

Quisto do mesentério: achado incidental

Mesenteric cyst: incidental finding

Carla Menezes¹, Carolina Morgado², David Andrade³, Rosário Roque⁴, Carlos Santa Rita⁵

¹ Interna do Complementar de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Oeste-Unidade de Torres Vedras a realizar estágio de Cirurgia Geral no Serviço de Cirurgia do Hospital Curry Cabral – Centro Hospitalar Lisboa Central

² Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Lisboa Central

³ Assistente Graduado de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Lisboa Central

⁴ Chefe de Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Oeste-Unidade de Torres Vedras

⁵ Chefe de Serviço de Cirurgia Geral, Director do Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Oeste

RESUMO

Os quistos do mesentério são tumores intra-abdominais benignos raros. Podem manifestar-se em qualquer faixa etária, no entanto, cerca de 33% manifestam-se em crianças com menos de 15 anos. Na maioria dos casos são assintomáticos e o seu diagnóstico, frequentemente, é um achado incidental. Embora a etiologia dos quistos seja desconhecida, várias são as teorias propostas para explicar a sua formação. O tratamento é cirúrgico e consiste na excisão completa do quisto. O prognóstico é bom e a taxa de recidiva é baixa. Os autores reportam o caso de um doente portador de um quisto do mesentério ressecado por laparotomia.

Palavras-chave: *Quisto do mesentério, Tumor intra-abdominal raro.*

ABSTRACT

Mesenteric cysts are rare benign intra-abdominal tumours. They occur in patients any age, approximately one-third of cases occur in children younger than 15 years. They are generally free of symptoms and incidentally found. The aetiology of such cysts remains unknown but several theories regarding their development exist. The treatment is based on cyst resection. The prognosis is usually good and recurrence is rare. We report a case of mesenteric cyst treated by laparotomy.

Keywords: *Mesenteric cyst, Rare intra-abdominal tumour.*

CASO CLÍNICO

Homem de 75 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal contínua, generalizada, sem irradiação, com 12 horas de evolução e com aumento progressivo de intensidade. A dor não melhorava com analgésicos comuns e associava-se a

obstipação e escassez de emissão de gases. Sem história de febre, perda ponderal ou perdas hemáticas visíveis. Apresentava antecedentes cirúrgicos de hernioplastia inguinal e epigástrica.

À admissão, clínica e hemodinamicamente estável, destacando-se ao exame objetivo um abdómen moderadamente distendido, pouco timpanizado,



doloroso à palpação nos quadrantes inferiores, sem massas palpáveis e sem sinais de irritação peritoneal. O estudo analítico não evidenciava alterações.

A tomografia computadorizada (TC) (Fig. 1) revelou rotação dos vasos mesentéricos na transição abdominopélvica, associada a formação com densidade hídrica na raiz do mesentério com 9,5x5x6,5 cm.



FIGURA 1 – TC abdominopélvica evidenciando formação quística com 9 cm de diâmetro no mesentério, condicionando compressão de ansas de intestino delgado.

Tendo em conta o quadro clínico e os achados imagiológicos foi proposta e aceite intervenção cirúrgica urgente. Na laparotomia exploradora (Fig. 2) observou-se formação quística com aproximadamente 10 cm de diâmetro, de consistência flutuante e cor amarelada, localizada no mesentério e adjacente a ansa ileal. Realizou-se ressecção segmentar do mesentério contendo o quisto e do segmento do íleon correspondente.

O pós-operatório foi complicado de evisceração ao 8º dia e de infeção da ferida operatória com isolamento de *S. aureus meticilina-resistente*. Ao 23º dia pós-operatório teve alta para o domicílio.

O estudo anatomopatológico revelou tratar-se de um linfangioma quístico/quisto quiloso com cerca de 9 cm, multiloculado.

O doente encontra-se assintomático e sem evidência de recidiva 3 meses após a ressecção cirúrgica.

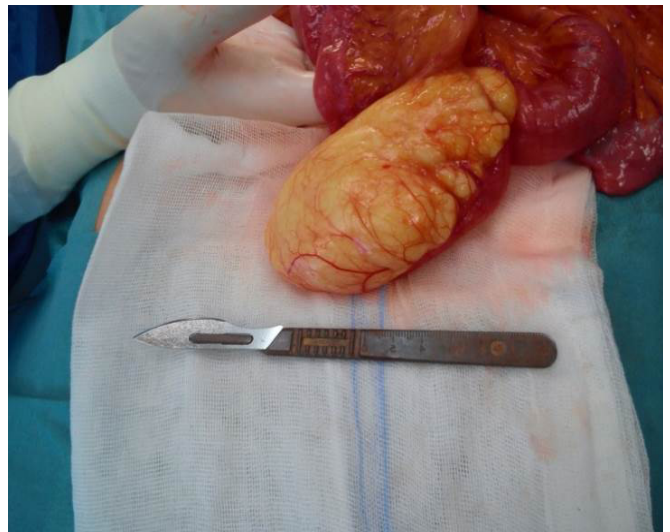


FIGURA 2 – Imagem per-operatória: quisto do mesentério com ansa ileal adjacente.

DISCUSSÃO

Os quistos do mesentério são uma condição cirúrgica rara presente em 1:105 00-20000 adultos^{1,2}.

Manifestam-se em qualquer faixa etária, contudo 33% são diagnosticados em menores de 15 anos de idade³. Verifica-se um predomínio às outras formações quísticas no sexo feminino e na quarta década de vida. Os linfangiomas, contrariamente, são mais frequentes na primeira década de vida e no sexo masculino.



Esta entidade clínica foi descrita pela primeira vez em 1507 por Benevieni (anatomista italiano) e tratada cirurgicamente, com sucesso, por Tillaux em 1880^{4,5}.

Os quistos mesentéricos são lesões quísticas localizadas entre os folhetos mesentéricos. Podem ter qualquer localização, desde o duodeno até ao reto, contudo são mais frequentes no mesentério do intestino delgado (60%), mesocólon (24%) e retroperitoneu (14.5%)⁶. Podem ser simples ou múltiplos, uniloculados ou multiloculados, podem conter líquido seroso, quiloso, hemorrágico ou purulento e o seu tamanho é variável⁶. Os quistos quilosos são mais frequentes no mesentério do intestino delgado e os quistos serosos no mesocólon.

Várias são as hipóteses existentes para explicar a etiologia dos quistos mesentéricos: proliferação benigna de linfáticos ectópicos que não possuem comunicações com o sistema linfático normal⁷; obstrução linfática secundária a traumatismo, infeção ou neoplasia⁸; falência da junção embrionária entre o sistema linfático e o sistema venoso; degeneração dos gânglios linfáticos.

O sinal de Tillaux é patognomónico⁹ e os sintomas mais comuns são: dor abdominal (82%), náuseas e vómitos (45%), obstipação (27%) e diarreia (6%)⁶. As manifestações clínicas estão relacionadas com o tamanho, localização e possíveis complicações do quisto

(torção, obstrução intestinal, hemorragia, infeção e ruptura traumática).

O diagnóstico diferencial clínico deve ser feito com entidades como o quisto do ovário; pseudo-quisto pancreático; tumores retroperitoneais pediculados; leiomiomas uterinos pediculados; invaginação intestinal; apendicite aguda com abscesso e o histológico com o linfangioma e mesotelioma^{4,9,10}.

Tendo em conta a frequente ausência de clínica e a sua inespecificidade quando presente, o diagnóstico pré-operatório é raro. Atualmente, a ecografia/tomografia computadorizada/ressonância magnética, ao definirem a natureza, o tamanho, a localização e a relação da lesão com os órgãos adjacentes, possibilitam alcançar um diagnóstico provisório pré-operatório.

O tratamento de eleição é a excisão completa da massa quística, realizada de preferência por via laparoscópica, permitindo a confirmação diagnóstica, evitando a recidiva, transformação maligna e complicações^{6,11}. A ressecção completa pode implicar ressecção intestinal.

A transformação maligna é rara, 3-4% dos casos, e a recidiva pode chegar aos 10% quando a excisão é incompleta^{3,9,10}. O prognóstico é bom, com remissão total dos sintomas. O seguimento pós-operatório pode ser feito com ecografias periódicas, por um período de 3 a 48 meses, uma vez que a recidiva é rara e geralmente precoce¹².



REFERÊNCIAS

1. Case report: elective removal of a large mesenteric cyst—our approach. Kasra Razi, Obaida Al-Asaad, and Rao Milind. *Journal of Surgical Case Reports*, 2017;3, 1–3.
2. Kwan E, Lau H, Yuen WK. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. *Gastrointest Endosc* 2004;59:154–6.
3. Regina LT, Bolina GM, Alberti LR, Petroianu A. Tratamento de cisto mesentérico quiloso. *Arq Bras Cir Dig*. 2010; 23(2):138-140.
4. Mesenteric cysts and mesenteric venous thrombosis leading to intestinal necrosis in pregnancy managed with laparotomy: a case report and review of the literature. Giannos et al. *Journal of Medical Case Reports* (2017) 11:184.
5. Mohanty S.K., Bal R.K., Maudar K.K. Mesenteric cyst – an unusual presentation. *J Pediatr Surg*. May 1998;33(5):792–793.
6. Pithawa Col AK, Bansal Brig AS, Kochar Brig SPS. Mesenteric cyst: a rare intra-abdominal tumour. *MJAFI* 2014; 70:79-82.
7. Richard R.R. Mesenteric and omental cysts. In: Grosfeld J.L., O'Neill J.A. Jr., Coran A.G., Fonkalsrud E.W., editors. *Pediatric Surgery*. 6th ed. Mosby Elsevier; Philadelphia: 2006. pp. 1399–1406.
8. Beahrs O.M., Judd E.S., Jr., Dockerty M.B. Chylous cysts of the abdomen. *Surg Clin North Am*. 1950;30:1081–1096.
9. Mesenteric cyst in sigmoid mesocolon – A rare location and its laparoscopic excision. Wg Cdr Ameet Kumar, Brig C.K. Jakhmola, Maj Gen N.C. Arora, VSM, Col S.S. Chauhan. *Medical Journal Armed Forces India* 71 (2015) S425-S428.
10. A mesocolonic lymphangioma in an adult with peritonitis: a case report. Yuzo Hirata, Yuzo Okamoto, Hirofumi Nakayama, and Eiji Ono. *Journal of Surgical Case Reports*, 2017;2, 1–3.
11. Lambregts KWFM, Deserno WM, Heemskerck J. Laparoscopic Resection of a Large Mesenteric Cyst – A Case Report. *Int J Surg Res Pract*. 2014;1:009.
12. The diagnosis and treatment of a symptomatic mesenteric cyst. Rajendran S, et al. *BMJ Case Rep* 2014.

Correspondência:

CARLA MENEZES

e-mail: carla81mpmenezes@gmail.com

Data de recepção do artigo:

01/06/2015

Data de aceitação do artigo:

04/12/2018

