

QUISTES MESENTERICOS

AUTORES: Guerrero Vázquez J.

Fecha de publicación: Noviembre 2005

Servicio de Pediatría. Hospital "Punta de Europa", Algeciras (Cádiz). España.

INTRODUCCIÓN

Los Quistes mesentéricos (QM) son formaciones intraabdominales con una incidencia próxima a 1/20.000 admisiones hospitalarias en el área quirúrgica infantil.

El desarrollo de precisas técnicas diagnósticas, ha permitido una clasificación más precisa de esta rara patología. Según de Perrot et al (2000) cabe distinguir las siguientes modalidades:

1. Quistes de origen linfático.
 - Quiste linfático simple (QLS).
 - Linfangioma quístico (LQ).
2. Quistes de origen mesotelial
 - Quiste mesotelial simple (QMS).
 - Mesotelioma quístico benigno (MQB).
 - Mesotelioma quístico maligno.
3. Quistes de origen entérico.
 - Quistes entéricos de duplicación.
 - Quistes entéricos.
4. Quistes de origen urogenital.
5. Teratoma ovárico maduro (Quiste dermoide).
6. Pseudoquistes no pancreáticos.

Aunque los quistes de origen linfático y mesotelial son los más abundantes, no es raro que sean confundidos entre sí u omitidos en clasificaciones previas a la descrita.

Sin embargo, es importante la diferenciación entre los grupos constituidos por los quistes de origen linfáticos y los de origen mesotelial ya que tienen distinto comportamiento. Así, mientras los QLS y los QMS suelen permanecer asintomáticos en el curso del tiempo, los LQ y los MQB pueden mostrar agresividad y propiedades aparentemente invasivas. Los Linfangiomas predominan en los niños varones, pueden causar abdominalgias agudas (Arribas del Amo et al 2001) y, frecuentemente, requieren la resección de estructuras adyacentes; en contraste, los quistes de origen mesotelial, y concretamente el MQB, habitualmente se presentan de forma más solapada y suelen afectar a mujeres de edad media (Cusatelli et al 1996), siendo excepcionales los descritos en la infancia (Weiss y Tavassoli 1998).

Macroscópicamente los MQB pueden ser indistinguibles de los LQ (Carpenter et al 1982). En 1979 Menemeyer y Smith definieron las diferencias estructurales entre los Mesoteliomas multiquisticos y los Linfangiomas abdominales. Desde entonces se han desarrollado nuevos métodos histológicos, ultraestructurales y, sobre todo, histoquímicos, que permiten una diferenciación más precisa entre células endoteliales y mesoteliales.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

Los quistes de origen linfático están tapizados por células endoteliales planas con una pared que contiene fibras de músculo liso, tejido linfoide y, ocasionalmente, células esponjosas. Por su parte, los quistes de origen mesotelial están tapizados por células cuboideas o columnares sin ninguna estructura linfática.

Los exámenes inmunohistológicos ayudan a una más precisa caracterización de las células endoteliales y mesoteliales y sirven, por tanto, como Criterios de diagnóstico diferencial (de Perrot et al 2000)

INMUNOHISTOLOGÍA	Q. MESOTELIALES	Q. LINFÁTICOS
Factor VIII	-	+
CD 31	-	+
Queratina total	+	-
Vimentina	+	+
EMA	+	-

ETIOLOGÍA

La etiología de los quistes mesentéricos es variada. Al contrario de los QL simples y los QM simples que son de naturaleza embrionaria, los linfangiomas y los MQB no tiene un origen claramente definido (neoplásico?, reactivo?). Estos últimos se asocian a menudo con antecedentes de cirugía pélvica, enfermedad inflamatoria pélvica o endometriosis.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los LQ predominan en los varones menores de 12 años, frecuentemente son sintomáticos y suelen localizarse en el mesenterio durante la infancia y en el retroperitoneo en la edad adulta.

Por el contrario, aunque los MQ se han comunicado en la infancia, la mayoría se observan en mujeres de mediana edad. La localización y modo de presentación parece diferir entre los QM simples y los MQB; los primeros suelen observarse en el mesenterio y permanecen asintomáticos. Los últimos suelen localizarse en la pelvis y llegan a ser sintomáticos debido a su progresivo agrandamiento.

El tamaño del quiste y la edad de presentación influyen en la presentación clínica. En la infancia suelen manifestarse como un abdomen agudo simulando una apendicitis; en el adulto los síntomas son más vagos. Característicamente inespecíficos incluyen dolor (82%), náuseas y vómitos (45%), estreñimiento (27%) o diarrea. Puede palparse una masa en aproximadamente las 2/3ª partes de los casos.

ESTUDIOS DE IMAGEN

Basados esencialmente en Ecografía y TAC. La ecografía distingue entre masas sólidas y quísticas; la TAC determina la extensión y el contenido quístico. El grosor de la pared quística, la presencia de septos, calcificaciones o grasa, y el contenido quístico asociado con la presencia de niveles o de restos resultantes de una antigua hemorragia interna o hematoma, son importantes hallazgos para definir a los quistes mesentéricos. En caso de duda la aspiración con aguja de la masa puede ayudar a diferenciar entre un pseudoquiste pancreático, un Linfangioma o un MQB. La laparoscopia es otra alternativa para mejor localizar y caracterizar el quiste antes de la intervención.

TRATAMIENTO

Los LQ y los MQB pueden estar íntimamente adheridos a estructuras intraabdominales vitales y hace difícil o imposible su exéresis completa. Siendo procesos benignos debe valorarse el grado resección si alcanzan a tales estructuras. Si no son extirpados completamente, unos y otros, pueden recurrir.

COMENTARIOS DEL CASO

El caso presentado fue diagnosticado clínica y radiográficamente de Linfangioma quístico del mesenterio. Las características morfológicas de la pieza quirúrgica parecía apoyar esta primera impresión (figura 1 y 2):

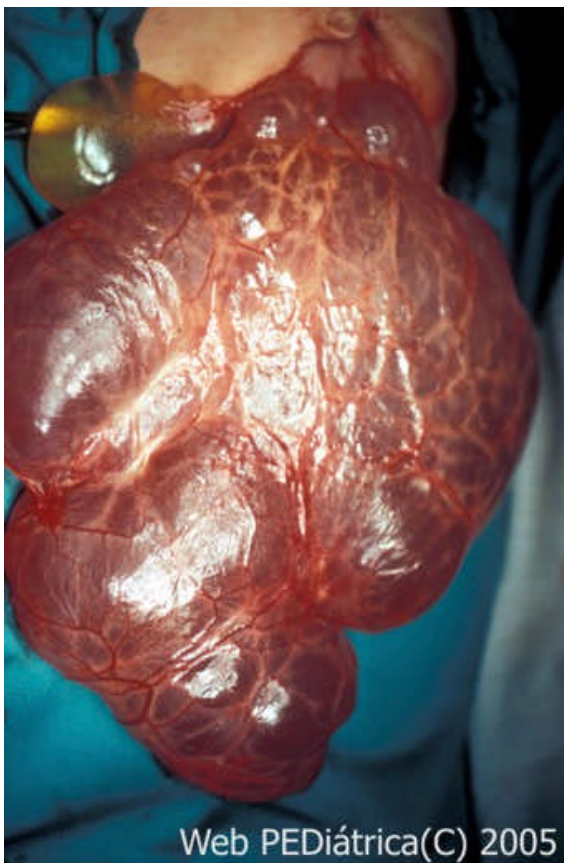


Fig 1.



Fig 2.

El examen histológico, demostró, sin embargo, el origen mesotelial del proceso. No se realizaron estudios histoquímicos.

La dificultad para la asignación morfológica a uno u otro grupo es explicable. En su forma típica los MQB consisten en quistes membranosos, múltiples, translúcidos, agrupados frecuentemente en racimos, separados por una variable cantidad de tejido conectivo. El contenido quístico puede ser claro, algo hemático y, ocasionalmente, mucinoso o gelatinoso (Battifora y Mc Caugehey 1995).

BIBLIOGRAFÍA

Arribas del Amo D, Latorre Sahun A, Arribas del Amo R. Abdomen agudo por linfangioma quístico mesentérico. Rev And Pediatr Dig 2001;24:201-3.

Battifora H, McCaughey WTE. Benign multicystic mesothelioma. In Atlas of tumor pathology. Tumor of the serosal membranes. Armed Forces Institute of Pathology. Washington 1995, p 90-4.

Bliss DP, Coffin CM, Bower RJ, Stockmann PT, Ternberg JL. Mesenteric cysts in children. Surgery 1994;115:571-7.

Molander ML, Mortensson W, Udén R. Omental and mesenteric cysts in children. Acta Paediatr Scand 1982;71:227-9.

Cusatelli P, Altavilla G, Marchetti M. Benign cystic mesothelioma of peritoneum: a case report. Eur J Gynecol Oncol 1997;18:124-6.

Nortes Cano I, Ruiz Jiménez J, Bueno F, Mestre Mud J. Oclusión intestinal por quiste linfático de mesenterio. Comentarios a propósito de un caso. An Esp Pediat 1979;12:553-4.

De Perrot M, Bründler MA, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion?. Dig Surg 2000;17:323-8.

Simeone DM, Pranikoff T. Mesenteric cyst. N Engl J Med 1999;341:659.

Weiss SW, Tavassoli FA. Multicystic mesothelioma. An analysis of pathologic findings and