

Cirujano General

Volumen **26**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Marzo **2004**
January-March

Artículo:

Quiste gigante de epiplón: informe de un caso en sujeto pre-escolar

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Quiste gigante de epiplón: informe de un caso en sujeto pre-escolar

Giant cyst of the omentum: Report of a case in a pre-school child

Dr. Miguel de la Parra Márquez, Dr. Jaime Ibarra Prado, Dr. Manuel Delgado Gaona, Dr. Ramón Arzoz Gálvez, Dr. Héctor López Martínez

Resumen

Objetivo: Presentar las manifestaciones clínicas de un paciente pediátrico con un quiste de epiplón gigante. **Sede:** Cruz Roja Mexicana. Delegación Torreón Coahuila.

Informe del caso: Se estudió un paciente femenino de 5 años de edad que ingresó al departamento de urgencias con diagnóstico inicial de apendicitis aguda. La radiografía simple de abdomen sólo mostró imagen en vidrio despolido. Los estudios de laboratorio incluyeron biometría hemática completa, plaquetas, tiempos de coagulación y proteína C reactiva, de los cuales sólo la última estaba elevada. Se realizó laparotomía encontrándose quiste gigante de epiplón. El estudio histopatológico informó: quiste de epiplón tipo linfangioma.

Conclusión: Los quistes de epiplón en población pediátrica son poco frecuentes, a pesar de ello se deben de incluir entre las posibles causas en un cuadro de abdomen agudo.

Abstract

Objective: To present the clinical findings in a pediatric patient with a giant omental cyst.

Setting: Mexican Red Cross Hospital in Torreón, Coahuila, Mexico.

Case report: A 5-years old girl was admitted to the emergency ward with an initial diagnosis of acute appendicitis. Abdominal X rays revealed only an unpolished glass image. Laboratory tests included complete blood tests, platelet counts, clotting time and protein C reactive; only the latter was elevated. A laparotomy was performed finding a giant omental cyst. The histopathological study reported: omental cyst, lymphangioma type.

Conclusion: Omental cysts are rare in the pediatric population; despite of it they should be included among the possible causes of acute abdomen symptoms.

Palabras clave: Quiste de epiplón, abdomen agudo, mesenterio.

Cir Gen 2004;26: 55-57

Key words: Omental cyst, acute abdominal pain, mesenteric pathologies.

Cir Gen 2004;26: 55-57

Introducción

El objetivo principal de este artículo es conocer las manifestaciones clínicas de un paciente con quiste de epiplón gigante, y considerarlo dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo.

Los quistes de epiplón y mesenterio son lesiones poco comunes, se han publicado en la literatura mundial alrededor de 900 casos desde 1507, con una incidencia de hasta 1 en 250,000 ingresos.¹ Son la variedad más rara de todas las lesiones quísticas abdominales, y su tamaño varía des-

de algunos centímetros hasta 30 cm de diámetro. Cuando éstos están localizados adelante del intestino se denominan quistes de epiplón, pueden ser uniloculares o multiloculares, y lo común es que contengan un líquido quiloso. Una pared delgada, con septos internos es común en este tipo de quistes. Aproximadamente una tercera parte de estas lesiones se presentan en población pediátrica, y los más frecuentes son los mesentéricos (2 a 10 veces más frecuentes que los quistes de epiplón). El tipo histológico más frecuentemente encontrado es el linfangioma.^{2,3}



Cruz Roja Mexicana. Delegación Torreón, México
Recibido para publicación: 25 de noviembre de 2002.
Aceptado para publicación: 30 de abril de 2003.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C.

Correspondencia: Dr. Miguel de la Parra Márquez. Zuloaga 227, Colonia Los Angeles. 27140. Torreón, Coah. México.
Teléfono: (01871) 7134580 Fax: (01871) 7175222

Se puede presentar de las siguientes formas clínicas: molestias inespecíficas abdominales, hallazgo incidental, abdomen agudo.

La presentación clínica más común es como dolor abdominal. Una masa abdominal se encuentra en más del 50% de los casos; y en un 40% es descubierto incidentalmente. Los quistes mesentéricos se han localizado desde el mesenterio de duodeno hasta el de recto, pero el más común es el del mesenterio ileal.⁴ Es común que las mujeres ingresen a quirófano con el diagnóstico de quiste de ovario.⁵

Su distinción histopatológica es importante porque su incidencia y forma de presentación difieren entre sí. Los linfangiomas que predominan en niños del sexo masculino, pueden causar dolor abdominal agudo, y frecuentemente requieren resección de estructuras adyacentes. En contraste, los quistes de origen mesotelial, como el mesotelioma quístico benigno, se han encontrado en mujeres jóvenes y de edad media, usualmente su evolución clínica es más indolente. Su clasificación histopatológica se puede dividir en cinco grupos: 1. Quistes de origen linfático (quiste simple linfático y linfangioma) 2. Quistes de origen mesotelial (mesotelioma); 3. Quistes de origen entérico (Quiste entérico); 4. Teratoma quístico maduro (quiste dermoide); 5. Pseudoquistes (infecciosos y traumáticos). De éstos, el más común es el linfangioma.⁶⁻⁸

El abordaje diagnóstico para estos estudios de mayor utilidad son: ultrasonido abdominal; tomografía computada; y en casos de dificultad diagnóstica, resonancia magnética.⁹⁻¹² El tratamiento de elección en todos los casos es su extirpación quirúrgica, ya sea por laparotomía o laparoscopia.¹³⁻¹⁵

Caso clínico

Niña de 5 años de edad sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento dos días antes de acudir al departamento de urgencias con sensación de plenitud postprandial como único dato, posteriormente con dolor localizado en fosa ilíaca derecha, acompañado de hiporexia. Evolucionó con aumento del dolor, el cual se exacerbaba con la deambulación. No presentó náuseas ni vómito. A la exploración física se encontró consciente, con buena hidratación de mucosas. FC: 145'; FR: 23'; Temp. 38° C. A la palpación abdominal se encontró abdomen duro, resistencia muscular, hiperestesia cutánea y rebote positivo localizado en fosa ilíaca derecha. A la auscultación no se percibieron ruidos peristálticos. En la radiografía de abdomen de pie se observó imagen de vidrio despulido en toda la cavidad abdominal y ausencia de gas en mesogastrio. Los valores de laboratorio para fórmula blanca, fórmula roja, tiempos de coagulación fueron normales. Se encontró elevación de la proteína C reactiva. La paciente se programó para laparotomía exploradora con diagnóstico de probable apendicitis aguda. Se encontró un quiste que abarcaba toda la cavidad abdominal de 18 x 15 x 4 cm; el cual se encontraba desplazando intestino delgado hacia hipocondrio izquierdo y epigastrio, por encima de estómago (**Figuras 1 y 2**). El diagnóstico histopatológico fue quiste de epiplón benigno tipo linfangioma, con contenido de características hemáticas.



Fig. 1. Pieza quirúrgica. Quiste de mesenterio de 18 X 15 X 4 cm.

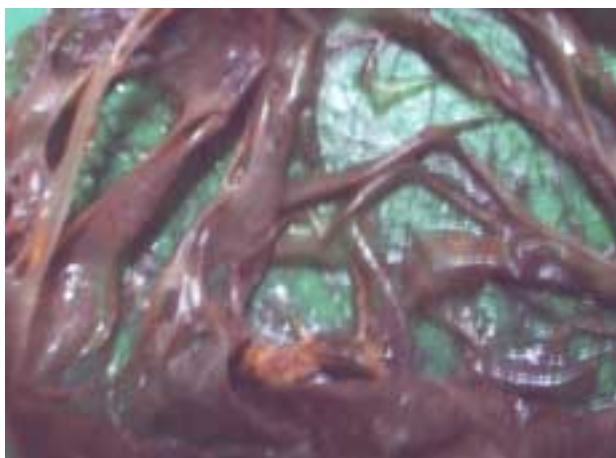


Fig. 2. Pieza quirúrgica. Al corte se observó trabeculación.

Discusión

Los quistes de origen en el epiplón son una variedad poco frecuente de quistes intraabdominales, son menos comunes que los de origen mesentérico, con una frecuencia que varía de 1 en 27,000 hasta 1 en 250,000 ingresos.

Se considera que deben ser clasificados junto con los de origen mesentérico y retroperitoneales porque tienen un origen embriológico común.¹

En esta paciente el quiste ocupaba casi la totalidad de la cavidad abdominal, provocaba gran tensión dentro de la misma, por lo que su delimitación a la palpación resultó confusa simulando resistencia muscular. Así pues, cursó con un cuadro clínico típico con dolor abdominal e hipertermia que sugerían apendicitis aguda (la forma de presentación más común es dolor abdominal en el 63% de los casos), sin embargo, los estudios de laboratorio fueron normales, a excepción de la proteína "C" reactiva que se encontró elevada.^{1,8,9} Aunque no encontramos revisiones acerca del valor de la PCR en pacientes con quiste de epiplón, ésta no es sugestiva de ninguna patología, ya que se eleva en cualquier proceso inflamatorio agudo.

De las tres formas de presentación clínica en que se puede manifestar un quiste de epiplón (hallazgo incidental, abdomen agudo, datos inespecíficos), nuestra paciente ingresó con un cuadro abdominal agudo.⁴

Las complicaciones que se pueden presentar son obstrucción intestinal, ruptura del quiste, hemorragia, infección, peritonitis.^{1,3} En este caso, se encontró exudado serohemático en cavidad abdominal secundario a torsión del quiste, lo cual provocó irritación peritoneal como parte del cuadro de abdomen agudo.

Se ha demostrado que el ultrasonido es el método de elección para diagnóstico, ya que es un método no invasor y accesible prácticamente a cualquier nivel.^{3,7-9} Otras alternativas para diagnóstico son la tomografía computada y la resonancia magnética.

En cuanto a la modalidad del tratamiento quirúrgico, llevamos a cabo resección del quiste desde su pedículo en el epiplón mayor.

Series extensas¹¹ informan la resección completa como modalidad terapéutica con tasas de mortalidad de 0% hasta 15% cuando se realiza resección intestinal.¹ Es discutible la resección parcial debido al riesgo de recidiva y malignización. En pacientes seleccionados es posible llevar a cabo la resección por vía laparoscópica.¹³⁻¹⁵ En el presente caso difícilmente se hubiera podido llevar a cabo dadas las dimensiones del quiste.

El seguimiento debe realizarse con ultrasonidos seriados a corto plazo para detectar una recidiva. Hasta el momento, a nuestra paciente se le ha realizado un ultrasonido de control seis meses después de la resección del quiste sin encontrarse recurrencia.

Conclusión

Los quistes de epiplón son patologías poco frecuentes pero que deben ser tomadas en cuenta dentro de la valoración y diagnóstico diferencial en pacientes con abdomen agudo. Su diagnóstico clínico es todo un reto para el médico de primer contacto, por lo que consideramos útil realizar un ultrasonido a los pacientes con dolor abdominal agudo en estudio. Así pues, la resección quirúrgica

completa del quiste con seguimiento ultrasonográfico es la terapéutica más eficaz y segura.

Referencias

1. Sánchez Fernández P, Mier y Díaz J, Blanco Benavides R, Martínez Ordaz J. Quiste de mesenterio. Informe de un caso. *Cir Cir* 1999; 67: 143-5.
2. Yao CC, Wu TL, Wong HH, Yang CC, Liew SC, Lin CS. Laparoscopic resection of an omental cyst with pedicle torsion. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 1999; 9: 372-4.
3. Narchi H. Special feature: radiological case of the month. De-nouement and discussion: Omental cyst presenting as pseudoascites. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 957-8.
4. Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. *Aust N Z J Surg* 1994; 64: 741-4.
5. Felemban A, Tulandi T. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst diagnosed preoperatively as an ovarian cyst. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000; 7: 429-31.
6. de Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg* 2000; 17: 323-8.
7. Ros PR, Olmsted WW, Moser RP Jr, Dachman AH, Hjermstad BH, Sobin LH. Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. *Radiology* 1987; 164: 327-32.
8. Uramatsu M, Saida Y, Nagao J, Takase M, Sai K, Okumura C, et al. Omental cyst: report of a case. *Surg Today* 2001; 31: 1104-6.
9. Shackelford GD, McAlister WH. Cysts of the omentum. *Pediatr Radiol* 1975; 3: 152-5.
10. Kilgus M, Largiader F, Klotz HP. Mesenteric cyst as the etiology of abdominal pain a case report. *Swiss Surg* 2000; 6: 32-5.
11. Senocak ME, Gündogdu H, Büyükpamukcu N, Hicsönmez A. Mesenteric and omental cysts in children. Analysis of nineteen cases. *Turk J Pediatr* 1994; 36: 295-302.
12. Okur H, Küçükaydin M, Ozokutan BH, Durak AC, Kazez A, Köse O. Mesenteric, omental, and retroperitoneal cysts in children. *Eur J Surg* 1997; 163: 673-7.
13. Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. *Surg Endosc* 1999; 13: 937-9.
14. Conlon KC, Dougherty EC, Klimstra DS. Laparoscopic resection of a giant omental cyst. *Surg Endosc* 1995; 9: 1130-2.
15. Horiuchi T, Shimomatsuya T. Laparoscopic excision of an omental cyst. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1999; 9: 411-3.