



# Quistes Mesentéricos, una causa poco común de dolor abdominal.

Ana Maria Mazza Rapagna, Amalia Aranz Murillo,  
Jorge López Mareca, Marcos Berdejo Alloza,  
Juan Ignacio Gracia García, Luis  
Sarría Octavio De Toledo, Raquel Larrosa López

**Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.**

# QUISTES MESENTÉRICOS, UNA CAUSA POCO COMÚN DE DOLOR ABDOMINAL.

## ❖ OBJETIVO DOCENTE:

Exponer esta entidad como causa poco común de dolor abdominal en urgencias, mencionar su etiopatogenia, clasificación, características radiológicas y manejo.

## ❖ REVISIÓN DEL TEMA:

Los quistes mesentéricos son tumoraciones intraabdominales benignas, poco frecuentes y mayormente diagnosticadas en la edad pediátrica. Asientan en cualquier extensión del mesenterio, desde el duodeno hasta el recto, siendo su localización más frecuente el meso del intestino delgado (60 %), sobre todo en íleon y en pocos casos pueden presentar una localización retroperitoneal (alrededor del 14 %). Pueden ser masas de pocos centímetros hasta tumoraciones voluminosas.<sup>1</sup>

Aproximadamente el 50% de los casos cursan de forma asintomática, siendo un hallazgo incidental al realizar algún estudio de imagen por otro motivo; sin embargo, pueden llegar a ser sintomáticos y ser motivo de consulta a los servicios de urgencia por abdomen agudo.

Los casos sintomáticos se pueden presentar como cuadros leves con síntomas inespecíficos que empeoran progresivamente y palpación de una masa abdominal, o cursar de forma grave, incluso con oclusión intestinal.<sup>1,3,7.</sup>

Dentro de los síntomas destaca<sup>1,3,7</sup>:

- Dolor abdominal: es el síntoma más frecuente. Puede presentarse como dolor sordo en epigastrio y mesogastrio, a veces como síntomas dispépticos atípicos con plenitud gástrica e incluso dolor abdominal con los cambios de posición debido a la tracción que ejerce la tumoración sobre el meso.
- Masa abdominal palpable: es el segundo síntoma más frecuente que puede acompañar o no al dolor abdominal (40-60% de los casos), más frecuente en la edad infantil.
- Nauseas, vómitos, estreñimiento: secundario a compresión extrínseca del tracto digestivo por la masa mesentérica.
- Obstrucción y distensión abdominal: incluyendo vólvulos y torsión del quiste.
- Isquemia intestinal: raro, por compromiso de la vascularización.
- Rotura: suele asociarse a los casos de isquemia que conlleva a necrosis de la pared intestinal.
- Infección o sangrado.
- Rectorragia: por compresión de los plexos hemorroidales.

Aunque existen varias clasificaciones en el estudio de estas lesiones, la clasificación más utilizada es la de *De Perrot et al.* del año 2000 (**Tabla 1**), que las clasifica según su origen histológico en: linfáticos, mesoteliales, entéricos, urogenitales y de origen traumático/infeccioso, destacando el linfangioma quístico como la lesión más frecuentemente diagnosticada, sobre todo en la edad pediátrica.<sup>1</sup>

ORIGEN HISTOLÓGICO	TIPO DE QUISTE
LINFÁTICO	- Linfangioma quístico - Quiste linfático simple
MESOTELIAL	- Mesotelioma quístico benigno o quiste de inclusión peritoneal. - Quiste mesotelial simple (congénito).
ENTÉRICO	- Quiste de duplicación intestinal. - Quiste entérico.
UROGENITAL	- Teratoma quístico maduro.
TRAUMÁTICO / INFECCIOSO	- Pseudoquiste no pancreático

**TABLA 1:** clasificación de quistes mesentéricos según su origen histológico. Propuesta según *De Perrot et al (2000)*.

## ORIGEN LINFÁTICO <sup>2,3,4,6</sup>:

- **Linfangioma quístico**: dentro de los quistes mesentéricos es la lesión más frecuente de todas, así como la más frecuentemente diagnosticada en la edad pediátrica (hasta un 60% en el período neonatal), siendo raros en el adulto. Se originan por un defecto en la formación de los vasos linfáticos intestinales o retroperitoneales que terminan en conductos ciegos sin conexión a un sistema central de drenaje, presentando una dilatación progresiva hasta formar masas multiseptadas que pueden llegar a ser muy voluminosas (en cuyo caso son sintomáticos incluyendo cuadros de oclusión intestinal).

## ORIGEN MESOTELIAL <sup>2,5,8</sup>:

- **Mesotelioma quístico benigno o quiste de inclusión peritoneal**: se asocia característicamente a mujeres jóvenes o de edad media pre-menopáusicas con historia previa de procesos pélvicos (cirugía previa, traumatismo, enfermedad inflamatoria pélvica o endometriosis); se cree que estos procesos condicionan una proliferación de células mesoteliales en el peritoneo de tipo reactivo (no maligno), que cursa con un desbalance entre la producción y la absorción del líquido peritoneal. Pueden alcanzar grandes dimensiones (> 30cm) y causar síntomas por compresión de estructuras adyacentes, por hemorragia o sobreinfección y en algunos casos por rotura. Es por sus características uno de los principales diagnósticos diferenciales con el linfangioma quístico, además de otras neoplasias quísticas abdominopélvicas, tanto benignas como malignas.
- **Quiste mesotelial simple**: se producen por un defecto congénito en la coalescencia de las hojas peritoneales, que lleva a la formación de masas quísticas uniloculares de contenido seroso o incluso quiloso, a menudo con calcificaciones asociadas.

## ORIGEN ENTÉRICO <sup>2,7</sup>:

- **Quiste de duplicación intestinal**: se produce literalmente una duplicación de la pared intestinal, incluyendo las tres capas histológicas bien definidas (mucosa, muscular circular y longitudinal, así como el plexo mientérico). Pueden presentarse como lesiones en estrecha relación al segmento intestinal del que se originan, compartiendo su meso y vascularización o ser independientes con su propio meso y vascularización. En algunos casos pueden contener mucosa gástrica, cursando estos con sangrado digestivo, sobre todo en la infancia. Ecográficamente se identifica hasta en la mitad de los casos la lesión con el signo de la “*doble pared*” (capa ecogénica rodeada de otra hipoecoica) que es altamente sugestivo de esta entidad, sin embargo, no patognomónico.
- **Quistes entéricos**: están formados únicamente por mucosa intestinal a diferencia de los quistes de duplicación. Se producen por migración de divertículos de intestino delgado o colónicos al mesenterio o mesocolon.

## ORIGEN UROGENITAL:

- **Teratoma quístico maduro**: están compuestos por elementos bien diferenciados de la menos dos de las tres capas embrionarias (ectodermo, mesodermo y endodermo), por lo que sus características radiológicas dependerán del componente que presentan, diferenciándose del teratoma maligno por la ausencia de vascularización intratumoral. Son más frecuentes en la infancia y en raros casos pueden ser bilaterales (10-15%). <sup>2,4</sup>

## ORIGEN TRAUMÁTICO/INFECCIOSO:

- **Pseudoquiste no pancreático**: pueden ser de origen traumático secundario a hematomas omentales o mesentéricos y en otros casos secundario a formación de abscesos, los cuales no llegan a reabsorberse en su totalidad formando masas quísticas residuales sin revestimiento celular, con una pared fibrosa gruesa y detritus en su interior. <sup>2,4</sup>

## ESTUDIOS DE IMAGEN

En el estudio de estas lesiones son de utilidad la ultrasonografía (US), tomografía computarizada (TC) y las imágenes por resonancia magnética (MRI). La radiografía simple de abdomen no resulta útil y aporta poca información solo en casos de masas voluminosas que condicionan desplazamiento de asas intestinales como signo indirecto, solo resultando útil como parte del estudio inicial en los casos que cursan con obstrucción intestinal.

La mayoría de ellos comparten características radiológicas similares, algunos presentan particularidades que permiten orientar su origen, sin embargo, el diagnóstico definitivo estará dado siempre por la anatomía patológica.<sup>2,4,5</sup>

### ULTRASONOGRAFÍA:

Es la técnica de estudio inicial en la gran mayoría de los casos, debido a la ausencia de radiación ionizante. Es capaz de identificar a la gran mayoría de las lesiones (alrededor del 95%) y permite caracterizar las lesiones de forma inicial, con mejor valoración de las características internas de la mayoría de los quistes respecto al TC.

Se identificarán como masas quísticas de contenido anecoico (puede variar según el contenido del quiste, pudiendo ser denso, con ecos internos por detritus o niveles líquido-líquido por sedimentación), paredes finas o gruesas según el tipo, pueden o no presentar septos internos y se podrá valorar la vascularización de la lesión con el estudio Doppler color.<sup>2,4,5</sup>

## **TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA:**

Permite realizar una mejor caracterización de las lesiones, incluyendo su localización, dimensiones, dependencia y relación con estructuras abdominales, permite una mejor valoración de las calcificaciones, confirma la naturaleza quística de las lesiones y permite valorar complicaciones asociadas.

Se identificarán masas uni o polilobuladas, de contenido variable según el tipo y dependiendo de la asociación con complicaciones. Valorará el tipo de realce parietal o septal, así como la exclusión de características sugestivas de malignidad. <sup>2,4,5</sup>

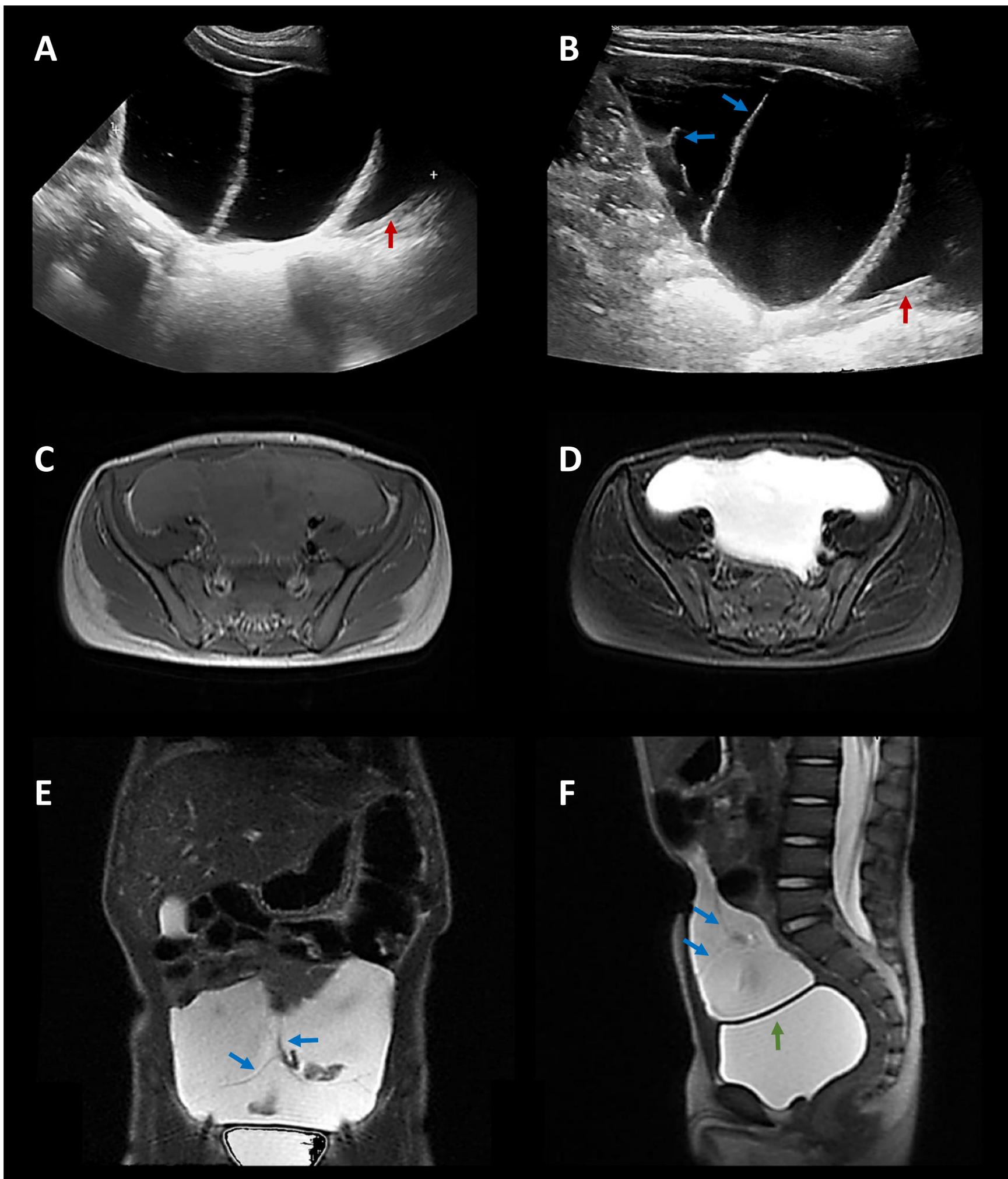
## **RESONANCIA MAGNÉTICA:**

Es la opción de estudio en casos de contraindicación para la realización de TC con contraste endovenoso, ya sea por enfermedad renal o antecedente de alergia al contraste yodado, así como en la población infantil y las embarazadas (ya que no emite radiación ionizante). También se incluyen los casos donde a pesar del TC existen dudas diagnósticas, permitiendo así una mejor caracterización y filiación probable de la lesión.

La gran mayoría presenta como regla general una señal hipointensa en secuencias potenciadas en T1 e hiperintensas en las potenciadas en T2, con excepciones, como el caso del teratoma quístico maduro donde variará la intensidad de señal dependiendo de la naturaleza de sus componentes, siendo masas usualmente heterogéneas. <sup>2,4,5</sup>

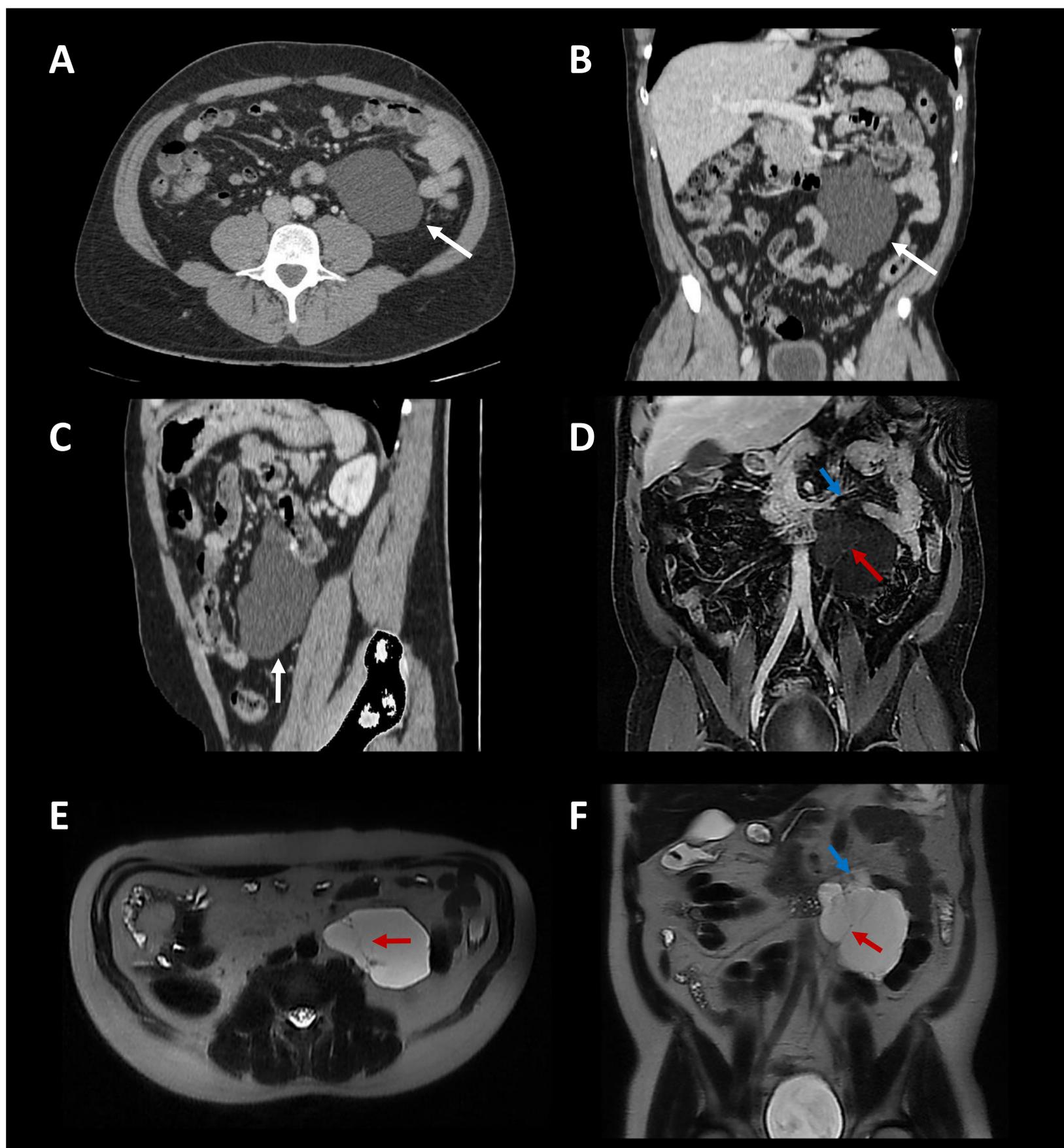
TUMOR	US	TC	MRI	A.P.	OBSERVACIÓN
LINFANGIOMA QUÍSTICO	Contenido anecoico <sup>1</sup> . Multiseptados. Señal Doppler -.	Masa quística. Septos finos. Contenido de baja densidad <sup>2</sup> .	T1: hipointenso <sup>3</sup> . T2: hiperintenso.	Fina pared de células endoteliales rodeadas por tejido fibroconectivo.	Lesión más frecuente.
QUISTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL	Contenido anecoico <sup>1</sup> . Uniloculados. Pared gruesa trilaminar (igual al asa de origen).	Uniloculado. Pared gruesa estratificada. Realce parietal con CIV.	T1: hipointenso. T2: hiperintenso.	Pared trilaminar igual al asas de origen (mucosa, submucosa y capas musculares).	Signo de la “doble pared” muy sugestivo (presente en el 50% de los casos).
QUISTE ENTÉRICO	Contenido anecoico <sup>1</sup> . Uniloculados con o sin septos finos. Pared fina.	Masa quística. Pared fina. Septos internos o no.	T1: hipointenso. T2: hiperintenso.	Pared fina de células mucosas.	Adherido al intestino o migración al meso.
QUISTE MESOTELIAL SIMPLE	Contenido anecoico. Uniloculados. Pared fina (algunas veces con calcificaciones).	Masa quística. Pared fina (algunos casos con calcificaciones). No septos.	T1: hipointenso. T2: hiperintenso.	Fina capa de células mesoteliales sin capa mucosa. Calcificaciones.	No asociado a exposición de asbesto.
MESOTELIOMA QUÍSTICO BENIGNO	Contenido anecoico. Multiloculados. Septos finos con señal Doppler (+) de baja resistencia.	Masa quística. Pared fina. Septos finos <sup>4</sup> . Realce parietal con CIV.	T1: hipointenso. T2: hiperintenso. Realce parietal con CIV.	Fina capa de células mesoteliales con capa fibrosa periférica. Apariencia en “racimo de uvas”.	Mujeres en edad fértil con antecedente de proceso ginecológico. Alta recurrencia.
TERATOMA QUÍSTICO MADURO	Quiste bien definido <sup>1</sup> . Calcificaciones. Contenido ecogénico que puede ser grasa, de aspecto lineal (pelo) o como nódulos adheridos a la pared (nódulo de Rokitansky).	Masa quística bien delimitada. Contenido de densidad variable, característico al presentar focos de grasa (-90 a -130 UH).	T1: hipointenso <sup>5</sup> (típico: pelo, tejido fibroso, calcificaciones). T2: hiperintenso <sup>5</sup> .	Tejido derivado de al menos dos de las tres capas embrionarias.	Bilaterales en un 10 – 15 % de los casos.
PSEUDOQUISTE NO PANCREÁTICO	Contenido anecoico con detritus <sup>1</sup> . Pared gruesa.	Pared gruesa. Contenido de densidad variable <sup>6</sup> .	T1: hipointenso. T2: hiperintenso. Realce parietal con CIV.	Ausencia de revestimiento epitelial, tejido de granulación y restos hemáticos.	Antecedente de hematoma o absceso.

**TABLA 2 (fuente propia): Características radiológicas y anatomopatológicas de los quistes mesentéricos. (1)** Pueden presentar focos ecogénicos o niveles líquido-líquido por sedimentación. **(2)** Densidad de rango variable según su contenido (-20 UH quiloso, -20/30 UH seroso, hiperdensidad en caso de hemorragia). **(3)** En T1 será hiperintenso el contenido hemorrágico y quiloso (este último con caída de señal en secuencias fuera de fase). **(4)** Algunos septos pueden ser gruesos e incompletos, simulando un tumor ovárico. **(5)** Variación de la intensidad por el componente sebáceo. **(6)** Densidad variable por componente hemorrágico en diferentes fases evolutivas. **ABREVIACIONES: CIV:** contraste intravenoso. **A.P.:** anatomía patológica.



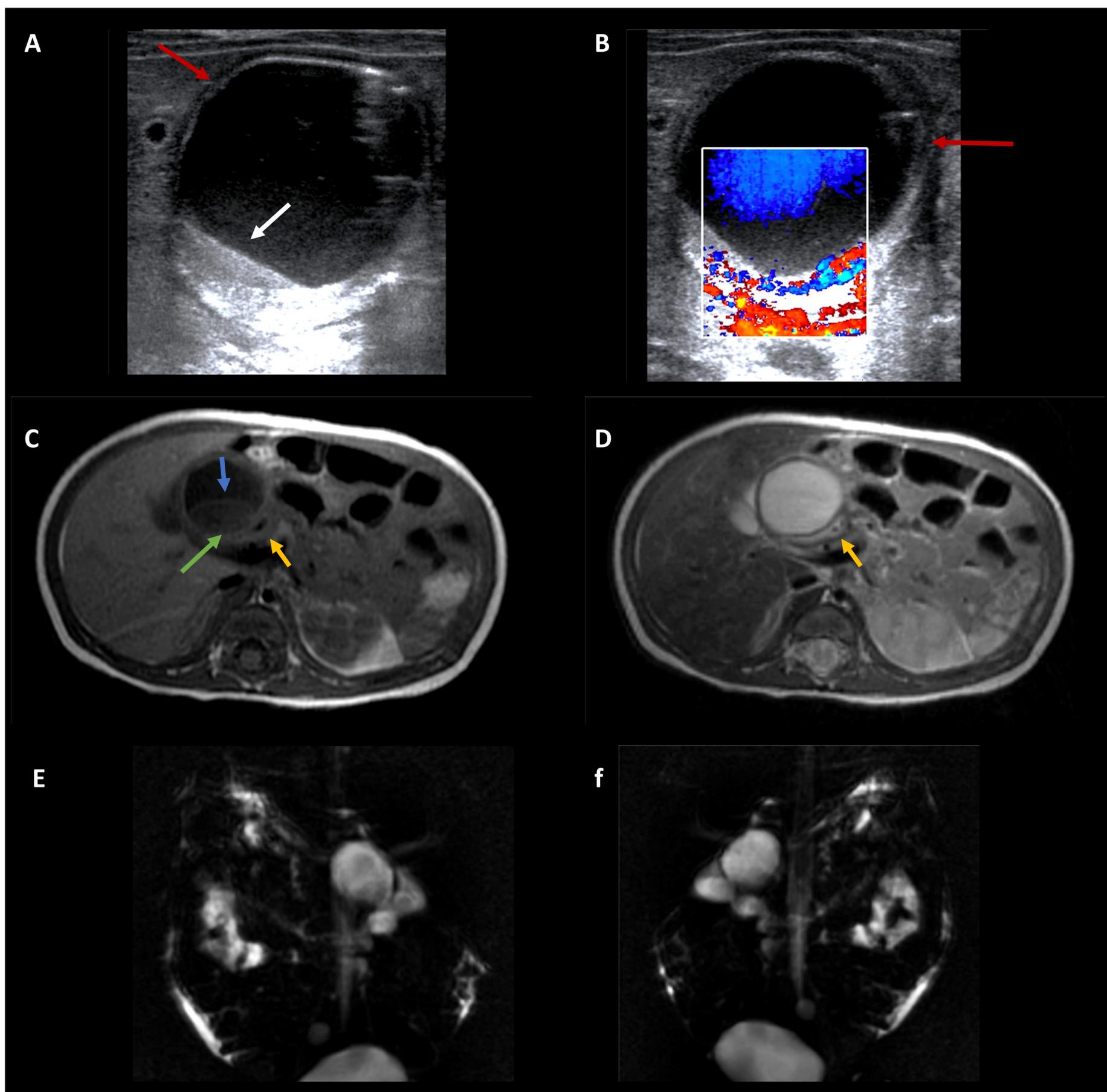
**IMAGEN 1: LINFANGIOMA QUÍSTICO.** Varón de 3 años de edad que ingresa a cargo de cirugía pediátrica debido a masa abdominal quística diagnosticada previamente y que cursa con crecimiento progresivo. Se realiza extirpación de la lesión a través de incisión infraumbilical sin complicaciones. A.P.: lesión quística de contenido ambarino con revestimiento endotelial sin atipias y cubierta con áreas de tejido conectivo así como células musculares lisas, compatible con linfangioma quístico.

**A y B)** US abdominal: tumoración quística en pelvis menor de contenido anecoico y pared fina, presenta septos finos (flecha azul) sin registro Doppler color que desplaza inferiormente la vejiga (flecha roja). **MRI:** lesión quística centroabdominal hipointensa en T1 (**C** corte axial) y hiperintensa en secuencias T2FS (**D** axial, **E** coronal y **F** sagital) con dimensiones de 13 x 12 x 5 cm (CCxTxAP) que presenta tabicaciones finas en su interior (flecha azul); se objetiva situación anterior con extensión desde el borde inferior del lóbulo hepático izquierdo hasta el techo vesical, rectificándolo (flecha verde), sin demostrarse comunicación con estructura intestinal ni urinaria (**E y F**).



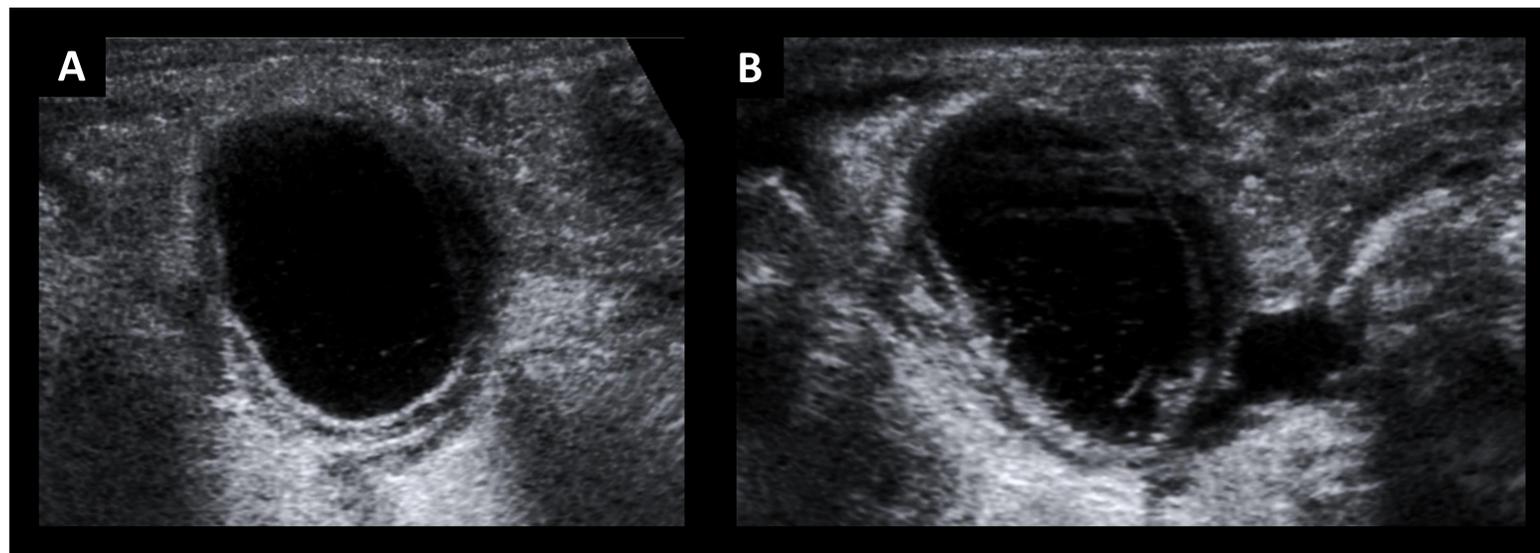
**IMAGEN 2: LINFANGIOMA QUÍSTICO.** Varón de 49 años que consulta a urgencias por dolor abdominal sordo localizado en mesogastrio, asociando náuseas, digestiones pesadas y alteración del hábito intestinal (alternando diarreas y estreñimiento). Es diagnosticado de tumoración quística mesentérica y posteriormente se realiza exéresis de la lesión a través de incisión subcostal derecha ampliada. AP: formación quística de contenido “lechoso” con pared fina y uniforme, constituida por células endoteliales revestidas de tejido conectivo y células musculares lisas, asociando repliegues grasos adheridos en su superficie externa; lesión compatible con linfangioma mesentérico.

**TC Abdominal con CIV en fase portal (A axial, B coronal y C sagital):** lesión de localización mesentérica en un plano parasagital izquierdo, presenta morfología ovoide y contenido homogéneo de baja densidad, bien delimitada, sin calcificaciones ni captación de contraste con dimensiones aproximadas de 8,5 x 9 cm (CCxT), presentando amplio contacto con asas de intestino delgado sin clara dependencia de su pared (flecha blanca). **MRI:** lesión quística hipointensa en T1 (D coronal) y hiperintensa en secuencias potenciadas en T2 (E axial y F coronal), de localización mesentérica inframesocólica que contacta con porción proximal de yeyuno cercano al ángulo de Treitz (flecha azul), sin engrosamiento parietal de dicho segmento. Presenta pared y septos finos (flecha roja), con contornos lobulados.

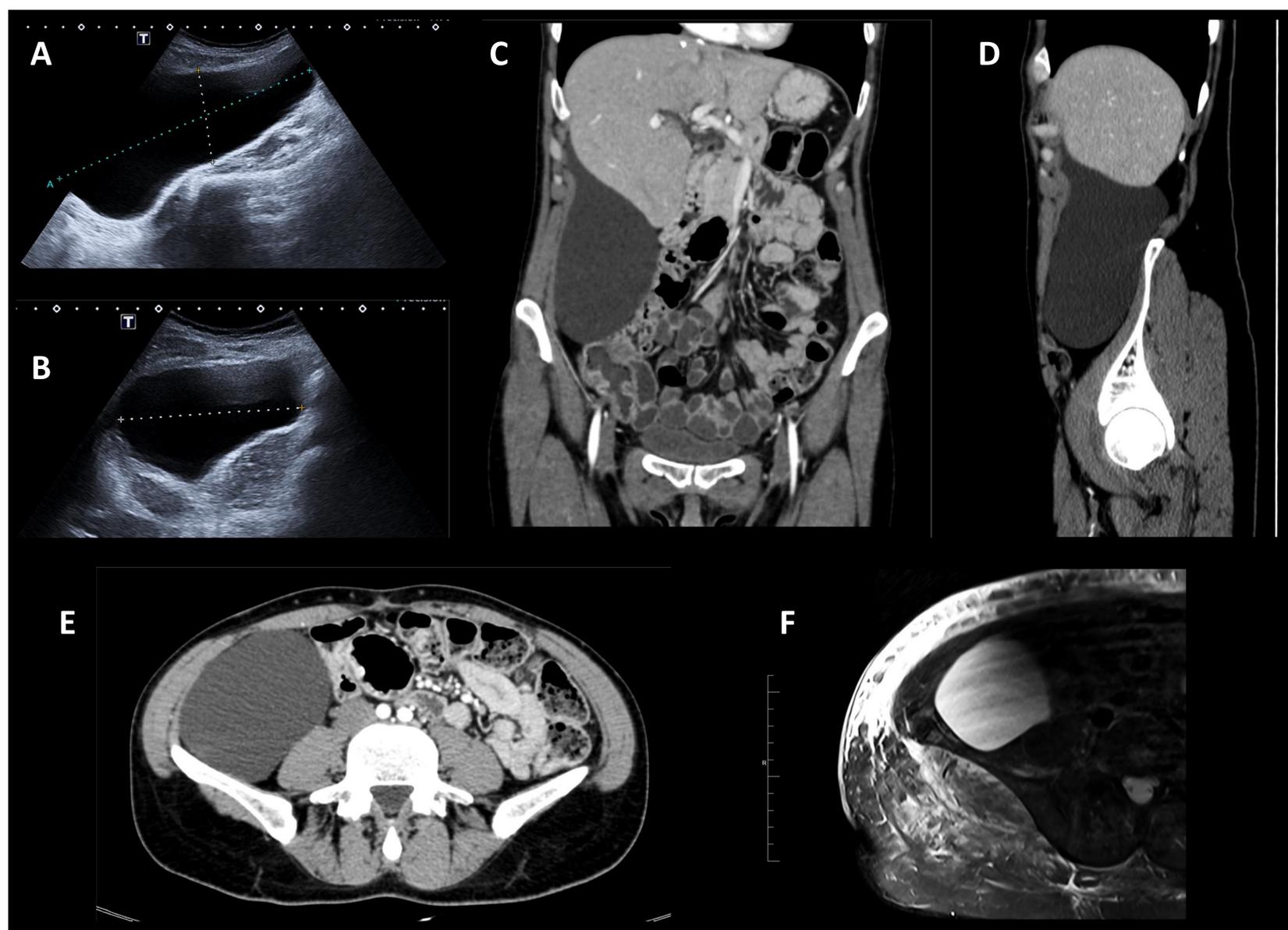


**IMAGEN 3: QUISTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL.** Lactante menor que ingresa a servicio de cirugía pediátrica por antecedente de episodios de oclusión intestinal intermitente. Embarazo controlado con diagnóstico prenatal de masa quística abdominal visualizada en ecografía. Se realiza exéresis laparoscópica de lesión en primera porción duodenal, sin complicaciones. **A.P.:** fragmentos irregulares con capas musculares lisas y revestimiento interno de mucosa gástrica, con cambios de tipo reactivo.

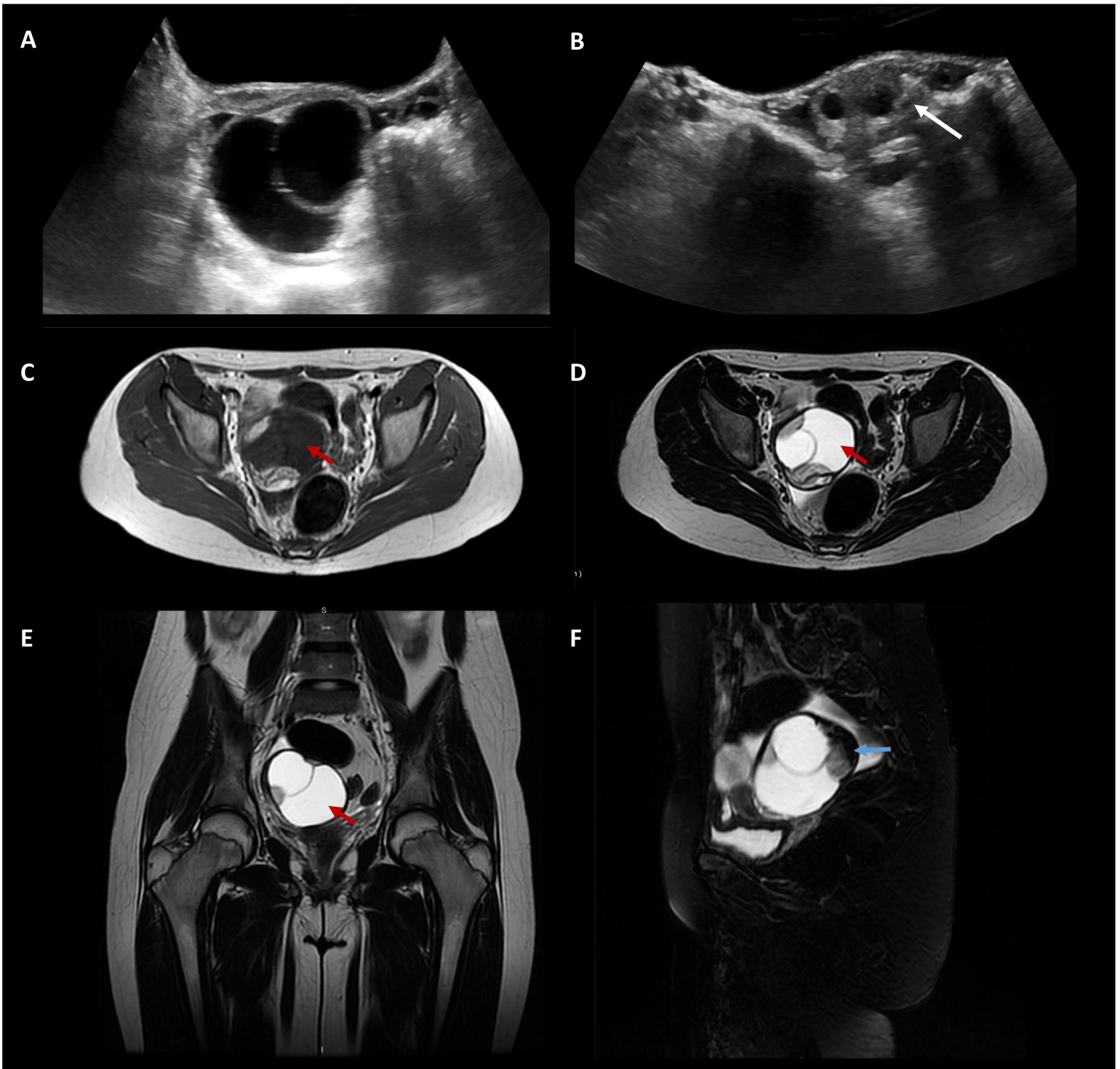
**US (A y B):** lesión quística uniloculada en estrecha relación con la primera porción duodenal, presenta contenido anecoico con pared gruesa similar a un asa intestinal. Se identifica el signo de “*doble pared*” (flecha roja) así como nivel liquido-liquido (flecha blanca) por sedimentación y flujo Doppler positivo parietal. **MRI:** corte axial potenciado en T1 (**C**), se identifica lesión quística de contenido hipointenso con nivel líquido discretamente hiperintenso (flecha azul) en zona declive posiblemente asociado a sangrado; presenta una pared estratificada similar a las asas de delgado (flecha verde), con dimensiones aproximadas de 3 x 2.5 x 2.5 cm (APxTxCC). En secuencias potenciada en T2 (**D** axial) se visualiza esta lesión de contenido hiperintenso sin tabicaciones internas en estrecha relación a la primera porción duodenal y que condiciona desplazamiento pilórico (flecha amarilla). **Serie colangiográfica (E** oblicua derecha y **F** oblicua izquierda): se identifica claramente la lesión y su relación con las asas intestinales.



**IMAGEN 4: QUISTE MESENTÉRICO.** Lactante menor de 10 meses de edad, en estudio por enfermedad celíaca. **US abdominal (A y B)** lesión quística con dimensiones aproximadas de 22 x 18 mm, se relaciona a un asa de intestino delgado, de contenido anecoico y signo de la “*doble pared*”, sugestivo de quiste de duplicación intestinal. En vista de mantenerse asintomático en relación al quiste mesentérico, se decide mantener seguimiento con control ecográfico.



**IMAGEN 5: QUISTE MESENTÉRICO.** Mujer de 49 años de edad a quien se realiza US abdominal para descartar hernia incisional. **US abdominal (A y B)**, se identifica de forma incidental una lesión de aspecto quístico, pared fina y contenido anecoico, ubicada entre el hipocondrio derecho y flanco ipsilateral, sin demostrar dependencia a órganos sólidos ni asas intestinales. **TC con CIV (C coronal, D sagital y E axial)**, lesión quística de contenido hipodenso y homogéneo con pared fina sin realce, que se extiende desde hipocondrio derecho hasta fosa iliaca ipsilateral, desplazando medialmente las asas intestinales y colon ascendente; no se objetiva dependencia hepática ni intestinal, con dimensiones aproximadas de 14 x 8.5 x 7.5 cm. **MRI (F axial)**: lesión quística de pared fina sin realce, hiperintensa en secuencias **T2**, sin polos sólidos ni aparentes septaciones. Por sus características y en contexto clínico de la paciente (mujer premenopáusica con antecedentes quirúrgicos) se sugiere posibilidad de mesotelioma quístico benigno, sin poder descartar linfangioma quístico (lesión más frecuente). En vista de mantenerse asintomática en relación al quiste mesentérico, se decide conducta conservadora.



**IMAGEN 4: TERATOMA QUÍSTICO MADURO.** Adolescente femenina de 12 años que presenta historia de dolor abdominal tipo cólico con episodios intermitentes de un mes de evolución, asociando en algún episodio náuseas y vómitos. Ingresa a servicio de cirugía para exéresis de masa quística adyacente al ovario derecho, sin complicaciones en el postoperatorio. A.P.: formación ovoidea y lisa de color gris-azulada de 6 x 5 x 4 cm; apertura de cavidad quística con contenido sero-amarillento y material de aspecto pastoso, presencia de pelos y material de consistencia gelatinosa. El estudio citológico resulta negativo para malignidad. Lesión compatible con teratoma quístico maduro. **US abdomino-pélvica (A y B):** lesión de aspecto quístico de 6 cm de diámetro, con pared fina y septo interno, con áreas de ecogénicas y estructura adyacente de morfología ovoidea (flecha blanca) que parece corresponder a meso-ovario retraído por la lesión. Anejos de aspecto normal (no mostrado). **MRI T1** axial (C), **T2** axial y coronal (D y E) y **T2FS** sagital (F). En pelvis menor se identifica lesión solido-quística tabicada con predominio del componente quístico (flecha roja), presencia de áreas solidas con intensidad de señal grasa que se modifica en secuencia FS (flecha azul) y otras que no muestran variación, sugestivo de focos de sangrado.

## MANEJO Y SEGUIMIENTO

### MANEJO CONSERVADOR:

En alrededor del 50% de los casos, estas lesiones cursan de forma asintomática siendo diagnosticadas incidentalmente, por lo que se recomienda realizar seguimiento y control por imagen de forma periódica, valorando el crecimiento de las lesiones y sus relaciones con las estructuras intraabdominales. Se considera así que se evita un aumento innecesario de la morbi-mortalidad como de los riesgos asociados a cualquier intervención quirúrgica en estos pacientes.<sup>3,7,8</sup>

### MANEJO QUIRÚRGICO:

Ya sea porque desde un primer momento el diagnóstico de la lesión se realiza por la presencia de síntomas abdominales o por desarrollo posterior de los síntomas en los casos donde se ha optado por manejo conservador, independientemente de la gravedad, el manejo será quirúrgico.

El abordaje de estas lesiones dependerá sobre todo de su relación con las estructuras intraabdominales, de su ubicación y tamaño, según lo cual se optara por un abordaje con laparotomía o laparoscopia (de elección). Se prefiere la vía laparoscópica por su menor tiempo quirúrgico, menor desarrollo de complicaciones y rápida recuperación de los pacientes.

Desde hace años no se recomienda realizar punción y vaciado de las lesiones como opción terapéutica, debido a la alta recurrencia que presentan.<sup>3,7,8</sup>

Desde el punto de vista quirúrgico, se han realizado clasificaciones de estas lesiones, previendo el tipo de abordaje y complejidad asociado a ellas. La mayoría de casos publicados optan por la clasificación de *Losanoff et Kjossev* del 2005 <sup>6</sup>:

TIPO	CARACTERÍSTICA	OBSERVACIÓN
I	Pediculado	Fácilmente resecable
II	Sésil	Requiere resección intestinal
III	Retroperitoneal	Irresecable o parcialmente resecable
IV	Multicéntrico	Múltiples intervenciones o escleroterapia.

**TABLA 3:** implicaciones del abordaje quirúrgico para exéresis de quistes mesentéricos. Basado en la clasificación de *Losanoff et Kjossev* (2005).

## ❖ CONCLUSIONES:

- Los quistes mesentéricos son lesiones raras, infrecuentes y en la mayoría de los casos cursan de forma asintomática.
- La gran mayoría son diagnosticados en la edad pediátrica (sobre todo en el periodo neonatal), donde suelen asociar síntomas hasta en un 50% de los casos.
- En el adulto la mayoría representa un hallazgo incidental al realizarse estudios de imagen por otro motivo.
- Cuando son sintomáticos, lo más frecuente es la presentación de dolor abdominal mesogástrico sordo con o sin masa abdominal palpable (40-60%).
- La mayoría de ellos comparten características radiológicas similares, algunos presentan ciertas particularidades que pueden orientar su origen (grasa en teratoma quístico maduro, *signo de la "doble pared"* en los quistes de duplicación intestinal, antecedentes ginecológicos en mujeres premenopáusicas para el mesotelioma quístico benigno), sin embargo, el diagnóstico definitivo siempre será anatomopatológico.
- La lesión más frecuente de todas es el linfangioma quístico, a su vez, es la lesiones más frecuentemente diagnosticada en los niños (sobre todo neonatos).
- El tratamiento dependerá de la asociación o no de síntomas. En los casos asintomáticos se opta por manejo conservador y seguimiento con imágenes de forma periódica. Una vez aparecidos los síntomas, independientemente de su gravedad, se optara por manejo quirúrgico con preferencia del abordaje laparoscópico gracias a las ventajas que ofrece, no siendo recomendable realizar punción y vaciado de las lesiones debido a su alta recurrencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marc DP, Marie-Anne B, Martin T, Gullés M, Phillipe M. Mesenteric cyst. Toward less confusion?. (2000). *Digestive Surgery*, 17(4):323-8.
2. Salomé CC, Blanca VS, Manuel LR. Mesenteric and Omental Primary Cysts: Image Findings. (2004). *Radiology*. 2004;46:29-33.
3. Pedro RR, Antonio DFA, Belen QB. Giant retroperitoneal mesenteric cyst presenting as dyspepsia. (2010). *Gastroenterol Hepato*, 33(1), 25–29.
4. Eneritz LE, Leire HA, Begoña GDB, Nerea IJ, Martin AU, Silvia CC. Lesiones Quísticas y Pseudoquísticas Mesentéricas y Omentales. (2018). 33 Congreso Nacional Seram. <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/1968>
5. Jorge NM, Yonil PA, Rocio MM, Ana LM, Jose ME, Beatriz MM. Estudio por imagen de la patología mesentérica y peritoneal. (2018). 33 Congreso Nacional Seram. <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2583>
6. Ousmane T, et al. Cystic mesenteric lymphangioma: A case report. (2019). *Int J Surg Case Rep*, 61, 318-321.
7. Fariha AF, Patricia O. Retroperitoneal isolated enteric duplication cyst. (2020). *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*, 101408.
8. Sonia C, et al. A Mesothelial Inclusion Cyst Presenting in a 40-Year-Old Woman as Abdominal Pain and Bloating - A Rare Diagnosis. (2020). *Eur J Case Rep Intern Med*. Jan 24;7(2):001415.