar, con un promedio de 10 cm y casos descritos de hasta 22x10 cm<sup>2,3</sup>. La epidemiología de los quistes mesentéricos es heterogénea, pero se estima que pueden ser la causa de 1 de cada 250 000 obstrucciones intestinales en los Estados Unidos<sup>4</sup>. Los quistes mesentéricos son más comunes en la población pediátrica, aunque también se presentan en adultos, especialmente entre los 40 y 70 años<sup>5</sup>. Además, tienen una mayor prevalencia en mujeres con una relación 2 a 1 en comparación con los hombres y afecta más a la población caucásica<sup>6</sup>.

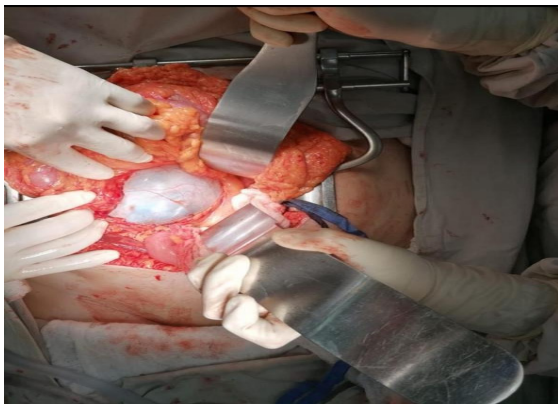
Por lo general, los quistes mesentéricos son asintomáticos debido a su crecimiento lento y naturaleza benigna, no obstante pueden causar dolor abdominal inespecífico en el 50% de los casos; masa abdominal palpable en 44% de los casos; estreñimiento en 27% de los casos; distensión abdominal en 17% de los casos; diarrea en 6% de los casos<sup>7</sup>. Sin embargo, pueden provocar complicaciones como torsión, rotura, oclusión intestinal, hemorragia, infección, volvulus e íleo<sup>8</sup>. La frecuencia en la que se presentan dichas complicaciones varía del tamaño, características y localización. Su prevalencia puede llegar hasta el 3%<sup>9</sup>. Dentro de los diagnósticos diferenciales se debe tener en cuenta los quistes hidatídicos, linfangiomas, quistes ováricos, quistes peritoneales y teratomas quísticos<sup>10</sup>. La ecografía abdominal total se utiliza como una imagen diagnóstica para identificar adecuadamente los quistes mesentéricos<sup>11</sup>. Esta prueba puede determinar la naturaleza de la lesión y revelar los componentes dentro del quiste<sup>12</sup>; sin embargo, el origen real de la misma solo se obtiene

a través del estudio histopatológico, que permite la agrupación de dichas lesiones en 6 categorías (Clasificación de De Perrot): linfáticos, mesoteliales, entéricos, urogenitales, teratomas quísticos y pseudoquistes no pancreáticos. El tratamiento de los quistes mesentéricos es necesariamente quirúrgico y depende de su ubicación<sup>13</sup>. Se debe evaluar la posibilidad de una resección simple o, en algunos casos, una resección en bloque con anastomosis intestinal término-terminal, esto se recomienda cuando hay adherencias o cuando hay sospecha de malignidad<sup>14</sup>. Dicho lo anterior, resaltamos el caso de una paciente con sintomatología inespecífica secundaria al crecimiento de una lesión de gran tamaño (19,5 x 17 x 11 cm) que al ser una causa poco usual de obstrucción intestinal, representa un gran reto diagnóstico con necesidad de intervención quirúrgica oportuna.

## Reporte de caso

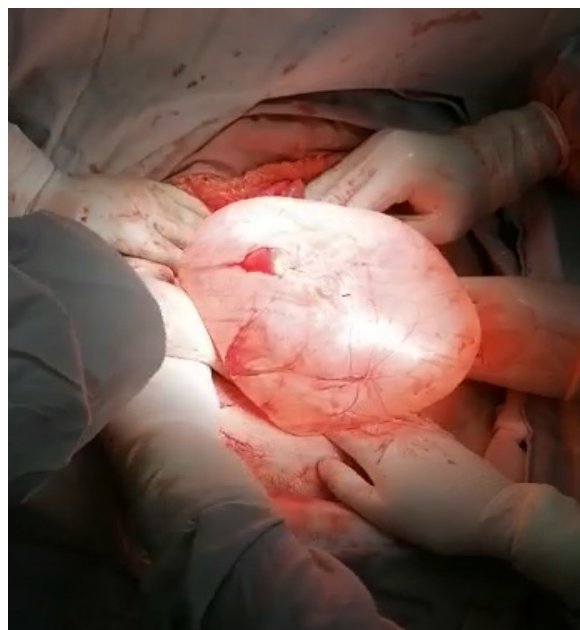
La paciente es una mujer adulta de 57 años, procedente de Bucaramanga, Santander, de raza mestiza, sin antecedentes de importancia, quien consulta al servicio de urgencias en institución de cuarto nivel por presentar cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso de tipo progresivo con una intensidad 8/10 según la escala análoga del dolor, sin atenuantes o exacerbantes, acompañado de sensación de masa, ausencia de deposiciones, vómito con contenido alimentario y poca tolerancia a la vía oral. Al examen físico se encontraba con deshidratación leve, signos vitales estables, dolor a la palpación superficial y profunda asociado a masa de consistencia firme en hemiabdomen inferior. Ante la incertidumbre del cuadro clínico se solicita un hemograma y proteína C reactiva, los cuales reportan leucocitosis leve a expensas de neutrofilia y PCR levemente elevada

(leucocitos de 19 000 y PCR de 70). Para determinar las características de la tumoración se solicitó un TAC abdominal que evidenció lesión quística de aproximadamente 30 x 15 cm que genera obstrucción extrínseca del lumen de íleon distal. Por hallazgos anteriormente descritos, se consideró el diagnóstico de un quiste ovárico, por lo que el equipo de urgencias solicita valoración a servicio de ginecología y obstetricia, quienes determinan que la paciente debe ser llevada a laparotomía exploratoria diagnóstica y terapéutica. Durante el procedimiento se encuentra que dicha masa no se origina de los anexos ováricos, por lo que realizan llamado al departamento de cirugía general para abordaje inmediato. El equipo de cirugía realiza revisión de cavidad, exploración y apertura de mesocolon transverso con evidencia de gran lesión quística (ver Figura 1), se realiza disección parietal periférica de la masa con hemostasia. Es realizada también exéresis del quiste (ver Figura 2 y 3), que se procede a pesar en báscula digital, con peso de 20.15 kg y se envía a patología para revisión de la muestra. Se hace revisión de la hemostasia, cierre de mesos y cierre de pared abdominal por planos. Días después se hace reporte de la biopsia de la patología, la cual determina masa de 19,5x17x11cm de color blanca, vascularizada y lisa, concordante microscópicamente con quiste mesenterico de tipo mesotelial. A los dos días del posoperatorio se evidencia una paciente con adecuada evolución clínica, sin complicaciones adicionales, por lo que se cita en 10 días por consulta externa. En dicha valoración se realiza retiro de suturas y se evidencia el sitio operatorio en adecuadas condiciones generales.



**Figura 1.** Identificación primaria de tumor intraabdominal correspondiente a quiste mesentérico.

**Fuente:** autores.



**Figura 2.** Disección quirúrgica y exposición de lesión.

**Fuente:** autores



**Figura 3.** Extracción completa de quiste.

**Fuente:** autores.

### Discusión

Un quiste mesentérico puede o no extenderse hacia el retroperitoneo y presenta un revestimiento reconocible de endotelio o células mesoteliales. Estos son tumores intraabdominales infrecuentes y se estima que en Estados Unidos representan 1 de

cada 250 000 casos de obstrucciones intestinales. El quiste mesentérico suele ser asintomático, pero puede acompañarse de dolor, distensión abdominal, estreñimiento y presencia de una masa abdominal palpable, en nuestro caso se presentaron síntomas como el estreñimiento o presencia de una masa abdominal palpable, los cuales son poco frecuentes y se presentan en menos del 50 % de los casos<sup>4</sup>. Los quistes mesentéricos se presentan usualmente en población pediátrica, menor a 10 años, esto representa un 75 % de los casos reportados, nuestra paciente contaba con 56 años, lo que aumenta la rareza del caso<sup>15</sup>.

En la mayor parte de los casos reportados sobre el quiste mesentérico se evidencian complicaciones como la infección y hemorragias como las más frecuentes. Por otra parte la obstrucción intestinal era infrecuente dentro de la presentación de esta enfermedad. Esto suma mayor interés al caso, ya que la presencia de complicaciones en este tipo de casos es alrededor del 3 %, en el caso reportado se ocasionó una obstrucción intestinal por el tamaño, el cual superó la mayor parte de los casos reportados hasta la fecha, puesto que en promedio este tipo de masas suele cursar con un tamaño de 10x10 cm y las medidas reportadas por nuestro equipo fueron de 19,5x17x11 cm, con un peso de 20,15 kg<sup>16</sup>.

Existen diversas modalidades diagnósticas que pueden utilizarse para confirmar la presencia de un quiste mesentérico, pero la ecografía y la tomografía computarizada tienden a ser los métodos preferidos. La ecografía abdominal es el estudio diagnóstico más confiable en manos experimentadas. En casos sospechosos, el diagnóstico debe confirmarse mediante una tomografía computarizada. La TAC abdominal con contraste intravenoso proporciona más información sobre la ubicación, extensión y naturaleza del quiste. La TC (tomografía computarizada) con contraste oral ayuda a mostrar la relación del quiste con el intestino, lo que permite llegar a un diagnóstico concluyente. Descartando así diagnósticos diferenciales como quistes hidatídicos, linfangiomas, quistes ováricos, quistes peritoneales y teratomas quísticos, los cuales pueden causar un cuadro similar. Se hace hincapié en la importancia de la localización anatómica y la determinación del tipo de lesión antes de la cirugía, ya que esto puede influir en la complejidad del procedimiento quirúrgico<sup>17</sup>.

Los quistes mesentéricos pueden aparecer en cualquier parte del mesenterio desde el duodeno hasta el recto. Se evidenció que el 60 % de los quistes mesentéricos se encontraron en el mesenterio del intestino delgado, el 24 % en el mesenterio del intestino grueso y el 14,5 % en el retroperitoneo; entre el 50 % y el 60 % de los quistes mesentéricos ocurren en el mesenterio del íleon como en este reporte de caso<sup>18</sup>.

En este tipo de patologías también se debe tener en cuenta la presencia de una masa maligna a nivel intestinal, como un adenocarcinoma. Por lo que se debe indagar sobre la presencia de síntomas constitucionales como pérdida de peso, anorexia o hallazgos de desnutrición en el paciente<sup>19</sup>. La clasificación más conocida fue propuesta en 1950 por Beahrs y colaboradores, donde planteaban los quistes mesentéricos en cuatro tipos: quistes del desarrollo, traumáticos, infecciosos y neoplásicos<sup>20</sup>. De Perrot y colaboradores proponen una clasificación basada en características histopatológicas y su origen, en seis grupos: origen linfático, origen mesotelial, origen entérico, origen urogenital, quistes dermoides y pseudoquiste no pancreático<sup>21</sup>. Debido a la diversidad de masas es necesario realizar una biopsia la cual no solo descarta un proceso maligno, sino que podrá estratificar de mejor manera el tumor, como en nuestro caso en el que se pudo determinar que era un quiste mesotelial y evitó que se realizaran conductas adicionales<sup>22</sup>.

La extirpación completa del quiste, ya sea con o sin resección intestinal, es el procedimiento de elección según la bibliografía. Si la extirpación completa, incluso con resección intestinal, no es posible, entonces otra opción es la extirpación parcial con marsupialización de la cavidad del quiste restante. Se reporta que aproximadamente el 10 % de los pacientes requieren este procedimiento y también se ha informado sobre la realización de la extirpación laparoscópica de quistes mesentéricos<sup>23</sup>. En una serie de casos la extirpación completa fue posible en el 41 % de los casos; se requirió resección intestinal en el 24 % y se realizó marsupialización con cauterización de los márgenes en el 35 % de los pacientes<sup>24</sup>.

Pese a la dificultad que supuso realizar una resección simple en este paciente, esta fue posible gracias a la ausencia de adherencias y a que ninguna estructura

vascular o aneural se vio comprometida pese al gran tamaño del quiste. Esto ayudó en la recuperación de la paciente y evitar posibles complicaciones postoperatorias.

### Conclusión

El caso presentado destaca la importancia de considerar el quiste mesentérico como un posible diagnóstico de obstrucción intestinal asociado a la presencia de una masa. Este caso se destacó por su presentación atípica con estreñimiento y presencia de una masa palpable, a pesar de que estos quistes suelen ser asintomáticos, además también se evidenció que en estos casos se puede presentar lesiones inusualmente grandes. La TAC abdominal fue fundamental para el diagnóstico, revelando la conexión del quiste con el tracto gastrointestinal. Se enfatiza la importancia de la localización anatómica y el tipo de lesión para determinar la complejidad quirúrgica, así como la necesidad de considerar la posibilidad de malignidad, destacando la relevancia del análisis patológico. A pesar del tamaño, la resección fue simple, lo que resalta la variabilidad en la presentación y manejo de los quistes mesentéricos y subraya la necesidad de un enfoque individualizado en cada caso.

### Declaración de conflicto de interés

Sin conflictos de interés por parte de los autores.

### Referencias bibliográficas

1. Yavuz Y, Varman A, Şentürk ÜM, Kafadar MT. Mesenteric Cyst in 22 Cases. *J Gastrointest Cancer*. 2020;52(3):993-996.
2. Sánchez P, Mier y Díaz J, Blanco R, Martínez JL. Quiste mesentérico. Informe de un caso. *Cir & Ciruj*. 1999; 67(4):143-145.
3. Tan JJ, Tan KK, Chew SP. Mesenteric cysts: an institution experience over 14 years and review of literature. *World J. Surg*. 2009;33(9):1961-1965.
4. Al-Harfoushi R, Stevenson L, Binnie N. Mesenteric cyst: Drained and marsupialised laparoscopically avoiding enterectomy. *BMJ Case Reports*. 2012.
5. Pola Bandrés G., Millán Gallizo G, Martínez Soriano B, Valcarreres Rivera M. Giant mesenteric cyst as a cause of intestinal obstruction. *Cir Esp*. 2018; 96(1):51.
6. Barreto de Santana W, Santos Poderosos WL, Barreto Alves JA, Aragão de Melo V, Barros C, Fakhouri R. Mesenteric cyst—clinical and pathological aspects. *Rev Col Bras Cir*. 2010;37(4):260-264.
7. Kwan E, Lau H, Yuen WK. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. *Gastrointest Endosc*. 2004;59(1):154-156.
8. Mullaney TG, D'Souza B. Mesenteric cyst: an uncommon cause of acute abdomen. *ANZ J Surg*. 2019;89(3):98-99.
9. Mendez-Gallart R, Bautista A, Estévez E, Rodríguez-Barca P. Abdominal cystic lymphangiomas in pediatrics: surgical approach and outcomes. *Acta Chir Belg*. 2011; 111(6): 374-377.
10. Bury TF, Pricolo VE. Malignant transformation of benign mesenteric cyst. *Am J Gastroenterol*. 1994;89(11):2085-2087
11. Spolianski G, Kopelman D, Kimmel B, Hatoum OA. Laparoscopic exploration and treatment for a mesenteric cyst lymphangioma in adults. *ANZ J Surg*. 2019;89(10):1334-1336.
12. Rojas CL, Molina GA. Lymphangioma cavernous of the small bowel mesentery, an infrequent cause of acute abdomen in adult. *J. Surg Case Rep*. 2018;2018(2).
13. Chen CW, Hsu SD, Lin CH, Cheng MF, Yu JC. Cystic lymphangioma of the jejunal mesentery in an adult: a case report. *World J Gastroenterol*. 2005;11(32):5084-5086.
14. Kim EJ, Lee SH, Ahn BK, Baek SU. Acute abdomen caused by an infected mesenteric cyst in the ascending colon: a case report. *J Korean Soc Coloproctol*. 2011;27(3):153-156.
15. Richard RR. Mesenteric and omental cysts. 6th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006.
16. Levy AG, Cantisani V, Miettinen M. Abdominal lymphangiomas: imaging features with pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2004;182(6):1485-1491.
17. Ayyappan AP, Jhaveri KS, Haider MA. Radiological assessment of mesenteric and retroperitoneal cysts in adults: is there a role for chemical shift MRI?. *Clin Imaging*. 2011;35(2):127-132. Chung MA, Brandt ML, St-Vil D, Yazbeck S. Mesenteric cyst in children. *J Pediatr Surg*. 1991;26:1306-1308.
18. Chung MA, Brandt ML, St-Vil D, Yazbeck S. Mesenteric cyst in children. *JPediatr Surg*. 1991;26:1306-1308.
19. Roisman I, Manny J, Fields S, Shiloni E. Intra-

- abdominal lymphangioma. *Br. J. Surg.* 1989; 76: 485–489.
20. Beahrs OH, Judd ES, Dockerty MB. Chylous cysts of the abdomen. *Surg Clin North Am.* 1950;30:1081-1096.
  21. De Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion?. *Dig Surg* 2000;17:323-328.
  22. Raghupathy RK, Krishnamurthy P, Rajamani G. Intraabdominal cystic swelling in children - laparoscopic approach, our experience. *J Indian Assoc Peditr Surg* 2004;8:213-217.
  23. Min JW, Chang MC, Park YC, Go JH. Mesenteric Pseudocyst Causing Intestinal Obstruction. *J Korean Surg Soc.* 2005;68:339–341.
  24. Prakash A, Agrawal A, Gupta RK, Sanghvi B, Parelkar S. Early management of mesenteric cyst prevents catastrophes: a single centre analysis of 17 cases. *Afr J Paediatr Surg.* 2010;7(3):140–143.