

Cisto mesentérico: linfangioma abdominal

Mesenteric cyst: abdominal lymphangioma

Diogo Gontijo dos Reis¹, Nicollas Nunes Rabelo¹, Sidnei Jose Aratake²

DOI: 10.5935/2238-3182.20140111

RESUMO

O linfangioma é uma afecção rara, benigna, com mais prevalência em crianças. Sua sintomatologia é bem variada, desde ausente até capaz de provocar abdome agudo. A ultrassonografia pode, na maioria das vezes, fazer o diagnóstico, entretanto, ele baseia-se na análise anatomopatológica. Na maioria das vezes tem bom prognóstico. Este relato descreve linfangioma abdominal em adulto, de aparecimento raro, mostrando os métodos de diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Cisto Mesentérico; Linfangioma/diagnóstico; Linfangioma/terapia.

ABSTRACT

Lymphangioma is a rare benign disease with increased prevalence in children. Its symptomatology is varied, from absent until capable of causing acute abdomen. The ultrasound can, in most cases, establish a diagnosis; however, it relies on histopathological analyzes. Most of the time, it has a good prognosis. This report describes abdominal lymphangioma in adult, of rare appearance, showing the diagnosis methods and treatment.

Key words: Mesenteric Cyst; Lymphangioma/diagnosis; Lymphangioma/therapy

INTRODUÇÃO

Cisto mesentérico é definido como qualquer lesão cística localizada entre os folhetos do mesentério, do duodeno ao reto, sendo mais comumente encontrado no nível do íleo. Foi descrito inicialmente em 1507, por Benevianae, e até 1993 foram relatados 820 casos.¹⁻³

Linfangiomas são tumores benignos, de origem provavelmente congênita e são mais comuns em regiões cervicais e axilares. São incomuns em localização abdominal e pancreática.¹ Estima-se sua incidência em torno de 1:100.000 a 1:250.000 em adultos e 1:20.000 em crianças, internados em hospital. A primeira excisão foi realizada por Tillaux, em 1802.² Apesar do longo tempo de seu reconhecimento, a 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 usado quando há isolamento hemodinâmico, ou seja, a lesão não está relacionada ao sistema arterial ou venoso.^{2,3} Os linfangiomas constituem um dos grandes grupos dos hamartomas vasculares, que resultam de falha no desenvolvimento

Recebido em: 27/02/2012
Aprovado em: 24/04/2014

Instituição:
Faculdade Atenas
Paracatu, MG – Brasil

Autor correspondente:
Nicollas Nunes Rabelo
E-mail: nicollasrabelo@hotmail.com

evolutivo do sistema vascular, incluindo linfáticos e/ou artérias e veias.²

Esses tumores linfáticos (linfangiomas) são divididos em:

- simples, com canais linfáticos capilares;
- cavernosos, com linfáticos dilatados e cápsula; e
- malformações macrocísticas, clinicamente denominados higroma cístico.²

O higroma cístico é o tipo mais comum e os locais mais acometidos são cabeça e pescoço. O principal diagnóstico diferencial é feito com hemangioma, cisto branquial, lipomas e rabdomiossarcoma. É preciso atenção para seu diagnóstico diferencial com a hidatidose. O diagnóstico de certeza é feito por biópsia de nódulo suspeito e o principal tratamento utilizado é a excisão cirúrgica.⁴⁻⁹

RELATO DE CASO

PCM, 58 de idade, masculino, procedente da chácara São Caetano Moreira, Goianorte-TO. Procurou o Hospital São Francisco, em Taquaral, de Goiás, sem diagnóstico ou tratamento, em 14/10/2010, devido ao desenvolvimento, há mais de um ano, de nodulação de evolução lenta. Negava dor, cefaleia, febre, diarreia e outros sintomas associados. Apresentava bom estado geral, acianótico, afebril, hidratado, com pressão arterial sistêmica de 120x80 mmHg; bulhas normofonéticas rítmicas, em dois tempos, simétricas, sem sopro; e nodulação móvel de 10 cm de diâmetro no abdome, sem dor à palpação superficial e profunda.

A dúvida diagnóstica em relação à estrutura abdominal palpada exigiu a realização de ultrassonografia (Figura 1) e tomografia computadorizada (Figura 2), que revelaram lesão nodular sem aparente aderência, caracterizando-se como cisto.

Foi submetido à laparotomia exploratória através de acesso mediano supraumbilical que revelou cisto intraperitoneal na região do saco de Douglas, não aderido a alguma estrutura e avascular.

A análise anatomopatológica do cisto revelou:

- **macroscopia:** lesão cística unilocular de paredes finas e transparentes e conteúdo com aspecto em “água de rocha”, mas discretamente viscoso; forma ovoide; consistência cística; peso: 316,27 g; medidas: 11,0x 8,0 X 5,0 cm;
- **microscopia:** parede cística coberta internamente por epitélio atrófico e achatado e parede

com tecido escleroconjuntivo, tendo de permeio alguns capilares linfáticos. O diagnóstico estabelecido foi o de cisto de mesentério (linfangioma).

O paciente recebeu alta hospitalar em 16/10/2010, sem intercorrências e assintomático.

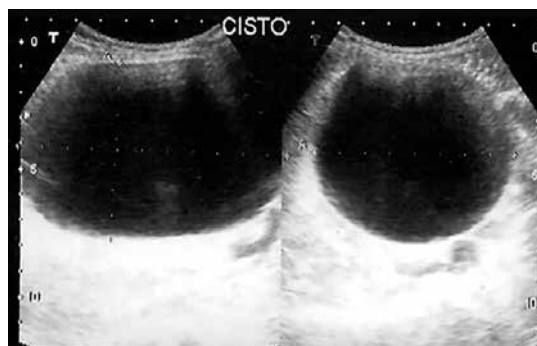


Figura 1 - Ultrassonografia de abdome revelando cisto volumoso intraperitoneal aparentemente mesentérico.

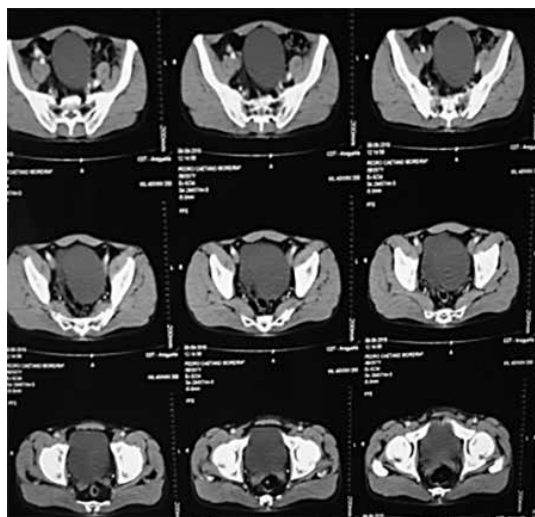


Figura 2 - Tomografia computadorizada de abdome, com contraste que revelou nodulação hiperdensa de aspecto cístico, não captante de contraste, medindo 9,0 x 7,1 cm nos seus maiores eixos transversos, localizada no hipogástrio, sem aderência à bexiga.



Figura 3 - Aspecto macroscópico do cisto abdominal retirado à laparotomia exploradora, que revelou tratar-se de linfangioma.

DISCUSSÃO

O cisto mesentérico não possui sintomatologia patognomônica, entretanto, Santana *et al.*¹⁰ relataram, em 18 casos, dor e massa abdominal, vômitos e constipação e abdome agudo em 12, cinco e um pacientes, respectivamente.

A palpação da lesão é, usualmente, indolor e seu contorno é liso e bem definido, com grande mobilidade no sentido transversal e ao redor do seu eixo. O encontro de massa abdominal compressível com grande mobilidade no sentido transversal e ao redor de um eixo central é chamado sinal de Tillaux.^{2,3} O aumento do volume abdominal é lento e progressivo, sendo em alguns casos só notado tardiamente, confundindo-se com ascite em 18-20% dos casos.

Existem poucos relatos de cistos mesentéricos malignos, geralmente sarcomas de baixo grau. Kurtz *et al.* revisaram 162 casos de cisto mesentéricos, encontrando somente 3% de malignização e todos em adultos.¹⁰

Os cistos mesentéricos são, usualmente, diagnosticados de forma incidental por ocasião de laparotomia ou exames de imagem em até 40% dos casos. O desenvolvimento de abdome agudo ocorre quando há ruptura, infecção, hemorragia ou torção do cisto, sendo eventualmente confundidos com apendicite aguda ou aneurisma de aorta.

A propedêutica complementar pode ajudar muito a estabelecer o diagnóstico, especialmente os exames de imagem. O estudo radiológico simples do abdome pode evidenciar calcificações; a arteriografia e o trânsito intestinal podem acusar massa compressiva. A ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são os exames que proporcionam melhor acuidade diagnóstica. O diagnóstico de certeza, entretanto, é reconhecido pelo exame anatomopatológico e classificado, à histopatologia, por microscopia óptica de luz, como: seroso; serossanguinolento; mucoide; quiloso; quilossanguinolento.

O cisto mesentérico deve ser ressecado, a fim de evitar suas complicações.^{2,3} Sua excisão cirúrgica completa deve ser indicada em todos os casos, para

evitar sua recorrência, possível transformação maligna e complicações como hemorragia, torção, obstrução, ruptura traumática e infecção.¹¹⁻¹³

A drenagem interna pode ser opção quando há possibilidade de síndrome do intestino curto. Em casos selecionados, a abordagem laparoscópica pode ser uma opção.

REFERÊNCIAS

1. Liew SCC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. Aust N Z J Surg. 1994; 64(11):741-4.
2. Chung MA, Brandt ML, St-Vil D, Yazbeck S. Mesenteric cyst in children. J Pediatr Surg. 1991 Nov; 26(11):1306-8.
3. Araújo FC, Machado FL, Perdigão B. F-Linfangioma cístico: uma rara apresentação de abdome agudo. Rev Col Bras Cir. 2000; 27(2):137-8.
4. Alvarez GC, Silveira ML, Costa EM. Linfangioma cístico do pâncreas. Rev Col Bras de Cir. 2000; 27(6):430-1.
5. Tucker SM. Vascular lesions of the orbit. In: Duane's clinical ophthalmology. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2000.
6. Pereira JF, Trindade PS, Velasco AA, Salum PT. Linfangioma Orbitário: Relato de Caso. Arq Bras Oftalmol. 2010; 73(1):84-6.
7. Boecha PR, Nogueira ARR, Goraib JÁ, Brito SM, Leal EC, Silva RCS, *et al.* Linfangioma abdominal nas crianças: apresentação de oito casos. J Pediatr. (Rio J). 1996; 72(5):335-40.
8. Coelho UCJ. Manual de Clínica Cirúrgica. São Paulo: Atheneu; 2009. 1662 p.
9. 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.
10. Santana WB, Pedroso WLS, Alves JAB, Melo VA, Barros C, Fakhouri R. Cisto mesentérico e aspectos clínicos e anatomopatológicos. Rev Col Bras Cir. 2010; 37(4):260-4.
11. Bliss DP Jr, Coffin CM, Bower RJ, Stockmann PT, Ternberg JL. Mesenteric cyst in children. Surgery. 1994; 115(5):571-7.
12. Vara-Thorbeck C, Toscano Méndez R, Herrainz Hidalgo R, Mata Martín JM, Vara-Thorbeck R. Laparoscopy resection of a giant mesenteric cystic lymphangioma. Eur J Surg. 1997; 163(5):395-6.
13. Okumu M, Salman T, Gürten N, Salman N. Mesenteric cyst infected with non-typhoidal salmonella infection. Pediatr Surg Int. 2004; 20(11-12):883-5.