

Cisto mesentérico: tratamento operatório

Mesenteric cyst – Surgical approach

Pedro Luiz Squilacci Leme¹, Darcy Lisbão Moreira de Carvalho¹, José Alberto Salinas²,
Caio Romeiro Bove², Otto-Michael Pius Höhne³, Arildo de Toledo Viana⁴

Resumo

Os cistos mesentéricos são tumores de múltiplas origens e sua incidência é maior do que a estimada nas publicações sobre o tema. O assunto merece maiores estudos, considerando-se que com frequência seu diagnóstico é difícil.

A ressecção de um cisto gigante do retroperitônio, de um homem com 39 anos é descrita. O diagnóstico foi feito pela tomografia abdominal, que revelou um tumor cístico e compressão extrínseca do ureter direito. A operação não teve complicações e o doente recebeu alta no quinto dia de pós-operatório.

Essas malformações benignas, quando ressecadas de forma adequada, se acompanham de um excelente prognóstico. Sua degeneração maligna pode ocorrer, mas geralmente esta doença é acompanhada de uma alta taxa de cura.

Atualmente, o tratamento operatório do cisto mesentérico pode ser realizado por laparoscopia, com pequena morbidade e hospitalização.

Descritores: Cisto mesentérico, Neoplasias abdominais

Abstract

The mesenteric cyst is a tumor of multiple origins that undoubtedly presents with greater frequency than that referred in published series. However the subject

deserves more consideration because they are frequently overlooked.

Resection of a giant retroperitoneal cyst in a 39-year-old man is described. The diagnosis was made by abdominal computed tomography, which revealed a large cystic tumor that was causing extrinsic compression of the right ureter. The hospital course was uneventful and the patient was discharged 5 days postoperatively.

Appropriate resection of those benign malformations is associated with an excellent long term prognosis. Malignant degeneration does occur but is usually associated with a high cure rate.

Currently, the surgical treatment of mesenteric cyst should be performed by laparoscopy, which offers significant advantages in terms of reduced morbidity and hospital stay.

Key Words: Mesenteric cyst, Abdominal neoplasms

Introdução

Os cistos mesentéricos são lesões císticas consideradas raras que podem se localizar entre os folhetos mesentéricos de todo o tubo digestivo.

Benevieni em (1507) descreveu pela primeira vez o cisto mesentérico ao realizar a necrópsia de um menino de oito anos. No século XIX, Rokitsky o descreveu com maiores detalhes em 1842 e em 1880, Tillaux realizou a primeira ressecção deste cisto com sucesso; desde então eram considerados raridades cirúrgicas (Moynihan, 1897), citados por Alves Júnior et al, 1994⁽¹⁾. Atualmente estima-se que sua frequência é maior do que a relatada na literatura⁽²⁾.

São encontrados em todas as idades, sendo descrita uma prevalência aproximada entre um relato para cada 27.000 ou 250.000 admissões hospitalares^(1,3), números estes muito diferentes, demonstrando a dificuldade de se estimar com precisão sua incidência, considerando que geralmente são publicados relatos de casos. No Hospital São Luiz Gonzaga, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em um período de nove anos, foi encontrado um doente

¹Mestre e Doutor - Cirurgia Geral - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

²Cirurgião do Hospital São Luiz Gonzaga

³Chefe do Serviço de Cirurgia do Hospital São Luiz Gonzaga

⁴Livre Docente - Professor de Técnica Cirúrgica - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia do Hospital São Luiz Gonzaga, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP.

Endereço: Pedro Luiz Squilacci Leme – telefone: 4330-1977. Av. Nações Unidas, 561 - ap. 52 - Bairro: Chácara Inglesa. São Bernardo do Campo – SP - CEP: 09726-110
E-mail: gorableme@uol.com.br

em 46.399 internações registradas.

O diagnóstico muitas vezes é difícil e uma dor abdominal referida pode ser confundida com doenças ginecológicas^(4,5) ou mesmo abdome agudo quando este se rompe⁽⁶⁾. O conteúdo do cisto também não apresenta características específicas ao ultra-som ou tomografia computadorizada⁽⁶⁾. Devido a seu tamanho, pode comprimir estruturas adjacentes e a remoção de outros órgãos pode ser necessária durante sua ressecção. A marsupialização ou sua drenagem na cavidade abdominal se acompanham

de alta incidência de recorrência⁽²⁾.

O objetivo deste estudo foi relatar as particularidades do tratamento de um único doente operado no Hospital, em um período de nove anos.

Relato de Caso

Homem de 39 anos, não obeso, sem doenças associadas, apresentava há cinco meses dor e aumento do volume abdominal, principalmente no flanco direito. A palpação abdominal mostrava um grande tumor de consistência elástica.

O ultra-som mostrou cisto homogêneo no flanco direito e a tomografia abdominal (Fig. 1) evidenciou cisto de paredes espessadas, com 11x12x15 cm, comprimindo posteriormente o músculo psoas, em contato com o rim direito e a cabeça do pâncreas. Havia dila-

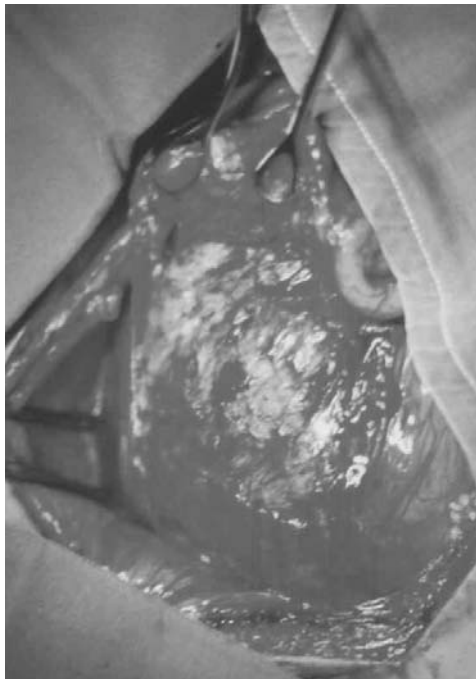


Figura 1 - Tomografia computadorizada evidenciando cisto mesentérico unilocular gigante.

tação pielo-calicial direita e a urografia mostrou retardo importante da eliminação de contraste por este rim.

Operado dia 24 de março de 1997, com anestesia epidural associada à geral inalatória, realizou-se inicialmente a cateterização por cistoscopia do ureter direito, com catéter "duplo J".

Foi usada a incisão mediana supra-umbilical, que evidenciou grande cisto com líquido citrino claro em seu interior, localizado entre os folhetos do mesentério do íleo terminal e cólon direito (Fig. 2).

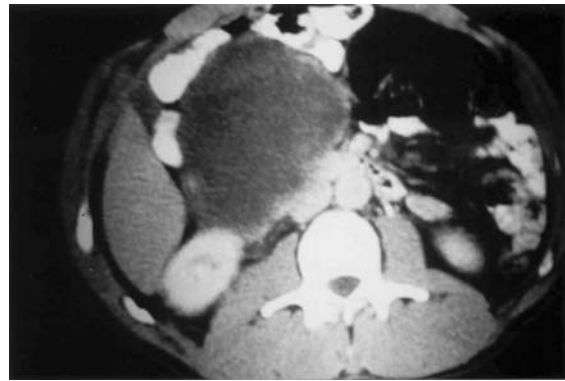


Figura 2 - Aspecto intra-operatório do cisto mesentérico.

Foi conseguida a exérese total do cisto, que comprimia a artéria e veia cólica direita, sem ressecção intestinal associada. O cisto encontrava-se firmemente aderido ao ureter direito, apêndice cecal e ao músculo psoas.

Realizou-se apendicectomia e foi drenada a área de descolamento do cisto. O doente recebeu cefoxitina® (profilática) e a alta foi dada no quinto dia de pós-operatório, o qual não apresentou intercorrências.

O diagnóstico histopatológico foi de cisto mesentérico com fibrose e inflamação crônica com células xantomizadas.

Discussão

Embora as causas dos cistos mesentéricos sejam desconhecidas, é bastante aceito que eles seriam malformações linfangiomatosas secundárias à proliferação de tecido linfático sem acesso à drenagem^(1,3), podendo conter líquido com características quilosas, dependendo da área do intestino delgado adjacente.

Os cistos mesentéricos e os linfangiomas císticos intra-abdominais são, do ponto de vista anatomo-patológico, distintos e esta diferenciação é importante, pois os linfangiomas podem ter características invasivas⁽⁷⁾.

Os cistos mesentéricos podem ser de origem: (A) embriológica ou de desenvolvimento (entéricos,

urogenitais, linfáticos, dermóides, etc.); (B) traumáticos ou adquiridos; (C) neoplásicos ou (D) infecciosos e degenerativos (micóticos, parasitários ou tuberculosos)⁽⁸⁾.

As neoplasias malignas são incomuns e representadas basicamente por linfangiomas, tendo sido descrito o linfangiossarcoma e o adenocarcinoma. O sarcoma é a forma usual de degeneração, porém com bom prognóstico.

Metade destes cistos ocorrem no mesentério do intestino delgado, principalmente do íleo, como ocorreu com o doente apresentado neste estudo, não sendo incomum o aparecimento de cistos múltiplos. Em um terço dos casos há envolvimento do intestino grosso.

Estima-se que só um quarto dos cistos aparecem em crianças⁽³⁾, mas as complicações associadas são observadas com maior frequência nesta faixa etária.

Podem apresentar quadros agudos⁽⁶⁾, na forma de abdome agudo obstrutivo ou inflamatório, na dependência das complicações que podem provocar no intestino. Pode haver hemorragia no interior do cisto ou seu rompimento, com irritação peritoneal.

Os cistos não complicados cursam como tumoração abdominal e dor, que aumenta agudamente quando há hemorragia no cisto. Raramente suas paredes podem se calcificar parcialmente e um número significativo de cistos provocam obstrução intestinal intermitente⁽³⁾.

O melhor tratamento, mesmo nos sarcomas, é sua enucleação⁽⁸⁾, quando o suprimento sangüíneo do intestino adjacente não é aderido ao cisto. Pode ser necessária a extirpação de órgãos intra-cavitários (pâncreas e baço), para permitir a ressecção do cisto ou a ressecção de um segmento intestinal pelo comprometimento dos vasos sangüíneos do mesentério^(2,7). Já se usou a drenagem externa e a marsupialização, que não são boas opções cirúrgicas⁽²⁾. A drenagem interna de fragmento do cisto em cavidade peritoneal livre, quando este aparece em porções onde os riscos de uma ressecção intestinal não são justificados já foi usada, mas sua excisão completa é necessária para evitar

recorrência e permitir o estudo anatomopatológico⁽⁶⁾.

A ressecção por laparoscopia surgiu na década de noventa, sendo uma nova opção para o tratamento operatório, com pequena morbidade^(6,9, 10).

A revisão do tratamento deste doente, permitiu avaliar o planejamento adequado e as dificuldades encontradas durante a operação, que implicaram na cateterização do ureter direito e os cuidados para evitar a lesão dos órgãos aderidos ao tumor e do pedículo vascular do cólon direito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves Júnior A, Maximiano L, Pires PWA, Birolini D. Cisto mesentérico. Rev Hosp Clin Méd Univ São Paulo 1994; 59:213-6.
2. Valdivia-Gómez GG. Quiste de mesenterio. [Revisión]. Rev Gastroenterol Mex 2003; 68:235-8.
3. Hardin WJ, Hardy JD. Mesenteric cysts. Am J Surg 1970; 119:640-5.
4. Hassan M, Dobrilovic N, Korelitz J. Large gastric mesenteric cyst: case report and literature review. [Review] Am Surg 2005; 71: 571-3.
5. Protopapas A, Papadopoulos D, Rodolakis A, Markaki S, Antsakis A. Mesenteric lymphangioma presenting as adnexal torsion: case report and literature review. J Clin Ultrasound 2005; 33:90-3.
6. Pisano G, Erdas E, Parodo G, Martinasco L, Pomata L, Daniele GM. Acute abdomen due to rupture of mesenteric mesenteric cysts. Observations on a clinical case and review of the literature. [Review] Minerva Chir 2004; 59: 405-11.
7. Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. Arch Surg 1985; 120:1266-9.
8. Walker AR, Putnam TC - Omental, mesenteric and retroperitoneal cysts: a clinical study of 33 new cases. Ann Surg 1973; 178:13-9.
9. Roll S, Azevedo JLMC, Campos F, Gorski W, Abdalla R, Azevedo OC. Ressecção de cisto mesentérico do tipo mesotelial por acesso videolaparoscópico. Rev Col Bras Cir 1996; 23:301-2.
10. Asoglu O, Igci A, Karanlik H, Kecer M, Ozmen V, Muslumanoglu M. Laparoscopic treatment of mesenteric cysts. Surg Endosc 2003; 17:832.

Data de recebimento: 20/10/2004

Data de aprovação: 11/05/2005