

# Tratamento cirúrgico de cisto de mesentério gigante

## *Surgical treatment of giant mesenteric cyst*

Mauricio Kazuyoshi Minata<sup>1</sup>, Marlon Moda<sup>1</sup>, Tássia Sabbadin Mancilha<sup>1</sup>, Andre Poci Liberato<sup>1</sup>, Luiz Eduardo Ramos<sup>1</sup>, Gisele Moreira<sup>1</sup>, Ronaldo Antonio Borghesi<sup>1</sup>

### RESUMO

Cisto de mesentério constitui uma patologia rara, cuja etiologia é desconhecida. A apresentação clínica costuma ser assintomática e é frequente o diagnóstico durante exames de imagem ou ato cirúrgico. O tratamento dessa patologia é cirúrgico e apresenta bom prognóstico, com baixas taxas de malignização. Apresentamos um caso de uma paciente com cisto de mesentério e uma discussão sobre a patologia e seu tratamento.

**Palavras-chave:** cisto mesentérico; procedimentos cirúrgicos operatórios; neoplasias retroperitoneais.

### ABSTRACT

Mesenteric cyst is a rare disease whose etiology is unknown. The clinical presentation is usually asymptomatic and is often diagnosed during imaging or surgery. The treatment of this condition is surgical and has a good prognosis, with low rates of malignancy. We present a case of a patient with mesenteric cyst and a discussion of the pathology and treatment.

**Keywords:** mesenteric cyst; surgical procedures, operative; retroperitoneal neoplasms.

### INTRODUÇÃO

Cisto de mesentério constitui uma patologia rara, com incidência estimada de 1:100.000 a 1:250.000 adultos.<sup>1</sup> A etiologia dessas lesões é desconhecida, estima-se que pode corresponder a malformações linfáticas, secundárias a trauma, processos infecciosos ou neoplasias.<sup>2</sup>

A apresentação clínica costuma ser assintomática, por vezes é diagnosticado incidentalmente em exames de imagem ou durante ato cirúrgico. O quadro clínico pode incluir queixas vagas como dor e aumento do volume abdominal.<sup>3,4</sup> Para investigação radiológica da lesão, são preconizadas tomografia de abdome (TC), ressonância nuclear magnética (RNM) ou ultrassonografia (USG).<sup>5</sup>

O tratamento do cisto de mesentério é cirúrgico, uma vez que há possibilidade de malignização da lesão, ruptura traumática, hemorragia, torção e compressão de estruturas adjacentes.<sup>6,7</sup>

Apresentamos um caso de uma paciente submetida a tratamento cirúrgico no Conjunto Hospitalar de Sorocaba com cisto de mesentério.

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 61 anos, encaminhada ao nosso serviço por apresentar distensão abdominal há cerca de seis meses, com aumento progressivo e início de dor em fossa ilíaca direita há dois dias acompanhada de dispneia aos esforços. Negou alterações urinárias ou intestinais. Apresentava antecedente pessoal de uma apendicectomia realizada 35 anos antes e espinha bífida. Ao exame físico, evidenciava-se abdome distendido, com maciez à percussão e dor em fossa ilíaca esquerda à palpação profunda, sem sinais de peritonite.

A ultrassonografia (USG) de abdome mostrou a presença de volumosa imagem cística septada ocupando toda a cavidade abdominal e com volume aproximado de 10 litros. TC de abdome confirma a presença de formação cística medindo 30x25x20 cm sem realce pelo agente de contraste iodado com deslocamento superior e lateral de alças intestinais e rotação do eixo renal esquerdo, provocando compressão da junção ureteropielílica e moderada dilatação do sistema pielocalicial.

Com a hipótese diagnóstica de cisto de mesentério, a paciente foi submetida à laparotomia diagnóstica que evi-

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil. Contato: mauriciominata@hotmail.com

Recebido em 28/10/2014. Aceito para publicação em 30/11/2015.

denciou presença de extensa formação cística ricamente vascularizada e de parede com espessura variada com pedículo emergindo próximo à veia renal esquerda e aderido a ureter esquerdo e aorta, que foi ressecado e enviado para anátomopatológico. O quadro histológico correspondia a cisto de mesentério.

Paciente segue em acompanhamento ambulatorial há quatro meses, sem intercorrências e sem queixas. Fez USG de abdome, a qual não demonstra alterações.

## DISCUSSÃO

Neste caso, deparamo-nos com uma patologia pouco frequente em nosso serviço. Apesar da baixa incidência relatada por alguns autores, acredita-se que a frequência dessas lesões é subestimada.<sup>8</sup>

Em relação ao quadro clínico, temos uma paciente sintomática, cuja evolução foi lenta, com ênfase na queixa de aumento do volume abdominal. A apresentação assintomática é a mais frequente, entretanto, quando há queixas, destacam-se dor e presença de massa abdominal de crescimento lento.<sup>3,4,9</sup>

Na investigação dos cistos de mesentério, não se observa utilidade no uso de testes laboratoriais. Deve-se proceder com investigação radiológica (USG, TC ou RNM) (Figura 1). Entre as modalidades citadas, a RNM é a que apresenta imagens mais precisas.<sup>10</sup>

O tratamento é eminentemente cirúrgico e consiste na exérese da lesão, incluindo sua cápsula, que pode ser fei-

ta por via laparoscópica.<sup>3</sup> Neste caso, a abordagem foi por laparotomia e foi necessário seu esvaziamento para não lesar estruturas adjacentes devido às grandes dimensões do cisto (Figura 2). O prognóstico para esses pacientes é bom; nota-se recorrência do cisto em até 13,6% e degeneração maligna em apenas 3 a 4% dos casos.<sup>11,12</sup>



Figura 1. Tomografia de abdome: formação cística medindo 30x25x20 cm, com deslocamento superior e lateral de alças intestinais e rotação do eixo renal esquerdo.

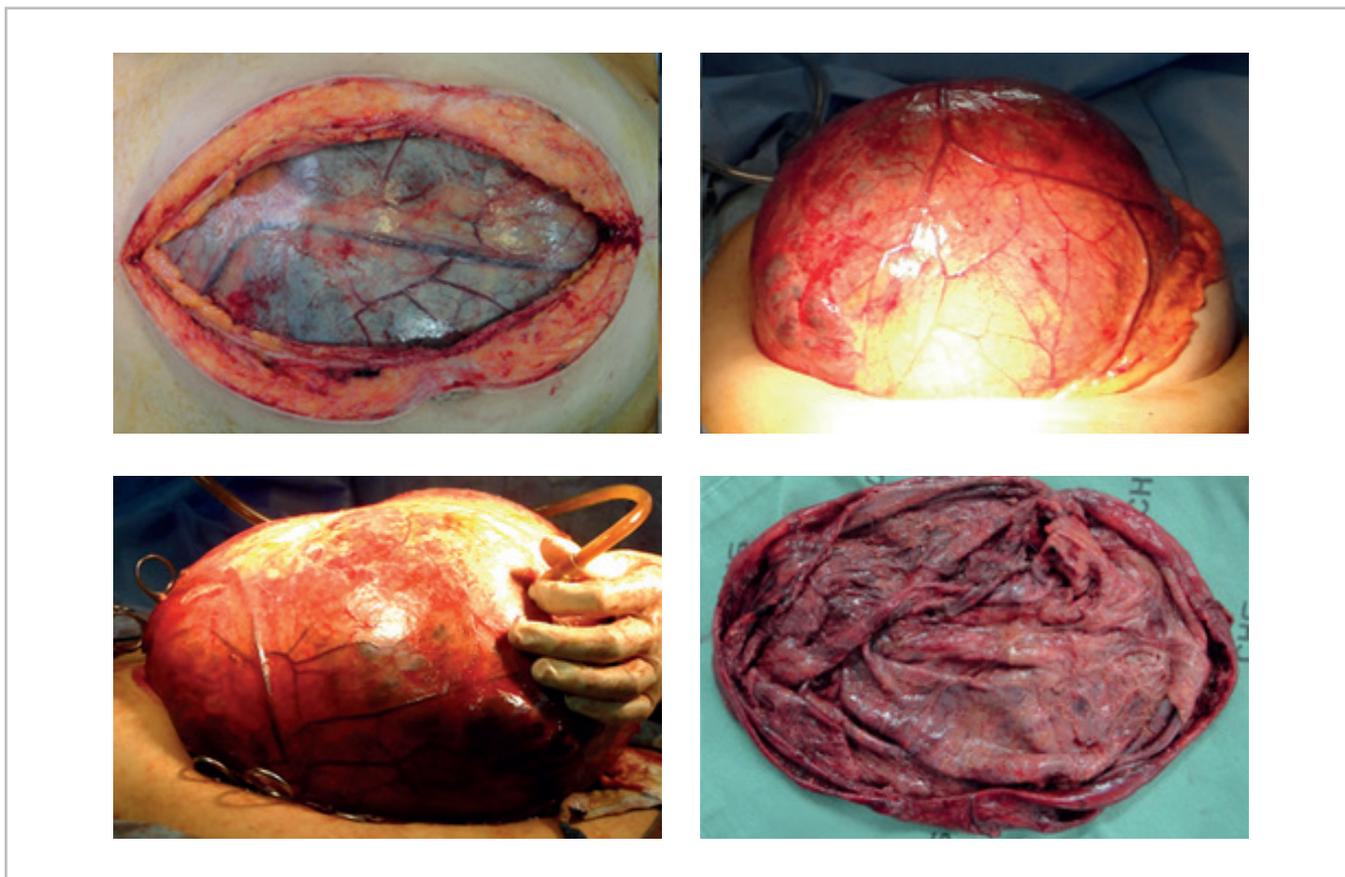


Figura 2. Laparotomia: cisto de mesentério com conteúdo líquido de 10 L em seu interior.

## REFERÊNCIAS

1. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg.* 1986;203(1):109-12.
2. Walker AR, Putnam TC. Omental, mesenteric and retroperitoneal cysts: a clinical study of 33 new cases. *Ann Surg.* 1973;178:13-9.
3. Al-Haifi MB, Abdulmad AM, Juma TH. Laparoscopic excision of mesenteric cyst: case report. *Kuwait Med J.* 2007;39(2):167-9.
4. Kubota A, Yonekura T, Kuroda D, Yasuda T, Kato M, Oyanagi H, et al. Giant purulent mesenteric cyst. *Pediatr Surg Int.* 1995;11(1):45-6.
5. Gissler HM, Ross N, Peters PE. Erscheinungsformen der mesenterialzyste. Ein kasuistischer beitrage. *Radiologe.* 1996;36(6):503-7.
6. Mackenzie DJ, Shapiro SJ, Gordon LA, Ress R. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. *J Laparoendosc Surg.* 1993;3(3):295-9.
7. Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. *Surg Endosc.* 1999;13(9):937-9.
8. Valdivia-Gómez GG. Quiste de mesenterio. *Rev Gastroenterol Mex.* 2003;68:235-8.
9. Boechat PR, Nogueira AR, Goraib JA, de Brito SM, Leal EC, da Silva RC, et al. Abdominal cystic lymphangioma in childhood: report of eight cases. *J Pediatr.* 1996;72(5):335-40.
10. Aydinli B, Yildirgan MI, Kantarci M, Atamanalp SS, Basoglu M, Ozturk G, et al. Giant mesenteric cyst. *Dig Dis Sci.* 2006;51(8):1380-2.
11. Duldulao MP, Thiruchitrabalam A, Kaul A. Mesenteric cyst: A rare cause of lower abdominal pain. *Surg Rounds.* 2008;31(3):123-7.
12. Pérez Garcia R, Torres López E, Ruiz Ovalle JL. Quiste mesentérico: descripción de um caso. *Cir Gen.* 2001;23(2):109-12.