



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DEBIDO A QUISTE GIGANTE DE
MESENTERIO”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Ponluiza Paucar, Mayra Fernanda

Tutor: Dr. Blacio Villa, Carlos Omar

Ambato-Ecuador

Octubre, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso Clínico **“OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DEBIDO A QUISTE GIGANTE DE MESENTERIO”** de Mayra Fernanda Ponluiza Paucar estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2016.

EL TUTOR

.....

Dr. Blacio Villa, Carlos Omar

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico “**OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DEBIDO A QUISTE GIGANTE DE MESENTERIO**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
Ponluiza Paucar, Mayra Fernanda

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autora.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
Ponluiza Paucar, Mayra Fernanda

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DEBIDO A QUISTE GIGANTE DE MESENTERIO”** de Mayra Fernanda Ponluiza Paucar estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo y mi Carrera a Dios y a mi familia.

A Dios por darme sabiduría, entendimiento en los momentos más difíciles para continuar adelante y cumplir mis objetivos.

A mis padres por su amor, sacrificio y apoyo incondicional, y a mi familia que han sido el eje más importante en mi vida

Mayra Fernanda Ponluiza Paucar

AGRADECIMIENTO

A mis padres por guiarme en este camino lleno de obstáculos y darme siempre la fortaleza para seguir adelante.

A mi tía que ha sido como una segunda madre, gracias por su amor y apoyo infinito, por confiar en mí y darme su ayuda incondicional.

A mi hija quien es mi motor principal para salir adelante, quien me llena cada día de ganas de luchar y no rendirme, con su pequeña sonrisa me llena de alegría y de sueños que deseo cumplir por ella.

A toda mi familia por llenar mi vida con sonrisas y darme siempre el aliento para continuar con este camino largo

A los Docentes universitarios por contribuir de la mejor manera en nuestra formación no solo con conocimientos científicos sino también con lecciones de vida, por su paciencia y el tiempo dedicado a la virtud de enseñar, de manera especial a mi docente y tutor, el Dr. Carlos Blacio.

A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para que este hermoso sueño se convirtiera en realidad.

A mis amigos y compañeros, con quienes supimos hacer un gran equipo de trabajo para sacar provecho de las largas noches de estudio y turno, gracias por todas las alegrías, tristezas, y apoyo.

Mayra Fernanda Ponluiza Paucar

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
RESUMEN	xi
SUMMARY.....	xiii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS.....	3
Objetivo General.....	3
Objetivos Específicos.....	3
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	4
DEFINICIÓN	4
CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS	5
ETIOLOGÍA	5
EPIDEMIOLOGÍA	6
CLASIFICACIÓN	7
CUADRO CLÍNICO.....	10
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	11
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.....	12
TRATAMIENTO.....	13
PRONÓSTICO.....	14
COMPLICACIONES	14

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	14
ETIOLOGÍA	14
FISIOPATOLOGÍA	16
CUADRO CLÍNICO	18
DIAGNOSTICO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	19
TRATAMIENTO	24
3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.....	28
4. DESARROLLO	29
4.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA EL CASO:	29
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	39
4.2.1 Factores de riesgo biológicos.	39
4.2.2 Factores de riesgo social	39
4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	40
4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta:	40
4.3.2. Acceso a la atención médica:	40
4.3.3. Características de la atención:	42
4.3.4. Oportunidades en la remisión:	42
4.3.5. Trámites administrativos:	43
4.4 IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS	45
4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	46
5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROACTIVA	47
RECOMENDACIONES	48
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
7. ANEXOS	53
1. EXÁMENES DE LABORATORIO	54
2. ECO ABDOMINAL	55
3. MASA ABDOMINAL EXTRAÍDA QUIRÚRGICAMENTE	56
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	57

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DEBIDO A QUISTE GIGANTE DE MESENTERIO”

Autora: Ponluiza Paucar, Mayra Fernanda

Tutor: Dr. Blacio Villa, Carlos Omar

Fecha: Septiembre del 2016

RESUMEN

El caso a ser analizado corresponde a una paciente de 20 años de edad, sexo femenino, soltera, instrucción superior, cursando el 4to semestre de auditoria, con antecedentes patológicos personales de Quiste de Mesenterio diagnosticada el 9 de Septiembre del 2015 sin resolución quirúrgica, no tiene antecedentes familiares de patología neoplásica, y con antecedentes quirúrgicos de extracción de bazo accesorio hace 10 años; la paciente fue valorada en el Centro de Salud N.- 3, presentando, al examen físico, masa no dolorosa de mediano tamaño localizado a nivel de flanco derecho, sin síntomas acompañantes, por lo cual es remitida al Hospital Provincial Docente Ambato para valoración por especialista, se le realiza un Eco Abdominal que reporta masa de aproximadamente 7x7cm de diámetro localizado en flanco derecho sin presentar signos de obstrucción por lo que se le envía a realizarse exámenes de laboratorio para programar cirugía. Cinco meses después presenta dolor abdominal tipo cólico de leve intensidad que se inicia en epigastrio y luego se vuelve difuso, con una intensidad de 10/10 según la escala de Eva, al cuadro se le suma náusea que llega al vómito por 3 ocasiones de contenido alimenticio y de color negruzco además se acompaña de deposiciones diarreicas de características líquidas, amarillentas por 5 ocasiones por lo que acude a servicio de emergencia de HPDA el 25/02/2015, donde se le realiza Radiografía de abdomen y se evidencia signo de pila de monedas y niveles hidroaéreos

además de ECO abdominal donde reporta la visualización de una colección de contenido denso ubicado a nivel de flanco y fosa iliaca derecha de 12.6 cm de longitud x 10.5 cm de ancho y por 10.0 cm de anteroposterior con un volumen aproximado de 704 cc, además distensión de asas intestinales con abundante contenido líquido y disminución del peristaltismo.

Se realizó laparotomía exploradora de urgencia, donde se encontró 1. Quiste de mesenterio +/- 15x10x10 cm de longitud con contenido seroso localizado a 80cm de la válvula ileocecal con intestino delgado adosado a pared de quiste, 2. Obstrucción intestinal por presencia de quiste de mesenterio. 3. Distensión de asas de intestino delgado. 4. Asas de intestino delgado isquémicas que luego recuperan su viabilidad. 5. Líquido inflamatorio +/- 700cc. 6. Tercer espacio de +/-700cc que se drena por SNG. Paciente que permanece hospitalizada por 6 días en el área de cirugía con tratamiento antibiótico, hidratación y analgesia evolucionando favorablemente sin ninguna complicación, por lo que es dada de alta y se continúa seguimiento por consulta externa.

Se analiza la evolución clínica, tratamiento, complicaciones y pronóstico, así como también los puntos críticos en el manejo del episodio de la enfermedad, se plantea lineamientos para mejorar el diagnóstico oportuno y manejo de los pacientes con quiste de mesenterio.

PALABRAS CLAVES: QUISTE_MESENTERIO, NIVELES_HIDROAÉREOS, LAPARATOMÍA, PERISTALTISMO.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

"BOWEL OBSTRUCTION DUE TO CYST GIANT MESENTERY"

Author: Ponluiza Paucar, Mayra Fernanda

Tutor: Dr. Blacio Villa, Carlos Omar

Date: September 2016

SUMMARY

The case to be analyzed is from a 20 year old female, single, higher education, attending the 4th semester audit, personal medical history Cyst mesentery diagnosed on September 9, 2015 without surgical resolution, not It has a family history of neoplastic disease, and surgical history extraction accessory spleen 10 years ago; the patient was valued at the Health Center N.- 3 presenting, physical examination, painless mass medium sized localized level right flank, without accompanying symptoms, which is sent to the Provincial Teaching Hospital Ambato valuation specialist, he takes an Eco Abdominal reporting mass of approximately 7x7cm in diameter located in the right flank no signs of obstruction by what is sent to laboratory tests performed to schedule surgery. Five months after cramping abdominal pain has mild epigastric that starts and then becomes diffuse, with an intensity of 10/10 according to the scale of Eva, the picture is compounded nausea vomiting reaching 3 times content food and blackish also accompanied by diarrheal stools of liquid characteristics, yellowed by 5 occasions so go to emergency service HPDA the 02.25.2015, where he performed abdominal radiography and sign stack is evidence coins and fluid levels in addition to abdominal ECO where reports display a collection of dense content located at the level of edge and right 12.6 cm iliac fossa long x 10.5 cm wide and 10.0 cm in anteroposterior with an

approximate volume of 704 cc also distention of intestinal loops with plenty of liquid content and decreased peristalsis.

Emergency exploratory laparotomy where mesentery 1. Cyst +/- 15x10x10 cm long with serous content located 80cm small intestine ileocecal valve attached to the cyst wall, 2. Intestinal obstruction by the presence of cyst was found was conducted mesentery. 3. Distention of small bowel loops. 4. Ischemic small bowel loops that then recovered its viability. 5. Liquid inflammatory +/- 700cc. 6. Third +/- 700cc space that is drained by SNG. Patient remains hospitalized for six days in the area of surgery with antibiotic therapy treatment, hydration and analgesia develop favorably without any complications, so it is discharged and monitoring continues for outpatient.

The clinical course, treatment, complications and prognosis is discussed, as well as the critical points in the management of disease episode, poses guidelines to improve early diagnosis and management of patients with mesenteric cyst.

KEYWORDS: LEVELS_CYST_ MESENTERY. HIDROAÉREOS. LAPAROTOMY, PERISTALSIS.

1. INTRODUCCIÓN

Los quistes de mesenterio (QM) son entidades cuyo origen embriológico es múltiple y la presentación clínica no es clara, en la mayoría de las veces se diagnostica de forma incidental o por exclusión de otras entidades¹. Por lo menos, la tercera parte se diagnostica antes de los 15 años de edad, y tienden a ser de naturaleza benigna, pero la recurrencia es alta cuando el tratamiento quirúrgico no reseca la totalidad de la lesión².

Se ha definido como cualquier lesión quística localizada en el mesenterio y se subdivide, según su origen, en tumores linfáticos, mesoteliales, urogenitales, dermoides, entéricos y pseudoquistes. Los más frecuentes son los linfangiomas benignos, producidos por una proliferación de tejido linfático ectópico³. Aunque se ha publicado que, habitualmente, estos son asintomáticos y el diagnóstico es casual por pruebas de imagen, estos pueden presentar manifestaciones importantes e incluso complicaciones graves, como perforaciones, oclusiones y hemorragias; sin embargo, sigue siendo una entidad rara. Debido a la falta de signos y síntomas característicos, el diagnóstico se realiza cuando estas lesiones alcanzan tamaño suficiente para que puedan palparse o cuando producen compresión a órganos vecinos. Ocasionalmente, el diagnóstico se realiza durante la cirugía, incluso cuando ésta fue indicada como emergencia⁴.

La imprevisibilidad del quiste mesentérico ha planteado significativos desafíos a los médicos y cirujanos por igual, dado que los síntomas y signos son inespecíficos en esta enfermedad e incluso en ocasiones puede ser asintomática, por lo cual es un problema diagnóstico.

Es de suma importancia hacer un diagnóstico precoz para evitar complicaciones que estos pacientes con quiste de mesenterio podrían presentar, para esto es imprescindible incorporar en la mente del médico la posibilidad del diagnóstico mediante una historia clínica detallada y un examen físico completo, lo cual nos permite obtener información pudiendo encontrar síntomas y signos aunque inespecíficos, pero cuando se presenten deben obligarnos a investigar y hacer diagnósticos diferenciales de las diferentes masas abdominales.

Ante la sospecha de esta podemos hacer uso de las diversas modalidades por imágenes para lograr un diagnóstico certero y para posteriormente planear la resolución quirúrgica con el objetivo de reseca completamente la tumoración, enfrentarse a complicaciones postquirúrgicas que estos pacientes podrían presentar.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Proponer el manejo adecuado en pacientes diagnosticados de quiste mesentérico.

Objetivos Específicos

- Identificar las limitaciones administrativas en la atención de pacientes con patología tumoral abdominal.
- Determinar el correcto manejo prequirúrgico en pacientes con quiste de mesenterio.
- Mencionar las características clínicas y tipo de abordaje médico quirúrgico, Complicaciones y condición de egreso.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DEFINICIÓN

Los quistes mesentéricos y del epiplón u omento son lesiones consideradas hamartomas que crecen a expensas de los vasos linfáticos del intestino y dependerá de que exista conexión con los vasos linfáticos intestinales para diferenciarlos en quistes quilosos.¹

Son causa de tumores intrabdominales poco frecuente, por lo regular representan patologías benignas. Se cree que los quistes de epiplón y mesenterio derivan de malformaciones del sistema linfático embrionario, generalmente suelen manifestarse como masas abdominales, móviles, las cuales pueden acompañarse de dolor, oclusión intestinal o ser asintomáticas.¹

La primera descripción de un quiste mesentérico fue durante una necropsia realizada por el patólogo Beneviene de Florencia en 1507 es por esta razón que se considera a los quistes mesentéricos como tumores poco frecuentes cuya etiología u origen no es muy claro, Moynihan en 1897 manifestó que los Quistes Mesentéricos, son una rareza quirúrgica.³

Aunque los quistes de origen linfático y mesotelial son los más abundantes, no es raro que sean confundidos entre sí u omitidos en clasificaciones previas a la descrita. Sin embargo, es importante la diferenciación entre los grupos constituidos por los quistes de origen linfáticos y los de origen mesotelial ya que tienen distinto comportamiento. Los Linfangiomas predominan en los niños varones, pueden causar abdominalgias agudas y, frecuentemente, requieren la resección de estructuras adyacentes; en contraste, los quistes de origen mesotelial, y concretamente el MQB, habitualmente se presentan de forma más solapada y suelen afectar a mujeres de edad media, siendo excepcionales los descritos en la infancia.²

Macroscópicamente los MQB pueden ser indistinguibles de los LQ. En 1979 Menemeyer y Smith definieron las diferencias estructurales entre los Mesoteliomas multiquísticos y los Linfangiomas abdominales. Desde entonces se han desarrollado

nuevos métodos histológicos, ultraestructurales y, sobre todo, histoquímicos, que permiten una diferenciación más precisa entre células endoteliales y mesoteliales.⁵

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Histológicamente los quistes mesentéricos son proliferaciones quísticas benignas de tejido linfático; sin embargo típicamente ellos no se comunican con el sistema linfático y pueden ser hallados en el mesenterio o asociados con la pared intestinal.²

Los quistes de origen linfático están tapizados por células endoteliales planas con una pared que contiene fibras de músculo liso, tejido linfóide y, ocasionalmente, células esponjosas. Por su parte, los quistes de origen mesotelial están tapizados por células cuboideas o columnares sin ninguna estructura linfática.⁶

Los exámenes inmunohistológicos ayudan a una más precisa caracterización de las células endoteliales y mesoteliales y sirven, por tanto, como Criterios de diagnóstico diferencial (de Perrot et al 2000).⁹

INMUNOHISTOLOGIA	Q. MESOTELIALES	Q. LINFÁTICOS
Factor VIII	-	+
CD 31	-	+
Queratina total	+	-
Vimentina	+	+
EMA	+	-

Tomado de: Rodríguez Álvarez JL, Sanmartín de Castro G, Gómez Durán J, García de Sola Arriaga J, Cabrera Fraga M. Leiomioma gigante de epiplón mayor.

ETIOLOGÍA

La etiología de los quistes mesentéricos es variada. No tiene un origen claramente definido (neoplásico?, reactivo). Estos últimos se asocian a menudo con antecedentes de cirugía pélvica, enfermedad inflamatoria pélvica o endometriosis.⁴

Varios mecanismos han sido sugeridos a la cuenta para el desarrollo de quiste de mesenterio y omento, incluyendo falla en los espacios linfáticos embrionarios con la

unión al sistema venoso, deficiencia del cortocircuito normal linfático-venoso en el tejido perinodal, falla en la fusión de las hojas del mesenterio, traumatismo oculto, neoplasia, y degeneración de nódulos de la linfa, entre otras.⁵

La teoría más comúnmente aceptada es la propuesta por Gross, la proliferación benigna de tejido linfático ectópico en el mesenterio y la falta de comunicación con el sistema linfático.⁴

El rol de la obstrucción linfática es cuestionable, porque la oclusión experimental de los canales linfáticos mesentéricos en animales no produce la formación de quistes por la gran circulación colateral rica en vasos linfáticos que ella presenta. En adición la obstrucción linfática no ha sido demostrada con linfagiografía.⁶

Existen algunas hipótesis en relación con el origen de los quistes mesentéricos:

1. Ruptura de vasos linfáticos, extravasación de linfa y formación de tejido de granulación.
2. Localización anómala del tejido linfático y carencia de vía de drenaje.
3. Falla en la fusión de las hojas mesentéricas durante el desarrollo embriológico.
4. Traumatismos abdominales.
5. Degeneración linfática.⁷

Como se puede observar y por los hallazgos histopatológicos y de su contenido, la formación de los quistes de mesenterios se deben primordialmente a alteraciones en la formación o desarrollo de tejido linfático principalmente y estos son los casos de los linfangiomas, lesión más frecuentemente encontrada en los quistes de mesenterio.⁸

EPIDEMIOLOGÍA

Esta patología puede presentarse a cualquier edad, y antes de los 5 años de edad, de origen endotelial. El 75% de los casos ocurren en la edad adulta estos de son origen mesotelial. Su incidencia es 1 por cada 26.000 ingresos hospitalarios, y 1 por cada 20.000 ingresos pediátricos.⁷

La incidencia reportada en la literatura es de 1 en 20,000 admisiones hospitalaria en el grupo pediátrico, con respecto a la edad de presentación, han sido reportados quistes de mesenterio en periodo neonatal hasta en pacientes de 85 años. Se menciona que no existe diferencia en la presentación de los quistes de mesenterio con relación a la raza, aunque otros reportes indican baja incidencia en la raza negra. Existe también discrepancia en la distribución por sexo, sin embargo, la mayoría de las publicaciones concluyen una relación de 2:1 a favor del género femenino.⁸

CLASIFICACIÓN

- a. Clasificación de acuerdo a la etiología e histopatología

Según etiología y clínica	Según histopatología e inmunohistoquímica
Embriológicos	Mesotelial
Traumáticos	Endotelial
Neoplásicos	Entérico
Infeciosos	Urogenital
	Dermoide
	Pseudo quistes pancreáticos

Tomado de: Cruz, Mauricio. Et al. Revisión: quiste de mesenterio.

- b. Clasificación de Perrot

1. Embriogénicos y del desarrollo
a) Entérico
b) Urogenital c) Linfoide d) Dermoide
2. Quistes traumáticos o adquiridos a) Causados por lesiones
3. Quistes neoplásicos a) Benignos (hiperplasia linfática) b) Malignos (linfangioendotelioma)
4. Quistes infecciosos y degenerativos a) Micóticos b) Parasitarios c) Tuberculosos d) Degeneración quística de ganglios

Tomado: De Perrot M, Brudler M, Totsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cyst. Toward less confusion.

c. Clasificación de Bearhs, publicada en 1950.

1. Quistes de origen linfático a) Quiste linfático simple b) Linfangioma
2. Quistes de origen mesotelial a) Quiste mesotelial simple b) Mesotelioma quístico benigno c) Mesotelioma quístico maligno
3. Quistes de origen entérico a) Quiste de duplicación intestinal b) Quiste entérico
4. Quistes de origen urigenital
5. Teratoma quístico maduro (quiste dermoide)
6. Pseudoquistes no pancreáticos a) De origen traumático b) De origen infeccioso
<i>Clin North Am 1950</i>

Tomado: De Perrot M, Brudler M, Totsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cyst. Toward less confusion.

d. Clasificación según su morfología

Los QM, según su morfología, se clasifican en:

1. Tipo 1 o pediculado (fácilmente resecable)
 2. Tipo 2 o sésil.- Incluido entre ambas hojas del mesenterio (requiere resección de las asas afectadas y anastomosis, aunque hay alguna experiencia realizando la enucleación mediante la separación del QM de ambas hojas del peritoneo)
 3. Tipo 3.- Se extiende en el retroperitoneo y habitualmente no puede ser resecado en su totalidad.
 4. Tipo 4 o multicéntrico.- Este precisará varias cirugías y/o escleroterapia.⁶
- e. Otra clasificación según su característica histopatológica.¹⁰

1. Quistes de origen endotelial	a) Quistes linfáticos simples b) Linfangiomas
2. Quiste de origen mesotelial	a) Quiste mesotelial simple b) Mesotelioma quístico benigno c) Mesotelioma quístico maligno
3. Quiste de origen entérico	a) Quiste de duplicación entérica b) Quistes entéricos
4. Quiste de origen urogenital	
5. Teratoma quístico maduro (quiste dermoide)	
6. Pseudoquistes no pancreáticos	a) Origen traumático b) Origen infeccioso

Fuente: Mennemeyer R y De Perrot M, referencias 4 y 10

Origen	Benigno	Maligno
Defectos del desarrollo	Quiste quiloso Quiste seroso	
Tejido linfático	Linfangioma	Linfangiosarcoma
Traumatismo	Quiste traumático	
Restos embrionarios	Quiste entérico dermoide	Teratoma maligno

Tomado: Guzmán, Gilberto. Quiste de mesenterio. Revisión. Obtenido el 10 de marzo 2015.

CUADRO CLÍNICO

Los Quistes Mesentéricos predominan en los varones menores de 12 años, frecuentemente son sintomáticos y suelen localizarse en el mesenterio durante la infancia y en el retroperitoneo en la edad adulta.¹⁰

Por el contrario, aunque los Quistes de Mesenterio se han comunicado en la infancia, la mayoría se observan en mujeres de mediana edad. La localización y modo de presentación parece diferir entre los Quistes de Mesenterio simples y los Quistes de Mesenterio Benigno; los primeros suelen observarse en el mesenterio y permanecen asintomáticos. Los últimos suelen localizarse en la pelvis y llegan a ser sintomáticos debido a su progresivo agrandamiento.⁸

Las manifestaciones clínicas de los quistes de mesenterio dependen principalmente de la localización y del tamaño del tumor, así como de la relación que guarde con los órganos adyacentes. Se han establecido básicamente tres formas de presentación clínica: incidental, cuadro crónico y como síndrome de abdomen agudo. Se ha observado cierto número de síntomas que aparecen con frecuencia como el dolor abdominal, masa palpable, náusea, vómito y estreñimiento. El dolor generalmente es difuso, con sensación de pesadez que se exagera con los movimientos, fenómeno explicado por la tracción del mesenterio. Son frecuentes los periodos de obstrucción intestinal intermitente por compresión de las asas del intestino delgado o del colon. Puede

aumentar el perímetro abdominal y haber síntomas de vías urinarias por compresión vesical. Se ha descrito hemorragia rectal debida a hipertensión hemorroidal causada por la obstrucción venosa debida al tumor. La presentación clínica más frecuentemente señalada en la literatura especializada es un cuadro de síndrome de abdomen agudo debido a complicaciones del quiste como hemorragia, torsión, rotura, o bien a que produce lesión a órganos adyacentes que requiere de exploración quirúrgica.¹⁶

Muy raramente los quistes mesentéricos pueden sufrir transformación maligna a sarcoma o carcinoma. Weeda y colaboradores sugieren que los quistes mesentéricos pueden considerarse anomalías adquiridas en el caso de vólvulo intermitente crónico.¹⁵

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los quistes de mesenterio pueden ocurrir en cualquier lugar del tracto gastrointestinal desde el duodeno hasta el recto, se pueden extender desde la base del mesenterio hasta el retroperitoneo²¹. Los quistes de omento están localizados en el omento menor o en el mayor, pero se observa una dependencia del epiplón mayor.¹²

El quiste de mesenterio es 4.5 veces más común que los quistes de omento. El 60% de los quistes están localizados en el mesenterio del intestino delgado, 24% en el mesenterio del intestino grueso, y 14.5% en el retroperitoneo. La localización más común es en el mesenterio ileal. En el mesenterio colónico el quiste ocurre más comúnmente en el mesocolon sigmoides.⁹

Diagnóstico diferencial de los quistes de mesenterio y omento.

1. Quiste de duplicación intestinal
2. Quiste de ovario
3. Quiste de colédoco
4. Quiste pancreático, esplénico o renal

5. Hidronefrosis

6. Teratoma quístico

7. Ascitis

8. Absceso apendicular⁸

La diferenciación entre quiste de duplicación intestinal y quiste mesentérico puede ser problemático, porque ambos están a menudo íntimamente asociados a la pared intestinal, tienen un suministro sanguíneo común, y una pared muscular adyacente al intestino pero el quiste de mesenterio no tiene bien definido la pared mucosa como el quiste de duplicación intestinal²¹. También se los puede diferenciar entre los linfangiomas del mesenterio y epiplón de las lesiones quísticas intraabdominales, dentro de las cuales hay malformaciones (duplicaciones quísticas, quistes vitelinos, quistes derivados del uraco) o tumores derivados del recubrimiento peritoneal (mesoteliomas).¹⁶

Los quistes pueden ser únicos o múltiples y multiloculados o uniloculados; siendo lo más frecuentes únicos y uniloculados¹⁹. El contenido del quiste guarda relación con la localización del mismo, observándose líquido seroso, fibrinoso, quiloso o hemático. Los quistes estudiados en la región proximal del mesenterio generalmente contienen quilo, dado el grado de absorción a ese nivel²⁰. El fluido generalmente es seroso cuando el quiste se encuentra en la parte distal del intestino delgado o mesenterio colónico y quiloso cuando está localizado en el mesenterio del intestino delgado proximal. El quiste de omento casi siempre contiene líquido seroso.¹³

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Basados esencialmente en Ecografía y TAC. La ecografía distingue entre masas sólidas y quísticas; la TAC determina la extensión y el contenido quístico. El grosor de la pared quística, la presencia de septos, calcificaciones o grasa, y el contenido quístico asociado con la presencia de niveles o de restos resultantes de una antigua hemorragia interna o hematoma, son importantes hallazgos para definir a los quistes mesentéricos. En caso de

duda la aspiración con aguja de la masa puede ayudar a diferenciar entre un pseudoquiste pancreático, un Linfangioma o un MQB. La laparoscopia es otra alternativa para mejor localizar y caracterizar el quiste antes de la intervención.¹⁵

La mortalidad de los Quistes de Mesenterios de acuerdo a diversos autores no excede el 20%.⁸

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección para los quistes mesentéricos es la cirugía. El objetivo de la cirugía es la resección completa de la masa. El quiste omental es más fácil de remover y casi nunca requiere resección intestinal. Los quistes de omento pueden ser extirpados usando técnica laparoscópica²⁰. El tratamiento preferido del quiste de mesenterio es la enucleación. En adultos, el quiste a menudo se desgarrar de entre las hojas del mesenterio; en los niños, sin embargo, la resección intestinal es frecuentemente requerida para extraer la masa completamente y asegurar que el aporte sanguíneo al intestino no esté comprometida. La resección intestinal es necesaria solo en un 33% en adultos pero 50% a 60% en los niños con quiste de mesenterio.⁸

La sola aspiración de su contenido está condenada a la recidiva, así como la resección parcial. No obstante, en los casos en los que no es posible su extirpación por la posibilidad de lesión de órganos vecinos irresecables, se ha sugerido la marsupialización del quiste. El procedimiento de elección para las lesiones benignas es la enucleación completa. Aunque algunos han reportado una buena tasa de curación para los quistes malignos con la enucleación, ciertos autores opinan que la resección completa del quiste con márgenes libres, es recomendable para reducir el riesgo de recidiva.¹⁶

La resección localizada del intestino o de las estructuras vecinas puede requerir la exéresis del quiste en bloque¹⁹. Las técnicas de acceso mínimo pueden ser realizadas aún en casos sospechados como malignos mientras se pruebe la adhesión a los principios de la cirugía oncológica.¹⁶

La resección laparoscópica de los quistes mesentéricos ha sido también descrita. La ventaja de la laparoscopia es la del acceso mínimo y, en consecuencia, una estadía hospitalaria menor y un tiempo de recuperación más corto para el paciente. Shimura ha descrito casos de resección laparoscópica exitosa de quistes mesentéricos.¹⁶

PRONÓSTICO

El pronóstico depende principalmente de las condiciones clínicas del paciente. Se menciona morbilidad de 2% en los casos de enucleación y hasta 25% en grandes resecciones. Se ha reportado mortalidad de 5 a 19% en los casos que no requirieron resección y 10 a 20 % en el grupo en que se realizó resección.¹⁵

COMPLICACIONES

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

La obstrucción intestinal es un síndrome causado por la detención, más o menos completa, más o menos persistente, de heces y gases en cualquier tramo intestinal, ocasionada por causas orgánicas o funcionales. Constituye alrededor de un 20% de las urgencias quirúrgicas de un hospital. En cuanto a la atención primaria, lo más frecuente es encontrar obstrucciones incompletas (p. ej., emisión de gases pero no de heces), que en algunos casos acaban siendo completas.¹⁷

ETIOLOGÍA

Las principales causas de obstrucción de esta parte del intestino se engloban en las causas generales de la obstrucción, ya que al ser la parte más larga de las vísceras huecas, se encuentra más expuesto a sufrir alguna patología que lo obstruya.¹⁷

- › A. Extrínsecas
 - Hernias
 - Vólvulos
 - Adherencias
 - Masas: abscesos, hematomas, tumores
- › B. Intrínsecas
 - Congénitas
 - Atresias
 - Estenosis congénitas
 - Divertículo de Meckel
 - Inflammatorias
 - Diverticulitis
 - Enfermedad de Crohn
 - Actínica
 - Neoplásicas
 - Intraluminales
 - Pólipos
 - Bezoares
 - Litiasis
 - Cuerpos extraños
 - Fecalomas
 - Otras
 - Intususcepción
 - Hematomas
 - Endometriosis

Tomado de: Nuria Maroto, Vicente Garrigues. Oclusión y Seudoclusión intestinal. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital de Manises. Valencia.

1. Adherencias. Es la causa más frecuente de obstrucción, en más del 90% de los casos en pacientes con historia previa de cirugía intraabdominal generalmente complicada como en la úlcera péptica perforada y peritonitis generalizada secundaria. Las adherencias se producen por una reacción exagerada del organismo por limitar y reparar así como para evitar mayor daño, pueden ser laxas que se despegan fácilmente o fibrosas en relación con una reacción inflamatoria local más intensa, como en una apendicitis perforada con peritonitis localizada.¹⁷

2. Hernias. La segunda causa más frecuente de obstrucción en general y la primera en pacientes que no han sido intervenidos quirúrgicamente. Las hernias se clasifican en internas como la obturatriz y a través de un defecto del mesenterio que no se suturó durante una resección intestinal posterior a la anastomosis y la externa como cualquier hernia de la pared abdominal, tales como la inguinal o la femoral, las hay congénitas

como la hernia de Bodeleek del diafragma o adquiridas como las hernias postincisionales luego de cierres defectuosos de la pared abdominal.¹⁷

FISIOPATOLOGÍA

Las alteraciones que se producen en el transcurso de una oclusión intestinal como consecuencia del obstáculo existente provocarán una acumulación de líquidos, gases y alteraciones de la secreción-absorción por encima de la lesión oclusiva, dando lugar a toda una cascada de acontecimientos que se pueden agrupar en 3 tipos de repercusiones fisiopatológicas.¹⁸

- **Consecuencias de la distensión intestinal**

En principio se establece por vía refleja un peristaltismo de lucha que se acompaña de dolor cólico. En una fase posterior, la regla son los vómitos, fundamentalmente si se trata de oclusiones altas o de intestino delgado, esto hace que pueda distinguirse del íleo mecánico de intestino grueso, que en función de la válvula de Bauhin, que es competente en un 75% de los casos, produce distensión sobre todo cecal, con gran distensión, llegando a producir perforación diastásica por mecanismo de asa cerrada, sin llegar a producir vómitos salvo en casos muy tardíos. Si la válvula es incompetente la situación es similar al íleo mecánico simple del intestino delgado.¹⁸

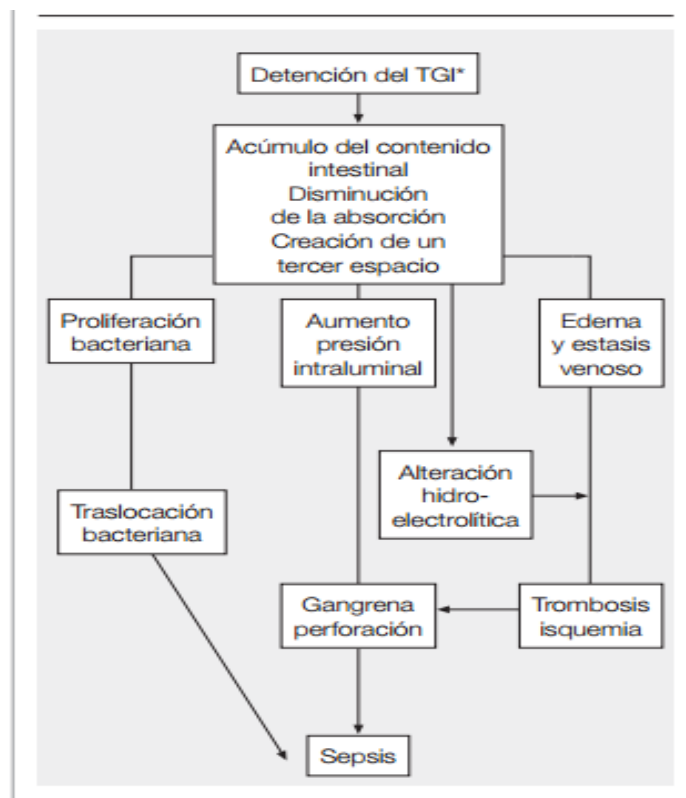
- **Repercusiones loco-regionales**

En la circulación parieto-intestinal se comprimen los vasos y se produce isquemia y necrosis en estados avanzados. El peristaltismo intestinal en un inicio está aumentado de manera importante, para luego pasar a una parálisis intestinal, favorecida por la isquemia con hipoxia parietal. Se produce inversión de la flora bacteriana, predominando los gramnegativos sobre los gram positivos con aumento de la permeabilidad para las bacterias como para las toxinas. El incremento de la presión intraabdominal produce

disnea, hipoxia, hipercapnia, acidosis y shock, además de dificultad del retorno venoso por compresión de la cava con encharcamiento del territorio esplácnico.¹⁸

- **Repercusiones generales**

Sobre el metabolismo hidromineral se produce una alteración con deshidratación y pérdida al tercer espacio, ocurre de forma más temprana o intensa cuanto más prolongada es la evolución. En el metabolismo proteico existe déficit por plasmaféresis, alteraciones de la absorción, hemorragias y falta de ingestión oral. Pueden ocurrir úlceras de estrés acompañadas de un cuadro de shock, consecuencia de la hipovolemia, sepsis o el estado tóxico que presenta el paciente.¹⁸



Vázquez JM. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de obstrucción intestinal.

CUADRO CLÍNICO

- **Náusea, vómito, obstipación.** De acuerdo al nivel de la obstrucción se darán las características del vómito, en la obstrucción a nivel ileal, el tipo de vómito será fecaloide, y en la obstrucción pilórica, será de tipo gástrico y con o sin contenido alimenticio. Se puede encontrar pasaje de flatos y excremento distal a la obstrucción, sin que esto indique necesariamente la liberación de la obstrucción. Toda esta sintomatología se inicia una vez que hay un llenado de la porción obstruida con líquido, aire y gas que una vez saturada la máxima capacidad de las asas intestinales, responderán con ondas antiperistálticas para defender la integridad del órgano dando lugar a la náusea y al vómito. Lo más frecuente es que se presente constipación seguida de obstipación.¹⁹
- **Dolor.** El tipo de dolor que se presenta es generalmente de tipo cólico que se localiza en un principio en el centro del abdomen y en el área del órgano afectado y posteriormente se hace generalizado por la inflamación del peritoneo visceral y parietal. Si existe dolor intenso y continuo nos puede indicar un proceso patológico severo como en el caso de una isquemia, necrosis o perforación por torsión o estrangulamiento de un asa, lo que se manifiesta más gravemente por afectación de un asa de intestino grueso con sepsis temprana y más agresivo resultando en mortalidad más elevada.¹⁹
- **Distensión abdominal.** Es un dato característico de la obstrucción que se produce gradual y progresivamente, hasta que se autolibera por medio del vómito o mediante la aplicación de sonda nasogástrica, implica la acumulación de jugos digestivos, así como líquido de tercer espacio que se produce por alteraciones en el movimiento de agua y electrolitos a través de la membrana celular, gas y aire deglutido que conlleva al compromiso vascular venoso y posteriormente arterial.¹⁹

DIAGNOSTICO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

A) HISTORIA CLÍNICA

1. Edad

- Neonato. se deberá de considerar etiología congénita como el ileo meconial o la enfermedad de Hirschsprung así como ano imperforado.
- 2 a 24 meses. se deberá de considerar algo de lo anterior e intususcepción.
- Adultos jóvenes. Se buscará herniaciones, enfermedad inflamatoria del intestino. Secundaria a hernia, cáncer, enfermedad diverticular.
- Ancianos. Mismas etiologías o síndrome de Ogilvie.¹⁸

2. Historia Quirúrgica.

Los procedimientos en la cavidad peritoneal o de la pelvis, pueden inducir a la formación de adherencias o hernias internas aun en presencia de estomas, la pérdida súbita del gasto a través de éstas indica seguramente la torsión o necrosis de la estoma.¹⁸

3. Historia médica.

En casos de arteriosclerosis, arritmias cardiacas, infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, así como con el uso de digitálicos, se puede presentar isquemia intestinal. Si hubiere enfermedad inflamatoria del intestino o diverticulitis así como colecistitis crónica litiasica con íleo biliar secundario.¹⁸

4. Uso de medicamentos.

Digitálicos por isquemia, narcóticos y anticolinérgicos por íleo adinámico, diuréticos por hipokalemia, polifarmacia en el síndrome de Ogilvie.

5. Revisión de aparatos y sistemas.

Pérdida de peso reciente, se podrá considerar una neoplasia o un síndrome de la arteria mesentérica superior.

B) EXPLORACIÓN FÍSICA

1. Signos vitales

- **Fiebre.** Cuando se presenta deberá de considerar la posibilidad de una complicación con sepsis local o generalizada.
- **Taquicardia.** Podría ser secundaria a deshidratación por tercer espacio o hipovolemia que se asocia a deshidratación por vómito y ayuno o a hemorragia interna, sin embargo si se presenta con dolor puede ser signo de estrangulación.
- **Hipotensión ortostática.** Por deshidratación que se presenta al haber secuestro de líquido intraluminal creando un tercer espacio.

2. Exploración abdominal¹⁹

Sonidos abdominales conforme el intestino se ve afectado por el proceso patológico, el sonido intestinal es en un principio de tipo borborismo seguido de un sonido de lucha, intenso y muy audible, que posteriormente es seguido de abatimiento en la intensidad de los ruidos por fatiga del músculo liso hasta el silencio abdominal que nos habla de un cuadro grave. En el íleo adinámico los sonidos pueden estar ausentes. En caso de una obstrucción distal de intestino delgado las oleadas de movimientos peristálticos de lucha se presentan cada 6-7 minutos, mientras que en las obstrucciones colónicas las ondas de movimiento serán cada 30-40 minutos.¹⁷

El dolor que se encuentra en la exploración física determina de acuerdo a su intensidad, la urgencia de una intervención, cuando hay datos de irritación peritoneal, que es simplemente el dolor que es buscado con ciertas maniobras sobre el abdomen y que nos indican la gravedad de la enfermedad.¹⁷

La distensión del abdomen es otro signo fundamental que se puede dificultar su hallazgo si el paciente ya ha sido manejado con sonda nasogástrica.

Masas en la cavidad como un tumor sólido del retroperitoneo o megalias secundarias a órganos, por ejemplo una esplenomegalia, afectados de manera primaria por patología hematológica o parasitaria como en la malaria crónica, o procesos sépticos del tracto digestivo como por ejemplo en un piocolecisto, o por cáncer o tumores quísticos que

producen debido a su gran tamaño obstrucción extrínseca, por ejemplo en el quiste mesentérico gigante.¹⁸

Es muy importante la búsqueda intencionada de defectos herniarios en la pared abdominal. Observar si hay presencia de cicatrices quirúrgicas o traumáticas, o si hay laceraciones de la pared o hematomas que podrían hablar de trauma contuso abdominal con lesión secundaria de vísceras sólidas, por ejemplo laceraciones hepáticas o huecas como los hematomas de la pared intestinal. Antecedentes de realización de estudios endoscópicos por la posibilidad de perforaciones. Mucho cuidado se recomienda en los pacientes ancianos por cuadros bizarros de abdomen agudo e íleo secundario como en el caso de úlceras pépticas perforadas.¹⁹

3. Exploración rectal y vaginal

Se encontrará el ámpula rectal generalmente vacía, se deberá de descartar impactación fecal, o la presencia de tumores rectales, así mismo la presencia de hemorragia que hable de neoplasia de intestino bajo. Se podrá palpar bimanualmente en el tacto rectal la presencia de tumores sólidos o quísticos de los ovarios que den lugar a patología aguda o crónica y como manifestación la obstrucción intestinal, se podrá descartar la presencia de embarazos ectópicos no rotos que produzcan un íleo reflejo o masas rectales que se pueden verificar mediante esta exploración.¹⁹

C) EXÁMENES DE LABORATORIO

Su utilidad para el diagnóstico etiológico del íleo es limitada, pero son importantes para valorar la gravedad del cuadro clínico y necesario para programar adecuadamente el tratamiento, sobre todo la reposición hidroelectrolítica. En las fases iniciales de la enfermedad la analítica suele ser normal. Sin embargo, a medida que el proceso avanza se hace patente la deshidratación y la hipovolemia secundaria al secuestro de líquidos. Todo ello se traduce en hemoconcentración y elevación del nitrógeno ureico, siendo también frecuentes las alteraciones en los niveles de potasio y del equilibrio ácido-base secundarias a la presencia de vómitos y diarrea. La leucocitosis y neutrofilia son

frecuentes, aun en ausencia de infección. Si se produce isquemia intestinal debido a la existencia de estrangulación, puede detectarse aumento de los niveles de amilasa y otras enzimas presentes en la pared intestinal (LDH y fosfatasa alcalina). La presencia de anemia hipocroma-microcítica puede sugerir neoplasia intestinal.¹⁷

Leucocitos. Puede estar una cuenta normal si no hay complicaciones, ésta se eleva marcadamente en las complicaciones. Si hay un proceso infeccioso se encontrará elevada de inicio, las formas jóvenes como bandas se encontrarán en procesos sépticos severos, menores de 12 mil/mL en una obstrucción simple; mayores de 20 mil/mL sugieren una enfermedad vascular mesentérica aguda.¹⁸

Hematocrito. Elevado en los estados como en la deshidratación, pero disminuidos en hemorragias subclínicas como en el adenocarcinoma de colon izquierdo.¹⁸

Alteraciones en los electrolitos. Particularmente en la hipocalcemia.

Alcalosis. En la obstrucción pilórica secundaria a vómitos de contenido ácido.

Acidosis. Secundaria a sepsis como en el caso de un estrangulamiento de asa con infarto intestinal.

D) EXÁMENES DE IMAGEN

- **RX simple de abdomen**

Al menos en dos proyecciones (decúbito supino y bipedestación o decúbito lateral con rayo horizontal). Es la prueba más rentable y útil. Nos fijaremos en el luminograma intestinal y su distribución a lo largo del tubo digestivo. Lo primero que llama la atención es la dilatación intestinal y la presencia de niveles hidroaéreos en la radiografía de abdomen en bipedestación. Deben incluirse las cúpulas diafragmáticas para valorar la presencia de neumoperitoneo¹⁷.

La imagen característica de la obstrucción del intestino delgado (ID) consiste en la dilatación de asas en posición central, con edema de pared y la característica imagen de

pilas de monedas, al hacerse patentes los pliegues mucosos del ID (válvulas conniventes).

En las obstrucciones colorrectales los hallazgos radiológicos dependerán de si existe o no una válvula ileocecal competente. Si ésta funciona, el gas se acumula fundamentalmente en el colon (por encima de 10 cm de diámetro mayor en ciego aumenta el riesgo de perforación). Aparecerán las asas dilatadas más lateralmente y mostrando los pliegues de las haustras.¹⁷

La presencia o ausencia de gas distal puede indicar una obstrucción completa o tratarse de una sub-oclusión o de un íleo paralítico. La imagen de un «grano de café» es muy sugestiva del vólvulo intestinal. Si encontramos aérobilia, podemos sospechar que el origen de la obstrucción es por un cálculo que ha pasado a través de una fístula colecisto-entérica y que se suele localizar en íleon terminal.¹⁸

- **Radiografía de tórax**

En los pacientes con oclusión intestinal debe indicarse además una Rx de tórax. Esta exploración permite identificar otras patologías como una neumonía que puede ser tanto la causa del íleo como una consecuencia del mismo (por aspiración). Además es útil para valorar el estado cardiopulmonar, previo a una intervención y facilita la detección de aire libre infradiaphragmático.¹⁹

- **Otros exámenes de imagen**

Ecografía abdominal.- Uso controvertido por los artefactos que ocasiona el gas intestinal. No obstante, permite detectar asas edematizadas, patología biliar (íleo biliar), presencia de líquido libre peritoneal, abscesos así como patología renal causa de íleo reflejo.

Enema opaco.- Debemos solicitarlo ante la sospecha de una tumoración obstructiva o estenosante para diagnosticarla y comprobar el grado de obstrucción. En caso de vólvulo intestinal puede ser diagnóstico y terapéutico.¹⁸

Colonoscopia.- Menos útil por la difícil preparación colónica del paciente, pudiendo ser terapéutica en casos de vólvulos (sería el tratamiento de urgencia, y si fracasa la desvolvulación o se sospecha gangrena o perforación estará indicada la cirugía urgente) o diagnóstica (neoplasias).¹⁸

TAC y RMN.- Valoración de patologías no diagnosticadas por los anteriores medios, pues detectan dilatación diferenciada de asas, participación o complicación peritoneal y retroperitoneal.¹⁸

TRATAMIENTO

Dentro del contexto de una urgencia médico quirúrgica debe tratarse al paciente en función de la repercusión clínica que produzca, si bien la cirugía es el tratamiento de la mayor parte de los casos de oclusión intestinal, aunque existen varias pautas de tratamiento en función de la etiología del cuadro:

- **Tratamiento médico conservador**

Puede intentarse en casos en que no exista gravedad extrema, sin signos de perforación ni de oclusión completa, sobre todo si existe un diagnóstico de presunción de bridas o síndrome adherencial o bien se trata de un íleo paralítico o una pseudo-oclusión intestinal. Este tratamiento constaría de:

Evacuación a un hospital si la clínica es de más de 12 h y existe empeoramiento, aunque se conozca la causa.¹⁹

Descompresión intestinal: iniciar con dieta absoluta y, si el cuadro no mejora, colocar sonda nasogástrica con aspiración continua que se mantendrá hasta recuperar el peristaltismo y solucionar la causa de la oclusión.

Reducir hernias con suaves maniobras de taxis si no hay signos de estrangulación y siempre con una evolución inferior a 6 h tras la incarceration herniaria.

Tratamiento de las alteraciones hidroelectrolíticas, sobre todo debe tratarse la hipovolemia, rehidratando al paciente cuando existen signos de oclusión. La reposición de iones se realizará tras analizar el resultado de la bioquímica, corrigiendo el pH en virtud del resultado de la gasometría.¹⁹

Profilaxis y tratamiento de la infección, que se justifica por la alta incidencia de morbimortalidad de la sepsis bacteriana. Se emplean de forma habitual varios antibióticos que con un espectro amplio que cubra anaerobio, por ejemplo metronidazol más aminoglucósido.¹⁹

Si la gravedad es extrema se deberá realizar tratamiento del shock, en unidades de cuidados intensivos.

En caso de oclusiones bajas del intestino grueso, como paso previo a la cirugía si se sospecha neoplasia o bien si se trata de estenosis benignas intraluminales, en algunos centros hospitalarios se vienen empleando prótesis autoexpandibles que se emplazan a través de técnicas de endoscopia o de radiología intervencionista y que solucionan el problema evitando una intervención quirúrgica urgente en los casos concretos en los que está indicada.¹⁹

- **Tratamiento Quirúrgico.**

La patología obstructiva es una indicación quirúrgica en la mayoría de los casos, que requerirá de laparotomía exploradora y manejo de la etiología con extirpación, puenteo, resección intestinal, angioplastia, corte y ligadura, dependiendo de los hallazgos y finalmente, lavado y drenaje de cavidad, así como la corrección de la causa subyacente como en la hernia complicada en la que se recomienda una vez solucionado el problema visceral, la plastia de pared con o sin la aplicación de material protésico, como las mallas de marlex.¹⁷

Entonces diremos que los procedimientos quirúrgicos para la liberación de la obstrucción intestinal se dividen en seis categorías:

- a) Procedimientos que no implican la apertura de la víscera por ejemplo la adherólisis.

- b) Enterotomía para retiro del material obstructivo por ejemplo en los bezoares.
- c) Resección de la porción intestinal obstruida con anastomosis primaria.
- d) Puenteo alrededor de la obstrucción, por ejemplo en el cáncer.
- e) La formación de estomas proximales, por ejemplo en patologías con sepsis abdominal.
- f) Remoción de coágulos intravasculares por medio de angioplastías y catéter de Fogarty que afectan la circulación arterial o venosa mesentérica, como ocurre por ejemplo en la trombosis mesentérica. Una vez que la obstrucción ha sido superada quirúrgicamente, pocos pacientes se reobstruyen y si es así, menos del 15% requiere de exploración subsecuente.¹⁸

El tiempo de realización de la cirugía dependerá de la certeza para el diagnóstico y del cuadro clínico, pero en general se aconseja que sea dentro de la primera 2-4 h de la admisión intrahospitalaria. A los pacientes con cuadro obstructivo secundario a adherencias lo mejor es realizar un protocolo de manejo conservador, ya que de operar nuevamente, aumenta la morbimortalidad con cuadros cada vez más frecuentes de obstrucción, 78% de los casos en grandes series mejoraron con manejo conservador.

Si existe la necesidad de operar es mejor realizar una lisis o resección con límites quirúrgicos adecuados y anastomosis que sigan los principios básicos para el éxito de éstas:

1. Ausencia de tensión en el sitio de la anastomosis
2. Ausencia de infección
3. Hilo quirúrgico adecuado
4. Aguja adecuada al tejido
5. Viabilidad de los tejidos a anastomosar y con buena irrigación
6. No dejar bordes anastomóticos evertidos.
7. Ausencia de obstrucción distal a la anastomosis
8. Nutrición adecuada del paciente
9. Buena técnica quirúrgica Aplicar drenaje proximal a la anastomosis con sonda nasogástrica hasta que se restaure el tránsito intestinal, esto se corrobora con

gastos gástrico e intestinal mínimo a través de la sonda. Aplicar tubos de drenaje blandos vecinos a la anastomosis ayuno y manejo de líquidos y electrolitos. Realizar anastomosis sin dejar sacos ciegos que puedan producir sitios de sobrecrecimiento bacteriano.¹⁸

En el caso de los estomas, éstos deberán de seguir los principios de un buen estoma:

1. Ausencia de tensión en la unión a la pared abdominal.
2. Ausencia de infección.
3. Realizar el estoma con intestino que salga de la superficie de la piel aproximadamente 1-2 cm quedando debidamente evertido para una buena fijación de la bolsa de colostomía.
4. Realizar cuidados de la estoma de manera gentil.
4. Preparar al paciente y a su familia para la aceptación y el manejo de su estoma.
5. Requiere de drenaje proximal por medio de sonda nasogástrica hasta que inicie su función.¹⁸

3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

Historia clínica, en la que se destaca la revisión de documentos a través en la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, atendida en las diferentes unidades y servicios hospitalarios, manejos clínicos, características de la atención e identificación de puntos críticos.

Información directa a través de la aplicación de entrevista directa con el paciente, familiares y Hospital, que brindo la información activa y directa donde la cual permitió identificar los factores que influyeron de alguna manera en la atención y evolución de este caso clínico.

Guías de práctica clínica y artículos de revisión ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objeto de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia en cuanto al diagnóstico y tratamiento de un paciente individual, la guía clínica utilizada en la cual se obtuvo definiciones, protocolos estandarizados, medidas terapéuticas, recomendaciones.

Recursos tanto del Investigador (Autora del análisis del caso), personal de salud que estuvo en contacto con la paciente (médicos especialistas, residentes, internos rotativos, enfermeras) y familiares cercanos al paciente.

4. DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA EL CASO:

Se trata de una paciente de 20 años de edad, sexo femenino, soltera, instrucción superior, cursando el 4to semestre de auditoria, con antecedentes patológicos personales de Quiste de Mesenterio diagnosticada el 9 de Septiembre del 2015 sin resolución quirúrgica, no tiene antecedentes familiares de patología neoplásica, presenta antecedentes quirúrgicos de laparotomía exploratoria por cuadro de abdomen agudo con extracción de bazo ectópico accesorio hace 10 años aproximadamente; Antecedentes ginecológicos menarquia 12 años, pubárquia 12 años, telárquia 12 años, ETS ninguna, IVS aún no. Hábitos alimentarios 3 veces al día, miccionales 2 veces, defecatorios 1 vez al día, no presenta alergias a ningún medicamento, no alcohol ni drogas.

Paciente que 15 días antes de su primera visita al medica presenta dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, localizada en hipogastrio que se exagera con los decúbitos, no cede con la deposición, se automedica paracetamol 500 mg c/8h por 3 días por lo que sintomatología cede momentáneamente, acude por primera vez en el Centro de Salud N.- 3 el 9 Septiembre del 2015 para chequeo médico presentando al examen físico un abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación, lo relevante es que se palpa una masa de +/- 15cm de ancho por 10 cm de altura, dura, móvil localizado a nivel de flanco derecho, fosa iliaca derecha y mesogástrio, no síntomas acompañantes, por lo cual es remitida al Hospital Provincial Docente Ambato, con un diagnóstico de masa abdominal en estudio. La paciente se realiza eco abdominal por cuenta propia, el mismo que reporta.

ECO ABDOMINAL

Reporta masa de aproximadamente 7x7cm de diámetro localizado en flanco derecho y fosa iliaca derecha sin presentar signos de obstrucción.

Paciente acude el 14/12/2015 a consulta externa de Hospital Provincial Docente Ambato donde es valorada por especialista quien al examen físico encuentra masa palpable de

aproximadamente 11cm x11cm x 11cm con bordes definidos, no doloroso a la palpación.

Se le envía a realizarse exámenes de laboratorio y el chequeo prequirúrgico para programación de cirugía.

El 17/12/2015 se realiza los respectivos exámenes que reportan lo siguiente:

*****BIOMETRÍA HEMÁTICA

LEUCOCITOS (WBC):.....6.25
NEUTROFILOS:.....59.4%
HEMOGLOBINA:.....14.1 g/dl
HEMATOCRITO:.....42.9%
PLAQUETAS:.....192.000

*****TIEMPOS

TP:.....10 seg
TTP:.....33 seg

*****QUÍMICA SANGUÍNEA

UREA:.....22.8 g/dl
BUN:.....11
GLUCOSA:.....86.8 mg/dl
PROTEINAS TOTALES:.....7.00 g/dl
ALBUMINA:.....4.07 g/dl
TGO:.....14.0 U/L
TGP:.....14.1 U/L

*****EMO

DENSIDAD:.....1020
pH:.....6
PIOCITOS POR CAMPO:.....1-3

CELULAS:.....3-5

BACTERIAS:.....(+)

*****SEROLOGÍA

VDRL:.....NO REACTIVO

HIV:.....NO REACTIVO

*****ELECTROCARDIOGRAMA:.....NORMAL

*****RX TÓRAX: que no muestra ningún signo de relevancia como infiltrados o derrames a la vez no se evidencia ni cardiomegalias.

El 21/12/2016 acude a médico cardiólogo para chequeo prequirúrgico quien informa que la paciente se encuentra en condiciones óptimas para procedimiento quirúrgico con un ASA de I/V, pero al momento de reagendar el turno para nuevamente ser chequeada y programar cirugía este se retrasa y se le da para febrero del 2016.

El 23/02/2016 presenta dolor abdominal tipo cólico de leve intensidad, 6/10 según EVA localizado en epigastrio sin otros síntomas acompañantes por lo que acude a emergencias del HPDA donde es valorada inicialmente en TRIAGE donde se le administra N-Butilecopolamina 20 mg IV por una ocasión cediendo momentáneamente sintomatología. 24 horas posteriores el 24/02/2016 acude nuevamente a emergencia del HPDA por presentar dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio sin irradiación de leve intensidad con una escala de 8/10 según EVA, se acompaña de náusea que no llega al vómito. Al examen físico paciente afebril, consciente orientada en las 5 esferas, TA: 110/70 mmHg, FC: 86 x', FR: 20 x', Sat: 98%, abdomen suave depresible doloroso a la palpación en hipogastrio, se palpa masa de +/- 30 cm con bordes irregulares no móvil. Se le administra medicación y se le envía exámenes de laboratorio:

1. Solución Salina 0.9% 1000cc IV
2. Tramadol 100 mg IV diluido y lento.
3. Ondasetrón 8 mg IV STAT.
4. Metoclopramida 10 mg IV c/8h

5. Ranitidina 50 mg IV c/12h

Exámenes de laboratorio 24/02/2016 que reporta:

*****BIOMETRÍA HEMÁTICA

LEUCOCITOS (WBC):.....11.02
NEUTROFILOS:.....87.0%
HEMOGLOBINA:.....14.9 g/dl
HEMATOCRITO:.....45.2%
PLAQUETAS:.....269.000

*****QUÍMICA SANGUÍNEA

UREA:.....27.1 g/dl
BUN:.....13
GLUCOSA:.....116.2 mg/dl
CREATININA:.....0.74 mg/dl

*****BHCG:.....NEGATIVO

*****EMO

DENSIDAD:.....1020
pH:.....5
PROTEÍNAS:.....30 mg/dl
PIOCITOS POR CAMPO:.....0-2
ERITROCITOS POR CAMPO:.....0-1
CELULAS:.....2-4
BACTERIAS:.....ESCASAS

A las 21:30 paciente estable cuadro de dolor abdominal cede momentáneamente, por lo cual paciente se comunica con médico tratante de cirugía quien da el alta de emergencia y se le envía con Tramadol 20 gotas VO c/12h y con signos de alarma.

El 25/02/2016 a las 17:30 la paciente regresa nuevamente al servicio de emergencias del HPDA por presentar cuadro de dolor abdominal generalizado con una intensidad de 10/10 según EVA, a este cuadro se le suma náusea que llega al vómito por 3 ocasiones de contenido alimenticio, de mal olor y de color negruzco además se acompaña de deposiciones diarreas de características líquidas, amarillentas por 5 ocasiones. Al examen físico se encontró una paciente álgica, biotipo normosómico, con una temperatura de 37 ° C, FC: 90x', FR: 23x', Sat: 95%, orientada en las 5 esferas. Abdomen suave poco depresible doloroso a la palpación superficial y profunda. RHA ausentes. Se le administra.

1. Solución Salina 0.9% 1000cc IV
2. Tramadol 100 mg IV diluido y lento.
3. Omeprazol 40 mg IV STAT
4. Metoclopramida 10 mg IV c/8h
5. Colocación SNG

Además se le envía a realizarse un ECO Abdominal, RX Abdomen en 2 posiciones y exámenes de laboratorio.

*****BIOMETRÍA HEMÁTICA 17:56

LEUCOCITOS (WBC):.....7.97
NEUTROFILOS:.....70.4%
HEMOGLOBINA:.....14.7 g/dl
HEMATOCRITO:.....44.9%
PLAQUETAS:.....274.000

*****TIEMPOS

TP:.....14 seg
TTP:.....40 seg

*****ECO ABDOMINAL 18:30

Se visualiza una colección de contenido denso ubicado a nivel de flanco y fosa iliaca derecha, mide 12.6cm de longitud x 10.5 cm de ancho x 10 cm anteroposterior con un volumen aproximado de 704cc

Existe distensión además distención de asas intestinales con abundante contenido líquido y disminución del peristaltismo.

*****RX ABDOMEN 19:00

Se evidencia signo de pilas de monedas y niveles hidroaéreos.

A las 21:00 paciente es valorada por el servicio de cirugía donde es ingresada a quirófano donde se realizó laparotomía exploradora de urgencia, se le realiza una incisión medial supra e infra umbilical de 10cm, encontrándose los siguientes hallazgos: 1. Quiste de mesenterio +/- 15x10x10 cm de longitud con contenido seroso localizado a 80cm de la válvula ileocecal con intestino delgado adosado a la pared de quiste, 2. Obstrucción intestinal por presencia de quiste de mesenterio. 3. Distensión de asas de intestino delgado. 4. Asas de intestino delgado isquémicas que luego recuperan su viabilidad, no se realiza resección de la misma. 5. Líquido inflamatorio +/- 700cc. 6. Tercer espacio de +/-700cc que se drena por SNG. Paciente pasa a recuperación donde se indica lo siguiente:

1. NPO
2. Control de signos vitales + I/E
3. Colocación de SNG
4. Control y cuantificación de drenaje.
5. SNG a caída libre y reposición de pérdidas cc/cc con Lactato Ringer c/4h.
6. Lactato Ringer 100cc IV c/8h
7. Metronidazol 500mg IV c/8h.
8. Ranitidina 50 mg IV c/12h.
9. Ceftriaxona 1g IV c/12h.
10. Ketorolaco 60mg STAT Y después c/8h.
11. Sulfato de magnesio 1 ampolla IV QD.

12. Complejo B 5cc IV QD.
13. Vitamina C 1 ampolla IV QD
14. Gluconato de Calcio 1 ampolla IV QD.
15. Ácido Tranexánico 500mg IV c/8h.
16. Novedades.

26/02/2016 Recuperación a las 4:20

S: Paciente al momento refiere dolor abdominal de gran intensidad, localizado en el sitio quirúrgico.

O: Abdomen suave depresible doloroso a la palpación, presencia de apósitos no sanguinolentos.

A: Paciente en regulares condiciones.

P: Indicación

1. Tramadol 100 mg IV STAT y c/12h diluido y lento.

26/02/2016 Piso de cirugía 12:30

Paciente presento alza térmica de 39°C

Indicación.

1. Ketorolaco 60 mg IV STAT.

26/02/2016 a las 18:30

S: Paciente que presenta alza térmica, álgica, al momento refiere dolor abdominal de gran intensidad localizado en sitio quirúrgico

O: Presencia de SNG a caída libre con producción de líquido bilioso de 200 cc aproximadamente. Abdomen suave, depresible doloroso a la palpación, apósitos en buen estado.

A: Paciente que cursa su primer día post operatorio al momento se encuentra en regulares condiciones.

I: Indicaciones

1. NPO
2. Control de signos vitales + I/E
3. Control y cuantificación de drenaje.
4. SNG a caída libre y reposición de perdidas cc/cc con Lactato Ringer c/4h.
5. Lactato Ringer 100cc IV c/8h
6. Metronidazol 500mg IV c/8h.
7. Ranitidina 50 mg IV c/12h.
8. Ceftriaxona 1g IV c/12h.
9. Ketorolaco 60mg IV c/8h.
10. Sulfato de magnesio 1 ampolla IV QD.
11. Complejo B 5cc IV QD.
12. Vitamina C 1ampolla IV QD
13. Gluconato de Calcio 1 ampolla IV QD.
14. Ácido Tranexánico 500mg IV c/8h.
15. Novedades.

26/02/2016 a las 20:20

Paciente que al momento refiere disfagia, y alza térmica, se evidencia en el abdomen apósitos manchados con líquido serohemático, a la palpación se tiene un abdomen suave depresible doloroso. Producción de flatos ausente. Se indica: 1. Metamizol 1gr IV STAT. 2. S.S 0.9% 600ml IV STAT. 3. RX Tórax.

****RX Tórax: No se evidencia infiltrados ni derrames en la placa.

Día 2 Posquirúrgico

Paciente con presencia de SNG con una producción de 5cc de líquido bilioso y DREN con producción de 160 cc con líquido serohemático. Al momento presenta dolor

abdominal de gran intensidad a nivel de mesogástrico. Al examen físico se evidencia paciente algica, febril. Mucosas orales humedad. Ruidos cardiacos taquicárdicos. Abdomen suave ligeramente depresible. RHA (+), doloroso a la palpación en sitio quirúrgico. Indicaciones

1. Dieta liquida
2. Control de signos vitales + I/E
3. Control y cuantificación de drenaje.
4. Curva térmica
5. SNG a caída libre y reposición de perdidas cc/cc con Lactato Ringer c/4h.
6. Lactato Ringer 100cc IV c/8h
7. Metronidazol 500mg IV c/8h.
8. Ranitidina 50 mg IV c/12h.
9. Ceftriaxona 1g IV c/12h.
10. Ketorolaco 60mg IV c/8h.
11. Sulfato de magnesio 20 ml IV QD.
12. Complejo B 5cc IV QD.
13. Vitamina C 1ampolla IV QD
14. Gluconato de Calcio 1 ampolla IV QD.
15. Ácido Tranexánico 500mg IV c/8h.
16. Novedades.

Día 3 28/02/2016

Paciente que se encuentra en mejores condiciones no presenta ninguna molestia, buena tolerancia oral. Al examen físico paciente que no presenta SNG, presencia de dren con 5cc de producción serohemático por lo cual se retira el mismo, al examen físico paciente consciente, orientado es tiempo, espacio y persona, el abdomen se encuentra suave depresible ligeramente doloroso, herida quirúrgica en buen estado. RHA presentes. Indicaciones.

1. Dieta blanda

2. Control de signos vitales + I/E.
3. Curva térmica
4. Lactato Ringer 100cc IV c/8h
5. Metronidazol 500mg IV c/8h.
6. Ranitidina 50 mg IV c/12h.
7. Ceftriaxona 1g IV c/12h.
8. Ketorolaco 60mg IV c/8h.
9. Sulfato de magnesio 20 ml IV QD.
10. Complejo B 5cc IV QD.
11. Vitamina C 1ampolla IV QD
12. Gluconato de Calcio 1 ampolla IV QD.
13. Ácido Tranexánico 500mg IV c/8h.
14. Novedades.

28/02/2016 a las 13:00

Paciente que evoluciona favorablemente, hemodinámicamente estable, con buena tolerancia oral por lo cual se decide alta, y seguimiento por consulta externa.

18/03/2016 a las 15:00

Paciente acude a control posquirúrgico por consulta externa. Al momento estable no presenta ninguna molestia, acude con resultado histopatológico que reporta:

Descripción Macroscópica.

Se recibe apéndice cecal, que mide 4x0.6cm. Serosa, congestiva, lisa y brillante. Al corte de la pared no muestra alteraciones.

Descripción Microscópica.

Se observa congestión de los vasos de la serosa y mucosa. La mucosa muestra la presencia de algunos eosinófilos y los folículos linfoides agrandados y los centros con actividad fagocítica.

Compatible con quiste de mesenterio: el quiste se encuentra formado por fibras colágenas, carece de revestimiento epitelial interno y está parcialmente revestido por serosa intestinal externa, en todo su espesor presenta edema, congestión y denso infiltrado formado por neutrófilos y piocitos especialmente. No representa malignidad. Por lo cual se decide el alta definitiva de cirugía.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

4.2.1 Factores de riesgo biológicos.

Los quistes de mesenterio y epiplón son causa de tumores intabdominales poco frecuentes, por lo regular representan patologías benignas. Se cree que los quistes de epiplón y mesenterio derivan de malformaciones del sistema linfático embrionario, generalmente suelen manifestarse como masas abdominales, móviles, las cuales pueden acompañarse de dolor, oclusión intestinal o ser asintomáticas.¹

En la literatura mundial hay pocos reportes y escasas series que nos puedan ayudar a conocer mejor el comportamiento de los QM, quizá la serie con mayor número de casos es la reportada por Martínez-Ramos y colaboradores, en 2005, en España y únicamente con cuatro casos en un estudio retrospectivo de 15 años.¹

4.2.2 Factores de riesgo social

Edad

Esta patología puede presentarse a cualquier edad, y antes de los 5 años de edad, de origen endotelial. El 75% de los casos ocurren en la edad adulta estos de son origen mesotelial. Su incidencia es 1 por cada 26.000 ingresos hospitalarios, y 1 por cada 20.000 ingresos pediátricos. La presentación no guarda relación con la edad; en algunas series predominan en adultos, preferentemente a partir de la cuarta década de vida, mientras que en otras son más frecuentes en niños.

Sexo

Los Quistes de Mesenterio se presentan con mayor prevalencia en el sexo femenino se desconoce hasta el momento por qué se produce más en este género.

A nivel mundial el Quiste de mesenterio es una patología rara por lo cual se desconoce su origen, es así que la mayoría de casos descritos son quistes benignos. Y se da en mayor proporción en mujeres jóvenes.

4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta:

La conducta adecuada a seguir ante un paciente con una sospecha clínica de padecer Quiste de mesenterio a nivel extra hospitalario debe centrarse en el traslado del enfermo de forma oportuna hacia un centro hospitalario, lugar en el cual se le va a realizar los correspondientes chequeos clínicos y de forma oportuna su confirmación diagnóstica mediante la realización de exámenes complementarios, para de esta manera instaurar de manera ágil y oportuna el tratamiento adecuado al paciente para su pronta recuperación. Por el contrario, la paciente del presente caso a analizar fue referida hacia el área hospitalaria previamente habiendo acudido aproximadamente hace 5 meses antes a centro de salud o atención de primer nivel, en el mismo la valoran clínicamente ahí solamente refiere un leve dolor abdominal tipo cólico, que se exagera con los decúbitos, se palpa ya una masa que se localiza en fosa iliaca, flanco derecho y mesogástrico por lo cual fue remitida al HPDA, pero el turno se lo dan 3 meses después de acudir al centro de salud. La referencia fue oportuna por lo contrario el seguimiento no se estableció de manera consecutiva.

4.3.2. Acceso a la atención médica:

La atención primaria siendo el núcleo del sistema de salud del país y que forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. En esta debe darse una adecuada valoración para la resolución o derivación de los problemas de salud que no pueden ser resueltos, este tipo de atención está inserta en el lugar donde residen y trabajan nuestros habitantes y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria.¹¹

El Estado ecuatoriano, dando cumplimiento al Sumak Kausay o el Buen Vivir, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se traduce en el establecimiento de la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención de salud, con la implementación de un modelo basado en la Atención Primaria de Salud (APS).¹¹

El fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) incorpora la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R); es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud. Su organización e implementación deben responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que provienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; 1 consolidar la articulación del SNS, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria en todos los niveles de atención.¹¹

La paciente reside en la parroquia de Huachi Chico, se dispone de un Centro de Salud ubicado en la misma parroquia, esta cuenta con una infraestructura adecuada para la atención primaria donde realizan visitas domiciliarias, en dicho centro de salud cuenta con médicos, personal de enfermería, personal de odontología además con medicación para abastecer a la población, con la nueva implementación del sistema de referencia y contrareferencia la atención ha mejorado, hoy en día se realiza control de niño sano, atención a mujeres embarazadas, planificación familiar y se realizan charlas de las enfermedades más frecuentes en adultos mayores.

La oportunidad en la solicitud de consulta médica y el acceso a la atención en salud fue de manera tardía debido a condicionantes de tipo agendamiento, por lo que paciente acude 15 días después de presentar sus primeros síntomas. En la cual se la refiere a hospital de segundo nivel donde se tardan 3 meses para ser vista por especialista. Por otra parte después de realizar exámenes de imagen se determina masa a nivel de fosa iliaca, flanco derecho e hipogastrio. Al acudir a chequeo médico en el HPDA la paciente es valorada y se le envía a realizarse exámenes de laboratorio y el chequeo prequirúrgico, para programar cirugía, pero turno se lo dan para dentro de 2 meses es por eso que paciente ingresa de manera urgente a emergencias del Hospital Provincial Docente Ambato con cuadro de obstrucción intestinal, por lo que es intervenida quirúrgicamente de emergencia.

4.3.3. Características de la atención:

El manejo en el área de emergencia se basa en la atención clínica inmediata en cualquier tipo de paciente y además una monitorización adecuada y permanente, conjuntamente tener el acceso a los equipos que disponga en la unidad de salud, nuestra paciente al ser receptado y valorado por el servicio se tomó medidas generales, y se realizó acciones inmediatas.

Es importante el diagnóstico por imágenes, en este caso la paciente ya contaba con eco abdominal realizado con anterioridad, pero se realizaron nuevamente pruebas de laboratorio y Rx de abdomen, se realizó eco abdominal nuevamente el día que ingreso a emergencias en sitio privado puesto que el Hospital en ese momento se encontraba saturado el área de imágenes.

4.3.4. Oportunidades en la remisión:

La paciente fue derivada de forma oportuna por parte de Centro de Salud quien la valoró en primera instancia, pero en el momento de agendar turno para especialista en hospital de segundo nivel este se retarda casi 3 meses, pero para el agendamiento posterior a chequeo de especialista hay un retraso en el mismo, es por eso que la paciente reingresa con complicación de la patología ya descrita.

4.3.5. Trámites administrativos:

Los trámites administrativos no se facilitaron de manera adecuada para la programación de cirugía ya que los turnos dentro del hospital se retardan, lo cual demuestra la saturación de turnos dentro del mismo y la deficiencia en cuanto a la demora en los trámites de exámenes oportunos en la red de salud.

El Modelo de Atención Integral en Salud del Ecuador (MAIS), se orienta al cumplimiento de las políticas nacionales del Plan del Buen Vivir y es uno de los mecanismos para el reconocimiento del mandato Constitucional sobre el derecho que tiene todo ciudadano del acceso a la atención oportuna, pertinente e integral de la salud. El contar con un marco normativo e instrumentos necesarios para la implementación, ejecución y control del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia por niveles de atención y complejidad constituye una necesidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), con el propósito de permitir el acceso inmediato de la comunidad y, si se requiere, la continuidad de la atención en los niveles de mayor complejidad.

El SNS del Ecuador, con la implementación y funcionamiento del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en la atención a los usuarios, fortalece y consolida la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

Responsables de la referencia y/o derivación: es responsabilidad de los profesionales de los establecimientos de salud referir/derivar y ejecutar la referencia/derivación a los usuarios al nivel de atención o de complejidad que corresponde, según capacidad resolutoria y pertinencia clínica, misma que es de su competencia desde que se inicia la

atención en el establecimiento de destino de la referencia o de la derivación hasta cuando recibe la contrareferencia

Paciente fue referido de manera adecuada por parte del Centro de Salud N 3 ha hospital de segundo Nivel para estudio y resolución de quiste de mesenterio.

Entidad receptora de la referencia y/o derivación: es el establecimiento de salud del mismo o mayor nivel de atención o de complejidad, con la capacidad resolutive requerida, que recibe al usuario con el formulario No. 053 y procede a brindar la atención.

Normas técnicas para la referencia y/o derivación:

-Las referencias y/o derivaciones serán solicitadas por profesionales de la salud de acuerdo a sus competencias; en su ausencia y únicamente en condiciones de emergencia, realizará otro personal de salud.

-Los profesionales de salud que refieran o deriven a usuarios, ya sea para la realización de consultas de especialidad, tratamientos complementarios u hospitalización, deberán llenar el formulario No. 053 de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia con datos completos y letra legible.

-Se debe establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que es referido el usuario utilizando los criterios de capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia.

-El personal administrativo debe coordinar con el servicio de admisión del establecimiento al cual se refiere o deriva para agendar la cita del usuario.

-En el caso de ser una emergencia, el personal administrativo comunicará al establecimiento de referencia o derivación para brindar toda la información pertinente del usuario garantizando su atención inmediata. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud.

-En caso de emergencia, si el nivel receptor no dispone de espacio físico para la recepción definitiva del usuario, debe estabilizarlo antes del envío a otro establecimiento de salud.

-Implementación, ejecución y control del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia por niveles de atención y

complejidad constituye una necesidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), con el propósito de permitir el acceso inmediato de la comunidad y, si se requiere, la continuidad de la atención en los niveles de mayor complejidad.

-El SNS del Ecuador, con la implementación y funcionamiento del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en la atención a los usuarios, fortalece y consolida la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

-El personal administrativo que agendó la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones establecidas.

-El establecimiento de salud deberá contar con el personal administrativo y equipamiento necesario para agendar las citas.

-El establecimiento de salud receptor atenderá únicamente las referencias o derivaciones solicitadas desde el nivel inferior o del mismo nivel de atención; el usuario no podrá acudir al establecimiento de salud de referencia o derivación correspondiente sin tener agendada la cita con hora, fecha y especialidad a la que fue referido o derivado. Se exceptúan los casos de emergencia.

4.4 IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

-En la historia clínica faltan datos relevantes de la anamnesis del paciente, por lo que se requirió la entrevista vía telefónica familiar para obtener una historia clínica adecuada para el análisis del caso.

-En el Hospital existe tardanza en el agendamiento de los turnos, para las consultas ya sea por primera vez o para control del mismo.

-No se logra conseguir de manera oportuno turno para el chequeo con especialista.

-No se cuenta con los informes de Tomografías realizadas.

-El manejo inadecuado de la paciente en triage.

-El no ingreso inmediato de la paciente a cirugía para la resolución quirúrgica y así se podría haber evitado la complicación ya descrita

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora
El manejo rápido en pacientes que presentan Quiste de mesenterio	<ul style="list-style-type: none"> - Remitir oportunamente al paciente a un hospital de segundo nivel, e ingresar rápidamente a la paciente para resolución quirúrgica así se podrá evitar complicaciones.
Estandarizar protocolos de manejo sobre Quiste de mesenterio	<ul style="list-style-type: none"> - Proponer e implementar dentro de las normativas del MSP protocolos estandarizados en donde se describa concepto, tipos, evaluación, manejo y seguimiento en pacientes con Quiste de mesenterio.
Correcta elaboración de historias clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con el control estricto de la información que se detalla en la historia clínica por el departamento de control de calidad.
Facilitar y agilizar el agendamiento de turnos en hospital de segundo nivel.	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar información completa y veraz a personal de salud. - Ayudar a la paciente lo más rápido posible para la realización de exámenes dentro del hospital de II nivel.

5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROACTIVA

- Hay falta de coherencia y concordancia con los datos informativos obtenidos en la Historia Clínica, que no es completa y se relegan varios datos importantes para el desarrollo cronológico del mismo.

Existe una deficiente aplicación en el manejo de pacientes que presentan quiste de mesenterio, puesto que al ser una patología poco común se piensa que este cuadro se puede tratar con tiempo, pero no es así, una que vez se diagnostica un quiste de mesenterio se debe ingresar rápidamente al hospital para resolución quirúrgica inmediata evitando así complicaciones futuras, es así que existe un déficit en el reagendamiento de los turnos dentro del hospital.

- Esta patología se presenta en pocos pacientes y siendo su único tratamiento la resolución quirúrgica se debería ingresar inmediatamente a la paciente por emergencia evitando así el trámite que se genera para atención por consulta externa, puesto que esta patología crece progresivamente y causa complicaciones, es el caso de la paciente que si en vez de esperar turno para programar cirugía se la ingresaba rápidamente se podía haber evitado la obstrucción intestinal que es una complicación del quiste de mesenterio.
- El síntoma principal que presento la paciente fue el dolor abdominal, el manejo terapéutico que se tuvo en la paciente fue correcto puesto que el único tratamiento para esta patología, es la resolución quirúrgica, lo malo es que se tuvo que esperar que este se complique para ingresar a operar, la complicación que presento fue obstrucción intestinal, es por eso que se ingresó a una laparotomía exploratoria, se debería considera la resolución quirúrgica lo más pronto posible para evitar estas complicaciones, la paciente durante su estancia en el hospital no presentó ninguna complicación postquirúrgica, evolucionando favorablemente egreso en buenas condiciones.

RECOMENDACIONES

- Realizar programas de educación continua a todo el personal médico y de salud sobre este tema masa quística de mesenterio, así como del abordaje de masa abdominal
- Se debe establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que es referido el usuario utilizando los criterios de capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia.
- El personal administrativo debe coordinar con el servicio de admisión del establecimiento al cual se refiere o deriva para agendar la cita del usuario.
- El personal administrativo que agendó la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones establecidas.
- El establecimiento de salud deberá contar con el personal administrativo y equipamiento necesario para agendar las citas.
- Al enfrentarnos a un paciente con masa quística de mesenterio para su manejo es obligatoria una historia clínica bien realizada y un examen físico completo y además ser más detallistas en la descripción y localización de los quistes al describir los hallazgos trans-operatorios que nos permitan realizar un estudio más detallado.

Luego de estas conclusiones y recomendaciones creemos que el proceso investigativo debe continuar en este tipo de patologías que a pesar de ser poco frecuentes y raras requiere la atención médica oportuna para evitar fatales consecuencias. Sugiero la realización de un protocolo sobre el abordaje y manejo de los pacientes con masa quística de mesenterio

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, Rubén. Et al. Quiste de mesenterio y epiplón en niños. Estudio de 21 casos. *Pediatría de México* Vol. 11 Num.1-2009. (7)
2. Calvillo, Martin. Quiste gigante de mesenterio en un recién nacido: Reporte de un caso *Rev. Perinatol. Reprod Hum.* vol.28 no.1 México ene.- mar. 2014. Obtenido el 10 de marzo 2015. (3)
3. Cruz, Mauricio. Et al. Revisión: quiste de mesenterio. *Revista dolor clínica y terapia.* Vol.VI/Num.3/2009. (8)
4. De Perrot M, Brudler M, Totsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cyst. Toward less confusion? *Dig Surg.* 2000;17(4):323-8. (9)
5. Guzmán-Valdivia Gómez G, Alonso-Avilés V. Quiste de mesenterio como causa de abdomen agudo. A propósito de tres casos. *Gac Méd Méx* 2003; 139 (5): 5057. (5)
6. Guzmán-Valdivia Gómez Gilberto. Quiste de mesenterio. Revisión. *Revista Gastroenterología México*, 68 (2003), pp. 235-238. (13)
7. Morales S, Sánchez F, Barbar A, Jiménez A. Obstrucción intestinal. En: Capitán L, Cano A, editores. *Guía práctica de urgencias quirúrgicas.* Sevilla: Ediciones Marsay, 2000; 277-285. (19)
8. Pérez García Roberto, Torres López Edgar, Ruiz Ovalle José Luís. Quiste Mesentérico: Descripción de un caso. *Cirujano Genera*, 23 (2001), pp.109-111. (12)

9. Ricketts Richard R. Mesenteric and Omental Cysts. En O'Neill Rowe. Pediatric Surgery. St Luis. Ed. Mosby. 1998;2:1269-75. (2)
10. Rodríguez Álvarez JL, Sanmartín de Castro G, Gómez Durán J, García de Sola Arriaga J, Cabrera Fraga M. Leiomioma gigante de epiplón mayor. Rev Cirugía Española. 2000; 67(5):517-9. (4)
11. Vázquez JM. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de obstrucción intestinal. Medicine 2004; 9 (6): 421-6. (18)
12. Vialat Soto, Vivian. Et al. Quiste del mesenterio y epiplón en niños. Estudio de 20 años. Rev cubana Pediatr v.76 n. Ciudad de la Habana jul-sep. 2004. (6)

LINKOGRAFÍA

1. Castillo, Alejandro. Linfangioma quístico de Mesenterio Reporte de un caso. Nicaragua Pediátrica.2da.Epoca;vol.1;No2.Mayo-agosto 2013. Obtenido 13 de marzo 2015 en <https://es.scribd.com/doc/144270044/Linfangioma-quistico>. (10)
2. Bannura G., Contreras J.,Peñalosa P. Quiste mesotelial simple gigante abdomino-pélvico. Rev Chilena Cir. [revista en Internet]; 2008 [Citado 5 ene 2010]; 60(1): 67-70. Disponible: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=49668&id_seccion=2693&id_ejemplar=5016&id_revista=163 (14)
3. Guzmán, Gilberto. Quiste de mesenterio. Revisión. Obtenido el 10 de marzo 2015 en <http://www.revistagastroenterologiamexico.org> (1)
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de

Salud Norma Técnica - [citado 16 Sep 2015]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Norma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia.pdf> (11)

5. Nuria Maroto, Vicente Garrigues. Oclusión y Seudooclusión intestinal. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital de Manises. Valencia. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudaspracticass/27_Oclusion_y_seudooclusion.pdf (17)
6. Pérez GR, Torres LE, Ruiz OJ. Quiste mesentérico: descripción de un caso. Cirujano General [revista en internet] 2001[citado 21 enero 2010]; 23(2):109-111. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-cirgen/e-cg2001/e-cg01-2/er-cg012g.htm> (15)
7. Sosa Hernández R, Sánchez Portela CA, Simón Rodríguez L. Quiste del mesenterio. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Cubana Cir. 2007; 46(4): Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol46_4_07/cir10407.pdf (16)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

1. **EBRARY:** Vikas M. Daddennavar1 , Archana VD2 , Vijayakumar BJ3 , Patil TN4. An Extremely Rare Presentation of Mesenteric Cyst. Indian Journal of Public Health Research & Development. January-March 2013, Vol. 4, No. 1. (20).
Disponibile: <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10834449>
2. **EBSCOHOST:** Seong Eun Park, Tae Joo Jeon, Ji Young Park. Mesenteric pseudocyst of the transverse colon: unusual presentation of more common pathology. Park SE, et al. BMJ Case Rep 2014. Accepted 1 October 2014 (21)
Disponibile: <http://ebscohost.academic.eb.com/bps/additionalcontent/18/114696290>
3. **EBSCOHOST:** Sreenivas Rao Challa, Debadutta Senapati, Taraka Krishna Nulukurthi,. Mucinous mesenteric cyst of the sigmoid mesocolon: a rare entity. Case Rep 2016. Accepted 3 February 2016. (19).
Disponibile:<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7U4y9f3OLCmr06ep7RSsKe4TLsWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOHi8Um0set55%2BS5feLp34jn&T=P&P=AN&S=R&D=qoh&K=101387615>
4. **ProQuest:** Jaahnavi Chinamilli Obstrucciones Intestinales . El Nuevo Día 2016 Jul 24 Disponible en:
<http://search.proquest.com/docview/378572764/fulltext/4EF6139C4BC84642PQ/12?accountid=36765>
5. **ProQuest:** Constante R.Señalan expertos factores asociados a piedras en vesícula biliar. Notimex 2013, 23. Disponible en:
<http://search.proquest.com/docview/820961275/4EF6139C4BC84642PQ/15?accountid=36765>

7. ANEXOS

ANEXOS

1. EXÁMENES DE LABORATORIO

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
LABORATORIO CLINICO
QUIMICA SANGUINEA

ID 127 FECH: 24/02/16 18:19:45
NO.M. E000011 00010-2 ID OPERADOR bmserv
Comment-001 LEON EVELYN

SEX

TEST	RESULT	UNID	VALOR REF.	ALARM
UREA	27.1	mg/dL	(16.6- 48.5)	
BUN	13		(6- 20)	
GLUCOSA	116.2 H	mg/dL	(74- 106)	
CREATININA	0.74	mg/dL	(0.70- 1.20)	

1 HEMATOLOGICO				3 COPROLOGICO			
				RETICULOCITOS	COLOR	HEMOGLOBINA	ESPCRAS
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO							
ID pac:	Apellido: LEON			Nombre: EVELYN	Sexo:		
Edad:	Fecha nac:			Dpto: emergencia	N° cama:		
Muestr:	127	Hora prue: 24-02-2016 18:38			Modo: WB CBC+DIFF		
Diag ofi:							
Parámetro		Result	Unid	Parámetro		Result	Unid
WBC	H	11.02	$\times 10^3/uL$	RBC		5.10	$\times 10^6/uL$
Neu%	H	87.0	%	HGB		14.9	g/dL
Lym%	L	9.4	%	HCT		45.2	%
Mon%		3.5	%	MCV		88.7	fL
Eos%	L	0.1	%	MCH		29.2	pg
Bas%		0.0	%	MCHC		32.9	g/dL
Neu#	H	9.58	$\times 10^3/uL$	RDW-CV		13.2	%
Lym#		1.04	$\times 10^3/uL$	RDW-SD		49.7	fL
Mon#		0.38	$\times 10^3/uL$	PLT		269	$\times 10^3/uL$
Eos#		0.02	$\times 10^3/uL$	MPV		10.8	fL
Bas#		0.00	$\times 10^3/uL$	PDW		16.6	fL
* ALY%		0.1	%	PCT	H	0.291	%
* LIC%		0.0	%				
ALY#		0.01	$\times 10^3/uL$				
* LIC#		0.00	$\times 10^3/uL$				
*** sólo uso en investigación, no para diagnóstico							
Entreg:	Operador: LABORATORIO			Valida:	24-02-2016 18:3		
	Imp: entr:			Imp: hora:			

2. ECO ABDOMINAL



Se visualiza una colección de contenido denso ubicado a nivel de flanco y fosa iliaca derecha, mide 12.6cm de longitud x 10.5 cm de ancho x 10 cm anteroposterior con un volumen aproximado de 704cc

3. MASA ABDOMINAL EXTRAÍDA QUIRÚRGICAMENTE



Quiste de mesenterio +/- 15x10x10 cm de longitud con contenido seroso localizado a 80cm de la válvula ileocecal con intestino delgado adosado a la pared de quiste, 2. Obstrucción intestinal por presencia de quiste de mesenterio. 3. Distensión de asas de intestino delgado. 4. Asas de intestino delgado isquémicas que luego recuperan su viabilidad, no se realiza resección de la misma. 5. Líquido inflamatorio +/- 700cc.

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, LEÓN CHÁVEZ EVELYN VANESSA CI. 1804695965. En calidad de paciente del Hospital Provincial Docente Ambato de la Ciudad de Ambato, con historia clínica No. 420754, previo explicación, doy mi consentimiento el mismo que fue informando en el mes de Febrero del 2016, para la utilización de los datos que reportan en mi historia clínica para la realización y presentación del caso clínico. El presente consentimiento informado, lo firmo, para permitir que la Srta. egresada de la carrera de medicina: **Ponluiza Paucar Mayra Fernanda**, con cédula de identidad No. 1804984662, estudiante de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO use la información médica de mi historia clínica, para la realización del caso clínico titulado: **“OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DEBIDO A QUISTE GIGANTE DE MESENTERIO”**.

Después de haber leído detenidamente la hoja de consentimiento informado y de haber escuchado las respuestas a mis inquietudes en forma voluntaria autorizo a que se me tomen los datos necesarios para la realización de dicho análisis de caso. La información obtenida será confidencial

Para los fines legales pertinentes, firman el presente consentimiento informado.

.....
Ponluiza Paucar Mayra Fernanda
CI.1804984662

.....
León Chávez Evelyn Vanessa
CI. 1804695965