

27. Dobell C. the amoebae living in man. A zoological monograph. Londres: John Bale, Sons & Danielsson; 1919.
 28. Cosar C, Julou L. Activitiè de 1'(hydroxy-2-ethyl)-1-methyl-2-nitro- 5-imidazole (8.823R.P.) vis-a-vis des infections expérimentales à Trichomonas vaginalis. Ann Inst Pasteur (Paris). 1959;96:238-41.
 29. Cosar C, Ganter P, Julou L. Etude experimentale du metronidazole (8823 RP). Activités trichomonacide et amoebicide Toxicité et propriétés pharmacologiques generales. Prese Medica. 1961;69:1069-72.
 30. Powell SJ, MacLeod I, Wilmot AJ, et al. Metronidazole in amoebic dysentery and amoebic liver abscess. Lancet. 1966;2:1329-31.
 31. Powel SJ. Therapy of amebiasis. Bull NY Acad Med. 1971;47:469-77.
 32. Sepúlveda B. Hemagglutination and precipitation reactions with axenic amebic antigen in invasive amebiasis. Arch Invest Med (Mex). 1970;1 Suppl:111-6.
 33. Sepúlveda B. Progress in amebiasis. Scand J Gastroenterol. 1982;77:153-64.
 34. Pérez-Tamayo R. Amibiasis hepática. Rev Gastroenterol Mex. 2006;71 Supl 2:47-72.
 35. Escandón-Romero C, Treviño N, Escobedo J, et al. La amibiasis y el absceso hepático amibiano en México, un problema de salud pública de actualidad. Rev Gastroenterol Mex. 1996;61:378-86.
 36. Conde BC, De la Mora ZC. *Entamoeba histolytica*: un desafío vigente. Salud Pública Méx. 1992; 34:335-41.
 37. Martínez-Palomo A, Espinosa-Cantellano M. Amebiasis and other protozoan infections. En: Cohen J, Powerly WG, editores. Infectious diseases. 2.^a ed. Londres: Elsevier; 2004. p. 1567-1571.
 38. Martínez-Palomo A. *The biology of Entamoeba histolytica*. Chichester: Research Studies Press/John Wiley; 1982.
 39. Martínez-Palomo A, ed. Amibiasis. México: Médica Panamericana; 1989.
 40. Tanimoto M, Sigler L, Treviño N, et al. Amibiasis. ¿Ha variado su expresión clínica? Rev Gastroenterol Mex. 2006;71:Supl. 2: 163-166.
 41. Gaxiola R. History of amebic liver abscess in Mexico. Prensa Med Mex. 1969;34:427-37.
 42. Stoopen M, Casal R, Elizondo L, et al. Las alteraciones angiográficas del absceso hepático amebiano estudio de 60 casos. Rev Mex Radol. 1969;23:9-22.
 43. Stoopen M, Elizondo L, Landa L. Estado actual del diagnóstico radiológico en la amebiasis. Arch Invest Med Mex. 1972;3:387-402.
 44. Stoopen M, Hori S, Diaz Lopez A, et al. Evaluation de la utilidad de la tomografía computada en el diagnóstico del absceso hepático (informe preliminar). Rev Gastroenterol Mex. 1979;44:239.
 45. Stoopen M, Kimura K. La tecnología de los ochentas. Ultrasonido, tomografía computada y resonancia magnética: ¿han contribuido a mejorar el diagnóstico del absceso hepático? Rev Gastroenterol Mex. 1989;54:167-75.
 46. Clark CG, Diamond LS. The Laredo strain and other *Entamoeba histolytica*-like amoebae are *Entamoeba moshkovskii*. Mol Biochem Parasitol. 1991;46:11-8.
 47. Haque R, Huston CD, Hughes M, et al. Amebiasis. N Engl J Med. 2003;348:1565-73.
 48. Loftus B, Anderson I, Davies R, et al. The genome of the protist parasite *Entamoeba histolytica*. Nature. 2005;433:865-8.
- G. Arellano-Aguilar^{a,*}, E. Marín-Santillán^b, J.A. Castilla-Barajas^b, M.C. Bribiesca-Juárez^b y L.G. Domínguez-Carrillo^c
- ^a División de Medicina Interna, Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México
^b División de Cirugía, Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México
^c Facultad de Medicina, Universidad de Guanajuato, León, Guanajuato, México
- * Autor para correspondencia. Hospital Ángeles León, Av. Cerro Gordo 311, León, Guanajuato, México. Teléfono: (+52) 477-788-5600. Correo electrónico: gregareag@gmail.com (G. Arellano-Aguilar).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2016.05.007>
 0375-0906/
 © 2017 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Quiste mesentérico gigante simulador de ascitis intratable



A giant mesenteric cyst mimicking untreatable ascites

Los quistes mesentéricos son tumores intraabdominales muy raros con mínimos síntomas clínicos que dificultan su diagnóstico preoperatorio. El diagnóstico se realiza generalmente por ultrasonido o tomografía computarizada de abdomen. El diagnóstico diferencial debe ser con otros tumores abdominales o retroperitoneales. El tratamiento es quirúrgico con resección completa del quiste por laparotomía o por laparoscopia.

Debido a que no es frecuente pensar en este tipo de lesiones en el preoperatorio y que la sintomatología que presentan puede ser muy ambigua, se presenta el caso de un quiste mesentérico gigante cuyo diagnóstico fue sospechado en el preoperatorio además de haber sido confundido con otra patología.

Se trató de paciente femenino de 65 años de edad, ama de casa, G1, P0, A1, C0, con antecedente de embarazo ectópico roto, a los 30 años de edad, y laparotomía exploradora, con sangrado profuso transoperatorio y varias transfusiones en el postoperatorio. Inició su padecimiento actual 2 años antes con crecimiento paulatino del abdomen, no doloroso, que llegó a ser incapacitante, provocando incluso disnea al decúbito dorsal, imposibilidad para incorporarse por sí sola y limitación para la deambulación por dificultad respiratoria.

Fue revisada y manejada por su médico general, quien posterior a múltiples tratamientos fallidos con diuréticos para su aparente ascitis progresiva, decide remitirla para su control y manejo de cirrosis por hepatitis postransfusional.

Al recibirla presentaba disnea de pequeños esfuerzos, sin caquexia, ni ictericia, con aumento importante y a tensión del volumen abdominal pero sin ningún estigma de hepatopatía crónica.

Se realizaron: biometría hemática, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático que fueron todas

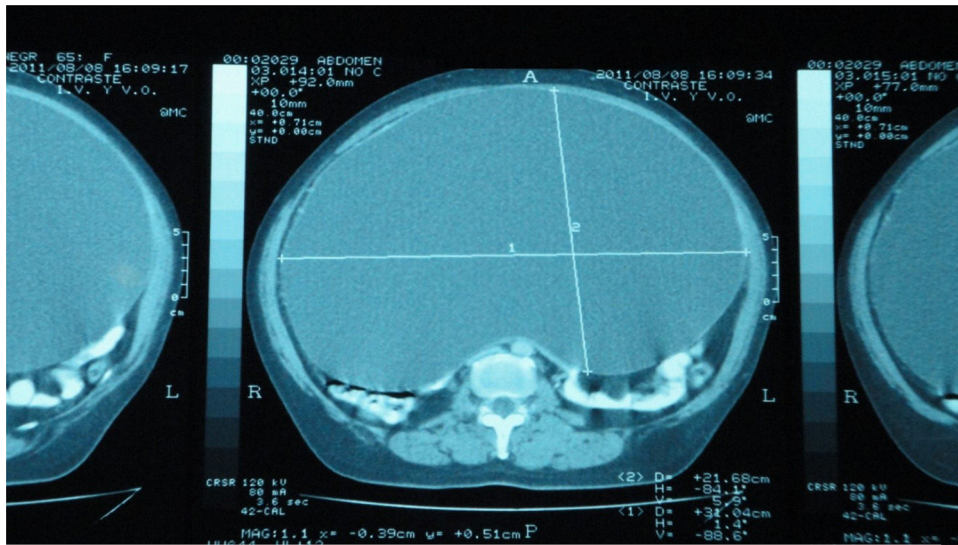


Figura 1 Tomografía axial computarizada de abdomen que revela el gran tamaño del quiste mesentérico, con rechazo de todo el contenido intraabdominal hacia arriba y atrás del abdomen. Medición del mismo con dimensiones de 31 x 21 cm.

normales, sin ningún dato de falla hepática o trombocitopenia por hiperesplenismo. Dado que se pensó en la posibilidad de una tumoración intraabdominal, se descartó el ultrasonido y se decidió realizar una tomografía abdominal simple y contrastada que reveló hígado de consistencia y morfología normal, pero rechazado en forma importante hacia el abdomen superior debido a una gran masa intraabdominal de pared delgada, de contenido líquido, que rechazaba a todas las vísceras intraabdominales, sospechando el diagnóstico preoperatorio de un probable quiste mesentérico gigante, que abarcaba toda la cavidad abdominal (figs. 1 y 2).

Habiendo descartado hepatopatía crónica y con pruebas de coagulación normales, se decidió su intervención quirúrgica por laparotomía abierta, encontrando efectivamente un quiste mesentérico gigante, no adherido a ninguna víscera y solo con nutrición a través de su hilio, que nacía del mesenterio del rectosigmoideas. La paciente sale a recuperación y a su cuarto sin más alteraciones, siendo egresada al segundo día tolerando bien la vía oral.

El reporte del estudio de histopatología correspondió a: quiste mesentérico (mesotelial).

Los quistes mesentéricos son tumores quísticos intraabdominales muy raros con prevalencia de 1:100,000 a 1:250,000 de las hospitalizaciones en adultos y 1:20,000 en la población infantil¹⁻⁴.

El origen de los quistes mesentéricos no está muy claro y se han considerado: obstrucción de los conductos linfáticos, daño de los conductos linfáticos, degeneración de los ganglios linfáticos, proliferación de tejido linfático ectópico y falla de las hojas mesentéricas para fusionarse. Se han mencionado también dentro de su etiología: enfermedades congénitas, divertículos, cirugía en la cavidad pélvica y enfermedad pélvica inflamatoria⁵.

Generalmente, son asintomáticos y benignos con crecimiento paulatino, más frecuentes en mujeres que en hombres, siendo detectados a cualquier edad, pero teniendo su mayor incidencia entre los 40 a 70 años⁶.

Su tamaño varía siendo un promedio de hasta 10 cm de diámetro. No causan sintomatología específica y cuando aparece está relacionada con el tracto gastrointestinal; sin embargo, es sumamente rara la torsión, la rotura o la oclusión intestinal causando síntomas agudos al presentarse^{7,8}.

En algunos casos raros se han presentado complicaciones como infección, hemorragia, vólvulus, perforación e íleo y abdomen agudo^{9,10}.

Como toda tumoración intraabdominal, el diagnóstico es sencillo de realizar por ultrasonido o por tomografía, pero el diagnóstico preciso y preoperatorio de quiste mesentérico es difícil por ser una entidad muy rara y sin algún síntoma específico.

La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección y puede realizarse por laparotomía o por laparoscopia^{4,9}.

En la mayoría de los casos, su pedículo se encuentra en el mesenterio del intestino delgado, involucrando a este órgano, por lo que es frecuente que se tenga que realizar una resección intestinal y anastomosis término-terminal posterior a la resección en bloque del quiste. En otros casos, el pedículo se localiza en el mesenterio del colon descendente o del recto⁸.



Figura 2 Aspecto preoperatorio de la paciente. Vista lateral.

Nuestra paciente fue remitida con un diagnóstico erróneo, posterior a múltiples tratamientos diuréticos, confundiendo el quiste gigante con ascitis intratable a tensión secundaria a una supuesta cirrosis posthepatitis postransfusional.

El presente caso es interesante, primero porque se realizó el diagnóstico en el preoperatorio por la tomografía abdominal, lo que es sumamente raro y, segundo, por las grandes dimensiones del mismo.

En tumoraciones más pequeñas es posible intentar la resección por laparoscopia, pero dado el tamaño del presente caso se decidió por la laparotomía, la cual se llevó a cabo puncionando primero el quiste con descompresión paulatina para no provocar alteraciones hemodinámicas, obteniendo 11 l de líquido cetrino transparente (fig. 3) y, ya vaciado, se localizó su pedículo vascular en el mesenterio del rectosigmoideas, que se pinzó y cortó (figs. 4 y 5).

La evolución postoperatoria fue muy satisfactoria, egresándose a las 48 h, sin complicaciones, y en el seguimiento a 48 meses no ha habido ninguna recidiva o complicación inherente al padecimiento o a la cirugía.

El reporte de histopatología fue de quiste mesentérico de tipo mesotelial correspondiendo al tipo 2 de la clasificación utilizada actualmente, que considera 6 variantes basada en las características histopatológicas: 1) quiste de origen linfático (quistes linfáticos simples y linfangiomas); 2) quistes de origen mesotelial (quiste mesotelial simple, mesotelioma quístico benigno y mesotelioma quístico maligno); 3) quistes de origen entérico (quistes entéricos y quistes por duplicación entérica); 4) quistes de origen urogenital; 5) teratoma quístico maduro (quistes dermoides); y 6) pseudo-



Figura 3 Características cetrinas del líquido intraquístico. Se obtuvieron 11 l.



Figura 4 Aspecto del quiste ya vacío.



Figura 5 Ligadura y corte del pedículo del quiste en el mesenterio del recto sigmoideas.

quistes (quistes infecciosos y traumáticos)¹. Su malignidad se presenta sólo en un 3% de los casos⁴.

Concluyendo, los quistes mesentéricos son una entidad rara, de crecimiento lento, sin datos clínicos patognomónicos, cuyo diagnóstico no se considera en el preoperatorio, que generalmente se diagnostican como hallazgo de imagenología y que todos deben researse por laparotomía o por laparoscopia.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. De Perrot M, Bründler MA, Tötsch M, et al. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dis Surg.* 2000;17:323-8.
2. Tan JJ, Tan KK, Chew SP. Mesenteric cysts: An institution experience over 14 years and review of literature. *World J Surg.* 2009;33:1961-5.
3. Botianu PVH, Gliga M, Moldovan SC, et al. Anatomico-clinical analysis of 14 consecutive cases of primary cystic mesenterico-epiploic tumors. *Chirurgia.* 2014;109:644-8.

- Al-Harfoushi R, Stevenson L, Binnie N. Mesenteric cyst: Drained and marsupialised laparoscopically avoiding enterectomy. *BMJ Case Reports*. 2012;2012, pii: bcr0220125916. doi: 10.1136/bcr-02-2012-5916. PubMed PMID: 22948982; PubMed Central PMCID: PMC4543056.
- Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. *Aust N Z J Surg*. 1994;64:741-4.
- Sánchez FP, Mier y Díaz J, Blanco BR, et al. Quiste mesentérico. Informe de un caso. *Cir Ciruj*. 1999;67:143-5.
- Sato M, Ishida H, Konno K, Komatsuda T, Konno S, Watanabe S, et al. Mesenteric cyst: Sonographic findings. *Abdom Imaging*. 2000;25:306-10.
- Barreto SW, Wendell LP, Barreto AJ, et al. Cisto mesentérico —aspectos clínicos e anatómopatológicos [Mesenteric cyst—clinical and pathological aspects]. *Rev Col Bras Cir*. 2010;37:260-4.
- Kwan E, Lau H, Yuen WK. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. *Gastrointest Endosc*. 2004;59:154-6.
- Ozdogan M. Acute abdomen caused by a ruptured spontaneously infected mesenteric cyst. *Turk J Gastroenterol*. 2004;15:120-1.

M. Vallejo-Soto^{a,*} y S. Orozco-Simental^b

^a Servicio de Cirugía General, Hospital Ángeles y Star Médica de Querétaro, Querétaro, México

^b Clínica de Diagnóstico Servicios Integrados de Imagenología, Querétaro, Querétaro, México

* Autor para correspondencia. Bernardino del Razo 21-110, Col. Ensueño, C.P. 76178, Querétaro, Qro., México. Teléfono y fax: +442 192 3028; celular: 442 230 1806. Correo electrónico: mvallejotoso@gmail.com (M. Vallejo-Soto).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.04.006>
0375-0906/

© 2017 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Síndrome del nódulo mesentérico cavitado: complicación infrecuente de la enfermedad celíaca



Cavitating mesenteric lymph node syndrome: An uncommon complication of celiac disease

La enfermedad celíaca (EC) es un proceso de base autoinmune que afecta al intestino delgado y se desencadena por la ingesta de gluten en sujetos genéticamente susceptibles. Se han descrito múltiples complicaciones asociadas a la EC, dentro de las cuales destaca por su rareza el síndrome del nódulo mesentérico cavitado (SNMC). Su etiopatogenia es poco conocida, siendo conveniente reconocerla de forma precoz y diferenciarla fundamentalmente de las infecciones y el linfoma. Presentamos el caso de una EC con esta complicación asociada a otras enfermedades concomitantes con base autoinmune.

Mujer de 52 años, que tras diagnóstico de síndrome de Sjögren consultó por alteración de las transaminasas y enzimas de colestasis, y AMA positivo con M2 positivos e IgM elevada; se solicitó ecografía abdominal (US) y biopsia hepática y se comenzó tratamiento con ácido ursodesoxicólico a dosis de 14 mg/kg/día ante el diagnóstico de colangitis biliar primaria (CBP). La paciente refería evacuaciones pastosas 4-5 veces al día, sin sangre, a lo largo de los últimos 6 meses, con una pérdida de 8 kg durante este periodo. La exploración física fue normal. Peso: 65 kg y talla: 167 cm. Índice de masa corporal: 23,3. Análiticamente destacaba: alanina aminotransferasa: 68 (0-31) U/l; aspartato aminotransferasa: 113 (0-55) U/l; fosfatasa alcalina: 264 (5-36) U/l; GGT: 341 (35-104) U/l; inmunoglobulinas: IgM: 624 mg/dl (40-230); AMA: 1/604; AMA-M2: positivo; antitransglutaminasa: 160 U (0-20). En la US se observaban adenopatías mesentéricas patológicas de aspecto quístico. Los marcadores tumorales fueron normales. El estudio microbiológico fue negativo para virus de la inmunodeficiencia humana y

tuberculosis. Se realizó una tomografía axial computarizada (TC) toracoabdominal, observando en el mesenterio la presencia de múltiples adenopatías > 1 cm, de aspecto quístico redondeado, con área central de baja atenuación (fig. 1). Se realizó una colonoscopia que fue normal y una gastroscopia, observándose un patrón mucoso nodular duodenal de aspecto atrófico con una histología compatible con un estadio Marsh IIIa (figs. 2 y 3). La biopsia hepática fue compatible con una CBP estadio II.

Una vez descartadas infecciones (tuberculosis y enfermedad de Whipple) y una enfermedad de Crohn, se planteó el principal diagnóstico diferencial con el linfoma. Dado el diagnóstico de EC, las características radiológicas de las adenopatías y la localización exclusivamente mesentérica, no se realizó estudio histológico debido a la baja probabilidad de linfoma. Se interpretaron los hallazgos como un SNMC y se decidió dieta sin gluten (DSG) y control radiológico precoz. A los 3 meses, la paciente había ganado 3 kg de peso y la TC

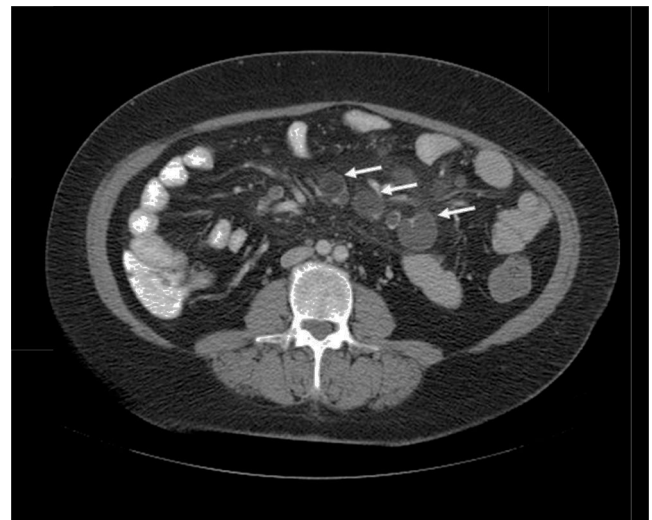


Figura 1 Adenopatías con zonas centrales quísticas redondeadas.