

Quiste de epiplón. Una presentación poco común de distensión abdominal en un niño

Tte. Cor. M.C. Rafael **Torres Castañón**,* Mayor M.C. Edgar **López Virgen**,**

Tte. Cor. M.C. Mario **Navarrete Arellano*****

Hospital Central Militar. Ciudad de México

RESUMEN

Los quistes de epiplón son una tumoración poco frecuente benigna intraabdominal que provienen de la proliferación de tejido linfático ectópico durante el desarrollo embrionario, son más frecuentes en el sexo masculino y pueden surgir desde el nacimiento hasta los 14 años de edad. La presentación habitual es distensión abdominal, dolor abdominal, vómitos y, en raras ocasiones, obstrucción intestinal, llegando a confundirse con líquido de ascitis. El tratamiento es quirúrgico, con pocas complicaciones postoperatorias y una tasa muy baja de recurrencia y mortalidad.

Palabras clave: quiste de epiplón, tejido linfático.

Omental cysts. A few common presentation of abdominal distension in a child.

SUMMARY

Omental cysts are a few frequent intraabdominal benign tumor that originate of proliferation of ectopic lymphatic tissue during embryonic development, they are more frequent in males and may to appear from birth until 14 years old. The usual presentation is abdominal distension, abdominal pain, vomits and, in rare times, bowel obstruction, becoming to confuse with ascites fluid. The treatment is surgical, with few postoperative complications and a very low rate of recurrent and mortality.

Key words: Omental cyst, lymphatic tissue.

Introducción

Los quistes de epiplón son una tumoración intraabdominal poco frecuente, de características benignas, que surgen al igual que los quistes de mesenterio de proliferación de tejido linfático ectópico durante el desarrollo embrionario.¹⁻⁶ Se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino, pueden aparecer desde el nacimiento hasta los 14 años de edad.^{1,2,6} En la literatura se menciona un primer reporte de quiste de epiplón por Gairdner, en 1852.¹ Se encuentra habitualmente un caso en 140,000 admisiones hospitalarias.^{1,2} Por lo general, el niño ingresa al hospital por presentar distensión abdominal, dolor, vómitos, en raras ocasiones como un cuadro de obstrucción intestinal, se confunde muchas veces con líquido de ascitis, lo que retarda aún más el diagnóstico y trata-

miento.¹⁻⁹ El manejo es quirúrgico y hasta el momento se han reportado en la literatura pocos casos de complicaciones postoperatorias, con una tasa mínima de recurrencia de las lesiones, así como de mortalidad.^{1,2,4,7,8,10,11}

Presentación del caso

Se trata de un paciente lactante mayor masculino de un año cuatro meses de vida, originario de Tuxpan, Veracruz, producto del primer embarazo de padres jóvenes, sin antecedentes perinatales de importancia, refiriéndose por la madre cuadros infecciosos respiratorios esporádicos, sin ningún otro antecedente patológico de importancia, el cual inicia su padecimiento a la edad de dos meses, presentando aumento progresivo del perímetro abdominal, sin ningún otro síntoma o

* Cirujano Pediatra, Jefe del Departamento de Pediatría Quirúrgica del Hospital Central Militar. ** Residente de Cirugía Pediátrica. Escuela Militar de Graduados de Sanidad. *** Cirujano Pediatra. Jefe del Área de Pediatría del Hospital Central Militar y Jefe de los Cursos de Especialización y Residencia en Pediatría y Cirugía Pediátrica. Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

Correspondencia

Mayor M.C. Edgar López Virgen.

Hospital Militar Regional. Monterrey, Nuevo León. Correo electrónico: edgarlv@yahoo.com

Recibido: Diciembre 12, 2002.

Aceptado: Abril 4, 2003.

signo agregado, llegando a ser más aparente hace dos meses, motivo por el cual es llevado a consulta médica a un hospital en su lugar de origen, detectándose inicialmente síndrome anémico, ameritando hemotransfusión en dos ocasiones, posteriormente, se sospecha la presencia de líquido de ascitis y hepatopatía agregada, siendo tratado con furosemida y espirolactona, persistiendo con distensión abdominal, por lo que es referido a otro centro hospitalario en la ciudad de Puebla, Puebla, en donde se decide su traslado a nuestra institución para su estudio y tratamiento. A su ingreso al hospital se encuentra en regulares condiciones generales, con peso de 11.600 g, talla 80 cm, signos vitales dentro de límites normales, apreciándose gran distensión abdominal, se palpa masa que ocupa gran parte de la cavidad abdominal, móvil, no dolorosa. Dentro de los estudios sanguíneos a su ingreso se reporta biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, examen general de orina, pruebas de función hepática y de tendencia hemorrágica normales. En sus estudios radiológicos se visualiza una radiografía simple de abdomen con presencia de una opacidad central con desplazamiento de asas intestinales hacia la periferia (*Figura 1*); radiografía lateral de abdomen que muestra nivel hidroaéreo en hemiabdomen superior con desplazamiento de asas intestinales hacia el retroperitoneo (*Figura 2*), ultrasonido abdominal que identifica masa quística intraabdominal, con abundante líquido y tabicaciones en su



Figura 1. Radiografía simple de abdomen que muestra una opacidad central y desplazamiento de asas intestinales hacia la periferia.

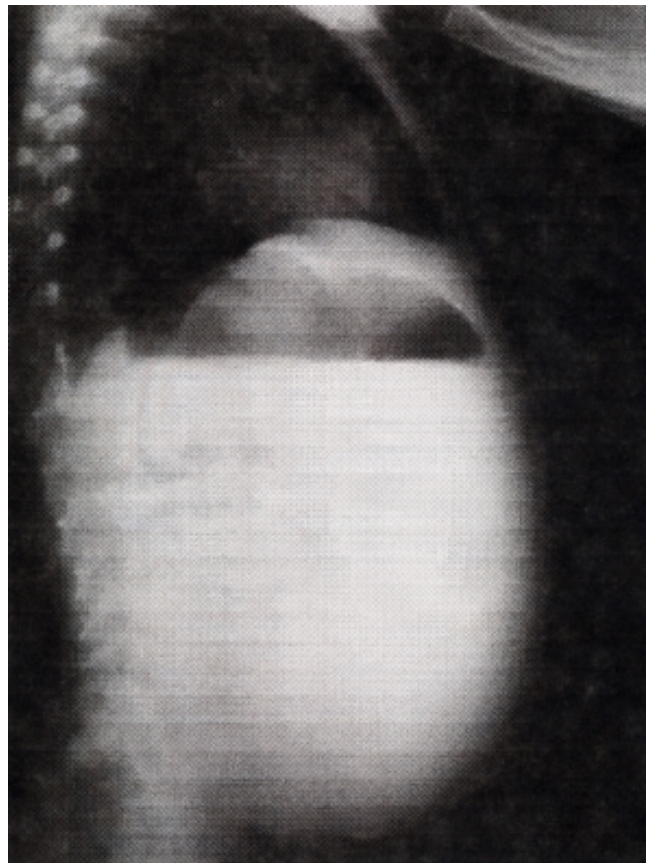


Figura 2. Radiografía lateral de abdomen que muestra nivel hidroaéreo en hemiabdomen superior, con desplazamiento de asas intestinales hacia retroperitoneo.

interior, sin apreciarse líquido libre en cavidad. Se realiza, además, tomografía axial computada con medio de contraste en donde se demuestra la imagen quística mencionada. Con todo lo anterior, se decide efectuar laparotomía exploradora mediante incisión suprainfraumbilical encontrándose en el interior de cavidad abdominal un saco quístico con dos litros aproximadamente de contenido hemático unido a epiplón, ocupando la mayor parte de la cavidad (*Figura 3*). Se lleva a cabo omentectomía total con excisión del quiste sin complicaciones. En el postoperatorio evoluciona estable, manejado inicialmente con ayuno, líquidos parenterales de base, sonda nasogástrica a libre drenaje y antibióticos profilácticos (cefalotina). Se inicia vía oral a las 24 horas, con buena tolerancia, sin datos de compromiso abdominal, egresando del hospital 24 horas después sin complicaciones.

Discusión

Los quistes de epiplón y mesenterio son entidades clínicas raras que se presentan como masas intraabdominales, relacionadas con anomalías en el drenaje del sistema linfático durante el desarrollo embrionario.¹⁻⁶ Los quistes de epiplón son ligeramente más frecuentes en el sexo masculino y se presentan habitualmente como una masa intraabdominal móvil, acom-

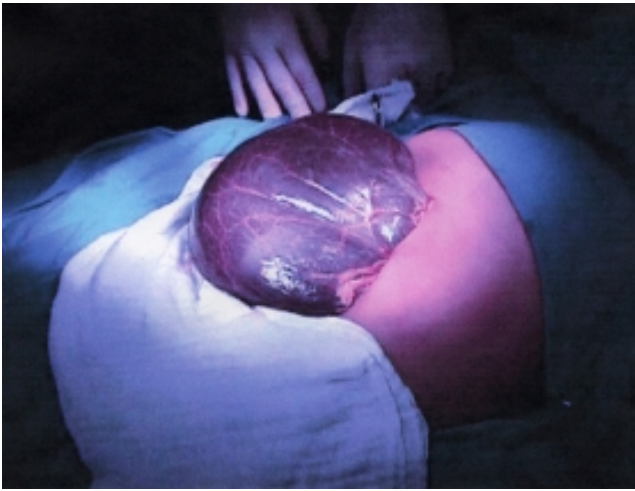


Figura 3. Aspecto del quiste de epiplón durante el transoperatorio.

pañadas o no de distensión abdominal y dolor y, en raras ocasiones, como un cuadro de bloqueo intestinal, confundiéndose en otras con líquido de ascitis, lo que lleva a un retraso en el tratamiento.^{1,6-8} En nuestro paciente se presentó como un caso de distensión abdominal crónica, siendo erróneamente confundida con líquido de ascitis, manejada por consiguiente como una hepatopatía. El ultrasonido de abdomen se ha descrito hasta el momento como el método diagnóstico de elección, existiendo otros auxiliares diagnósticos como la pielografía intravenosa, el enema de bario, los estudios radiológicos del tracto gastrointestinal superior, la tomografía computada y la resonancia magnética nuclear en pacientes seleccionados.^{1,10,11} El

tratamiento de elección de los quistes de epiplón es la excisión completa del quiste en la mayor parte de las veces, con resección intestinal en muy pocos casos. El pronóstico es bueno después de la excisión, reportándose una baja frecuencia de complicaciones postoperatorias, así como recurrencia de la lesión. Se ha escrito en la literatura el uso de técnicas de cirugía laparoscópica que pueden reemplazar o complementar la cirugía abdominal abierta.^{2,9-11}

Referencias

1. Egozi El et al. Mesenteric and omental cysts in children. *Am Surg* 1997; 63(3): 287-90.
2. Klin B. Giant omental cyst in children presenting as pseudoascitis. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7(4): 291-3.
3. Mohanty SK, Bal RK, Maudar KK. Mesenteric cyst-An unusual presentation. *J Pediatr Surg* 1998; 33(5): 792-3.
4. Okur H, Kucuchaydin M, Ozukutan BH. Mesenteric, omental, and retroperitoneal cyst in children. *Eur J Surg* 1997; 163(9): 673-7.
5. Chung MA. Mesenteric cysts in children. *J Pediatr Surg* 1991; 26: 1306.
6. Hebra A. Mesenteric omental, and retroperitoneal cyst in children: a clinical study of 22 cases. *South Med J* 1993; 86(2): 173-6.
7. Senocak ME. Mesenteric and omental cysts in children. Analysis of nineteen cases. *Turk J Pediatr* 1994; 36(4): 295-302.
8. Bliss DP, Coffin CM, Bower RJ. Mesenteric cysts in children. *Surg* 1994; 115(5): 571-7.
9. Mackenzie DJ. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. *J Laparoendosc Surg* 1993; 3(3): 295-9.
10. Horiuchi T. Laparoscopic excision of an omental cyst. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1999; 9(5): 411-3.
11. Conlon KC. Laparoscopic resection of a giant omental cyst. *Surg Endosc* 1995; 9(10): 1130-2.
12. Kasir MA, Sonnino RE, Gauderer MWL. Pediatric abdominal lymphangiomas: a plea for early recognition. *J Pediatr Surg* 1991; 26: 1309.