

Observación de la Clínica del Profesor Pedro Larghero Ybarz  
(Hospital Pasteur)

## QUISTE ENTEROGENO (\*)

Dres. Luis M. Bosch del Marco y Juan Alberto Folle

Los quistes enterógenos o enterocistomas, son de observación poco frecuentes; su estudio se remonta a decenas de años, describiéndolos en forma muy variada e interpretándolos tanto del punto de vista etiológico y patogénico también en forma distinta. De cualquier modo esta afección tumoral se incluye en el capítulo de las malformaciones congénitas y entre ellas se destaca por su topografía vinculada siempre al sector digestivo, de cuya naturaleza participa con dos características singulares: la de ofrecer inmediata o mediata relación a un determinado segmento del mismo y el estar constituida por una estructura de tipo digestivo, sin necesidad de que ella corresponda a la del sector a cuya altura se implantan.

Se les ha definido [Ladd y Gross (1)] como “estructuras huecas esféricas o alargadas, que poseen una capa de músculo liso, la cual está revestida por una membrana mucosa y que se presentan íntimamente incrustadas sobre alguna porción del tubo digestivo”. Casinelli (2) en su excelente y completa monografía sobre el tema, agrega y lo juzgamos fundamental, que “estas tumores quísticas, no tienen comunicación entre su cavidad y la del canal digestivo, al que se vinculan de manera tan estrecha, característica que sirve para distinguirlas de las formaciones diverticulares, ellas sí, comunicantes con el tubo digestivo, que

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de agosto de 1953.

son las anomalías más proximas a los quistes enterógenos genéticamente consideradas”.

Una revisión general de la literatura sobre “Enterocistomas” nos permite expresar que hasta fines del año 1951, se mencionan alrededor de 300 casos, de los cuales 98 fueron ya citados por Kettel en 1933.

En nuestro medio es Casinelli quien realiza, al respecto, un estudio de conjunto, a propósito de una observación personal tratada quirúrgicamente por el Dr. R. M. Del Campo. Cita y comenta en su trabajo, 4 observaciones recogidas en niños por el Dr. De Pena (primera publicación nacional al respecto). Una de ellas correspondería, de acuerdo a la descripción que de las mismas se realiza, a una formación de origen linfático, planteando las 3 observaciones restantes, dudas sobre su significación pues como expresa Casinelli, solamente la histología precisaría en forma terminante su constitución y su origen, ya que la macroscopía, no en todas las situaciones podrá ser suficiente para rotular la naturaleza del proceso.

La circunstancia de haber extirpado un tumor abdominal a un enfermo, cuya naturaleza histológica correspondió a la de un quiste enterógeno me ha decidido a verificar su presentación para agregar un nuevo documento a los ya conocidos.

#### **HISTORIA CLINICA.**

D. de M., 37 años. Ingresa por tumefacción de hipocondrio izquierdo.

Desde hace 7 meses, ligeros trastornos dolorosos en tal región que se irradian a fosa lumbar del mismo lado. Pálpase desde entonces una tumefacción móvil, casi indolora, que le parece ha aumentado de volumen. Remisión de sus dolores 3 meses. Ningún trastorno funcional sobreagregado.

El examen físico revela buen estado general y una tumefacción cuyas características clínicas plantean varias posibilidades: quiste hidático de bazo, quiste epiploico, quiste de cola de páncreas, etc.

Los exámenes de sangre y de orina practicados muestran: Urea 0.50; Wassermann: negativo; Kahan: negativo; T. de coag.: 5'; T. de sang.: 2'30"; G. R.: 4.200.000; Hb 79 %; VG: 0.96; G. B.: 8.000; N: 71 %; E: 3 %; M: 1 %; L: 20 %; Proteínas: 6.43 %. Orina sin elementos anormales. Densidad: 1.018. Cloruros: 2 grs. 80. Reacción de Cassoni: negativa.

Radiología: Dr. Pelfort.

En los films de pielografía descendente, se ve una sombra redondeada, como una naranja grande, de borde inferior convexo, que ocupa el flanco izquierdo y que parece rechazar el colon descendente y parte izquierda del transverso, hacia afuera. (Figura 1).

En el film de estómago, en posición acostada sobre el vientre y algo rotada a la derecha, se ve una falta de relleno, sobre la parte pro-



FIG. 1.

ximal de la gran curva antral, con algunos listones que la atraviesan en la parte súpero interna. (Figura 2).

En el film de perfil, se ve una depresión grande en la cara gástrica anterior, con todo el aspecto de ser producida por la compresión ejercida por una tumoración o masa extrínseca. Toda la parte inferior del estómago está empujada hacia atrás, lo mismo que el bulbo duodenal y la 2ª porción del duodeno, que se proyecta, esta última, sobre los cuerpos vertebrales. (Fig. 3). En el film de relleno gástrico y cólico simultáneos (enema), de perfil, se ve, además de la depresión gástrica, una laguna, sobre el transverso, que parece también de origen extrínseco. El tumor parece, pues, estar por delante del estómago y algo hacia abajo.

En este mismo film, tomado en decúbito ventral, el transverso está completamente aplastado, a nivel de la columna, no visualizándose.

El antro gástrico está empujado hacia arriba y comprimido. A ese nivel se ve el ángulo duodeno yeyunal, cuyas ramas aparecen muy separadas, subiendo la rama duodenal, sobre la vertiente derecha de la co-

lumna, mientras que la rama yeyunal baja muy a la izquierda de la misma, dilatada.

En esta porción, pues, la tumoración cae hacia atrás, deprime el transversal, levanta y aplasta el antro gástrico, en parte el ángulo duodenal yeyunal y separa fuertemente sus dos ramas del mismo.

Más abajo se ven asas yeyunales aplastadas al mismo nivel de la



FIG. 2.

compresión del transversal. Es una tumoración bastante libre que según la posición del enfermo cae hacia adelante o hacia atrás. (Fig. 4).

Logia esplénica libre. Riñones en su posición normal.

**Operación.** — L. M. Bosch del Marco, Dr. Cardeza y Gregorio. 20 de mayo de 1952. Anestesia raquídea Pentotal Flaxedil. Incisión oblicua en fosa frénica izquierda. Gruesa tumoración quística intraperitoneal con los siguientes caracteres:

**Topografía:** En pleno meso colon transversal, clivando sus hojas a las que se les separan fácilmente; no alcanza por delante a contactar con el intestino (extra intestinal); atrás llega a la raíz del mesocolon, relacionándose con la cola de páncreas sin presentar vinculación alguna con este órgano; por encima se asoma en plena retrocavidad de los epiplones, detrás del antro gástrico; por abajo, surge al piso inframesocólico, a izquierda del ángulo duodeno yeyunal, al que no adhiere.

**Macroscopia:** Tamaño mayor al de dos puños juntos, azulado, quístico, absolutamente móvil con el mesocolon.



FIG. 3.



FIG. 4.

**Relación con los vasos:** Relación inmediata con los vasos cólicos y esplénicos, de los cuales es separable. Dos importantes pedículos alcanzan al quiste en su polo súpero externo y son de origen cólico y esplénico respectivamente.

**Exéresis:** Incindiendo la hoja inferior del meso colon, se enuclea el tumor digitalmente y a tijera en zonas de mayores adherencias; se evitan

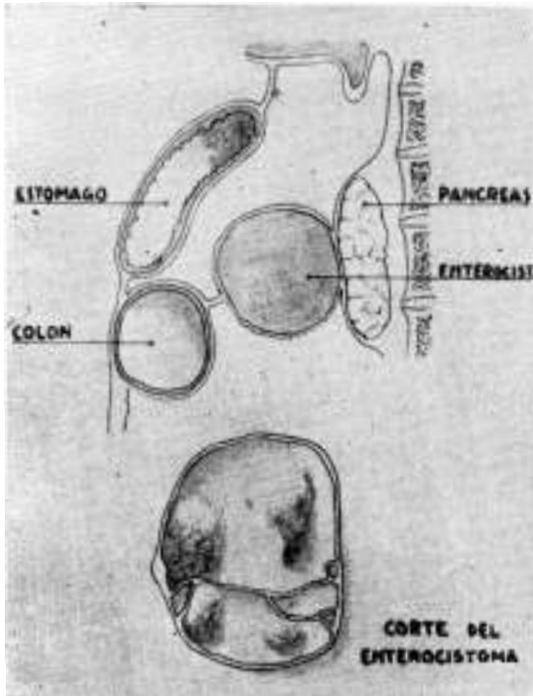


FIG. 5.

los vasos mencionados; disección de esos dos pedículos que se seccionan, previas ligaduras. Peritonización. Cierre.

**Evolución favorable.** — Alta en buenas condiciones (25 - V - 52).

Evolución alejada: sin incidencias.

#### ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO.

I. H. de M. Historia Clínica: 9.883. Registro N° 19.122. Tumorción quística del mesocolon transverso.

#### EXAMEN MACROSCOPICO.

Tumorción de forma ovoidea regular, bien limitada y de consistencia quística. Dimensiones: 13 cms. por 8 cms. por 6 cms.

**La superficie exterior** es lisa, con algunas salientes abollonadas de poco relieve; su color es blanquecino nacarado y se halla surcada por

arborizaciones vasculares delicadas y escasas; en algunas zonas presenta lobulillos adiposos laxamente adheridos y velos conjuntivos tenues. (Figura 6).

La superficie de sección se examina mediante un corte total siguiendo el eje mayor de la tumoración. Abierta la pieza sale abundante contenido filante, de color achocolatado, con aspecto de mucina mezclada a sangre modificada. La tumoración se presenta como un quiste paucilocular, con dos cavidades mayores y varias más pequeñas, las cuales comunican entre sí por orificios de tamaño variable; además de tabiques extensos, existen



FIG. 6.

tractos y bridas que saltando a modo de puente dividen incompletamente las cavidades mayores. La superficie interna se presenta finamente vellosa y opaca en una apreciable extensión, mientras que en el resto es lisa y brillante. La logia mayor presenta una formación vegetante, de forma cónica, implantada sesilmente, de color amarillenta y superficie granulosa, recubierta parcialmente por mucus. Esta formación vegetante se extiende sobre una superficie de 2 cms. por 2 cms., encontrándose bien limitada en su base; a su nivel no se nota ningún cambio en la superficie exterior. (Fig. 7).

#### EXAMEN MICROSCOPICO.

La pared del quiste se encuentra constituida por: a) una mucosa integrada por un epitelio de revestimiento simple, monoestratificado, ci-

líndrico, con células caliciformes que muestran todas las etapas de la elaboración mucígena y con células de platillo estriado y por un corion delgado y laxo, que levanta el epitelio formando salientes papilares de poca altura, entre las cuales quedan criptas glanduliformes, similares a las glándulas de Lieberkhn; en conjunto la mucosa tiene los caracteres fundamentales de la mucosa intestinal; b) **una capa muscular** muy delgada, formada por fibras lisas entrecruzadas sin mayor ordenación; c) **una capa fibrosa**, que forma la cubierta periférica del quiste. (Fig. 8).

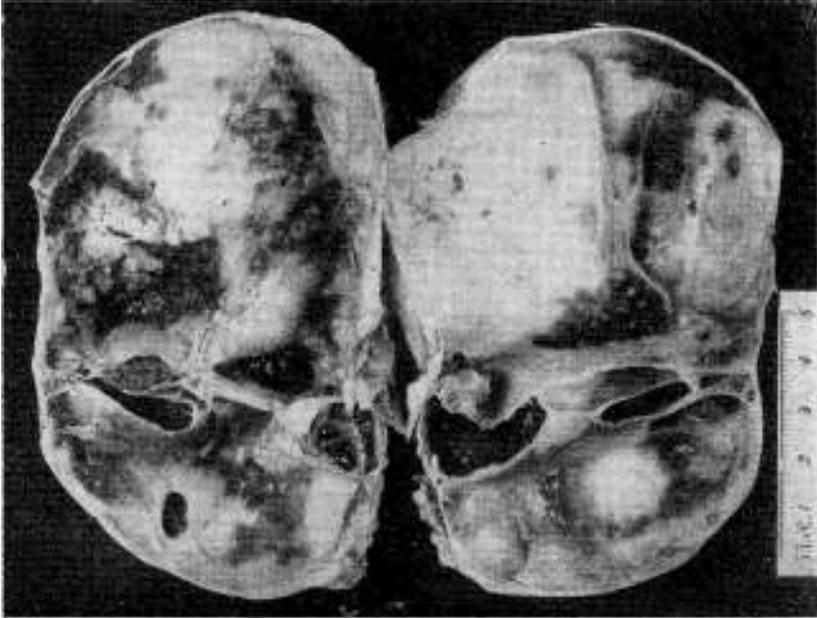


FIG. 7

A nivel de la formación vegetante sesil señalada en el examen macroscópico, el aspecto cambia debido a la existencia de activos fenómenos de crecimiento. Se observan numerosos ejes conectivos-vasculares gruesos, que se ramifican múltiples veces, hasta formar delicadas papilas revestidas por el epitelio de tipo intestinal señalado. El aspecto corresponde al del papiloma vellosa; por efectos de corte (cuando éste es perpendicular y vecino a la base de las papilas), hay zonas que toman aspecto pseudoadenomatoso, más aparente aún por el revestimiento secretorio. (Fig. 9).

No se observan figuras histológicas de malignidad.

**En suma:** Quiste enterógeno paucilocular del mesocolon transverso, con zona de proliferación papilomatosa.

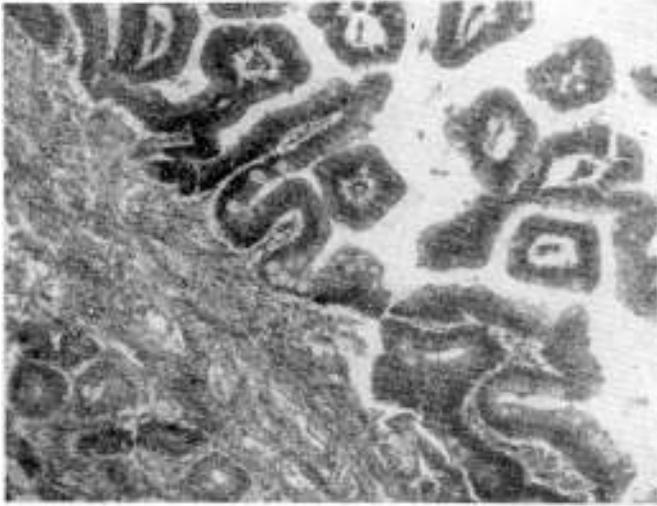


FIG. 8.

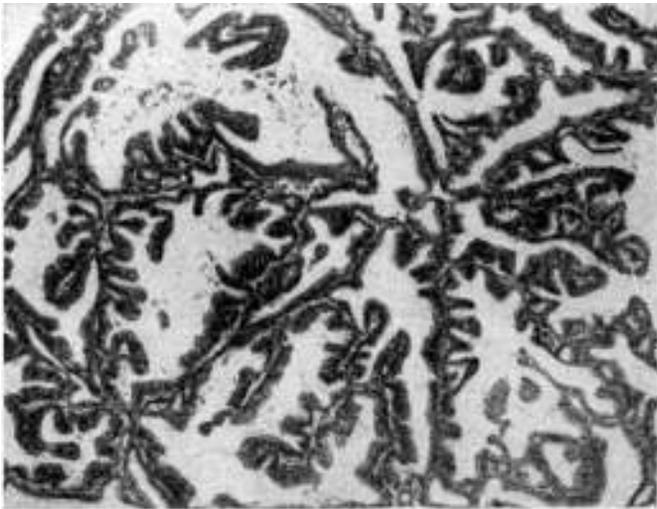


FIG. 9.

**Comentario.**

La génesis de estas formaciones tumorales quísticas como la que presentamos, ha dado motivo a innumerables hipótesis de trabajo; entre ellas y en especial para los de localización infrafragmática, la concepción de Lewis y Thing es la que cuenta con mayor número de adeptos. Estos autores demostraron en

animales y embriones humanos, la constitución de divertículos intestinales en el desarrollo embriológico del tubo digestivo.

Piensan que por estímulos ignorados estos divertículos son solicitados al crecimiento y si en esta faz se produce el estrechamiento de su cuello, sobrevendrá la separación del órgano o estructura que los formó, generándose el enterocistoma. En determinadas topografías admite Fiedemann que tales formaciones se originan a expensas del vitelo intestinal. Los enterocistomas preperitoneales del ligamento redondo y los vinculados al íleon, hallarían en tal eventualidad embriológica, la explicación de su génesis.

Maddoc, Keith, Bremer apoyándose en el conocimiento de la oclusión fetal temporaria de la luz intestinal durante el desarrollo, consideran que por alteraciones embriológicas se originarían las “duplicaciones” del tracto alimenticio.

Este, en toda su amplitud puede ser afectado en el curso de su desarrollo por procesos de “pellizcamiento” de elementos mesoendodérmicos, que reproducirían estructuras digestivas y que perdiendo toda vinculación con la luz intestinal, darían lugar a la formación de enterocistomas. (11)

Tan discutida génesis explica la diversidad de denominaciones para esta enfermedad; la vemos así referida con los nombres de quistes enterógenos, divertículos gigantes, quistes incluidos, duplicaciones del tubo digestivo, íleo doble, etc., y aún se les señala en otras formas distintas cuando su topografía es torácica o pararrectal.

No son frecuentes; Kai Dohn y Olaf Povlsen (9), destacan sus dos primeras observaciones de un total de 28.500 ingresos a una unidad quirúrgica; y dos casos a localización torácica, son reconocidos a su vez entre 3.600 ingresos a un centro de cirugía torácica. La incidencia es para ambos sexos similar en los enterocistomas a topografía abdominal. En los intratorácicos hay predominio de frecuencia para el sexo masculino.

Asientan mayormente en el territorio abdominal y en la proximidad del íleon, distribuyéndose como las siguientes observaciones de enterocistomas ilustran:

Base de lengua .....	1
Intratorácicos	61

En conexión con estómago .....	6
En conexión con duodeno .....	22
En conexión con íleon .....	136
En conexión con región íleo cecal ....	21
En conexión con ciego .....	17
En conexión con colon .....	9
En conexión con recto .....	10
<i>Intraperitoneales pero aislados del tracto digestivo (3 en el gran epiplón)</i>	8
Retroperitoneales y también desvinculados del tracto digestivo .....	4
Preperitoneales	20

TOTAL 315

Se estudia en estas formaciones su actividad funcional; no la hemos podido realizar en la que obtuvimos de nuestro enfermo. Señálase la existencia de fermentos digestivos en su contenido, originando a veces ulceraciones, hemorragias y fistulizaciones cutáneas, especialmente para los enterocistomas gástricos. La malignización es rara. Pueden acompañarse en virtud de su naturaleza de otras malformaciones. Los enterocistomas abdominales presentan variadas manifestaciones clínicas:

a) Ausencia de síntomas por latencia de su evolución, comprobándose la lesión en autopsias.

b) Íleo (83 en 124 casos) por obturación, compresión, intususcepción o vólvulo; evolucionadamente sería su consecuencia.

c) Dolor, con la característica de ofrecer remisiones; se piensa que éstas son debidas a transitorias torsiones del quiste, alteraciones mecánicas intestinales y distintos estados funcionales que modifican su grado de tensión; ésta dependería a su vez del estado funcional del tracto digestivo que actuará sobre el enterocistoma, ya por vía hormonal o neurogénica.

d) Hemorragias digestivas, de patogenia discutida, interpretada para muchos, como la resultante de la isquemia provocada por el tumor al comprimir los vasos mesentéricos.

e) Tumoración palpable, no es constante, de existir puede

ser el único síntoma presente; en general es indolora y de movilidad variable.

f) La infección es poco común; los enterocistomas a localizaciones preperitoneales con alguna mayor frecuencia, pueden no obstante presentarla, culminando en fístulas umbilicales.

Sumariamente puede decirse que estas formaciones quísticas, a veces de evolución silenciosa, ofrecen expresiones clínicas ruidosas, que no le son propias ya que corresponden fundamentalmente a las de la topografía que presenten. De ahí que los diagnósticos diferenciales a plantear en cada caso, serán múltiples, no siendo a menudo suficiente la radiología para determinar la naturaleza de la afección. Es, en último término, la operación y el examen histológico lo que la precisará.

El pronóstico se define generalmente no por la evolución del propio quiste en sí, sino por el de las complicaciones a que está expuesto y en especial por el íleo que de acuerdo a la revisión de los casos mencionados, constituye la perturbación más común en el curso evolutivo de la enfermedad.

De las cifras señaladas surge la mayor rareza de los que como en la observación que presento no ofrecen conexión alguna con la luz digestiva.

Patológicamente considerados, ellos adoptan localizaciones variadas, como ya lo hemos expuesto; interesa del *punto de vista quirúrgico* señalar su vinculación al tubo digestivo y en ese sentido recordar los distintos tipos que han dado razón a diversas complicaciones; entre ellos, dos formas, son las que debemos destacar: las extra intestinales y las parieto intestinales. Las primeras, a topografías diversas, retroperitoneales, mesentéricas, de la raíz de los mesos, etc. Correspondería el caso referido a una de ellas. Tienen quirúrgicamente la enorme ventaja de no plantear problemas técnicos que involucren directamente al intestino, que no forma parte del proceso, como nuestra observación lo ilustra. Indirectamente pueden ofrecer dificultades cuando al realizar la enucleación, se compromete la vascularización en un sector digestivo. En esas situaciones se impondría la resección adecuada correspondiente.

## Sumario

Se presenta una observación que corresponde a un enterocistoma intraperitoneal, extraintestinal, con escasa sintomatología clínica, que intervenido se extirpa fácilmente.

Su estudio histológico confirma su naturaleza.

Breve revisión del tema.

## BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS, W. E. and THORNTON, T. F. — J. Thoracic Surgery. 12: 503, 1943.
2. BOOHER, R. J. and PACK, G. T. — Arch. Surg. 53: 588, 1946.
3. CASINELLI, J. F. — An. Facultad de Medicina, Montevideo. 35: 1011, 1950.
4. CHRISTOFFERSEN, I. C. — Acta Chirg. Scand. 96: 12, 1948.
5. DAVIS JAMES, E. y BARNES WILLIAM, A. — Anales de Cirugía. 11: 8: 111, 1952.
6. DE PENNA, P. — Arch. Latino Americanos de Ped. 18: 144, 1924.
7. DIXON, S. A.; CLAGETT, O. T. and McDONALD, J. R. — J. Thoracic Surg. 15: 318, 1946.
8. FERRARO, F. P. — Am. J. Surg. 57: 525, 1942.
9. KAI DOHN and OLAF POVLSEN. — Acta Chir. Scand. 102: 20, 1951.
10. LADD, W. E. and GROSS, R. E. — Surg. Gynec. and Obst. 70: 295, 1940.
11. MIXTER, Ch. G. y CLIFFORD, S. H. — Ann. Surg. 90: 714, 1929.
12. SAUGMANN, JENSEN. — Acta Chirg. Scand. 99: 5, 1948.
13. SCHALLOW, T. A.; WAGNER, F. B., BOSLEY MANGES, W. — Philadelphia. — Surgery. 21 - 4: 533, 1947.
14. TERRIER, F., LECENE P. — De kyste yuxta-intestinal. Un nouveau cas. — Revue de Chirurgie. 29, 161, 1904.

Dr. Stajano. — Si nadie hace uso de la palabra, cabe agradecer al Dr. Bosch su presentación tan interesante de una afección poco común en un trabajo de conjunto que realmente es de gran utilidad para la radiología y la clínica. También la solución del caso es digna de tenerse en cuenta, interesando sobre todo la rareza de una afección tan poco común, pero que es tratada en una vista de conjunto utilísima para todos los cirujanos.

Cabe agradecer al Dr. Bosch.