



QUISTE DE MESENTERIO GIGANTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INFRECUENTE EN PATOLOGÍA OVÁRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dres. Herrera Zoriani¹ , Mayo Irvana¹ , Thery Gustavo² , González Jesús³ .

¹Residente de Cirugía General, Hospital Carlos J Bello, Cruz Roja venezolana. ²Especialista en Cirugía General, adjunto del servicio de Cirugía General, Hospital Carlos J Bello, Cruz Roja venezolana.

E-mail: zorianih@gmail.com

RESUMEN: El quiste mesentérico es una entidad nosológica poco frecuente de ubicación intraabdominal que compromete el mesenterio o epiplón. Debido a la similitud de los síntomas entre los tumores quísticos de ovario y los quistes mesentéricos, se puede realizar un diagnóstico erróneo, afectando el abordaje terapéutico. Caso clínico: se trata de paciente femenina con antecedente de cirugía abdominal en la infancia, quien inicia enfermedad actual 4 meses previos a su ingreso caracterizada por dolor abdominal y estreñimiento. Al examen físico se constató lesión ocupante de espacio de 10 x 12 cm. Los laboratorios reflejan anemia y la tomografía axial computarizada reporta lesión ocupante de espacio, de contenido líquido, de origen pelviano sugestiva de patología ovárica. Se practicó laparotomía exploradora evidenciando quiste mesentérico con 2000 cc de contenido líquido citrino y síndrome adherencial severo. Se realizó rafia en dos planos de asa delgada, apertura y drenaje del quiste, y posterior exéresis parcial de la cápsula. Discusión: el quiste mesentérico gigante es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico preoperatorio. La ecografía y la tomografía son herramientas diagnósticas útiles en la planificación durante el preoperatorio. El tratamiento de elección es la resección completa con resultado clínico satisfactorio, excelente pronóstico y baja tasa de recurrencia. Conclusión: en la actualidad, el cirujano debe considerar al quiste mesentérico gigante como diagnóstico diferencial ante la presencia de un tumor intraabdominal, en especial, en casos en los que la sospecha clínica apunta a un tumor ovárico. **RCM 2025. 64;159(1): 32-37.**

Palabras claves: quiste mesentérico, mesenterio, epiplón, tumor intraabdominal, tumor de ovario.

GIANT MESENTERIC CYST AS A RARE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN OVARIAN PATHOLOGY. A CASE REPORT

ABSTRACT: The mesenteric cyst is a nosologic entity rare disease in intra-abdominal location that compromises the mesentery or epiploom. Due to the similarity of symptoms between ovarian cystic tumors and mesenteric cysts, an erroneous diagnosis can be made, affecting the therapeutic approach. Clinical case: is about a female patient with a history of abdominal surgery in childhood, who began her current illness 4 months prior to admission characterized by abdominal pain and constipation. On physical examination, a space-occupying lesion of 10 x 12 cm was found. Laboratory results reflect anemia and computed axial tomography reported a space-occupying lesion, with liquid content, of pelvic origin suggestive of ovarian pathology. An exploratory laparotomy was performed, revealing a mesenteric cyst with 2000 cc of sallow liquid content and severe adhesion syndrome. A two-layer thin loop raffia was performed, the cyst was tightened and drained and then the capsule was partially excised. Discussion: the giant mesenteric cyst is a rare pathology and with difficult preoperative diagnosis. The Ultrasound and tomography are useful diagnostic tools during the preoperative planning. The treatment of choice is the complete resection with satisfactory clinical result, excellent prognosis and low recurrence rate. Conclusion: Currently, the surgeon should consider giant mesenteric cyst as a differential diagnosis in the presence of an intra-abdominal tumor, especially in cases where the clinical suspicion points to an ovarian tumor. **RCM 2025. 64;159(1): 32-37.**

Key words: mesenteric cyst, mesentery, epiploom, intra-abdominal tumor, ovarian tumor.



INTRODUCCIÓN

El quiste mesentérico es una entidad nosológica poco frecuente. El primer reporte fue realizado en 1507 por el anatomista italiano Beneveni, quien hizo el hallazgo durante una autopsia de un niño de 8 años; la primera resección quirúrgica exitosa fue llevada a cabo por Tillaux en 1800 (1,6,9). El quiste mesentérico engloba un grupo heterogéneo de lesiones quísticas de ubicación intraabdominal que comprometen el mesenterio o epiplón (3).

Las estimaciones sugieren que el quiste mesentérico gigante afecta a 1 de cada 250.000 pacientes adultos hospitalizados (6,11), y representan el 7% de los tumores quísticos intraabdominales, llegando a progresar a lesión maligna en el 3% de los casos (1, 6). Debido a la baja prevalencia de la patología en comparación con otras enfermedades intraabdominales, su reconocimiento como diagnóstico diferencial resulta fundamental.

La falta de características clínicas y hallazgos radiológicos patognomónicos de la enfermedad (1) tienden a conducir al retraso en el diagnóstico. En ocasiones, debido a la similitud de los síntomas entre los tumores quísticos de ovario y los quistes mesentéricos, como dolor abdominal, distensión, masa palpable y signos clínicos que emulan ascitis, se puede realizar un diagnóstico erróneo (7), afectando el abordaje terapéutico.

Se presenta el caso clínico de una paciente con quiste mesentérico gigante que mimetizó un tumor ovárico. Además, se ha efectuado revisión de la literatura con la finalidad de proporcionar información relevante y actualizada que permita comprender la enfermedad, facilitar el diagnóstico oportuno y reducir el riesgo de complicaciones.

RESUMEN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 21 años con antecedente de laparotomía exploradora a los 4 años por traumatismo abdominal abierto por herida por arma de fuego más nefrectomía izquierda por lesión renal izquierda grado IV, lesión gástrica grado III, lesión pancreática de cuerpo y cola, lesión esplénica grado II, complicada con fístula pancreática, pancreatitis aguda. Refiere inicio

de enfermedad actual 4 meses antes de su ingreso, caracterizado por dolor abdominal, de aparición insidiosa, difuso, de moderada intensidad, tipo cólico, no irradiado, sin atenuantes ni exacerbantes, por persistencia de sintomatología consulta a Médico quien la refiere al servicio de Cirugía General. Al examen funcional refiere estreñimiento.

Al examen físico: buenas condiciones generales, afebril, hemodinámicamente estable. Abdomen plano, blando, depresible con cicatriz en línea media supra, trans e infraumbilical, ruidos hidroaéreos presentes, a la palpación bimanual se evidencia lesión ocupante de espacio de aproximadamente 10x12 cm, de consistencia renitente, móvil, no adherido a planos profundos, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Resto del examen físico dentro de límites normales.

Los laboratorios mostraron recuento leucocitario normal, anemia (hemoglobina 10,7 g/dL), HCG cualitativa negativa, alfafetoproteínas 0,50 ng/mL, antígeno carcinoembrionario 0,50 ng/mL, CA 125 7,2 U/mL. El ecosonograma transvaginal precisó endometrio engrosado (18,17 mm). A nivel de ovario derecho se apreció imagen de gran tamaño, con tabique de 0,31 cm y septos con ecos de bajo nivel y vascularización, con medidas de 12,02 cm, 8,46 cm y 9,8 cm, volumen 521,1 mL, fondo de saco libre (Figura 1). La tomografía axial computarizada abdomino-pélvica con doble contraste reveló útero levemente lateralizado a la izquierda y compresión de la vejiga, cuya conclusión fue LOE de contenido líquido, de origen pelviano, que debe corresponder a TU de ovario derecho, presencia de líquido en fondo de saco (Figura 2). La citología de cérvix reportó cambios celulares reactivos asociados a inflamación inespecífica leve.

La paciente fue sometida a cirugía electiva mediante laparotomía exploradora más corte congelado; debido a los hallazgos este último fue diferido. Se encontró quiste de mesenterio de 2000 cc de contenido líquido citrino, síndrome adherencial severo interasas, de intestino delgado a pared abdominal y quiste de mesenterio. Debido a los hallazgos, se decidió realizar rafia en dos planos de asa delgada, apertura y drenaje de quiste de mesenterio, exéresis parcial de su cápsula (Figura 3).

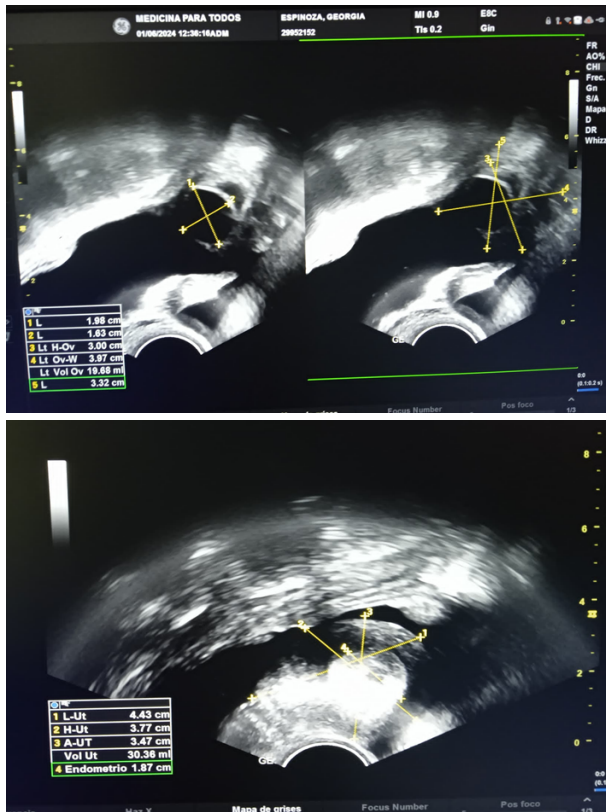


Figura 1. Ultrasonido transvaginal

El estudio citopatológico del líquido de quiste de mesenterio reportó hallazgos citomorfológicos compatibles con contenido de quiste. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reveló hallazgos compatibles con quiste de mesenterio, tejido fibroconectivo y adiposo maduro sin atipias, con infiltrado inflamatorio agudo y hemorragia reciente (Figura 4). La paciente evolucionó de forma satisfactoria y egresó al quinto día postoperatorio.

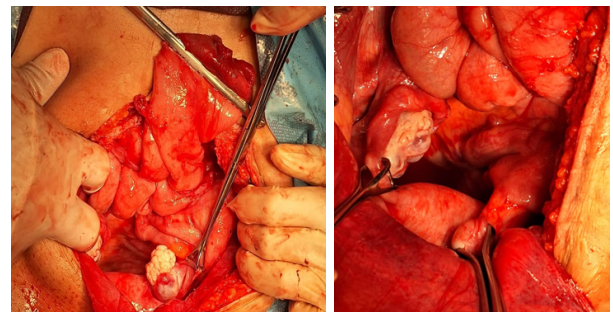


Figura 3. Hallazgos intraoperatorios

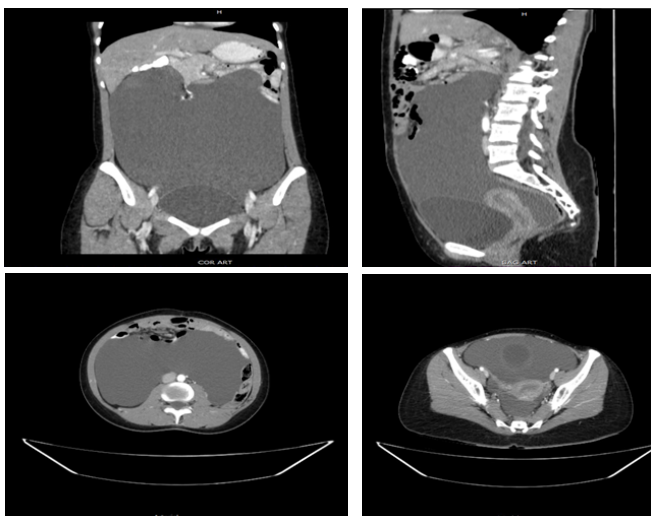


Figura 2. Imagen del quiste mesentérico gigante en la tomografía axial computarizada abdomino-pélvica con doble contraste



Figura 3. Pieza quirúrgica

DISCUSIÓN

El quiste mesentérico es reconocido como un tumor intraabdominal de presentación inusual que afecta principalmente pacientes en edad pediátrica (10, 11), sin embargo, en el presente estudio se evidencia un caso en una paciente joven, en correspondencia con argumentos expuestos por Martínez *et al.* (2021), estos



señalan que el quiste de mesenterio es más prevalente durante la segunda y tercera década de la vida, mientras que Antunes *et al.* (2020) informan que cuando se presenta en adultos, la mayor afectación se observa en mujeres de mediana edad. En contraposición, Serrano *et al.* (2023) afirman que individuos entre 40 – 70 años son más propensos a desarrollar tal tumoración.

Estas lesiones representan el 7% de todos los quistes abdominales (6). Los registros demuestran que la relación mujer-hombre es de 2:1 (6,10); contrariamente, Yavuz *et al.* (2021) informó sobre una serie de 22 casos en la que predominó el sexo masculino.

La lesión puede ubicarse a cualquier nivel del mesenterio del tracto gastrointestinal (3,5,7). La localización más frecuentemente documentada es el mesenterio del intestino delgado, ocupando hasta el 60% de los casos, en segundo lugar se encuentra el colon ascendente con el 24% y la región retroperitoneal (14,5%) (3,6). En una investigación desarrollada en Turquía, los quistes mesentéricos comprometieron el intestino delgado en el 80% de los pacientes.

La clasificación de Perrot permite distinguir el quiste de mesenterio según los rasgos histopatológicos del tumor (Ver Anexo 5) (6,7,10), mientras que la clasificación de Gross los divide en cuatro tipos: de desarrollo, infecciosos, traumáticos y neoplásicos (5). Es importante mencionar que la causa del quiste de mesenterio es desconocida (1,4-7,11).

La teoría preconizada por Gross asienta que se debe a proliferación benigna del tejido linfático mesentérico aunada con ausencia de comunicación entre los sistemas venoso y linfático, lo cual puede ser de origen idiopático o secundario a cirugías previas, procesos infecciosos, enfermedad neoplásica, enfermedad inflamatoria pélvica o endometriosis (1,5-7). En el caso que nos ocupa se sospecha que es secundario a la cirugía que le fue practicada durante la infancia, por lo que se considera un quiste mesentérico traumático (5), en especial, si se toma en cuenta que los quistes mesentéricos se caracterizan por tener crecimiento lento (10).

La presentación clínica del quiste de mesenterio puede variar desde el caso asintomático hasta el desarrollo de síntomas inespecíficos como dolor abdominal

difuso, intermitente, distensión abdominal, diarrea o tumoración abdominal palpable (2,6), tal como se presentó en la paciente estudiada. La evidencia revela que el dolor abdominal se da en la mitad de los pacientes, la presencia de masa abdominal palpable se verifica en el 44% y el estreñimiento afecta al 27% (10), sin embargo, los síntomas están determinados por el tamaño y la ubicación de la lesión (11)

En oportunidades, el quiste de mesenterio puede conducir a cuadros de abdomen agudo u obstrucción intestinal, situaciones clínicas que se relacionan directamente con las dimensiones de la lesión (6). En el caso específico acá expuesto, la paciente tuvo alteración del patrón evacuatorio simbolizado por estreñimiento; siendo uno de los síntomas secundarios al efecto de masa que provocan estos tumores (5,10).

El quiste de mesenterio se presenta como una tumoración de tamaño variable que, en promedio, alcanza los 10 cm (1,5,10,13), tal como se observó en este estudio.

La literatura revela que el diagnóstico suele resultar difícil debido a que su presentación se da a través de manifestaciones clínicas inespecíficas e imita otras afecciones pélvicas (6,10,11) como la patología ovárica. En palabras de Almeida *et al.* (2023), la ausencia de características clínicas y signos radiológicos patognomónicos de la enfermedad presenta importantes dificultades diagnósticas; por tanto, no sorprende que 4 de cada 10 casos sean un hallazgo incidental de un estudio de imagen o cirugía abdominal (1,5,7,9,11,12).

Dentro de los diagnósticos diferenciales deben ser considerados los quistes ováricos (7,8,10) en nuestra paciente, el diagnóstico preoperatorio fue sospecha de tumor ovárico, lo cual se ve replicado en diversos estudios; Serrano *et al.* (2023), en Colombia, reportó el caso de una paciente femenina que acudió a servicio de urgencias por abdomen agudo. La lesión fue diagnosticada erróneamente como un tumor de ovario; en Estados Unidos, Leigh *et al.* (2021) informaron acerca de un paciente con quiste mesentérico de gran tamaño que simuló una probable torsión de quiste ovárico, motivando cirugía de emergencia.

La literatura asienta que la ecografía muestra



imágenes quísticas, multiloculadas, con septos y ecos en su interior (7), lo cual se corresponde con los resultados ultrasonográficos obtenidos en este trabajo. La tomografía axial computarizada puede ser determinante en el diagnóstico al demostrar la conexión del quiste con el tracto gastrointestinal (10); en este caso los hallazgos tomográficos sugerían enfermedad ovárica. Sin embargo, el diagnóstico definitivo tiende a establecerse a través de la escisión quirúrgica y examen histopatológico de la masa (4,6,10,11) tales indicaciones fueron consideradas al decidir el manejo del caso.

El tratamiento del quiste mesentérico frecuentemente es quirúrgico. El abordaje laparoscópico es el más seguro, al tiempo que reduce el nivel de dolor postoperatorio, menor morbilidad, reduce la estancia hospitalaria y conlleva mejor recuperación y pronta reincorporación a las actividades cotidianas del paciente (5-7). Debido a las dimensiones de la lesión, se optó por llevar a cabo el manejo quirúrgico de la paciente a través de abordaje convencional.

La resolución quirúrgica se realiza mediante la resección simple del quiste. En oportunidades, es necesaria la resección en bloque del quiste con las estructuras anatómicas comprometidas, bien sea por la presencia de adherencias o por sospecha de malignidad de la lesión (6,7,10). Es importante realizar extirpación total siempre que sea posible con el propósito de reducir el riesgo de recurrencia y transformación maligna (3,5,6). En ciertos casos, la extirpación debe ser acompañada de esplenectomía, pancreatometomía distal y colectomía (6).

La extirpación total del quiste mesentérico es documentada en el 41% de los casos, mientras que en el 24% debe ser acompañada de resección intestinal (7,10). En el 10% de los pacientes no es posible realizar la resección completa del quiste, debido a estrecho contacto con estructuras vasculares, por lo general, la raíz del mesenterio (7), como en el caso expuesto. Por otro lado, la aspiración y marsupialización del quiste mesentérico no son recomendadas, ya que incrementan la tasa de sobreinfección y de recurrencia (1,5,6).

El contenido del quiste mesentérico suele ser seroso (5,10), tal como se observó en la paciente analizada; además, puede mostrarse como una lesión unilocular o

multilocular (Muñoz *et al.*, 2022). De acuerdo con Leigh *et al.* (2021) y Shaker *et al.* (2024), la evidencia sugiere que no existe mayor beneficio del seguimiento a largo plazo, puesto que la recurrencia, cuando se produce, suele tener lugar de forma temprana. Aun cuando el quiste de mesenterio se presenta en la mayor parte de los casos como un tumor benigno, puede llegar a exhibir características malignas hasta en el 3% de los pacientes (1,6).

Las complicaciones son poco frecuentes, llegando a condicionar morbilidad y mortalidad significativas si no son detectadas de manera oportuna (5). En los casos reportados a nivel internacional, la infección y la hemorragia son señaladas como las principales complicaciones que se dan en pacientes con quiste mesentérico (10) en menor frecuencia se han registrado peritonitis, vólvulo y muerte (5). En el caso expuesto, la paciente tuvo evolución satisfactoria con total recuperación postoperatoria, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN

El quiste de mesenterio es una entidad patológica infrecuente, de curso benigno en la mayoría los casos. Su relevancia radica en la presentación clínica inespecífica que conlleva, generando retraso en el diagnóstico. Los exámenes paraclínicos recomendables son estudios de imagen, específicamente la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada. El tratamiento es quirúrgico, siendo necesaria la resección quirúrgica para evitar la recurrencia y malignización de la lesión.

Debido a la baja incidencia del quiste mesentérico, aunado a la presentación clínica inespecífica, retraso en el diagnóstico e instauración del tratamiento y la capacidad de este tumor de simular otros cuadros patológicos, se entiende que es prioritario incrementar la conciencia médica sobre el quiste mesentérico gigante como diagnóstico diferencial infrecuente de patologías ováricas, aportando nuevos datos respecto a su presentación, diagnóstico y tratamiento, con el propósito de mejorar el manejo clínico-quirúrgico de pacientes con masas abdominales de origen incierto.

El caso clínico presentado destaca la relevancia de considerar el quiste de mesenterio gigante como



diagnóstico diferencial infrecuente en patología ovárica. En la actualidad, el cirujano debe considerar el quiste mesentérico gigante como diagnóstico diferencial ante la presencia de un tumor intraabdominal, en especial, en casos en los que la sospecha clínica apunta a un tumor ovárico.

REFERENCIAS

1. Almeida, M., Robles, L., & Ibarra, R. (2023). Quiste mesentérico gigante, un hallazgo incidental. Reporte de caso. *Anales de la Facultad de Medicina*, 1(1).
2. Antunes, M., Pizzol, D., Schiavone, M., & Colangelo, A. (2020). Giant mesenteric cyst: Successful management in low-resource setting. *Int J Surg Case Rep*, 70, 185-187.
3. Gagliardi, F., Lauro, A., Tripodi, D., Amabile, M., Palumbo, P., Di Matteo, F., Palazzini, G., Forte, F., Fattaroli, S., Khousam, S., Marino, I., Andrea, V., Sorrenti, S., & Pironi, D. (2021). Mesenteric cyst with gi symptoms: A fluid approach to treatment—Case report and literature review. *Dig Dis Sci*.
4. Kumar, A., Kumar, D., Bharti, S., Kumar, A., & Das, B. (2021). Massive abdominal distension in a five-year-old child: Management of a giant mesenteric cyst. *Cureus*, 13(11), 1-3.
5. Leigh, R., Sacks, M., Won, M., Mikael, A., Moores, D., & Radulescu, A. (2021). Large mesenteric cyst mimicking an ovarian cyst in an 8-year-old: A case report. *Int J Surg Case Rep*, 89, 1-5.
6. Martínez, C., Muñoz, D., Jiménez, H., Siado, S., Esguerra, D., & Ordóñez, D. (2021). Quiste mesentérico gigante: Reporte de caso. *Rev. colomb. gastroenterol*, 36(2), 257-262.
7. Muñoz, D., Rodríguez, R., Riaño, J., & Medina, R. (2022). Quiste mesentérico gigante como simulador de ascitis: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Cir*, 37, 689-694.
8. Narayan, D., Jain, A., Shrivastava, A., Jindal, G., & Yadav, K. (2022). Giant ovarian cyst presenting as an intraabdominal mass. *J Evolution Med Dent Sci*, 11(03), 428-430.
9. Oliveros, J., García, A., & Rivero, A. (2021). Quiste del mesenterio hallazgo casual en un preescolar con apendicitis aguda. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 84(1), 19-22.
10. Serrano, J., Serrano, J., Olarte, C., Quintero, D., & Medina, M. (2023). Quiste mesentérico gigante como obstrucción intestinal en adulto, una presentación atípica: Reporte de caso. *MÉD. UIS*, 36(3), 83-88.
11. Shaker, K., Alomar, K., Shaker, O., Brnbow, Z., Mahmud, J., & Dalati, H. (2024). Giant mesenteric cysts: A rare case series with clinical insights. *Int J Surg Case Rep*, 123.
12. Sharma, S., Chowdhary, S., Panigrahi, P., & Sharma, S. (2021). Management of mesenteric cysts in pediatric population: Five-year experience in tertiary care center. *Annals of the National Academy of Medical Sciences*, 57(01), 41-44.
13. Yavuz, Y., Varman, A., Şentürk, M., & Kafadar, M. (2021). Mesenteric cyst in 22 cases. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, 52, 993-996.