



---

---

**RELATO DE CASO**

---

---

**QUISTO MESENTÉRICO – UMA RARIDADE****MESENTERIC CYST – A RARITY**

Ana F. Costa<sup>1</sup>  
Fábio Almeida<sup>2</sup>  
Rui Ferreira<sup>3</sup>  
Teresa Alfaiate<sup>4</sup>  
Fernando Ferraz<sup>5</sup>  
Amélia Pereira<sup>6</sup>

**RESUMO**

Os quistos mesentéricos são tumores intra-abdominais raros, com uma incidência descrita de 1/100 000 a 1/250 000 admissões hospitalares por dor abdominal. Localizam-se no mesentério do duodeno ao reto, principalmente no íleo. Os sintomas associados a estas massas não são específicos e a maioria dos casos são assintomáticos, sendo descobertos incidentalmente por exames de imagem ou durante exploração cirúrgica abdominal. O tratamento consiste na excisão cirúrgica e o diagnóstico é histológico. Apresenta-se o caso de um homem de 92 anos, internado num Serviço de Medicina Interna, que realizou uma angiotomografia axial computadorizada abdominal que permitiu visualizar em localização sub-hepática uma lesão quística compatível com um quisto entérico de grandes dimensões constituído por 2 locas, sem comunicação, separadas pela vesícula biliar.

**Descritores:** Quisto Mesentérico. Neoplasias abdominais. Dor abdominal.

**ABSTRACT**

Mesenteric cysts are rare intra-abdominal tumors, with a reported incidence of 1/100 000 to 1/250 000 hospital admissions. They are located in the mesentery from duodenum to rectum, mainly in the ileum. The symptoms associated aren't specific and most cases are asymptomatic, being discovered incidentally during imaging tests or abdominal surgery. The treatment is the excision of the cyst and the diagnosis is histological. We describe a case of a 92 years old man, admitted to the internal medicine service, which performed a computed tomography angiography that showed an infra hepatic cyst lesion compatible with an enteric multi-locular cyst, divided by the gallbladder.

**Key words:** Mesenteric Cyst. Abdominal neoplasms. Abdominal pain.

---

<sup>1</sup>Interna de formação específica de Medicina Interna. E-mail: asf.costa@hotmail.com

<sup>2</sup>Interno de formação específica de Medicina Interna. E-mail: fabiodiogorebeloalmeida@gmail.com

<sup>3</sup>Interno de formação específica de Medicina Interna. E-mail: ruisilvferreira@gmail.com

<sup>4</sup>Assistente graduada de Medicina Interna. E-mail: mariateresaalfaiate@gmail.com

<sup>5</sup>Assistente graduado sénior de Medicina Interna. E-mail: ffsousa.1@gmail.com

<sup>6</sup>Assistente graduada sénior de Medicina Interna e Directora do Serviço de Medicina Interna. E-mail: ameliapereira@gmail.com



## INTRODUÇÃO

Os quistos mesentéricos são tumores intra-abdominais raros, sendo responsáveis por 1/100 000 a 1/ 250 000 das admissões hospitalares.<sup>[1 - 9]</sup> Localizam-se entre os folhetos do mesentério do duodeno ao reto, principalmente no íleo.<sup>[1-6]</sup> São classificados com base na histopatologia em cistos de origem linfática, mesotelial, entérica, urogenital, teratomas maduros ou pseudoquistos.<sup>[1-3]</sup> Os sintomas associados a estas massas não são específicos, sendo na maioria dos casos assintomáticos e descobertos incidentalmente por exames de imagem ou durante exploração cirúrgica abdominal.<sup>[1-6]</sup> O tratamento de primeira linha é a ressecção cirúrgica e o diagnóstico definitivo é feito por um exame histológico do quisto.<sup>[6-10]</sup>

## CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso de um doente do gênero masculino, de 92 anos, caucasiano, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e provável aspiração alimentar.

Era um doente alectuado crônico, institucionalizado num lar, com antecedentes de hipertensão arterial, litíase biliar, síndrome vertiginosa e acidente vascular cerebral há 10 anos. Medicado habitualmente com ácido acetilsalicílico 150 mg/dia, Ramipril 2.5 mg/dia, Beta histina 16mg/dia, GingkoBiloba 40mg 2 vezes/dia, Trepibutona 20mg/dia.

O doente encontrava-se vigil, pouco comunicativo, não colaborante, normotenso e normocárdico, polipneico com saturações de oxigênio de 86% em ar ambiente, com roncospersos e crepitações bibasais à auscultação pulmonar. No exame abdominal apresentava abdômen mole e depressível, indolor à palpação, sem massas palpáveis. Analiticamente tinha hemoglobina de 13.4 g/dL, sem leucitose, mas com neutrofilia, com aumento das transaminases hepáticas e da bilirrubina direta e indireta, com função renal dentro da normalidade e PCR de 180.61 unidades. A gasometria em ar ambiente demonstrava hipoxemia. A radiografia torácica revelou um infiltrado intersticial difuso e aumento do índice cardiotorácico.

O doente foi internado no Serviço de Medicina por Pneumonia de Aspiração com hipoxemia, iniciando antibioterapia com Piperacilina e Tazobactam. Colocou-se sonda nasogástrica por disfagia e engasgamento fácil, sonda vesical por úlcera sagrada de grau 2 e iniciou oxigenoterapia.

No 5º dia de internamento, por agravamento clínico com vários picos febris e agravamento analítico com aumento dos parâmetros inflamatórios, associou-se empiricamente gentamicina ajustada à função renal e realizou-se urocultura e exame bacteriológico da expetoração. A urocultura não teve crescimento bacteriano e o exame bacteriológico da



expectoração (EBE) revelou flora mista.

Após terminar o ciclo de antibioterapia, o doente voltou a ter febre, com elevação dos parâmetros inflamatórios e agravamento do estado geral, o que motivou o início de antibioterapia com vancomicina, com dose adaptada à *clearance* da creatinina e ajustada à vancomicinémia. Pediu-se novo EBE e hemoculturas, que revelaram flora mista e ausência bacteriana, respetivamente.

O doente melhorou clínica e analiticamente, permanecendo apirético, com regressão dos parâmetros inflamatórios, sem aparente dor à palpação abdominal e sem necessidade de oxigenoterapia.

Ao 18º dia de internamento iniciou um quadro de aparente dor abdominal, com fácies de dor e movimentos de retirada durante a palpação abdominal. O abdómen mantinha-se com ruídos hidro-aéreos presentes, mole e depressível e sem massas palpáveis. O doente realizou neste contexto uma Ecografia Abdominal que identificou uma formação quística de textura complexa com cerca de 10 cm de maior diâmetro, em íntima relação com o pâncreas.

Pediu-se uma angiotomografia axial computadorizada (angio-TC) abdominal para complementar o estudo, que revelou em localização sub-hepática uma lesão quística constituída por 2 locas, sem comunicação, separadas pela vesícula biliar, medindo a medial 8.9cm e a lateral 4,7 cm de maior eixo. (**Fig. 1 e 2**) A lesão tinha parede fina e regular, sem septos ou vegetações e sem realce após contraste. Tinha conteúdo hídrico e homogéneo. A loca medial apresentava íntima relação com a convexidade do arco duodenal e a local lateral com o ângulo hepático do cólon, o que condicionava desidratação fecal localizada e espessamento parietal difuso do cólon pelos efeitos mecânicos da proximidade da lesão quística. Observou-se ainda um repuxamento de vasos mesentéricos da linha média para o ângulo hepático do cólon. Considerou tratar-se de um quisto entérico que sofreu herniação ou isquemia.

Por este motivo pediu-se a colaboração da Cirurgia Geral para avaliar o doente. Esta considerou que o doente não tinha um quadro de abdómen agudo e que não reunia condições para ser submetido a cirurgia, pelas comorbilidades e mau estado geral.

Por se encontrar clinicamente estável, em apirexia sustentada, sem necessidade de oxigenoterapia o doente teve alta para a instituição onde residia após 24 dias de internamento.

## DISCUSSÃO

Os quistos mesentéricos são raros e ocorrem aproximadamente em 1/100 000 a 1/250 000 admissões hospitalares.<sup>[1-9]</sup> Existem menos de mil casos descritos na literatura e a primeira descrição desta patologia foi em 1507.<sup>[1, 3, 4]</sup>



Várias teorias tentam explicar a etiologia dos quistos mesentéricos, sendo as mais aceitas que os quistos surgem de erros no posicionamento de ilhéus linfáticos, que proliferam sem acesso a locais de drenagem; obstrução mecânica ou trauma dos linfáticos; falência na fusão dos folhetos do mesentério ou formação de divertículos intestinais que crescem no mesentério e posteriormente se fecham.<sup>[1-5]</sup>

A classificação dos quistos mesentéricos é controversa, no entanto, uma das classificações propostas baseia-se nas características histopatológicas e divide-os em seis tipos: quistos de origem linfática (linfangioma e quisto simples); quistos de origem mesotelial (quisto simples, mesotelioma quístico benigno e maligno); quistos de origem entérica (quisto de duplicação entérica e quisto entérico); quisto de origem urogenital; quistos dermóides (teratoma maduro) e pseudoquistos (infeciosos e traumáticos).<sup>[1-5]</sup>

O caso do doente apresentado insere-se nos quistos de origem entérica e provavelmente formou-se a partir de um divertículo intestinal que cresceu no mesentério e se tornou fechado. Localiza-se na região do duodeno e do cólon direito, o que está de acordo com a literatura, visto que, os quistos mesentéricos podem ocorrer do duodeno ao reto, sendo mais frequentes no íleo. Podem ser quistos uni ou multiloculados, o seu tamanho pode variar desde 2 a 35 cm e o seu conteúdo pode ser quiloso, seroso ou hemorrágico. Neste caso o conteúdo tem densidade hídrica e é multiloculado, com um tamanho dentro dos valores descritos.<sup>[3-5, 8]</sup>

É de salientar que estes quistos não exibem uma apresentação clínica típica, sendo a maioria assintomáticos e encontrados incidentalmente em exames imagiológicos ou durante procedimentos cirúrgicos. No entanto, podem ter uma apresentação aguda ou crônica. Alguns doentes têm queixas abdominais não específicas como dor e distensão, por vezes associadas a obstipação, diarreia ou vômitos. Outros têm um quadro compatível com abdômen agudo por complicações associadas com o quisto, como obstrução por compressão do intestino adjacente, vôlvulo, hemorragia, infecção ou ruptura.<sup>[1-4, 6, 8, 10]</sup> Este doente não tinha capacidade de expor os sintomas e queixas algicas, no entanto aparentemente tinha dor abdominal à palpação. Por este motivo, permanece a dúvida se o doente se enquadra nos doentes assintomáticos ou se tinha queixas de dor abdominal. Além disso, pela imagiologia o doente poderá ter uma complicação do quisto – isquemia ou herniação, que não se conseguiu avaliar melhor por o doente não ter condições cirúrgicas.

A avaliação dos doentes com quistos do mesentério é feita pela história clínica, exame físico, investigação analítica e imagiológica. As técnicas radiológicas permitem localizar a massa, definir o tamanho, a natureza e a relação com os órgãos adjacentes. A radiografia pode mostrar uma massa não calcificada, os exames baritados podem revelar obstrução ou duplicação



entérica. Na ecografia abdominal a presença de uma massa oval avascular deve levar o clínico a considerar a hipótese de quisto do mesentério. A tomografia computadorizada (TC) abdominal é neste momento o exame de escolha para a avaliação destas lesões.<sup>[3-5,10]</sup>No caso descrito o doente não apresentava no exame físico nenhuma alteração aparente, no entanto, analiticamente tinha os valores da função hepática alterada o que levou ao pedido da ecografia abdominal e à descoberta incidental de um quisto de 10 cm. Não se realizaram alguns dos exames de imagem descritos como úteis para identificar a lesão pela TC abdominal ser o exame de eleição para a avaliação destas lesões, permitindo uma melhor visualização do tamanho, localização e relação com as estruturas adjacentes.

O tratamento de eleição para esta entidade é a excisão cirúrgica, para evitar as complicações e a recorrência dos quistos e o diagnóstico é feito pela confirmação histológica da peça cirúrgica.<sup>[3-4, 6-10]</sup>O caso tem interesse académico pela raridade de casos na literatura e por esta entidade ser um dos diagnósticos diferenciais de massas quísticas abdominais de grandes dimensões.

## REFERÊNCIAS

1. Magno-Junior C, Batista CA, Leite GF, et al. Cisto mesentérico: relato de caso e revisão de literatura. *Arq Bras Cir Dig*. 2012 Apr-Jun;25(2):137-8.
2. Bhullar JS, Orfanou P. The disappearing abdominal mass: mesenteric pseudocyst. *JLS*. 2014 Apr-Jun;18(2):319-22. doi: 10.4293/108680813X13753907290991.
3. Santana WB, Poderoso WLS, Alves JAB, et al. Cisto mesentérico: aspectos clínicos e anatomopatológicos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2010 37(4), 260-264. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912010000400004>
4. Tan JJ, Tan KK, Chew SP. Mesenteric cysts: an institution experience over 14 years and review of literature. *World J Surg*. 2009 Sep;33(9):1961-5. doi: 10.1007/s00268-009-0133-0.
5. Pithawa AK, Bansal AS, Kochar SPS. Mesenteric cyst: A rare intra-abdominal tumour. *Medical Journal, Armed Forces India*. 2014;70(1):79-82. doi:10.1016/j.mjafi.2012.06.010
6. Bolukbas FF, Bolukbas C, Furuncuoglu Y, et al. Large abdominal cystic masses: Report of seven cases. *J Pak Med Assoc*. 2016 Feb;66(2):226-8.
7. Yoshimitsu M, Emi M, Miguchi M, et al. Single-incision laparoscopic excision of a chylous mesenteric cyst: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2016;29:254-257. doi: 10.1016/j.ijscr.2016.11.029.
8. Rajendran S, Khan A, Murphy M, O'Hanlon D. The diagnosis and treatment of a symptomatic mesenteric cyst. *BMJ Case Rep*. 2014 May 8;2014. pii: bcr2013202410. doi: 10.1136/bcr-2013-202410.

9. Dinçer M, Değer KC, Senger AS, et al. Laparoscopic treatment of a mesenteric cyst. *Prz Gastroenterol.* 2016;11(2):143-4. doi: 10.5114/pg.2015.55187

10. Pisano G, Erdas E, Parodo G, Martinasco L, Pomata M, Daniele GM. [Acute abdomen due to rupture of mesenteric cysts. Observations on a clinical case and review of the literature]. *Minerva Chir.* 2004 Aug;59(4):405-11

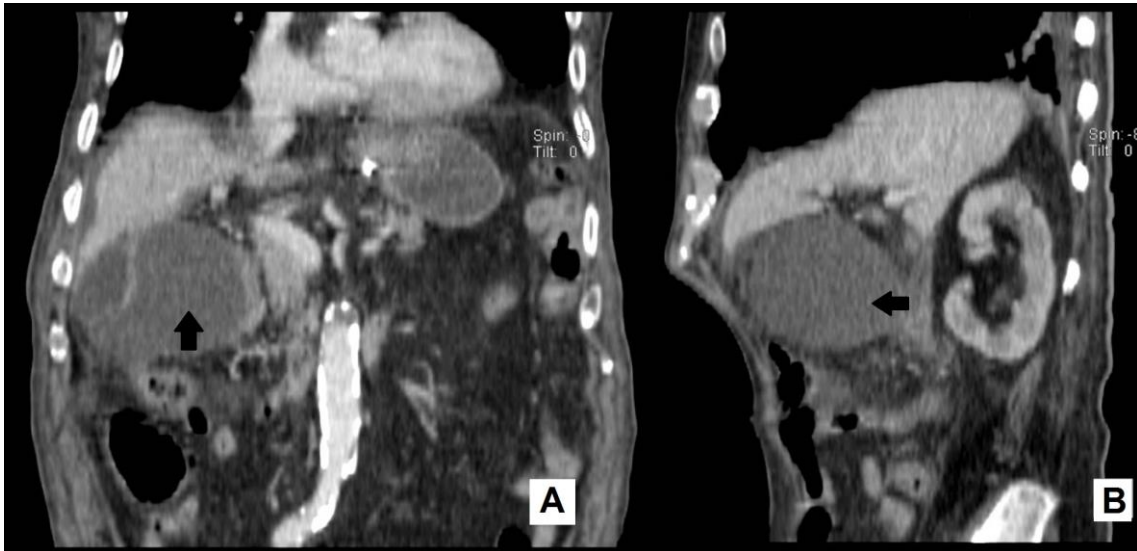
## FIGURAS

**Figura 1** : Corte axial da angiotomografia axial computadorizada. Visualiza-se a lesão quística. (setas) constituída por 2 locas, sem comunicação, separadas pela vesícula biliar (asterisco).



Fonte: Dados da pesquisa.

**Figura 2:** Corte longitudinal (A) e sagital (B) da angiotomografia axial computadorizada. Visualiza-se a lesão quística (setas).



Fonte: Dados da pesquisa.