

RESSECÇÃO DE CISTO MESENTÉRICO POR VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

CLÁUDIO MATIAS BARROS JÚNIOR^{1*}; MÁRCIO ALMEIDA DE SOUSA JUCÁ²; MOISÉS FRANCISCO DA CRUZ NETO²; EWERTON FRANCO DE SOUZA³; DANDARA MARIA SOARES DAMÁSIO DA SILVA¹; LUÍSA LUCAS ALVES¹.

1 - Médico (a) residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 - Médico preceptor de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

3 - Médico preceptor de Cirurgia Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro.

Artigo submetido em: 19/04/2019

Artigo aceito em: 24/11/2019

Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

Cistos mesentéricos são anomalias intra-abdominais raras, com incidência de cerca de 1:140.000 internações de adultos em hospitais gerais. Apesar dos relatos de sintomatologia discreta, os pacientes podem apresentar dor crônica, náuseas, vômitos, constipação ou sinais de abdome agudo. Assim, o presente artigo objetiva relatar um caso de ressecção videolaparoscópica de cisto mesentérico em um paciente com sintomas de desconforto abdominal e cujo procedimento transcorreu sem complicações, coincidindo com os dados apresentados na literatura sobre a evolução e prognóstico da patologia.

Palavras-chave: Cisto Mesentérico; Laparoscopia; Dor abdominal.

ABSTRACT

Mesenteric cysts are rare intra-abdominal anomalies, with an incidence of about 1: 140,000 per adult admission to general hospitals. Despite reports of mild symptoms, patients may present with chronic pain, nausea, vomiting, constipation, or signs of acute abdomen. This article reports a case of videolaparoscopic resection of the mesenteric cyst in a patient with symptoms of abdominal discomfort and whose procedure was uneventful, coinciding with the data presented in the literature on the evolution and prognosis of the pathology.

Keywords: Mesenteric Cyst ; Laparoscopy; Abdominal Pain.

Introdução

Cistos mesentéricos podem ser conceituados como cistos benignos de desenvolvimento do sistema linfático, uni ou multiloculares, localizados juntos ao bordo do mesentério, revestidos por endotélio e contendo fluido seroso ou quiloso em seu interior, rodeados por estroma conjuntivo de espessura variável. São considerados uma anomalia congênita resultantes de tecido linfático ectópico¹.

Seu conteúdo difere de acordo com a localização do cisto, sendo quiloso em sua maioria quando encontrado no jejuno e íleo proximal em virtude da intensa drenagem linfática de gordura que ocorre nesse trecho do trato

gastrointestinal. Assim como, possui conteúdo mais seroso quando encontrado em porções do intestino grosso².

Quanto à caracterização, os cistos podem assumir tamanhos variados, sendo geralmente flácido, o que dificulta a palpação. Seu diagnóstico geralmente é incidental, pois em sua maioria os pacientes são assintomáticos, porém podem ocorrer casos em que os cistos são sintomáticos, evoluindo com sinais de abdome agudo¹.

O tratamento da patologia é cirúrgico, sendo a videolaparoscopia de grande valia para a ressecção, reduzindo o tempo de internamento em virtude do acesso minimamente invasivo. O prognóstico da patologia é bom, dificilmente ocorrendo recidivas¹.

Relato do Caso

Paciente do sexo feminino, 54 anos, Mulher, 62 anos, obesa, tabagista há 40 anos, sem comorbidades, procedente de Iracema/Ceará, deu entrada na data de 23 de março de 2017 no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, com histórico de distensão e desconforto abdominal pós-prandial há cerca de dois meses. Paciente nega cirurgias prévias e histórico de sangramento digestivo.

Ademais, durante a avaliação, mostrou laudo de tomografia computadorizada com contraste, datada de 07 de fevereiro de 2017, evidenciando formação expansiva, cística, de contornos lobulados, localizada no hipocôndrio direito, medindo 13,3 x 8,5 cm. Além disso, apresentou ultrassonografia que retratava imagem cística, de conteúdo anecóico, no lado direito do abdômen com dimensões de 11,8 x 7,5 cm.

Ao exame físico, evidenciou-se abdome globoso por adiposidade, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação, sem visceromegalias.

Em 06 de junho de 2017, retornou com nova tomografia computadorizada contrastada, evidenciando o pâncreas com aspecto cístico, contornos lobulados e estrutura de características císticas em região mesogástrica (12,7x10,7x10,1cm) em íntimo contato com o processo uncinado do pâncreas, sendo então a paciente hospitalizada com indicação de laparoscopia exploratória para investigação de massa abdominal (figura 1).

Antes do procedimento cirúrgico, a paciente tinha hipótese diagnóstica de linfangioma, e após a laparoscopia diagnóstica, teve o diagnóstico definido como cisto mesentérico. Quanto à técnica, foram colocados os quatro trocartes, sendo dois de 10 mm (um na região umbilical e um no flanco esquerdo) e dois de 05 mm (um na fossa ilíaca direita e um no flanco direito).

O achado cirúrgico evidenciou um cisto de paredes finas, com conteúdo esbranquiçado, contendo alguns grumos, estimado em 1000 mL, além de finas aderências à vesícula e ao estômago (figura 2). O ato cirúrgico não registrou

intercorrências, e a paciente recebeu alta no segundo dia do pós-operatório.

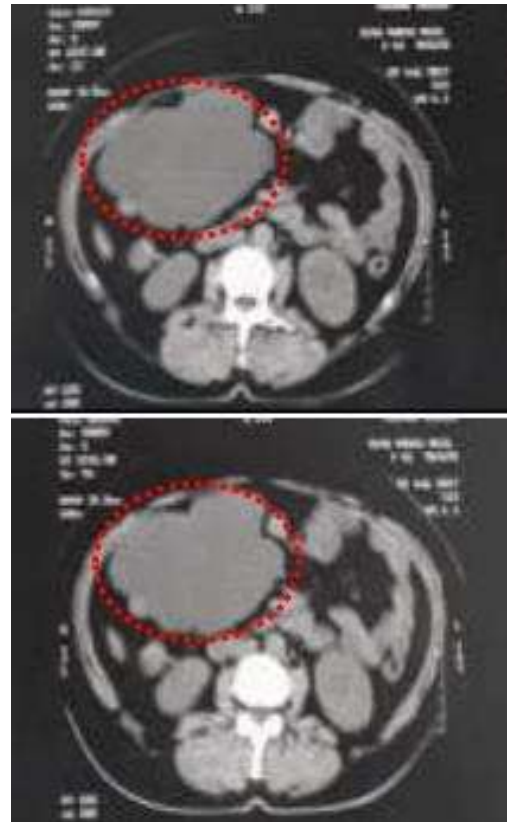


Figura 1 - Tomografia computadorizada evidenciando formação cística sem captação de contraste.

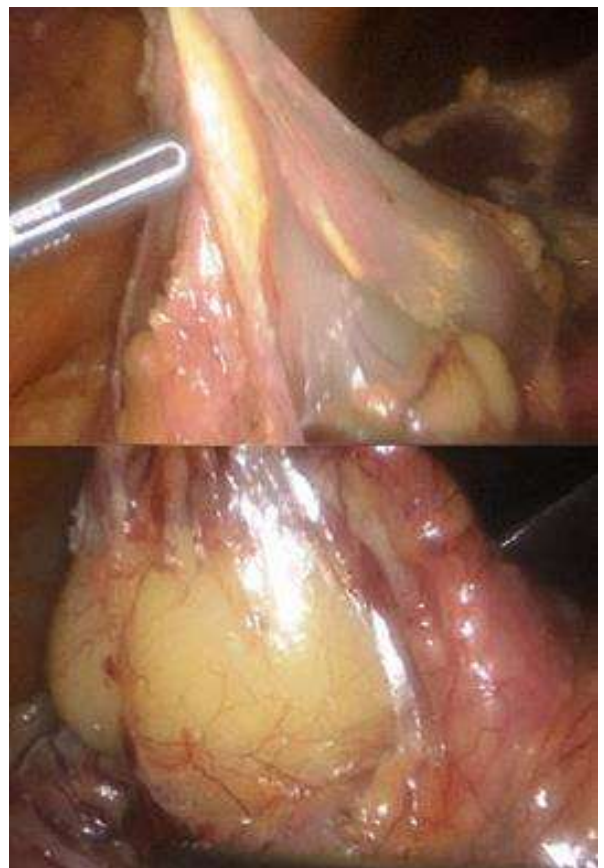


Figura 2 - Achado transoperatório de cisto mesentérico de paredes finas e superfície lisa.

O exame histopatológico demonstrou tecido adiposo vascularizado, com inflamação crônica e inespecífica, contendo focos hemorrágicos recentes, folículos linfóides e cápsula fibrosa, sem atipias ou calcificações.

Discussão

Cistos mesentéricos são anomalias intra-abdominais raras, com incidência de cerca de 1 a cada 140.000 internações de adultos em hospitais gerais³ e se manifestam em qualquer faixa etária, porém dois terços são diagnosticados em maiores de dez anos de idade, com predominância do sexo feminino, na terceira e quarta décadas de vida⁴.

A primeira descrição de cisto mesentérico quiloso data de 1842, por Rokitanski, além disso, Tillaux, em 1880, realizou a primeira ressecção com sucesso de um cisto mesentérico e em 1883, Péan realizou a primeira descapsulação⁴. Acredita-se que sua etiologia reside em falhas do desenvolvimento do sistema linfático, com proliferação benigna de tecido linfóide ectópico que não tem comunicação com o sistema linfático normal³.

Assim, se assemelham a bolsas ectópicas de tecido linfóide, macroscopicamente identificada como uma massa grande e lisa, arredondada, compressível e mais móvel no plano transversal do que no longitudinal³. O encontro de massa abdominal compressível, com grande mobilidade no sentido transversal e ao redor de um eixo central é chamado sinal de Tillaux⁵. Os pacientes podem apresentar-se com tumorações abdominais assintomáticas, dor crônica ou um abdome agudo⁶.

Apesar de a literatura relatar que manifestações clínicas dos cistos mesentéricos são discretas⁷, existem relatos de dor e massa abdominal, vômitos, constipação e abdome agudo decorrente da ruptura, infecção, hemorragia ou torção do cisto, sendo eventualmente confundidos com apendicite aguda ou aneurisma de aorta. Outras vezes, como nesse caso, o diagnóstico se dá a partir de investigação de outras doenças⁸.

Dessa forma, cistos mesentéricos são comumente encontrados no intestino delgado, mais precisamente no mesentério do jejuno e

íleo, apesar de poder se desenvolver em qualquer parte do tubo digestivo, podendo ainda se estender do mesentério ao peritônio. Tais cistos tem uma parede fibrosa que é revestida por uma camada única de células endoteliais, apresentando pequenos espaços linfáticos, e podem ser únicos ou múltiplos, acometendo o intestino delgado com conteúdo quiloso, enquanto a maioria dos cistos mesentéricos que acometem o cólon tem conteúdo seroso⁵.

Em virtude de tais características, os cistos mesentéricos são, usualmente, diagnosticados de forma incidental por ocasião de laparotomia ou exames de imagem em até 40% dos casos⁵.

No caso exposto, foi realizado através de ultrassonografia e tomografia computadorizada abdominal, a partir de relatos de sintomas de desconforto abdominal inespecíficos. Radiografias simples de abdome podem evidenciar calcificações, enquanto arteriografia e trânsito intestinal podem mostrar massa compressiva. Entretanto, a ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são os exames que proporcionam melhor acuidade diagnóstica⁷.

O tratamento consiste na retirada do cisto ou sua descapsulação via laparoscópica, acompanhada de biópsia da mesma. A avaliação histopatológica do material removido é mandatória para a definição do diagnóstico. Sua ressecção completa busca evitar complicações, como a possível transformação maligna, hemorragia, torção, obstrução, ruptura traumática e infecção. A drenagem interna pode ser uma opção quando houver a necessidade de grandes ressecções intestinais e possibilidade de síndrome do intestino curto⁵.

Com o aprimoramento das técnicas minimamente invasivas, uma vez confirmada a natureza cística da lesão, pode optar-se por esvaziamento percutâneo do conteúdo, seguido pela ressecção videolaparoscópica².

O seguimento pós-operatório é realizado por meio de exames ultrassonográficos periódicos. O prognóstico é bom, com remissão total dos sintomas⁴. A recidiva é rara, mas tem sido relatada frente a outros procedimentos cirúrgicos⁷.

Referências

1. Souza J C K. Cirurgia Pediátrica: Teoria e Prática. 1. ed. São Paulo: Roca; 2007.
2. Pinus J. Cisto Mesentérico. In: MAKSOUD, J. G (org.). Cirurgia Pediátrica. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003; 664-666.
3. Sabiston D C, Townsend M C. Tratado de Cirurgia. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
4. Regina LT, Bolina GM, Alberti IR, Petroianu A. Tratamento de cisto mesentérico quiloso. São Paulo: Arquivo brasileiro de cirurgia digestiva, 2010; 23(2): 138-140.
5. Reis DG, Rabelo NN, Aratake SJ. Cisto mesentérico: linfangioma abdominal. Revista Médica de Minas Gerais. 2014; 27(2): 160-161.
6. Way LW, Doherty GM. Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
7. Yasojima EY, Cruz MMM, Valente TON. Cisto de mesentério. Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2002; 29(3): 177-178.
8. Santana W B, Pedroso W LS, Alves JAB, Melo VA, Barros C, Fakhouri R. Cisto mesentérico e aspectos clínicos e anatomopatológicos. Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2010; 37(4): 206-264.

*** Autor correspondente:**

CLAÚDIO MATIAS BARROS JÚNIOR

Rua Princesa Isabel, 1526 - Farias Brito, Fortaleza - CE, 60015-061.

Email: claudio.pe91@gmail.com