

# Cisto mesentérico simulando suboclusão intestinal - Relato de caso

Hannah Backsmann Ferreira<sup>1</sup>, Eduardo Hélio Intelizano Souza<sup>2</sup>, Maria Fernanda Martinelli Trabulsi<sup>3</sup>

1. Treinando (T2) em cirurgia geral - CBC na Santa Casa Rio Preto

2. Residente (R1) em cirurgia básica - MEC na Santa Casa Rio Preto

3. FACS, TCBC, Coordenadora do Centro de Treinamento em Cirurgia Geral (CBC) e preceptora da residência médica (MEC) em cirurgia geral da Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto Rio Preto.

## Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto

### Introdução

Os cistos mesentéricos são tumores de múltiplas origens. Apesar de serem considerados entidades raras, sua incidência é muito maior do que estima-se nas mais recentes publicações sobre o tema.

Pode-se definir como qualquer lesão cística localizada entre os folhetos do mesentério, do duodeno ao reto, sendo mais comumente encontrada ao nível do íleo. Pode ocorrer em todas as idades, sendo descrita uma prevalência aproximada 1 a cada 100.000 admissões hospitalares de adultos com proporção igual entre os sexos. Uma vez que a etiologia ainda permanece incerta, admite-se que obstruções linfáticas, desordens embrionárias, trauma abdominal ou degeneração local de tecidos linfáticos podem propiciar a formação de cisto.

A grande maioria dos casos são assintomáticos e o achado apresenta-se acidentalmente em exames de imagem ou exploração cirúrgica abdominal. Quando sintomáticos costumam evoluir com desconforto abdominal crônico ou abdome agudo.

O objetivo deste trabalho é discutir aspectos clínicos e tratamentos dessas lesões, sendo um assunto que precisa ser aprofundado devido a frequência e a dificuldade do diagnóstico.

### Relato de caso

Mulher de 39 anos, não obesa, sem comorbidades, compareceu a emergência de Santa Casa de Rio Preto com quadro de dor abdominal difusa associada a distensão, constipação e diminuição da eliminação de flatos de início súbito há 2 dias. Relatava discreta melhora com uso de laxativos orais, sem sintomas prévios. Ao exame físico abdome distendido, assimétrico, RHA+ aumentados, timpanismo, dor a palpação superficial e profunda difusa, descompressão brusca positiva e massa palpável em paramediana em mesogástrio a direita, de aproximadamente 7 cm de comprimento, móvel, amolecida e dolorosa. História familiar pregressa sem neoplasias, história pessoal sem doenças ou cirurgias abdominais prévias.

Exames laboratoriais sem alterações, o diagnóstico foi realizado através de Tomografia Computadorizada que evidenciou discreta distensão de alça de delgado em nível jejunal com edema de parede de alça associado a uma massa cística de conteúdo heterogêneo.

Realizada cirurgia videolaparoscopia em 16/06/2020, onde se evidenciou uma massa cística no mesentério jejunal, conseguida exérese total com conteúdo aspirado de aspecto linfático e enviada para cultura.

A doente recebeu alta no segundo dia pós-operatório sem intercorrências.

A análise anatomopatológica do cisto mostrou: um cisto mesotelial sem atipias com processo inflamatório crônico associado.



Figura 1. Imagem videolaparoscópica intraoperatória mostrando lesão cística no mesentério jejunal.

### RELATÓRIO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

Material Enviado	Lesão de mesentério.	40601200
<b>Exame macroscópico</b>		
Material examinado: Formação cística previamente seccionada.		
Dimensões: 4,0 x 3,5 x 3,0 cm.		
Superfície externa: Finamente granulosa, de cor cinza.		
Superfície de corte: A parede interna é lisa, de cor enegrecida e apresenta material friável, de cor amarelada. Não observam-se áreas expansivas ou vegetações.		
Consistência: Firme-elástica.		
<b>Aspectos técnicos</b>		
Material submetido	Fragmentos representativos foram submetidos a exame histológico.	
<b>Estudo imuno-histoquímico</b>		
Exame por imuno-histoquímica realizado no laboratório DAP – diagnósticos em patologia. Sistema de amplificação por polímero-HRP e revelação com DAB. Recuperação antigênica realizada por incubação em calor úmido em meio tamponado. Após os tratamentos de bloqueio da peroxidase e proteína, as amostras foram incubadas com os anticorpos primários. Cada ensaio conta com controles positivos e negativos.		
<b>Anticorpo</b>	<b>Clone</b>	<b>Resultado</b>
Calretinina	Policlinal	Positivo focal
Podoplanina	D2-40	Negativo
<b>Diagnóstico morfológico</b>		
Lesão de mesentério (exérese): <ul style="list-style-type: none"><li>• Cisto mesotelial, sem atipias. Ver nota.</li><li>• Processo inflamatório crônico associado.</li><li>• Espessamento fibroso da parede cística.</li></ul>		

### Discussão

Os cistos mesentéricos são considerados grandes desafios para os cirurgiões devido ao difícil diagnóstico e sintomas inespecíficos. Deve-se levar em consideração a hipótese sempre que houver massa e/ou aumento intra-abdominal. O exame físico e os exames de imagem nem sempre mostram um diagnóstico definitivo.

A excisão cirúrgica completa é o tratamento de eleição em todos os casos de cisto mesentérico para evitar sua recorrência, possível malignização e complicações como hemorragia, torção, obstrução, ruptura traumática e infecção. Desde que foi descrito em 1993 tratamento videolaparoscópico é o mais indicado devido a sua baixa taxa de morbidade e menor tempo de hospitalização. Essas mal formações benignas, quando ressecadas no tempo certo e de forma adequada cursam com um excelente prognóstico e evitam possíveis complicações posteriores.

### Bibliografia

1. Paramythiotis D, Bangeas P, Karakatsanis A, Iliadis A, Karayannopoulou G, Michapoulos A. **Ideal treatment strategy for chylous mesenteric cyst: a case report**, Journal of Medical Case Reports 2018; 12:317
2. Lee LPL, Madhuvrata P, Reed MW, Balasubramanian SP. **Chylous mesenteric cyst: A diagnostic dilemma**. Asian Journal of Surgery 2016 39, 182-186
3. Santana WB, Poderoso WLS, Melo VA, Barros C, Fakhouri R. **Cisto mesentérico – aspectos clínicos e anatomopatológicos**. Rev Col Bras Cir [periódico na internet] 2010; 37 (4). 260 – 264.
4. Leme PLS, Carvalho DLM, Salinas JA, Bove CR, Hohne OMP, Viana AT. **Cisto Mesentérico: tratamento operatório**. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo 2005; 50 (2): 61-63.