

CISTO MESENTÉRICO: LINFANGIOMA ABDOMINAL

Mesenteric cyst: abdominal lymphangioma

Diogo Gontijo Dos **REIS**¹, Nícollas Nunes **RABELO**¹,
Sidnei Jose **ARATAKE**²

Trabalho realizado na ¹Faculdade Atenas, Paracatu, MG e ²Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São Francisco, Taquaral, GO, Brasil.

Correspondência:
Nícollas Nunes Rabelo
nicollasrabelo@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 14/12/2012
Aceito para publicação: 23/11/2013

INTRODUÇÃO

Cisto mesentérico é definido como qualquer lesão cística localizada entre os folhetos do mesentério, do duodeno ao reto, sendo mais comumente encontrado ao nível do íleo. Desde sua primeira descrição em 1507 por Benevianae até 1993 há somente cerca de 820 casos relatados na literatura^{4,5,7}.

Linfangiomas são tumores benignos, de origem provavelmente congênita, mais comuns em regiões cervical e axilares. São incomuns em localização abdominal e pancreática¹. Estima-se sua incidência em torno de 1:100.000 internamentos em adultos e 1:20.000 em crianças. A primeira excisão foi realizada por Tillaux (apud Chung)⁵ somente em 1802. Apesar do longo tempo do reconhecimento desta enfermidade, sua origem, classificação e patologia permanecem controversas.

A maior incidência encontra-se entre a terceira e quarta décadas de vida, sendo 75% dos casos diagnosticados após os 10 anos de idade, de modo acidental, com discreto predomínio do sexo feminino.

O termo linfangioma é utilizado de forma apropriada quando há isolamento hemodinâmico, ou seja, a lesão não está relacionada com o sistema arterial ou venoso^{10,13}. Os linfangiomas constituem um dos grandes grupos dos chamados hamartomas vasculares, que resultam de falha no desenvolvimento evolutivo do sistema vascular, incluindo linfáticos e/ou artérias e veias³.

Esses tumores linfáticos são divididos em: 1) simples, com canais linfáticos capilares; 2) cavernosos, com linfáticos dilatados e presença de cápsula; e 3) malformações macrocísticas, clinicamente denominados "higroma cístico"⁶. Este é o tipo mais comum, e os locais mais acometidos são cabeça e pescoço. O principal diagnóstico diferencial é hemangioma, cisto branquial, lipomas e rabdomiossarcoma. O diagnóstico é feito por biópsia de nódulo suspeito, e o principal tratamento utilizado é a excisão cirúrgica.

RELATO DO CASO

Homem de 58 anos procurou o Hospital São Francisco em Taquaral de Goiás, Brasil, após atendimento médico anterior sem nenhum diagnóstico ou tratamento, para sua queixa. Tinha história de uma massa volumosa há mais de um ano, de lento caráter evolutivo. Negava dor, cefaléia, febre, diarreia e outros sintomas

associados. Ao exame físico apresentava bom estado geral, acianótico, afebril, hidratado, normotenso, bulhas normofonética, rítmicas, simétricas e sem sopro. O abdome apresentava massa móvel de 10 cm de diâmetro, sem dor a palpação superficial e profunda. Ultrasonografia mostrou um cisto volumoso intraperitoneal aparentemente mesentérico (Figura 1).

Com o diagnóstico ainda incerto foi solicitado tomografia computadorizada de abdome com uma massa hiperdensa de aspecto cístico, não captante de contraste, medindo 9,0x7,1 cm nos seus maiores eixos transversos, localizada no hipogástrio, sem estar aderente com a bexiga (Figura 2). Optou-se por fazer laparotomia exploradora através de acesso mediano supra-umbilical. Nela encontrou um cisto intraperitoneal na região de recesso retouterino (Douglas), totalmente livre e avascular (Figura 3). O resultado anatomopatológico foi de cisto de mesentério/ linfangioma. O paciente teve alta hospitalar sem intercorrências.



FIGURA 1 - Imagem ultrassonográfica de abdome com cisto intraperitoneal



FIGURA 2 - Tomografia computadorizada com contraste de abdome mostrando a imagem cística mediana



FIGURA 3 - Imagem do cisto ressecado (linfangioma)

Não há sinais e sintomas patognomônicos do cisto de mesentério; porém, trabalho apresentado por Santana et al.¹¹ relatando 18 casos, referiu como queixas dor e massa abdominal (72%), vômitos e constipação; um paciente apresentou abdome agudo. A palpação normalmente apresenta-se indolor, de contorno liso e bem definido como grande mobilidade no sentido transversal e ao redor do seu eixo (sinal de Tillaux^{2,11}). O aumento do volume abdominal é lento e progressivo e notado em alguns casos só tardiamente, confundindo-se com ascite em cerca de 18-20%.

Existem poucos relatos de cistos mesentéricos malignos, geralmente sarcomas de baixo grau. Kurtz et al. revisaram 162 casos e encontraram somente 3% de malignização, todos em adultos. São achados incidentais por ocasião de laparotomia ou exames de imagem em até 40% dos casos. Abdome agudo ocorre quando há ruptura, infecção, hemorragia ou torção do cisto, e confundidos com apendicite aguda ou aneurisma de aorta.

Exames de laboratório pouco ajudam no diagnóstico. Raios X simples de abdome pode evidenciar calcificações; arteriografia e trânsito intestinal podem evidenciar massa compressiva. Porém, a ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são os exames que proporcionam melhor diagnóstico.

Uma vez diagnosticado, todo cisto mesentérico deve ser ressecado, a fim de evitar suas complicações^{2,14}, recorrência, possível transformação maligna e complicações (hemorragia, torção, obstrução, ruptura traumática e infecção)^{8,9,11,12}. A drenagem interna pode ser opção quando há possibilidade de síndrome do intestino curto. Em casos selecionados a abordagem laparoscópica pode ser utilizada.

Santana et al.¹¹ classificou-os patologicamente como serosos, serosanguinolentos, mucóides, quilosos, quilosanguinolentos. Neste caso a hidatidose foi também colocada em tela de juízo no diagnóstico diferencial, antes do diagnóstico final de linfangioma.

REFERÊNCIAS

1. Alvarez C et al. Linfangioma cístico do pâncreas. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol. 27 – 6 -n.430.
2. Bliss DP, Coffin CM, Bower RJ, et al. Mesenteric cyst in children. Surgery 1994; 115(5):571-7.
3. Boecha TP et al. Linfangioma Abdominal na Crianças: Apresentação de 8 casos. Jornal de Pediatria 1996; - Vol. 72, Nº5.
4. Cardoso Araújo F, Landim Machado F, Perdigão B. F-Linfangioma Cístico: Uma rara apresentação de abdomen agudo: Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões .Vol. 27 – no 2 —137
5. Chung MA, Brandt ML, St-Vil D et al. Mesenteric cyst in children. J Pediatr Surg 1991; 26(11):1306-.
6. Coelho UCJ. Manual De Clínica Cirúrgica. São Paulo. Ed. Atheneu, 2009. Vol. 2. Pág. 1662.
7. Liew SCC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. Aust. N.Z. J. Surg 1994; 64(11):741-744.
8. Mackenzie DJ, Shapiro SJ, Gordon LA, Ress R. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. J Laparoendosc Surg. 1993; 3(3):295-9.
9. Okumu M, Salman T, Gürlen N, Salman N. Mesenteric cyst infected with nontyphoidal salmonella infection. Pediatr Surg Int. 2004; 20(11-12):883-5
10. Pereira JF, Trindade PS, Velasco AA, Salum PT. Linfangioma Orbitário: Relato de Caso. Arq Bras Oftalmol 2010;73(1):84-87.
11. Santana B, et al. Cisto Mesentérico e Aspectos Clínicos e anatomopatológicos. Rev. Col. Bras. Cir 2010; 37(4): 260-264.
12. Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. Surg Endosc. 1999;13(9):937-9.
13. Tucker SM. Vascular lesions of the orbit. In: Duane's clinical ophthalmology. Philadelphia 2000: Lippincott-Raven.
14. Vara-Thorbeck C, Méndez RT, Hidalgo RH, et al. Laparoscopy resection of a giant mesenteric cystic lymphangioma. Eur J Surg 1997; 163: 395-6.
15. Wootton-Gorges SL, Thomas KB, Harned RK, Wu SR, Stein-Wexler R, Strain JD. Giant cystic abdominal masses in children. Pediatr Radiol. 2005; 35(12):1277-88.

TATUAGEM INADVERTIDA DE INTESTINO GROSSO ADJACENTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Inadvertent tattooing of adjacent large bowel: a case report and review of literature

Itai **GHERSIN**¹, Gideon **SROKA**², Bassel **HAJ**², Dana Shaylovsky **GHERSIN**¹ Ibrahim **MATTER**²

Trabalho realizado no ¹Rappaport Faculty of Medicine, Technion, Israel Institute of Technology e ²Department of Surgery, Bnai Zion Medical Center, Haifa, Israel

Correspondência:

Itai Ghersin

E-mail address: ighersin@gmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 15/01/2013

Aceito para publicação: 23/11/2013

INTRODUÇÃO

Marcação das lesões do cólon que requerem ressecção cirúrgica antes da operação é de grande importância, especialmente porque a abordagem laparoscópica está se tornando cada vez mais comum em ressecções colônicas. Tatuagem endoscópica das lesões, usando corantes como nanquim, é recomendada em tais casos¹, e é atualmente a técnica de marcação mais comumente usada. Este procedimento mostrou ser eficaz e seguro em vários estudos^{2,3}.

Vários efeitos colaterais e complicações da tatuagem com nanquim foram relatados. Entre eles estão fugas localizadas de tinta para dentro da cavidade peritoneal - em sua maioria assintomáticas³ - e injeção transmural de nanquim em estruturas adjacentes, tais como intestino delgado⁴ e músculo reto abdominal⁵. No entanto, não foram capazes de encontrar quaisquer relatos que descrevam a injeção transmural de nanquim em segmentos adjacentes do intestino grosso, o que levou à apresentação deste caso.

É o caso de um paciente que foi submetido à tatuagem endoscópica de uma lesão do cólon antes da operação. Na laparotomia percebeu-se que o nanquim foi injetado através da parede do cólon em um segmento adjacente de intestino grosso, levando assim a marcação imprecisa da lesão.

RELATO DO CASO

Mulher de 75 anos com história de hipotireoidismo e hipertensão essencial foi submetida à colonoscopia pela primeira vez em sua vida. Vale a pena notar que ela encontrava-se assintomática. O exame revelou dois pólipos que foram considerados por via endoscópica irressecáveis: um no ceco e outro a 40 cm do ânus. Ambos foram biopsiados, e marcação com tinta nanquim foi feita distalmente à lesão em 40 cm, a fim de localizá-la facilmente no momento da operação. Ambas as biópsias mostraram adenoma tubular com áreas de displasia de alto grau.

Além disso, hemograma, enzimas hepáticas, CEA, radiografia de tórax e tomografia computadorizada abdominal foram normais.

Decidiu-se indicar ressecção. Inicialmente tentou-se