

# Torsión de un quiste epiploico gigante en un niño con abdomen agudo

**(Torsion of a giant omental cyst in a child with acute abdomen)**

Salomón Tonathiu Domínguez Pérez,\* Carlos Baeza Herrera,\*\*  
María de Lourdes Martínez Rivera,\*\*\* Ricardo Cortez García,\*\*\*  
Leopoldo Sánchez Magaña,\*\*\* J Marcos R Aguilar Venegas\*\*\*\*

## RESUMEN

**Introducción.** Los quistes de epiplón son tumoraciones raras que evolucionan de manera asintomática pero excepcionalmente son causa de abdomen agudo por torsión del quiste. Aquí se reporta el caso de un preescolar de 27 meses con abdomen agudo ocasionado por la torsión de un quiste gigante de epiplón que fue extirpado habiendo evolucionado satisfactoriamente.

**Palabras clave:** Quiste de epiplón, torsión del quiste, malformaciones fetales.

## SUMMARY

**Introduction.** The omental cysts, are a rare tumors with asymptomatic evolution but sometimes produce an acute abdomen syndrome. Here is presented the case of a child of 27 months age with symptoms of acute abdomen due to a torsion of a giant omental cyst. Resection total was performed, with good evolution.

**Key words:** Omental cysts, cyst torsion, fetal malformations.

Los quistes de epiplón del mesenterio y retroperitoneales son tumoraciones benignas poco frecuentes que regularmente se identifican durante el transoperatorio de algunos pacientes. Si bien el primer informe acerca de estos quistes de mesenterio fue en 1507 por Benevieni<sup>1</sup> al hacer la autopsia de un niño de 8 años. Von Rokitansky<sup>2</sup> describió un quiste quílico en 1842 y en 1852 Gairdner reportó el primer caso de un niño con un quiste de epiplón.<sup>2</sup> La primera resección de un quiste de mesenterio fue hecha por Tillaux en 1880 y tres años después Pean hizo la marsupialización de un quiste de mesenterio.<sup>2</sup>

Este breve relato permite situar el conocimiento de estas malformaciones que suelen ocurrir en cualquier

porción del intestino y la tercera parte de éstas han sido en menores de 15 años. La presentación más frecuente es la de una masa abdominal asintomática<sup>3</sup> y los quistes del mesenterio pueden ser dos a diez veces más frecuentes que los de epiplón,<sup>4</sup> con una incidencia que varía entre uno por cada 100,000 y uno en 250,000 ingresos hospitalarios.<sup>5</sup> Aquí se describe un caso con un problema abdominal secundario a torsión de un quiste de epiplón gigante.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Un niño de dos años cinco meses con el único antecedente patológico de antecedente de cáncer en ambos abuelos paternos, inicia su padecimiento un día con fiebre no cuantificada, de aparición vespertina que cede, parcialmente, con antipirético; luego presentó vómito de contenido gástrico en tres ocasiones, sin relación con la ingesta de alimentos manifestando dolor en abdomen durante nueve horas, que no cede a analgésicos. A la exploración se le encuentra en aparente buen estado de nutrición,

\* Cirujano Pediatra.

\*\* Jefe Servicio de Cirugía Pediátrica.

\*\*\* Médico residente en Cirugía Pediátrica.

\*\*\*\* Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

parcialmente hidratado, con buena coloración y sin alguna alteración cardiopulmonar; su abdomen globoso, distendido y doloroso a la palpación media y profunda con resistencia muscular, con datos de irritación peritoneal; la peristalsis disminuida; el tacto rectal mostró esfínter con tono disminuido, temperatura rectal normal y las extremidades con tono y fuerza conservada.

Los estudios paraclínicos mostraron un hemograma con Hb de 15.1 mg, hematocrito 45.3, leucocitosis 16,650; neutrófilia del 81%; bandas 3, plaquetas: 35,000, tiempo de protrombina de 15.2 s y tiempo de tromboplastina de 32.4 s, los electrólitos con Na de 139 meq; K 4.6 meq; Cl: 102 meq; creatinina de 0.8 mg, gluc de 80 mg y urea de 16 mg. Una placa simple de abdomen mostró desplazamiento central de asas en «V» e imagen en vidrio «esmerilado» (Figura 1). Con estos datos ingresa al quirófano con diagnóstico probable de apendicitis o divertículo de Meckel variedad oclusiva.

En el evento quirúrgico se le encontró un quiste gigante de epiplón (Figura 2) con un pedículo girado aproximadamente en 90°, en sentido contrario de las manecillas de un reloj; era dependiente del borde antimesentérico del colon transverso y contenía un líquido seroso en un volumen aproximado a 1,500 mL con detritus (Figura 3); éste fue extirpado completamente sin ninguna eventualidad. Durante su estancia hospitalaria cursó sin complicaciones y toleró la vía oral 24 horas después de la cirugía, habiendo egresado 48 horas des-

pués. Su seguimiento por consulta externa reporta una evolución satisfactoria.

Patología reportó un quiste de 22 x 10 x 6 cm con pared multiloculada de epiplón e infiltrado inflamatorio generalizado con áreas extensas de necrosis.

## DISCUSIÓN

Los quistes de epiplón y mesenterio suelen ser malformaciones intraabdominales muy raras y de origen incierto.<sup>6</sup> Hay diversas explicaciones acerca de su formación, entre éstas la de una obstrucción linfática que da lugar a la formación de grandes quistes intraperitoneales, sin embargo en modelos experimentales muestran que la oclusión de los vasos linfáticos del mesenterio no ocasiona formacio-



**Figura 2.** Observe la gran dimensión de la malformación.



**Figura 1.** Placa de Rx. de abdomen, con imagen desplazamiento de asas centrales en «V», mala distribución de aire.



**Figura 3.** El pedículo del quiste tenía un giro de 90 grados en contra de las manecillas del reloj.

nes de quistes, debido a que existe una eficiente circulación colateral.<sup>7</sup> La propuesta más aceptada, acerca de su formación, es la de Gross quien sugirió que estas malformaciones se forman por la proliferación benigna de linfáticos ectópicos que no tienen comunicación con el resto del sistema linfático<sup>8</sup> y Beahrs<sup>4</sup> los clasificó según su origen, en cuatro grupos: embrionarios, traumáticos, neoplásicos y degenerativos o infecciosos.<sup>4</sup>

Los quistes del mesenterio se pueden localizar a lo largo del intestino y el más frecuente es en el intestino delgado a nivel del mesenterio del íleon a los que corresponde alrededor de uno de cada cuatro casos;<sup>1</sup> en el colon el lugar más frecuente corresponde al sigma. Con respecto a los quistes de epiplón, que son los más frecuentes, se caracterizan por ser una masa palpable y móvil en todas direcciones y por la distensión abdominal los pacientes manifiestan síntomas inespecíficos como: náusea, vómito, diarrea, constipación, sintomatología urinaria e incluso se reporta colestasis intrahepática.<sup>5,6</sup>

En Cuba un reporte acerca de niños con este tipo de tumoraciones abdominales, los quistes de epiplón fueron más frecuentes que los del mesenterio,<sup>7</sup> lo que contrasta con informes anglosajones. En cuanto a su presentación aguda probablemente se debe a complicaciones como: la ruptura del quiste, sea ésta espontánea o secundaria a un trauma, a infección, a hemorragia y a torsión del quiste; suele confundirse con situaciones de urgencia abdominal como: apendicitis, quistes de ovario torcidos, adenitis mesentérica o presencia de divertículo de Meckel;<sup>8,9</sup> en tal caso el examen físico aportará el dato de una masa palpable, móvil e indolora, pero en casos como el que aquí se presenta: con una masa muy voluminosa, no es posible discernir la causa del dolor abdominal.

Los estudios de radiología suelen mostrar datos inespecíficos, como el desplazamiento lateral de asas intestinales y presencia de ascitis. En cambio el estudio de ultrasonido abdominal es de mayor valía, pues muestra masas quísticas bien definidas, que eventualmente tienen calcificaciones.<sup>10</sup> La tomografía axial computada aporta pocos elementos en comparación con el ultrasonido, pero es de gran apoyo cuando se tiene la sospecha de una linfangiomatosis extensa.<sup>7,8</sup> El tratamiento es la escisión total del quiste, aunque de manera esporádica es necesario resecar y hacer la anastomosis intestinal de seg-

mentos afectados; no se recomienda la «marsupialización» en primera instancia, debido al riesgo de fistulas o recidivas.<sup>11</sup> Es factible hacer uso de la cirugía laparoscópica, cuando las dimensiones de las tumoraciones son pequeñas.<sup>12</sup> Finalmente, este paciente parece haber tenido un quiste peculiar, pues no hallamos casos similares en la literatura y creemos que todo médico de primer contacto debe considerar como posibilidad diagnóstica esta entidad, en pacientes con distensión abdominal, masa palpable móvil y datos sugestivos de abdomen agudo.

## Referencias

1. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. *Arch Surg* 1984; 119: 838-42.
2. Bliss DP Jr, Coffin CM, Bower RJ, Stockmann PT, Ternberg JL. Mesenteric cysts in children. *Surgery* 1994; 115(5): 571-7.
3. Chung MA, Brandt ML, St-Vil D, Yazbeck S. Mesenteric cysts in children. *J Ped Surg* 1991; 26(11): 1306-8.
4. Fernández SP, Mier y Díaz J, Blanco BR. Quiste de mesenterio. Informe de 1 caso. *Cir Ciruj* 1999; 67: 143-5.
5. Klin B, Lotan G, Efrati Y, Vinograd Y. Giant omental cyst in children presenting as pseudoascites. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7(4): 291-3.
6. Egozi El, Ricketts R. Mesenteric and omental cysts in children. *Am Surg* 1997; 63(3): 287-90.
7. Vialat SV, Labrada AE, Sandín HN, Arriete VA. Quistes de mesenterio y epiplón en niños. Estudio de 20 años. *Rev Cuba na Pediatr* 2004; 76(3): issn 0034-7531.
8. Adam JT. Primary torsion of the omentum. *Am J Surg* 1973; 126(1): 102-5.
9. Oliver GA. The omental cyst; a rare cause of the acute abdominal crisis. *Surgery* 1964; 56: 588-93.
10. Wicks JD, Silver TM, Bree RL. Giant cystic abdominal masses in children and adolescents: ultrasonic differential diagnosis. *AJR Am J Roentgenol* 1978; 130(5): 853-7.
11. Brentano L, Faccini P, Orderich GS. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8(5): 402-3.
12. Hebra A, Brown MF, McGeehan KM, Ross AJ 3rd. Mesenteric, omental and retroperitoneal cysts in children: a clinical study of 22 cases. *South Med J* 1993; 86(2): 173-6.

### Correspondencia:

Dr. Salomón T. Domínguez Pérez.  
Oriente 158 Núm. 189,  
Col. Moctezuma Segunda Sección.  
Venustiano Carranza 15530.  
México, D.F.  
Tel. 55 7117 37. Fax 55 71 40 57  
E-mail: salomondominguez@hotmail.com