

Tratamento cirúrgico de cisto de mesentério gigante

Surgical treatment of giant mesenteric cyst

Mauricio Kazuyoshi Minata¹, Marlon Moda¹, Tássia Sabbadin Mancilha¹, Andre Poci Liberato¹, Luiz Eduardo Ramos¹, Gisele Moreira¹, Ronaldo Antonio Borghesi¹

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.¹ A etiologia dessas lesões é desconhecida, estima-se que pode corresponder a malformações linfáticas, secundárias a trauma, processos infecciosos ou neoplasias.²

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.^{3,4} Para investigação radiológica da lesão, são preconizadas tomografia de abdome (TC), ressonância nuclear magnética (RNM) ou ultrassonografia (USG).⁵

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.^{6,7}

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-

¹Pontifícia 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.⁸

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.^{3,4,9}

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.¹⁰

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

ta por via laparoscópica.³ 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.^{11,12}

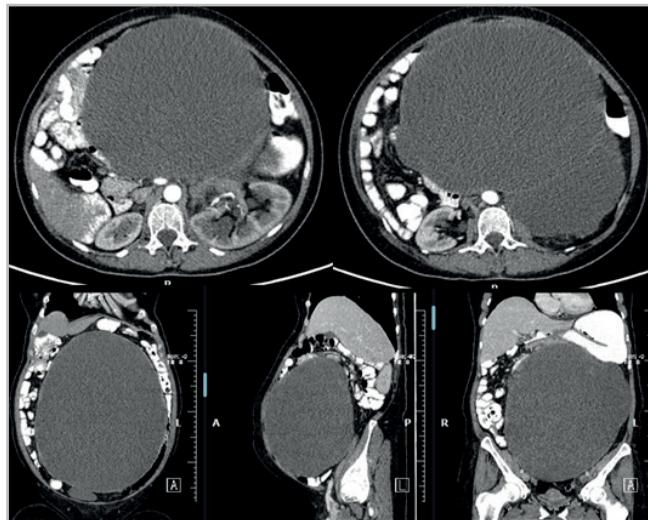


Figura 1. Tomografia de abdome: formação cística medindo 30x25x20 cm, com deslocamento superior e lateral de alças intestinais e rotação do eixo renal esquerdo.

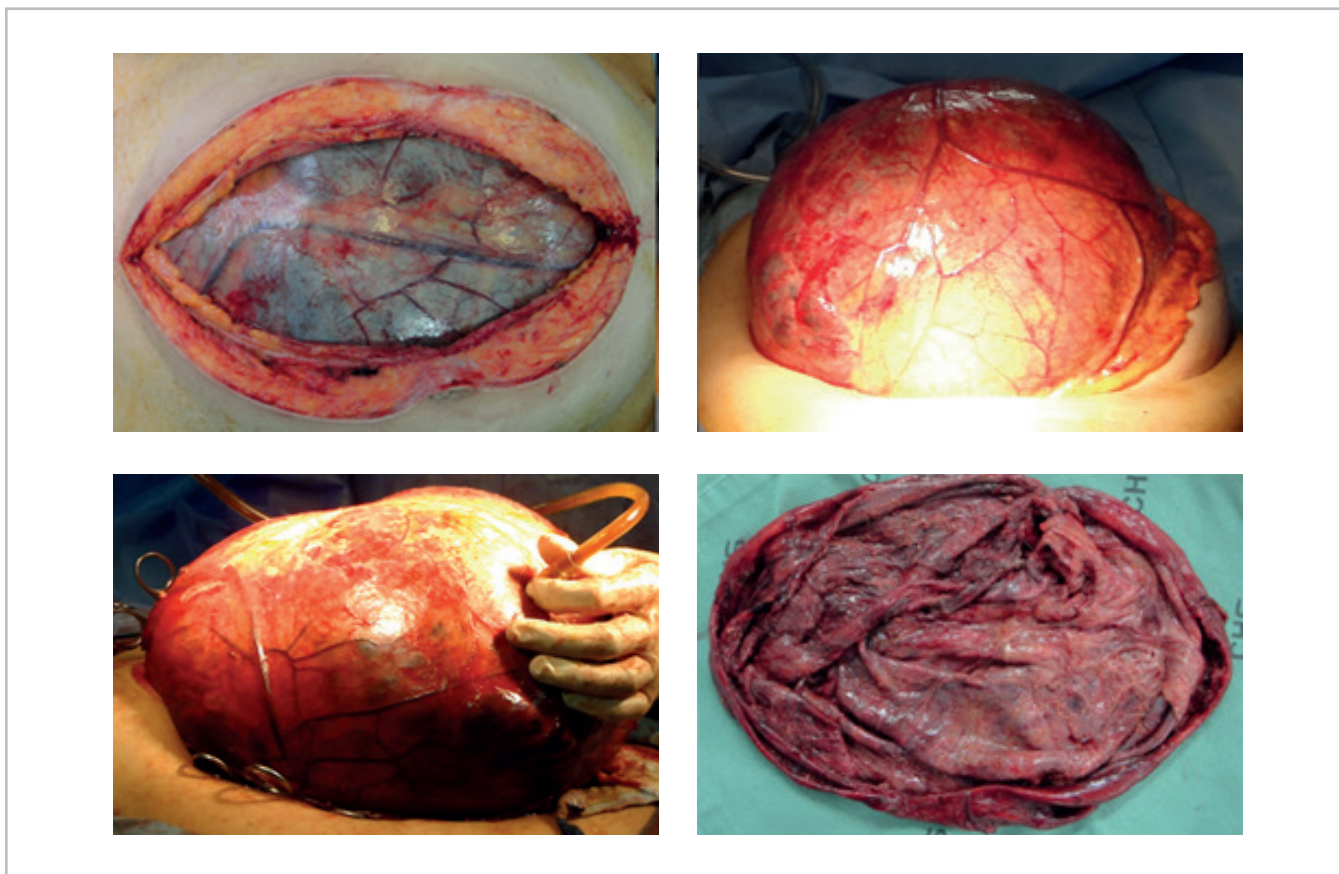


Figura 2. Laparotomia: cisto de mesentério com conteúdo líquido de 10 L em seu interior.

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.