

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DE MESENTÉRIO SINTOMÁTICO: RELATO DE CASO.

SURGICAL TREATMENT OF SYMPTOMATIC MESENTERIC CYST: CASE REPORT.

Jurandir Marcondes **RIBAS FILHO**¹, Renata **DAMIN**², Guilherme Ferrarini **FURLAN**³,
Giovana Landal de Almeida **LOBO**⁴, Marília de Souza **PENIDO**⁵.

Rev. Méd. Paraná/1528

Ribas Filho JM, Damini R, Furlan GF, Lobo GLA, Penido MS. Tratamento cirúrgico de cisto de Mesentério Sintomático: relato de caso. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2019;77(2):51-54.

RESUMO - INTRODUÇÃO: Cistos mesentéricos são tumorações císticas intra-abdominais benignas do mesentério. O colon ascendente é o mais afetado. A sintomatologia dos cistos mesentéricos é extremamente inespecífica. Pode ser dividida em seis tipos, cada um com seus subtipos: cistos de origem linfática, cistos de origem mesotelial, cistos de origem entérica, cistos de origem urotelial, teratomas císticos maduros e pseudocistos não-pancreáticos. O diagnóstico é realizado por meio de uma ultrassonografia abdominal ou uma tomografia computadorizada. O tratamento destas lesões deve ser a excisão cirúrgica. A ressecção laparoscópica é mais indicada, por diminuir a dor do paciente, reduzir o tempo de internamento pós-operatório e agilizar a recuperação. O prognóstico desses pacientes é muito bom, pois, à exceção dos cistos mesoteliais malignos, todos os cistos mesentéricos são benignos e sua exérese, geralmente, é curativa. DESCRIÇÃO CASO: Paciente feminina, 24 anos, queixa de dor e “contrações” em parede abdominal. Realizado tratamento cirúrgico, por meio de laparotomia exploratória, com ressecção de cisto mesentérico. Foi encontrado: cisto em mesocólon com cerca de 10x10cm, a nível de porção média de cólon ascendente, não aderido a planos profundos, com conteúdo claro em seu interior. Paciente recebeu alta no terceiro dia pós-operatório. A análise anatomopatológica apresentou como resultado: segmento de tecido conjuntivo com infiltrado inflamatório crônico linfoplasmocitário, condizente com parede de cisto simples. O apêndice cecal apresentou hiperplasia folicular linfoide. CONCLUSÃO: Cistos mesentéricos são patologias raras, porém devem ser consideradas nos diagnósticos diferenciais em casos de massas abdominais. Têm bom prognóstico e o tratamento é cirúrgico, principalmente com a excisão laparoscópica.

DESCRIPTORIOS - Cirurgia Geral, Cisto Mesentérico.

INTRODUÇÃO

Cistos mesentéricos são tumorações císticas intra-abdominais benignas do mesentério. Até hoje, foram descritos menos de 1000 casos em toda a literatura. A incidência desta patologia é de 1/100000 em adultos e 1/200000 em crianças, mais prevalente em mulheres, principalmente, durante a segunda década de vida. As localizações mais comuns destes cistos são: o intestino delgado (66%) e o intestino grosso (33%), sendo o cólon ascendente o mais co-

mumente afetado.^{1,2}

Cistos linfáticos e mesoteliais simples mantêm-se estáveis e, geralmente, assintomáticos. Já os linfangiomas e mesoteliomas benignos podem ter propriedades agressivas e, aparentemente, invasivas.⁵ Os únicos cistos realmente malignos são os mesoteliomas malignos⁵ e a transformação maligna ocorre em menos de 3% dos casos.^{3,6}

Também pode ser dividida em dois grandes grupos principais: os cistos mesoteliais e os cistos linfáticos. Na citologia, os cistos mesoteliais contêm

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, PR, Brasil.

1 - Médico Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, PR, Brasil. Pesquisadora, orientadora, redatora e revisora.

2 - Médica residente do segundo ano de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, PR, Brasil. Pesquisadora, redatora e formatadora.

3 - Médico residente do primeiro ano de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba-PR, Brasil.

4 - Acadêmica do oitavo período de Medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba-PR, Brasil.

5 - Acadêmica de Medicina da Universidade Positivo.

células arredondadas, com núcleos regulares e redondos, com nucléolos proeminentes e únicos e abundante citoplasma. Histologicamente, são caracterizados por um tecido epitelial cúbico ou colunar, com parede fibrosa. Já os cistos linfáticos são constituídos de células alongadas, com núcleo oval, nucléolo pequeno e citoplasma escasso. Sua parede contém musculatura lisa e, raramente, células espumosas.⁵

Em crianças do sexo masculino, existe o predomínio de linfangiomas, os quais podem se apresentar com dor abdominal aguda e, frequentemente, requerem ressecção de estruturas adjacentes.⁵

Existem várias etiologias para os cistos mesentéricos. Por exemplo, um linfangioma se origina de uma malformação congênita, enquanto um cisto traumático advém de um hematoma mesentérico. Cistos entéricos surgem de divertículos intestinais. Um cisto mesotelial simples existe devido à falha na fusão das folhas do mesentério. Cistos urogenitais são vestígios de estruturas embrionárias, assim como teratomas, que são cistos embrionários.⁵

Cistos de mesentério são afecções raras e sua terapêutica mais invasiva pode se mostrar duvidosa para os cirurgiões. O relato e a discussão de casos contribuem para o conhecimento do profissional médico sobre condições pouco discutidas e confere maior segurança em seu manejo. Nesse contexto, o objetivo deste estudo é relatar um caso de cisto de mesentério e discutir suas etiologias bem como as modalidades terapêuticas.

METODOLOGIA

Os dados do caso a ser relatado foram colhidos do prontuário médico de paciente arquivado pelo ambulatório do serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC). Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o uso das informações do prontuário foi obtido junto ao paciente, informando-o que sua identidade não será revelada e que nenhum benefício ou prejuízo estará atrelado a sua participação no estudo.

Foi selecionada ao estudo paciente do sexo feminino, 24 anos, encaminhada após procura direta em Unidade Básica de Saúde para o ambulatório do Serviço com queixa de dor abdominal de longa data. Durante acompanhamento, diagnosticada com a patologia de cisto em mesentério após a realização de exames de imagem. Após discussão médica, optado pelo tratamento cirúrgico, realizado no Centro Cirúrgico da mesma Instituição.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminina, 24 anos, apresentou queixa de dor e “contrações” em parede abdominal à direita, em episódios diários, há aproximadamente 2 meses antes do atendimento. Negava doenças prévias, e alergias.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, corada, hidratada, acianótica, anictérica e afebril. Abdômen flácido e indolor à palpação, apresentando massa palpável dolorosa, de aspecto cístico, em fossa ilíaca direita. O restante do exame físico encontrava-se sem particularidades.

A paciente havia realizado uma tomografia computadorizada um mês antes, que demonstrava um cisto volumoso, com paredes finas, sem realce pelo contraste, situado em flanco/fossa ilíaca direita, deslocando ântero-lateralmente o cólon ascendente. Sem relação com rim direito e fígado. Medida de 84x81mm nos eixos axiais.

Foi realizado tratamento cirúrgico, por meio de laparotomia exploratória, com ressecção de cisto mesentérico e apendicectomia de oportunidade. Para o procedimento, a paciente foi colocada em decúbito dorsal, sob raquianestesia. Foi realizada antisepsia da pele e colocação de campos estéreis. Feita incisão mediana infra e umbilical. Abertura da parede abdominal por planos.

No inventário da cavidade, foi encontrado: cisto em mesocólon com cerca de 10x10cm, a nível de porção média de cólon ascendente, não aderido a planos profundos, com conteúdo claro em seu interior, além do apêndice cecal – macroscopicamente íntegro.

Liberadas as aderências, foi retirado o cisto mesentérico, e enviado à anatomopatologia. Foi dissecado e ligado o ramo apendicular da artéria iliocecopendicocólica e o mesoapêndice – com fio algodão 2-0. Realizada a apendicectomia. Revisada a hemostasia. Feito o fechamento da aponeurose com vicryl 1 e o fechamento da pele com nylon 3-0. Ferida operatória coberta com curativo estéril. Não houve intercorrências durante o procedimento.

No primeiro dia de pós-operatório, a paciente apresentou dor intensa ao redor da ferida operatória, principalmente aos esforços. Iniciou dieta, com boa aceitação, sem náuseas ou vômitos. Não evacuou, mas relatou presença de flatos. Não apresentou outras queixas. Receitado Tramal, porém paciente relatou alergia, foi trocado por Profenid.

Segundo dia pós-operatório, a paciente relatou melhora importante da dor, após início do uso da cinta elástica. Paciente apresentou evacuações normais e liberação de flatos. Manteve boa aceitação da dieta. Sem outras queixas.

Paciente recebeu alta no terceiro dia pós-operatório, com analgesia e orientações para retorno ao pronto-socorro se necessário, e retorno em 15 dias ao ambulatório do cirurgião responsável.

A análise anatomopatológica apresentou como resultado segmento de tecido conjuntivo com infiltrado inflamatório crônico linfoplasmocitário, condizente com parede de cisto simples. O apêndice cecal apresentou hiperplasia folicular linfoide.

DISCUSSÃO

A sintomatologia dos cistos mesentéricos é extremamente inespecífica.^{3,4} Frequentemente, são assintomáticos, mas pode apresentar-se com dor abdominal, náusea, vômitos, anorexia e alterações no hábito intestinal, dependendo do volume do cisto.^{3,4} Raramente, a clínica pode ser exuberante, com forte dor abdominal e sintomas de obstrução intestinal, ou até simular uma ruptura de aneurisma aórtico.³ O único sinal encontrado em exame físico que pode ser associado especificamente aos cistos mesentéricos é o sinal de Tillaux, que pode ser descrito como uma lesão maciça no abdômen móvel apenas na horizontal, e não na vertical.² Nossa paciente apresentava apenas dor abdominal e massa palpável.

Aproximadamente metade destes tumores são cistos quilosos. Estes são, frequentemente, congênitos, porém, podem ter relação com cirurgias abdominais prévias, doenças pélvicas e trauma. O primeiro relato destes cistos foi realizado por uma anatomista, em 1507, durante a autópsia de um menino de 8 anos. A primeira descrição ocorreu em 1842, por Rokitansky, e desde então, poucos casos foram relatados.³

Esta patologia é classificada de formas diferentes. Pode ser dividida em seis tipos, cada um com seus subtipos: (1) cistos de origem linfática – cisto linfático simples e linfangioma -, (2) cistos de origem mesotelial – cisto mesotelial simples, mesotelioma cístico benigno e mesotelioma cístico maligno -, (3) cistos de origem entérica – cisto de duplicação entérica e cisto entérico -, (4) cistos de origem urotelial, (5) teratomas císticos maduros (cisto dermóide) e (6) pseudocistos não-pancreáticos – origens traumática ou infecciosa.⁵

O diagnóstico pode ser realizado por meio de uma ultrassonografia abdominal ou uma tomografia computadorizada, como foi realizado no caso em questão. O ultrassom distingue entre massas planas e císticas, en-

quanto a tomografia pode determinar a extensão e o conteúdo císticos. Laparoscopia também é uma alternativa que pode auxiliar no diagnóstico pré-operatório.⁵ O uso do diagnóstico por imagem deve ser valorizado, por demonstrar as relações anatômicas do tumor, principalmente com as alças intestinais e grandes vasos, sendo essencial para o planejamento cirúrgico.³

O tratamento destas lesões deve ser a excisão cirúrgica, que pode ser realizado por laparotomia ou laparoscopia. A ressecção laparoscópica é mais indicada, por diminuir a dor do paciente, reduzir o tempo de internamento pós-operatório e agilizar a recuperação. Não é recomendado simplesmente aspirar e drenar o cisto, devido à alta taxa de recidiva. A cirurgia deve ser realizada o quanto antes, para evitar complicações, como ruptura, hemorragia, torção ou infecção.^{4,5} Pode ser necessário associar à uma ressecção intestinal, pancreática ou esplênica, dependendo da infiltração e localização do cisto.³ Nosso serviço realizou o tratamento por laparotomia, pela escassa disponibilidade dos materiais de laparoscopia.

O prognóstico desses pacientes é muito bom, pois, à exceção dos cistos mesoteliais malignos, todos os cistos mesentéricos são benignos e sua exérese, geralmente, é curativa. Existe, porém, um alto risco de recorrência, caso a ressecção seja incompleta. Apesar disso, até hoje, não foi relatado potencial metastático destes cistos. Alguns pacientes vieram a falecer devido ao aumento progressivo das dimensões desses cistos.⁵ Nossa paciente encontra-se bem e sem queixas.

Cistos mesentéricos são patologias raras, porém devem ser consideradas nos diagnósticos diferenciais em casos de massas abdominais. O diagnóstico deve valer-se de algum tipo de exame de imagem. São casos de bom prognóstico, e o tratamento deve ser cirúrgico, principalmente com a excisão laparoscópica. Deve ser feita a classificação destes tumores, principalmente, por meio da anatomopatologia.

Ribas Filho JM, Damin R, Furlan GF, Lobo GLA, Penido MS. Surgical treatment of Symptomatic Mesenteric cyst: case report. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2019;77(2):51-54.

ABSTRACT - INTRODUCTION: Mesenteric cysts are benign intraabdominal cystic masses, that arise from the mesentery. The symptoms are extremely unspecific. The division can be made in six types, each one with different subtypes: lymphatic-origin cysts, mesothelial-origin cysts, enteric-origin cysts, urothelial-origin cysts, mature cystic teratomas and non-pancreatic pseudocysts. There are various etiologies for mesenteric cysts. The diagnosis is made with an abdominal ultrasound or a CT scan. The treatment of such lesions must be surgical excision. The laparoscopic resection has better indications, due to the reduction of the patients pain levels and length of hospital stay, and expedited recovery. These patients have very good prognosis, because, except for mesothelial malignant cysts, all mesenteric cysts are benign, and the resection of such tumors is, usually, healing. CASE DESCRIPTION: Female patient, 24 years-old, with pain and “contractions” on the abdominal wall. The patient was treated surgically, with an exploratory laparotomy, with the resection of a mesenteric cyst. Upon cavity inspection, it was found: mesocolonic cyst around the middle portion of the ascending colon, not adhered to deep surfaces, with clear liquid content. The patient was discharged on the third post-operative day. The anatomopathological analysis showed: connective tissue segment with chronic lymphoplasmocytic inflammatory infiltrate, consistent with simple cyst wall. The caecal

appendix showed lymphoid follicular hyperplasia. CONCLUSION: Mesenteric cysts are rare pathologies, however, it should be considered as differential diagnosis for patients with abdominal masses. The diagnosis must utilize some type of imaging. The prognosis is good, and the treatment should be laparoscopic excision.

KEYWORDS - General Surgery, Mesenteric Cyst.

REFERÊNCIAS

1. 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(9):360. doi:10.12998/wjcc.v5.i9.360.
 2. Jain V, Demuro JP, Geller M, Selbs E, Romero C. A case of laparoscopic mesenteric cyst excision. *Case Rep Surg.* 2012;2012(Figure 2):594095. doi:10.1155/2012/594095.
 3. Tebala GD, Camperchioli I, Tognoni V, Noia M, Gaspari AL. Laparoscopic treatment of a huge mesenteric chylous cyst. *JSLs.* 2010;14(3):436-438. doi:10.4293/108680810X12924466007205.
 4. Diñçer M, Deñer KC, Senger AS, et al. Laparoscopic treatment of a mesenteric cyst. *Prz Gastroenterol.* 2016;11(2):143-144. doi:10.5114/pg.2015.55187.
 5. De Perrot M, Bründler MA, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts: Toward less confusion? *Dig Surg.* 2000;17(4):323-328. doi:10.1159/000018872.
 6. Liew SCC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric Cyst. *Aust NZ J Surg.* 1994;64:741-744.
-