

CISTO MESENTÉRICO QUILOSO: RELATO DE CASO

Chylous mesenteric cyst: case report

Luiz Ronaldo **ALBERTI**, Leandro Tibúrcio **REGINA**, Gustavo Mariani **BOLINA**, Andy **PETROIANU**

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral e Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Correspondência:

Andy Petroianu,
e-mail:petroian@medicina.ufmg.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 14/07/2009
Aceito para publicação: 25/01/2011

cística de paredes finas e lisas, medindo 12,9 x 11,6 x 9,9 cm, situada em flanco esquerdo, em região mesentérica, deslocando estruturas adjacentes, sugestiva de cisto mesentérico (Figura 1A). À laparotomia evidenciou-se uma massa cística, com aproximadamente 10 cm de diâmetro, de parede fina e lisa, cor amarelada, com vasos tortuosos na superfície, sem aderência a estruturas adjacentes, localizada no mesojejuno a cerca de 50 cm da flexura duodenojejunal (Figura 1B). O cisto foi completamente retirado e seu conteúdo era líquido brancacento e inodor, sugestivo de quilo. O exame anatomopatológico revelou cisto mesotelial benigno mesentérico (Figura 1C). A paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no segundo dia do pós-operatório, assintomática.

INTRODUÇÃO

Os cistos de mesentério são tumores abdominais raros, que podem acometer indivíduos de qualquer faixa etária. Há predomínio do sexo feminino, na quarta década de vida e geralmente não causam sintomas, sendo diagnosticados ocasionalmente. São classificados em linfangiomas ou cistos mesoteliais e podem originar-se de tecidos linfáticos, vascular, nervoso e conjuntivo. O tratamento consiste em sua retirada ou abertura ampla. Em alguns casos, pode ser necessária enterectomia segmentar. O prognóstico é bom.

O objetivo deste trabalho é apresentar o caso de uma paciente portadora de um cisto quiloso volumoso, no mesojejuno, ressecado através de laparotomia.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 40 anos de idade, obesa, hipertensa e diabética, deu entrada no Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Belo Horizonte com história de dor abdominal contínua e de pouca intensidade, no hipocôndrio esquerdo e epigástrico, sem irradiações, durante cerca de três meses. A dor melhorava com analgésicos comuns, associava-se a episódios de náuseas, vômitos e plenitude pós-prandial. Após um mês do início dos sintomas ela percebeu massa em andar superior do abdome. Não houve trauma na região, febre, melena ou hematoquezia.

A massa era palpável desde o epigástrico até o flanco esquerdo, de consistência endurecida, pouco móvel, superfície regular e dolorosa. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou formação

DISCUSSÃO

Os cistos mesentéricos são tumores abdominais raros. Há cerca de 820 casos publicados na literatura desde sua primeira descrição em 1507, por Benevieni, anatomista italiano, em necrópsia de uma menina de oito anos de idade^{3,6,7,9,10}. A primeira descrição de cisto mesentérico quiloso data de 1842, por Rokitanski¹¹. A primeira ressecção com sucesso de um cisto mesentérico e a primeira descapsulação, ou seja retirada parcial do cisto^{7,11}.

A incidência de tratamento desses cistos é de um caso para cada 100.000 a 250.000 internações hospitalares^{5,9,10,11,12}. Eles se manifestam em qualquer faixa etária, porém, dois terços dos casos são diagnosticados em maiores de 10 anos de idade, com predominância do sexo feminino, na terceira e quarta décadas de vida^{6,7,11}.

Os cistos podem ocorrer em qualquer parte do intestino desde o duodeno até o reto, contudo a maior parte acomete o íleo seguido pelo cólon ascendente, sendo os cistos quilosos mais frequentes no intestino delgado e os serosos no cólon^{6,7,10,12}. Sua causa ainda não está esclarecida, mas acredita-se que possam derivar de malformações de ductos linfáticos abdominais em fundo cego ou serem sequelas de trauma, infecções ou neoplasias^{5,10}.

A maior parte dos casos é assintomática sendo descoberta incidentalmente durante propedêutica para outras afecções; todavia podem apresentar-

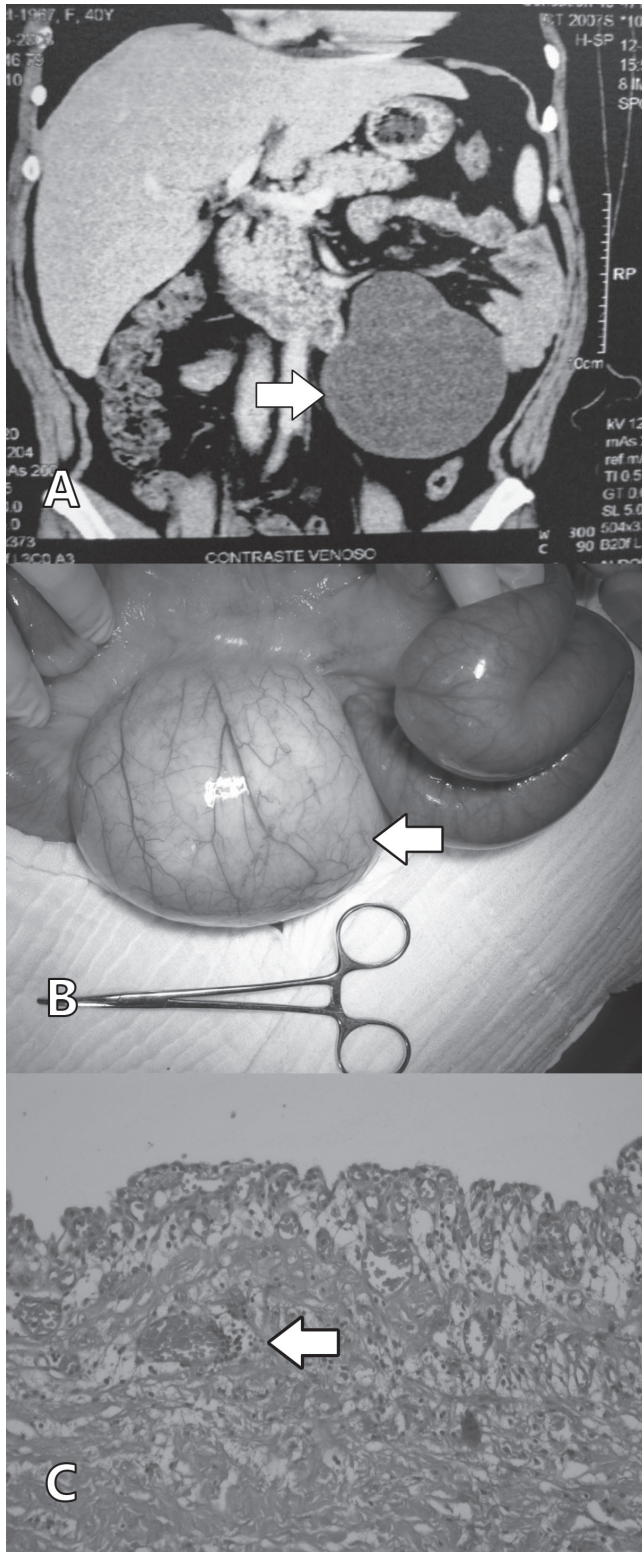


FIGURA 1 - A) Tomografia computadorizada de abdome evidenciando lesão cística em flanco esquerdo do abdome deslocando alça intestinal adjacente; B) imagem operatória da massa cística de mesojejuno; C) imagem microscópica (HE) da parede do cisto mostrando tecido fibroconjuntivo com áreas de hemorragia, fibrose e infiltrado inflamatório.

se com quadro de dor abdominal aguda ou crônica, obstrução intestinal, náuseas e vômitos ou até mesmo como quadro de abdome agudo e choque devido à ruptura, infecção ou torção^{5,6,9,10}. O diagnóstico é suspeitado no exame do abdome, com o auxílio do sinal de Tillaux - mobilização do cisto como um todo à palpação abdominal profunda⁴. A confirmação ocorre com ultrassonografia e tomografia computadorizada que auxiliam na diferenciação entre massas císticas e sólidas e na avaliação de comprometimento de estruturas adjacentes^{5,8,10,11,13}.

Testes laboratoriais não são úteis nesses casos. O diagnóstico diferencial é feito com linfangiomas e mesoteliomas. Sua degeneração maligna é rara, 3 a 4% dos casos⁹.

O tratamento consiste basicamente na retirada do cisto ou sua descapsulação, acompanhada de biópsia da cápsula, que pode ser realizado de preferência por via laparoscópica^{2,12}. A recorrência chega a 13,6%, estando relacionada com a técnica operatória. O seguimento pós-operatório é realizado por meio de exames ultrassonográficos periódicos^{5,9}. O prognóstico é bom, com remissão total dos sintomas¹⁰.

REFERÊNCIAS

- Adams JT. Parede Abdominal, Omento, Mesentério e Retroperitônio. In Swartz SI. et al. Princípios de Cirurgia. 5ª Ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1991. p.1264-1266.
- Al-Haifi MB, Abdulmad AM, Juma TH. Laparoscopic Excision of Mesenteric Cyst: Case Report. Kuwait Medical Journal 2007;39(2):167-169.
- Block FB. Chylous mesenteric cyst: Case report. Annals of Surgery 1948; 128:158-160.
- Cônsolo FS, Cardoso AAP, Monge M, Santos P, Hernandez PM. Formação Cística de Túnica Serosa de Cólon Ascendente – Relato de caso. RAMB 2005;55(1/2),36-39.
- Duldulao MP, Thiruchitrambalam A, Kaul A. Mesenteric cyst: A rare cause of lower abdominal pain. Surg Rounds 2008; 31(3): 123-127.
- Filho FAC, Landim FM, Perdigo FB. Linfangioma Cístico do Mesentério: Uma Rara Apresentação de Abdômen Agudo. Rev. Col. Bras. Cir. 1999;27(2):139-140.
- Fraga MR, Cavalcante AFS, Benício IB, Pereira AA, Leite CAC, Dias RP. Cisto Mesentérico. Rev. Ped. Ceará 2004;5(1):34-37.
- Fujita N, Noda Y, Kobayashi G ET AL. Chylous cyst of the mesentery: US and CT diagnosis. Abdom. Imaging 1995;20(3):259-261.
- García RP, López ET, Ovale JLR. Quiste mesentérico: Descripción de um caso. Cirujano General 2001; 23(2): 109-112.
- Miliaras S, Trygonis S, Papandoniou A, Trygonis C, Kiskinis D. Mesenteric Cyst of the Descending Colon: Report of a Case. Acta chir belg 2006;106: 714-716.
- Miljkovic D, Gmijovic D, Radojkovic G, Radovanovic Z. Mesenteric cyst. Arch Oncol 2007; 15(3-4): 91-93.
- Sahin DA, Akbulut G, Saykol V, San O, Tokyol C, Dilek ON. Laparoscopic Enucleation of Mesenteric Cyst: A Case Report. The Mount Sinai Journal of Medicine 2006;73(7):1019-1020.
- Simeone DM, Prankoff T, Mesenteric Cyst. Images in Clinical Medicine 1999;341(9):659.