

## QUISTE LINFÁTICO DEL MESENTERIO

Dr. Luis M. Bosch del Marco

Los quistes del mesenterio no son de observación frecuente, menos aún aquellos de naturaleza quilífera.

Martín J. Loeb, en 1941 (Bronx Hosp.) describe un caso de quiste mesentérico, el único registrado sobre un total de 105.000 pacientes internados.

El hecho de haber tenido que intervenir a un enfermo portador de esta afección, me ha inducido a publicar el caso y recordar algunas consideraciones de orden quirúrgico, sin otro fin que el del interés casuístico.

**HISTORIA CLÍNICA.** — El 22 de abril de 1944, el señor M. M., yugoeslavo, obrero, de 22 años de edad, residente en el Cerro me consulta por una tumoración de abdomen.

Hace notar que desde hace 2 meses palpa en su vientre una tumoración, del tamaño de una mandarina, situada en el hemiventre inferior, sumamente móvil, que no le ha provocado ningún trastorno funcional a pesar de comprobar el aumento progresivo de su volumen. Consulta médico quien dispone su ingreso a un servicio de cirugía.

Nada de particular hay en sus antecedentes personales y familiares.

Al examen físico, se comprueba con un buen estado general, un abdomen que se moviliza bien con la respiración, simétrico, sin deformación alguna. La palpación acusa la existencia de una tumoración del tamaño de una naranja, a superficie lisa, de consistencia firme que se desplaza con gran facilidad en todos los sentidos. A la percusión es sonora. Las maniobras de exploración no despiertan dolor alguno. Borde inferior de hígado palpable, sin deformaciones. Borde superior se percute en quinto espacio intercostal, a nivel de la línea axilar anterior. Tacto rectal negativo. Nada se percibe por el Douglas. Semiológicamente no se comprueban alteraciones de su tórax.

**EXAMENES DE LABORATORIO.** — *Radioscopia de hígado:* Sombra hepática algo aumentada en su volumen. Contornos normales. Cúpulas diafragmáticas sin deformaciones que se movilizan bien.

*Radioscopia de tórax:* normal.

*Radioscopia gastrointestinal:* estómago y duodeno sin alteraciones. Tránsito intestinal: la comida opaca llena el intestino delgado en tiempo y forma normales. No se hace placa por imposibilidad del momento.

Reacción de Cassoni: negativa.

Exámenes corrientes de clínica: urea, Wassermann y orina: normales.

*Sangre:* Glóbulos rojos: 4.100.000. Hemoglobina: 83 %; Valor globular:

101. Neutrófilos: 78 %; Basófilos: 0 %; Eosinófilos: 2 %; Monocitos: 4 %; Linfocitos: 12 %; Reacción de Weimberg: negativa.

Con diagnóstico de tumoración benigna del abdomen, a localización epiploica se procede a la intervención, creyendo se tratara de un quiste hidático. Intervención: Doctor Bosch, ayuda el Doctor Risi.

Raquianestesia, 0,09 de novocaína.

Laparotomía paramediana transrectal. Se explora introduciendo la mano dentro del vientre y se exterioriza la masa tumoral implantada en el mesen-

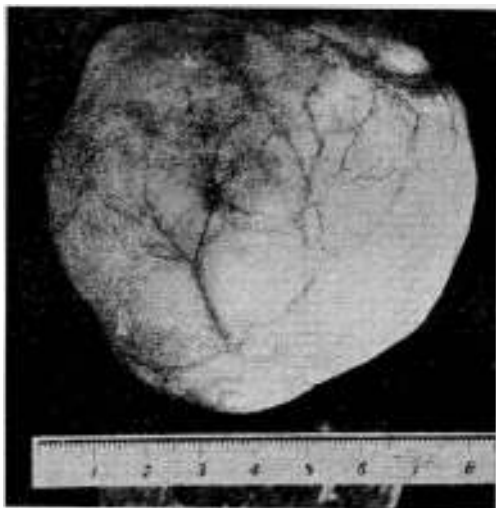


FIG. 1.  
Quiste mesentérico extirpado — de 8 cms. de diámetro — arborizaciones vasculares en su cubierta.

terio, a nivel del borde intestinal, adherente al yeyuno por intermedio de adherencias laxas que se liberan fácilmente. El volumen de la tumoración es el de una naranja, redondeada a consistencia quística, blanco amarillenta, con arborizaciones vasculares en su pared. Se incide la serosa por encima de la tumoración y se le enuclea con toda facilidad. No se observan modificaciones del asa yeyunal contigua. Cierre por puntos separados de la serosa mesentérica. La exploración hepática y de órganos vecinos es negativa.

Post-operatorio: sin incidentes.

Alta en perfectas condiciones al décimo día.

EXAMEN DE LA PIEZA. — *Caracteres macroscópicos*: tumoración redondeada, de coloración blanco amarillenta, con arborizaciones vasculares a su alrededor, de ocho centímetros de diámetro. De consistencia quística.

Abierta la pieza se extrae el contenido cuyos caracteres eran los de una sustancia cremosa semilíquida. Por razones ajenas a nuestra voluntad, no nos fué posible, hacer realizar el estudio químico del mismo.

Verificado el corte, fué posible observar, en su interior, la presencia de formaciones membranas que tabicaban su luz.

EXAMEN MICROSCOPICO. — Se hicieron las siguientes técnicas: hematoxilinas-eosinas; hematoxilinas-Sudan III; Van Gieson y ovelina según Taenzer-Unna.

El estudio microscópico de la pared quística revela que está constituida de la siguiente manera:

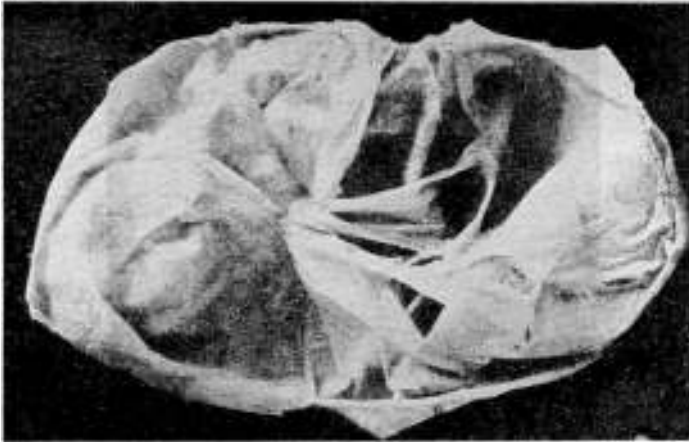


FIG. 2.

Abierto el quiste, se puede apreciar la presencia de formaciones membranas en su interior tabicando su luz.

1. Por fuera una delgada túnica de tejido conjuntivo muy laxo, en parte sobrecargada de grasas.

2. Más adentro una capa de tejido conjuntivo, que forma la mayor parte de la pared y que en algunas zonas llega a tener un espesor de 6-8 milímetros (punto de donde irradian la mayor parte de los tabiques internos de la cavidad).

El tejido conjuntivo se dispone por fuera en largos fascículos paralelos y compactos haciéndose más laxo y reticulado en la parte interna. Hay además regular cantidad de vasos sanguíneos de estructura sencilla y llenos de glóbulos.

Llama la atención la abundante infiltración linfática difusa y alrededor de los vasos, así como la presencia de numerosos nódulos de tejido adenoideo, con el aspecto de folículos linfáticos, dispuestos sobre todo en la parte externa de la pared. No se han encontrado fibras elásticas o musculares.

3. Hacia adentro, se encuentra un revestimiento de células xantelámicas a múltiples estratos.

Se trata de células grandes, de forma redonda u ovalar, con un núcleo pequeño, central y un protoplasma lleno de vacuolas claras que le dan un aspecto en espumadera. Estas vacuolas corresponden a inclusiones de subs-

tancia grasa, como lo demuestra la técnica de detección hecha en cortes congelados que no han sufrido la acción disolvente de los reactivos utilizados en la inclusión parafinada.

En muchas de estas células se reconoce perfectamente, a pesar de su carga grasosa el citoplasma y núcleo. Pero en otras es tal la cantidad de grasa que sólo queda de la célula su contorno, transformándose en una verdadera vesícula de grasa.



FIG. 3.

Técnica Hematoxilina - eosina

1. Por fuera una delgada túnica de tejido conjuntivo muy laxo, en parte sobrecargada de grasas.
2. Capa de tejido conjuntivo que forma la mayor parte de la pared, dispuestos en fascículos paralelos compactos, y haciéndose más laxo y reticulado en la parte interna. Vasos, infiltración linfática y nódulos de tejido adenoideo.
3. Hacia adentro, vese un revestimiento de células xantelásmicas.

Algunas de ellas se rompen y vuelcan su contenido en la luz de la cavidad.

El mismo aspecto presentan las células de los tabiques del interior del quiste dispuestas alrededor de ejes conjuntivos salidos de la pared propia.

Corresponde en consecuencia a una formación quística con la estructura descrita por Hertzler en los quistes linfáticos del peritoneo.

**Resumen.** — Se trata de un paciente de 22 años, que reconoce en su abdomen una tumoración que ha aumentado de volumen en forma progresiva, sin ocasionarle molestias. Móvil, del tamaño de una naranja. No altera su estado general y no se acompaña de alteraciones biológicas ni radiográficas alguna. En la

intervención, se comprueba que se trata de una tumoración quística del mesenterio, adherente al yeyuno, del cual se separa fácilmente y que se enuclea del mismo modo. Su estudio histológico revela tratarse de un quiste linfático.

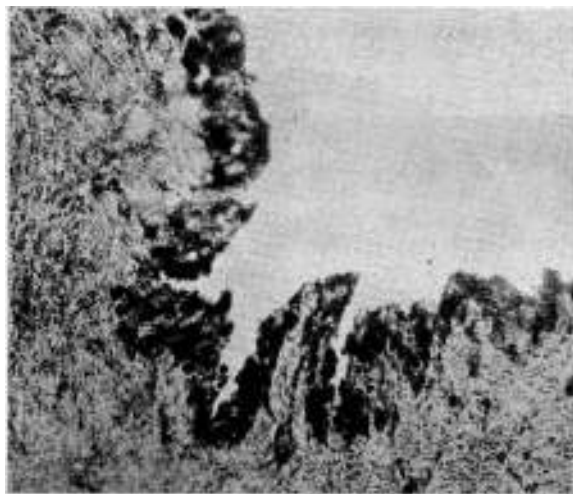


FIG. 4.

Hematoxilina - Sudán III

Revestimiento interno de la pared del quiste, formado por un conjunto de células xantelásmicas a múltiples estratos.

**Consideraciones.** — La cavidad abdominal es el lugar de elección para el desarrollo de colecciones líquidas de asiento variable, algunas de etiología conocida, como la de los quistes parasitarios, otros de patogenia conocida como la de los quistes del ovario, quistes glandulares del páncreas, etc. Pero hay otro grupo de topografía y dimensiones diversas que se caracterizan por tener una membrana propia, de contener un líquido seroso y de ser únicos frecuentemente; que evolucionan sin signos funcionales de importancia, durante cierto tiempo y ser de patogenia discutida. Es de ellos que nos ocuparemos.

Son reconocidos por algunos autores como verdaderos quistes de origen embriológico, proliferativos al mismo tiempo por la estructura de sus paredes.

Desde hace ya muchos años se han consignado casos; los de Benevieni de Florencia, Morgagni, Pean, Porta; Jean Gautier en su tesis de 1927 sobre los quistes serosos del abdomen dice que ellos fueron estudiados en 1840 por Rokitanski, quien los estudió

desde el punto de vista de la anatomía patológica macroscópica y Potain en 1860 los interpreta como de origen linfático. Posteriormente al período antiséptico las observaciones se hacen numerosas. El mismo autor en una estadística de 62 casos señala la cifra de 18 con localización mesentérica; 19 retroperitoneales, 6 del gran epiplón, 5 del mesocolon transversal, 4 del útero, 2 en

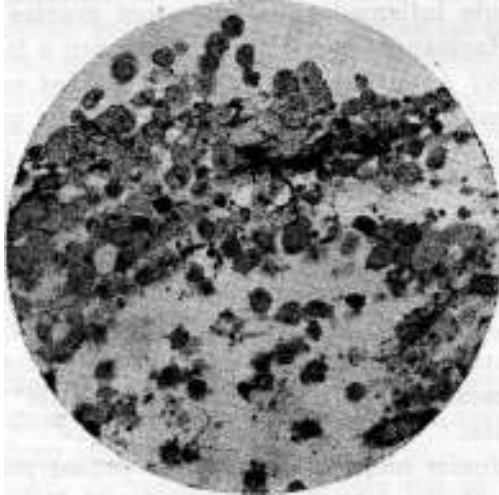


FIG. 5.

Van Gieson y ovelina (Taenzer - Unna)  
Células xantelásmicas, grandes, redondeadas, con protoplasma en espumadera, las vacuolas corresponden a inclusiones de sustancia grasa. Algunas constituyen verdaderas vesículas de grasa y se muestran estalladas.

cápsulas suprarrenales, 2 del páncreas, mesocolon pelviano, próstata, bazo, ligamentos anchos.

Las dimensiones varían desde el tamaño de un huevo o menores aún, hasta tumores voluminosos que distienden el abdomen, provocando trastornos de compresión. Weichbaum señala un caso de enormes quistes de las siguientes dimensiones:  $23 \times 29 \times 76$  cms. cada uno. Sea cual sea su tamaño estos quistes se rodean de tejido celular condensado en su periferia que le constituye un plano de clivaje.

Los quistes linfáticos asumen generalmente una forma redondeada u ovalar. Cadenat menciona uno en forma de un riñón, con un borde interno excavado. Vautrin señala uno en masa poliquística.

Se presentan indistintamente en ambos sexos; Gildermeister en 44 observaciones señala 26 en mujeres; Braquehay en 5 casos reconoce 4 en mujeres. Del análisis de las estadísticas se deduce que aparecen con más frecuencia en la gente joven, mismo por debajo de 30 años.

Es discutida su patogenia. Potain en su tesis de agregación describió el origen linfático por distensión de ganglios linfáticos crónicamente inflamados; se reconocen gracias a las células linfáticas que tapizan su pared y que responden a la cortical ganglionar. En 1907 Augagner y Duval dicen que las adenitis sufren a veces la transformación quística. Timbal afirma que la oclusión de un vaso quilífero origina várices quilíferas y quistes luego. Kostlivy supone el mismo origen. Tilger presenta un caso de linfoectasia alrededor de una úlcera gástrica en el que pudo demostrar la causa de obstrucción. Muchos autores admiten el factor de obstrucción linfática para explicar el origen de los quistes: Hlava, Ribbot, Virchow. En 1926, Latarjet y Gabrielli observan experimentalmente la distensión de los vasos quilíferos separando las hojas del mesenterio, "retención por obstáculo" y admiten el origen congénito.

Prutz y Monier niegan este modo de pensar por el hecho de que las abundantes anastomosis de las vías linfáticas permitirán derivar la corriente de la linfa por algún conducto. Dowd ha comprobado que la obliteración del conducto torácico no formaba ningún quiste, sin embargo no se rechaza totalmente la hipótesis de que la estasis pueda tener alguna influencia en el proceso.

Henschen y Klemm nos dicen que por la estructura recuerdan a las de los quistes linfáticos de cuello, axila y mismo semejantes a la de los riñones poliquísticos de origen congénito quizás por anomalías. Esto justificaría el hecho de que se observen en gente joven.

Frossard y Lecène dicen serían linfoangiomas que por hiperplasia de los vasos linfáticos se transforman en quistes quilíferos. La teoría congénita por inclusión de los canales de Wolf y Muller las comparte Comby.

Caeiro en la Argentina los explica por obstrucción linfática provocada por el exceso de colessterina del quilo que formaría verdaderos trombos de cristales.

El contenido es variable: lechoso, "quilífero", mixto o hemático, éste se explica por adición de sangre a cualquiera de los quistes. A veces pueden hallarse agujas de colessterol.

**Caracteres histológicos.** — Se dicen que son proliferativos por la estructura de sus paredes. En ellas se ve una envoltura externa de tejido conjuntivo y vasos, una media con elementos elásticos y linfáticos que señalan su naturaleza etiológica. Una interna con células en estratos.

El tejido linfático imbebe a veces al tejido muscular; los vasos frecuentemente se rodean de células; las células endoteliales se presentan en estratos lo que quizás sucediera por procesos de exfoliación. Klemm pensó que eran células gigantes.

Estos quistes pueden presentar variadas evoluciones anatómicas: hemorragias intraquísticas, infectarse en la vecindad del tractus digestivo o en el curso de una infección; fusionarse a órganos vecinos; sufrir torsiones, comprimir los vasos, a este respecto Delageniére señala un quiste cubierto por una vena gruesa del tamaño de un pulgar con estasis, llegando a comprimir el intestino.

Terrier y Lecéne describen la malignización.

**Cuadro clínico:** Pueden presentarse en variadas formas:

- a) Ausencia de síntomas por latencia en su evolución.
- b) Hallazgo casual del tumor.
- c) Aumento de volumen perceptible por el paciente.
- d) Tironeamientos y manifestaciones dolorosas correspondientes.
- e) Trastornos digestivos y urinarios.
- f) Empujes inflamatorios con reacción peritoneal.
- g) Cuadro agudo de vientre; casos de torsión de un asa

alrededor de un quiste (observaciones de Fertig y Bridon). Poco frecuentes; simulan cuadros clínicos de apendicitis, oclusión, etc.

En suma: evolución silenciosa, pueden tener traducción clínica ruidosa por ruptura (rara) supuración o compresiones de vecindad. Realmente no tienen síntomas propios.

Signos físicos del tumor, fuera de las complicaciones: son tumores lisos y regulares en general; movilidad exagerada a veces en sentido trasversal o vertical (como el de la presente observación). Siguen al diafragma en ciertas ocasiones. Se independizan de él más comúnmente. Los pequeños y los de tamaño mediano se admite tienen la sonoridad intestinal por delante. El crecimiento los hace modificar en estos caracteres. No tienen traducción radiográfica característica. Las reacciones de laboratorio complementarias carecen de valor diagnóstico.

Se diferenciarán estos quistes de los tumores abdominales en general, planteándose los diagnósticos diferenciales según el asiento topográfico y grado de evolución.

El tratamiento será quirúrgico y adecuado a cada caso. En el presente la exeresis pudo hacer con suma facilidad como se expresa en la descripción operatoria. Pero se describen casos en los que ella ha sido imposible, debiendo proceder cada cirujano en consecuencia a lo que observe sobre el estado del quiste, de los vasos y de la pared intestinal vecina. Se citan así en la literatura casos de resección intestinal, de marsupialización del quiste, etc.

### Resumen

Se presenta una observación en un paciente de 22 años portador de una tumoración abdominal que no le provoca trastorno alguno funcional. Dadas las características clínicas de la misma se piensa pueda tratarse de un quiste hidático de epiplón. La intervención permite apreciar el asiento mesentérico de un tumor quístico cuyo estudio demostró ser de naturaleza linfática.

El bachiller Juan Medoc, ha realizado el estudio histológico, microfotografías y diapositivos que documentan esta publicación. Va hacia él mi más expresivo agradecimiento por su valiosa colaboración.

### BIBLIOGRAFÍA

- ALLENDE (C.). — Quistes del mesenterio. *Prensa Médica Argentina*. 1922, página 341.
- BOCLA (I.), LO GERNO y MORISCO. — Sobre un caso de quiste linfático del mesenterio. *Semana Médica*. 1936, página 1371.
- CAEIRO (J.). — Contribución al estudio de los quistes quilíferos del mesenterio. Buenos Aires, 1944.
- CARTER, CHOLMOK y MARKMAN. — Retroperitoneal multilocular Chy-langma Gyst with calcification. *The American Journal of Surgery*. 1941.
- DESGOUTTES y RICARD. — Quistes del mesenterio. *Journal de Chirurgie*. Setiembre 1928, página 269.
- GAUTIER (J.). — Contribución al estudio de los quistes serosos del abdomen, 1927.
- HERTZLER (A. E.). — El peritoneo. 1921.
- JACHMAN. — *British Medical Journal*. Noviembre 1936.
- LOEB (M. J.). — *Annals of Surgery*. Octubre 1941.
- MIRIZZI. — *Bol. y trabajos Soc. de Cirugía de Buenos Aires*. Nov. 15-1939.
- PARSONS. — *Annals of Surgery*. Abril 1936. Vol. 103.
- RANKIN. — *Surgery, Gynecology y Obstetrics*. Mayo 1932.
- ROLLER. — *Surgery, Gynecology y Obstetrics*. Junio 1-935.
- WARFIELD. — *Annals of Surgery*. Set. 1932.