

Quisto do Mesentério: Causa Rara de Oclusão

Mesenteric Cyst: A Rare Cause of Obstruction

 Joana Gaspar Domingos¹,  Egon Rodrigues¹,  Marta Guimarães¹,  Mário Nora¹

1. Serviço de Cirurgia Geral, Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

Corresponding Author/Autor Correspondente:

Joana Gaspar Domingos [joana.g.domingos@ulsedv.min-saude.pt]
Rua Dr. Cândido Pinho 5, 4520-211, Santa Maria da Feira, Portugal

<https://doi.org/10.34635/rpc.1215>

Palavras-chave: Drenagem; Obstrução Intestinal; Quisto do Mesentério/tratamento

Keywords: Drainage; Intestinal Obstruction; Mesenteric Cyst/therapy

O quisto do mesentério é uma lesão intra-abdominal benigna rara, podendo surgir em qualquer segmento do mesentério, embora seja mais frequente no intestino delgado.¹ Habitualmente, o quisto do mesentério é assintomático e constitui um achado incidental, podendo, quando sintomático, apresentar-se com dor abdominal, distensão, massa palpável ou, mais raramente, como abdómen agudo por oclusão intestinal, infeção, hemorragia ou rutura.²

Relata-se o caso de uma mulher de 82 anos, sem antecedentes cirúrgicos abdominais prévios, com insuficiência cardíaca valvular e insuficiência respiratória crónica sob ventilação não invasiva noturna e oxigenoterapia, admitida no serviço de urgência por quadro de oclusão intestinal com

Mesenteric cysts are rare benign intra-abdominal lesions that may arise in any segment of the mesentery, although they are more frequently found in the small-bowel mesentery.¹ They are usually asymptomatic and incidentally detected, but when symptomatic, they may present with abdominal pain, distension, a palpable mass or, more rarely, as an acute abdomen due to bowel obstruction, infection, hemorrhage or rupture.²

We report the case of an 82-year-old woman with no previous abdominal surgery, with valvular heart failure and chronic respiratory failure requiring nocturnal non-invasive ventilation and oxygen therapy, who presented to the emergency department with a 3-day history of bowel

Received/Recebido: 11/09/2026 **Accepted/Aceite:** 22/09/2026 **Published online/Publicado online:** 00/00/000 **Published/Publicado:** 30/09/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

três dias de evolução. A tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica revelou distensão gástrica e jejunal, com ponto de transição adjacente a uma lesão quística compatível com quisto do mesentério (Figs. 1A-B). Atendendo ao elevado risco anestésico-cirúrgico, optou-se por drenagem percutânea ecoguiada, com resolução clínica da oclusão (Fig. 2). Ao sétimo dia, a ecografia abdominal confirmou colapso completo do quisto, tendo sido efetuada clampagem

obstruction. Abdominopelvic computed tomography (CT) showed gastric and jejunal dilatation, with a transition point adjacent to a cystic lesion compatible with a mesenteric cyst (Figs. 1A-B). Given the high anesthetic and surgical risk, ultrasound-guided percutaneous drainage was performed, with clinical resolution of the obstruction (Fig. 2). On day 7, abdominal ultrasound confirmed complete collapse of the cyst, and the drain was clamped to allow maturation of the

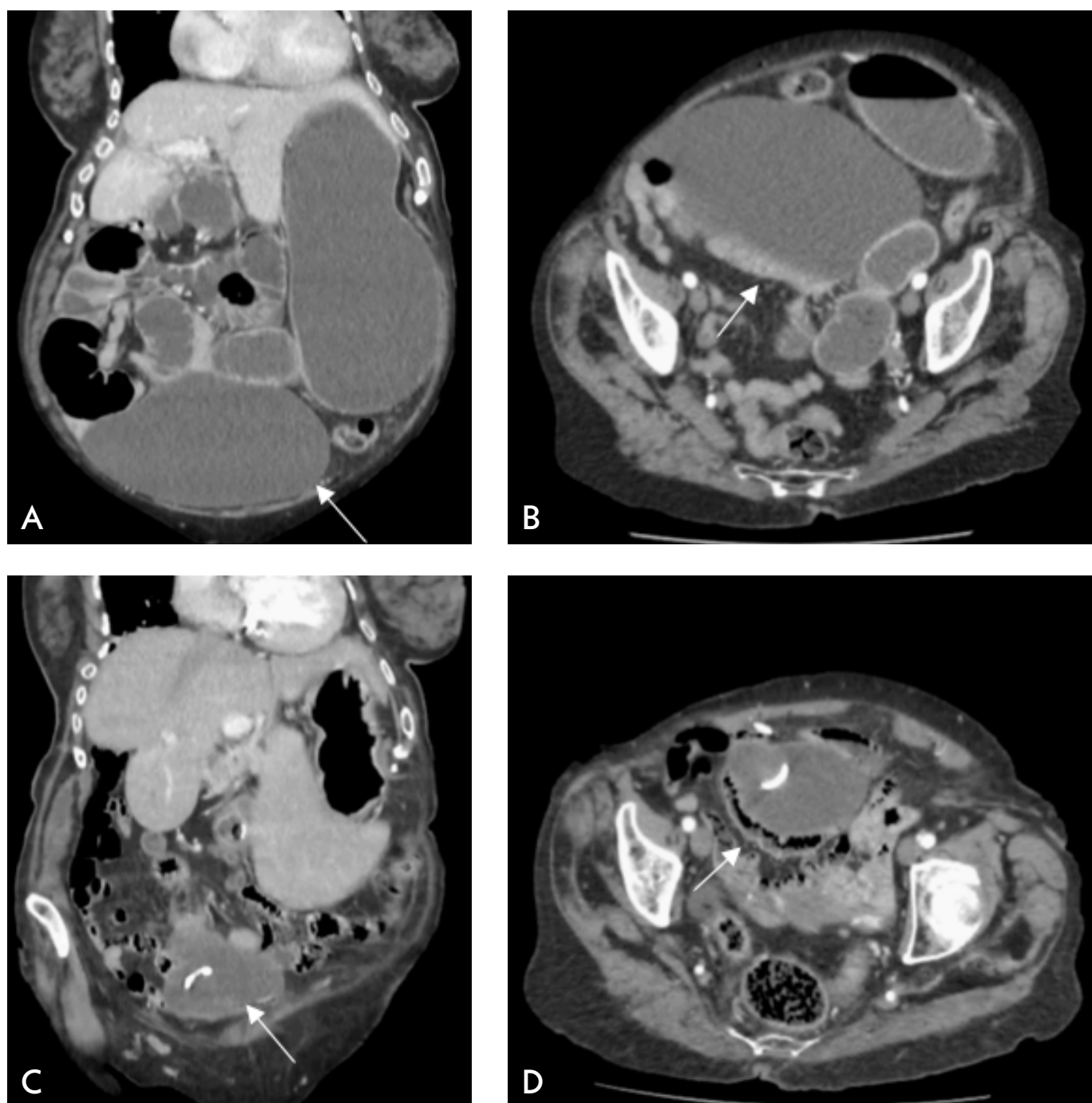


Figura 1: A-B. TC pré-drenagem demonstrando volumosa formação quística abdominopélvica de 16 × 11 cm, de conteúdo homogêneo e aspeto simples, em íntima relação com as ansas intestinais (setas). C-D. Reavaliação 1 mês após drenagem percutânea, demonstrando redução dimensional para 8,5 cm, com parede fina e dreno pigtail no lúmen (setas).

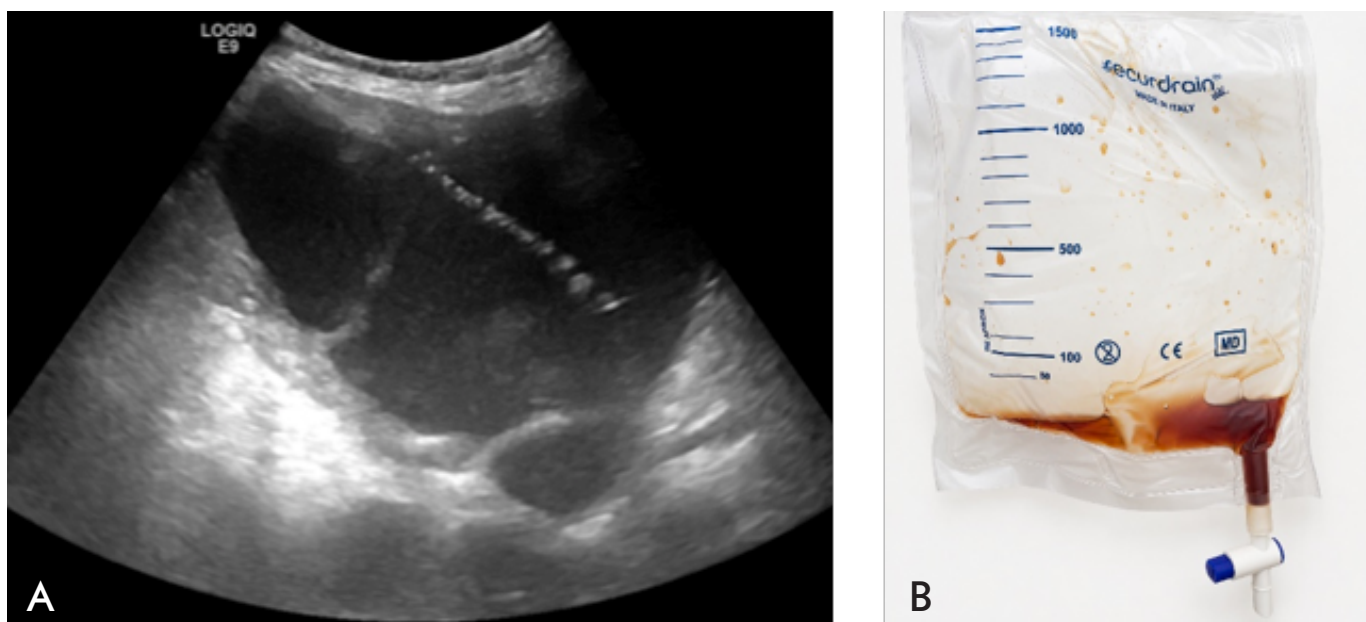


Figura 2: A. Drenagem percutânea; B. Conteúdo de drenagem.

do dreno para permitir a maturação do trajeto do dreno. Um mês depois, a TC revelou recorrência parcial (Figs. 1C–D), tendo sido aspirado o conteúdo residual e removido o dreno.

A excisão cirúrgica completa permanece o tratamento de eleição, reduzindo o risco de recorrência e permitindo o diagnóstico histológico definitivo.³ Em doentes cuidadosamente selecionados com elevado risco anestésico-cirúrgico, a drenagem percutânea pode permitir a resolução do quadro agudo e uma recuperação sem complicações, evitando uma intervenção cirúrgica.⁴ O risco de recorrência justifica, porém, vigilância imagiológica.⁵

drainage tract. One month later, CT showed partial recurrence (Figs. 1C–D), and the residual contents were aspirated before drain removal.

Complete surgical excision remains the treatment of choice, reducing the risk of recurrence and allowing definitive histopathological diagnosis.³ In carefully selected patients with high anesthetic and surgical risk, percutaneous drainage may allow resolution of the acute condition and an uncomplicated recovery, avoiding surgery.⁴ The risk of recurrence, however, warrants imaging follow-up.⁵

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURE

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

JGD: Recolha de dados, pesquisa bibliográfica, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo.

ER, MG e MN: Revisão crítica do conteúdo do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito para publicação e assumem responsabilidade por todos os aspetos do trabalho, garantindo a exatidão e a integridade dos dados apresentados.

CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

JGD: Data collection, bibliographic search, analysis and interpretation of results, drafting of the article.

ER, MG and MN: Critical review of the content of the article.

All authors approved the final version of the manuscript for publication and assume responsibility for all aspects of the work, ensuring the accuracy and integrity of the data presented.

REFERENCES

1. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric, and omental cysts. *Arch Surg*. 1984;119:838–42. doi:10.1001/archsurg.1984.01390190076018.
2. Sudiono DR, Ponten JB, Zijta FM. Acute abdominal pain caused by an infected mesenteric cyst in a 24-year-old female. *Case Rep Radiol*. 2016;2016:8437832. doi:10.1155/2016/8437832.
3. Pithawa AK, Bansal AS, Kochar SP. Mesenteric cyst: a rare intra-abdominal tumour. *Med J Armed Forces India*. 2014;70:79–82. doi:10.1016/j.mjafi.2012.06.010.
4. Ma A, Ayre K, Wijeyekoon S. Giant mesenteric cyst: a rare cause of abdominal distension diagnosed with CT and managed with ultrasound-guided drainage. *BMJ Case Rep*. 2012;2012:bcr0220125916. doi:10.1136/bcr-02-2012-5916.
5. Leung BC, Sankey R, Fronza M, Maatouk M. Conservative approach to the acute management of a large mesenteric cyst. *World J Clin Cases*. 2017;5:360–3. doi:10.12998/wjcc.v5.i9.360.

