



■ Caso clínico

Masas quísticas intraperitoneales atípicas

Domínguez-Pérez ST,¹ Baeza-Herrera C,² Villalobos-Castillejos A,³ González-Mateos T,³ Aguilar-Venegas M.⁴

- 1 Cirujano pediatra.
- 2 Jefe del Servicio Cirugía Pediátrica.
- 3 Médico Residente de Cirugía Pediátrica.
Hospital Pediátrico Moctezuma. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- 4 Departamento de Atención a la Salud. UAM. Xochimilco.

■ Resumen

Las tumoraciones quísticas de epiplón, mesenterio y retroperitoneales son muy raras en la población pediátrica. El curso clínico habitual es el de una masa asintomática y pocas veces se tiene sospecha diagnóstica preoperatoria. Presentamos cuatro casos con este tipo de lesiones que se presentaron en nuestro hospital en un período de dos años, todos hombres, con rango de edad a partir de cinco meses a los siete años. En tres casos se tuvo la sospecha quirúrgica de una masa quística, corroborada mediante ultrasonido abdominal. Tres ingresaron por síndrome doloroso abdominal y uno por oclusión intestinal; en todos se logró la resección completa de la tumoración y no hubo deceso alguno.

Palabras clave:
enfermedades
peritoneales,
neoplasias
peritoneales,
quistes
mesentéricos,
cirugía, niños,
México.

■ Abstract

Omental, mesenteric and retroperitoneal cystic masses are very rare in pediatric population. They usually present as asymptomatic abdominal tumors and only occasionally a preoperative diagnosis is made. We presented 4 cases presented to our hospital during a 2-year period. All patients were male with an age ranged from 5 months to 7 years. Three patients had previous diagnosis of cystic mass by abdominal ultrasound. Three patients presented with acute abdomen and one patient with bowel obstruction. All patients underwent successful resection of the mass with no perioperative mortality.

Key words:
peritoneal
diseases,
peritoneal
neoplasm,
mesenteric cyst,
surgery,
children,
Mexico.

■ Introducción

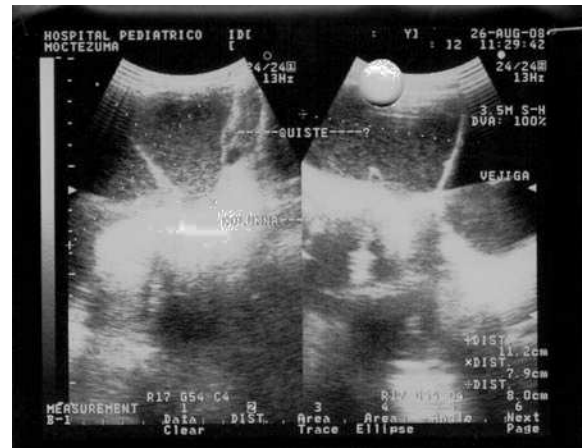
Las masas quísticas abdominales son tumoraciones benignas, poco frecuentes y generalmente asintomáticas por lo que en pocas ocasiones se puede establecer el diagnóstico preoperatorio. Beneviene, en 1507, realizó la primera descripción durante la autopsia de un niño de ocho años.¹ Von Rokinstansky informó el primer quiste quiloso en mesenterio y Garnier en 1852 describió el primer caso de un quiste de epiplón.^{1,2} Tillaux reseco totalmente un quiste de mesenterio sin complicaciones en 1880 y tres años más tarde, Pean marsupializó en forma exitosa un quiste de mesenterio.² Estas malformaciones son extraordinariamente raras, pues su incidencia se calcula en una por cada 140 000 a 200 000 ingresos en los hospitales generales y uno por cada 75 000-150 000 ingresos en hospitales pediátricos.³ El diagnóstico se establece con frecuencia en la adultez y sólo la cuarta parte se han detectado en menores de 10 años. Se pueden localizar en cualquier segmento intestinal, con predominio ileal en 25% de los casos. Los quistes de mesenterio se encuentran con mayor frecuencia que los de epiplón en una proporción de 8-10/1.⁴ El objetivo de esta comunicación es presentar cuatro enfermos atendidos en el Hospital Pediátrico Motezuma en el período del primero de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2008; mismos que consideramos atípicos por las particularidades de los casos, la edad de presentación y los hallazgos transoperatorios inusuales.

■ Presentación de los casos

Caso 1

Niño de siete años de edad que ingresó al servicio de urgencias con un padecimiento de tres días de evolución con dolor abdominal, localizado en epigastrio e irradiación posterior a fosa iliaca derecha (FID), tipo cólico, constante, que cedía parcialmente a antiespasmódicos. El segundo día se agregó vómito gastroalimentario, postprandial mediato. Se inició bloqueador de los receptores H₂ de la histamina (BH₂) y, al no remitir su cuadro, fue llevado al hospital para su atención. En la exploración física se encontró con facies de dolor y posición forzada, abdomen blando, con dolor a la palpación profunda mediante la cual se identificó una masa en meso e hipogastrio, móvil

■ Figura 1. Imagen de una masa quística, con septos internos.



y dolorosa, con rebote positivo. La biometría hemática y el examen general de orina fueron normales. La placa simple de abdomen mostró una distribución anormal de aire intestinal. El ultrasonido abdominal informó la presencia de una imagen oval, de paredes lisas con septos en su interior y sedimento escaso, de 11 cm por 7 cm por 8 cm en hipogastrio, que desplazaba la vejiga y las asas intestinales (**Figura 1**). Se estableció el probable diagnóstico de quiste de mesenterio *vs* absceso apendicular encapsulado por lo que fue sometido a laparotomía exploradora. El hallazgo quirúrgico fue un quiste de mesenterio torcido, de 15 cm por 10 cm, con líquido cetrino en su interior que se extirpó totalmente. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de quiste de mesenterio.

Caso 2

Niño de cuatro años de edad, con padecimiento de dos meses de evolución, caracterizado por dolor abdominal intermitente, sin predominio de horario, que cedía a la administración de analgésicos. Una semana previa a su ingreso presentó fiebre no cuantificada que controló con antipiréticos. Los padres informaron estreñimiento de una semana de evolución, permaneciendo hasta 48 horas sin evacuar. A la exploración física, se encontró paciente cooperador, con abdomen blando, no doloroso y con peristalsis normal. Se palpó una masa móvil en meso e hipogastrio. La placa simple de

■ **Figura 2.** Gran quiste de epiplón que contenía 200 mL de líquido hemático.

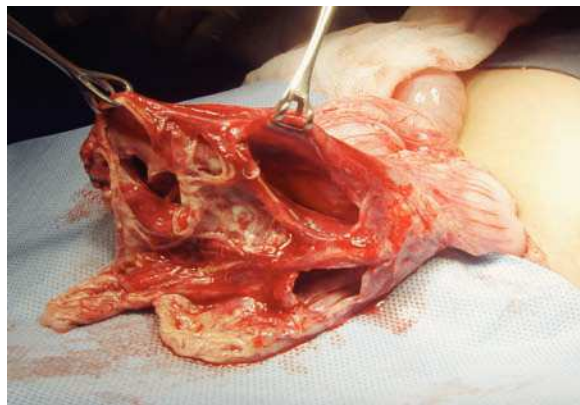


abdomen mostró una distribución irregular de aire y desplazamiento de las asas intestinales. El ultrasonido abdominal informó la presencia de una imagen quística, bien delimitada por paredes finas, de 8 cm por 4 cm por 7 cm, además de imágenes ecogénicas de 2 cm por 2 cm, por probable presencia de tejido graso. Se realizó una laparotomía exploradora con la cual se evidenció un quiste de epiplón torcido conteniendo en su interior 200 mL de líquido hemático que se reseco completamente (**Figura 2**). La evolución posquirúrgica fue adecuada. El informe histopatológico fue de un quiste hemático de epiplón de 5 cm por 4 cm por 4 cm, con inflamación crónica leve y congestión vascular importante.

Caso 3

Lactante del género masculino de cinco meses de edad, con padecimiento de una semana de evolución, caracterizado por fiebre no cuantificada, sin predominio horario que cedía con la administración de antipiréticos. Un día antes del ingreso, presentó distensión abdominal que se acompañó de vómito gastro-alimentario en cinco ocasiones. A la exploración física se encontró irritable, con palidez de tegumentos, sin compromiso del aparato cardiopulmonar, con abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda, sin datos

■ **Figura 3.** Quiste de epiplón roto. Se aprecian las paredes engrosadas con abundantes membranas fibrinopurulentas.



de irritación peritoneal con peristalsis presente. La placa simple de abdomen mostró opacidad en fosa ilíaca derecha que causaba desplazamiento de asas intestinales a la derecha. La biometría hemática mostró anemia leve. Con el ultrasonido se evidenció una masa quística en mesogastrio, con múltiples septos internos y desplazamiento de asas intestinales. Durante la laparotomía se encontró un quiste de epiplón roto, (**Figura 3**), con aproximadamente 250 mL de líquido purulento en su interior, 200 mL en corredera parietocólica derecha y con presencia de adherencias laxas interasa. Se realizó resección completa del quiste, aspiración de cavidad y colocación de drenajes. El manejo antimicrobiano se inició con aminoglucósido durante seis días, sin embargo la evolución fue tórpida presentando oclusión intestinal por lo que se realizó una segunda laparotomía. Se encontraron adherencias laxas y firmes que fueron liberadas en su totalidad. Se cambió el esquema antimicrobiano por una cefalosporina de tercera generación y clindamicina, sin desarrollo en los cultivos. La evolución posoperatoria fue favorable. El informe de patología fue de un quiste de epiplón infectado.

Caso 4

Niño de dos años de edad que inició su padecimiento 24 horas antes de su ingreso, con fiebre no cuantificada, de aparición vespertina, la cual cedía parcialmente con antipirético. Durante la

noche presentó distensión abdominal, con dolor difuso y vómito gastro-alimentario en tres ocasiones. A la exploración física se encontró irritable, parcialmente hidratado, en posición forzada, con abdomen distendido, doloroso a la palpación media y profunda, con resistencia muscular y datos de irritación peritoneal, con peristalsis presente pero poco audible. La biometría hemática mostró leucocitosis (16500 células/dL) con neutrofilia y bandemia. La placa simple de abdomen mostró un desplazamiento central de asas intestinales. Se realizó una laparotomía exploradora encontrando un quiste de epiplón gigante torcido con un giro de 90° en sentido de las manecillas del reloj, que fue resecado sin complicaciones (**Figura 4**). La evolución postquirúrgica fue satisfactoria. El examen histopatológico demostró un quiste de epiplón, de 20 cm por 10 cm por 6 cm, con necrosis difusa e infiltrado inflamatorio generalizado.

■ Discusión

Los tumores abdominales benignos de características quísticas son extraordinariamente raros en la población pediátrica. La mayoría de los autores coinciden en que por su origen embriológico común, los quistes de epiplón, mesenterio y retroperitoneales, son abordados como una misma entidad; sin embargo, no existe una teoría que explique satisfactoriamente la formación de estas masas.⁵ La propuesta por Gross aún se mantiene vigente y es la más aceptada. Este autor argumentó que es secundaria a una proliferación ectópica de los vasos linfáticos del mesenterio que no tienen comunicación con el resto del sistema, dando lugar al crecimiento de estos quistes.⁶ La teoría de la obstrucción linfática ha perdido adeptos, debido a que la oclusión experimental no favorece el desarrollo de los quistes por la gran circulación colateral. No existe una clasificación histológica que explique el origen de los quistes ya que en la mayoría de los casos el proceso inflamatorio, infeccioso y hemorrágico destruye el epitelio que es reemplazado por fibrosis y granulación.

La presentación clínica habitual es la detección de una masa móvil asociada a datos inespecíficos como presencia de ascitis, estreñimiento crónico o diarrea. La presentación aguda habitualmente está relacionada a eventos como trauma abdominal, procesos infecciosos o torsión del quiste. En el diagnóstico diferencial se deben

■ **Figura 4.** Quiste de epiplón torcido en su pedículo, con un giro de 90° en sentido de las manecillas del reloj.



considerar padecimientos como apendicitis aguda, adenitis mesentérica, invaginación intestinal, y duplicación intestinal entre otros.⁷⁻⁹ A pesar de que la exploración física no permite dilucidar la etiología, en los pacientes de nuestra serie tuvimos la certeza preoperatoria de la presencia de quistes abdominales en tres de los cuatro casos. Los estudios radiológicos simples y contrastados de abdomen pueden mostrar distribución irregular del aire y desplazamiento de las asas intestinales que habitualmente no son datos suficientes para diagnosticar la presencia de estas masas. El ultrasonido abdominal es de gran apoyo, pues permite delimitar los quistes con gran precisión lo que permite dejar la tomografía computada y la resonancia magnética para las masas de grandes dimensiones.^{10,11}

El tratamiento es quirúrgico en todos los casos. A pesar de que hay una tendencia conservadora en los casos de hallazgo incidental, la resección de la masa quística se debe realizar totalmente y en casos muy particulares con compromiso intestinal se deberá complementar con resección y anastomosis intestinal. La marsupialización y la resección parcial no son recomendables debido a la posibilidad de fistulización o infección secundaria que podrían condicionar una reintervención quirúrgica.¹² La extirpación laparoscópica es útil de acuerdo a las dimensiones de la tumoración quística y tiene mayor aceptación como alternativa quirúrgica.¹³

La recidiva puede presentarse hasta en 6% de los casos y depende de la edad, tamaño y volumen

del quiste, así como de su localización y duración de los síntomas. La mortalidad es mínima, de 1% a 2% en diferentes series, y puede ser hasta de 8% en casos complicados o en aquellos en los que hubo necesidad de resecar segmentos intestinales.^{14,15} En nuestra serie ningún paciente murió. En nuestro conocimiento, no existe una serie similar previamente informada en México.

Concluimos que las masas quísticas abdominales son tumoraciones benignas muy poco frecuentes, por lo que se debe tener un alto índice de sospecha para establecer el diagnóstico preoperatorio.

Referencias

1. Vanek VW, Phillips K. Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. *Arch Surg* 1984; 119: 838-842.
2. Blis DP, Cheryl MC, Richard BJ, et al. Mesenteric cyst in children. *Surg* 1994; 115: 571-577.
3. Klin B, Efrat IY, Vinograd Y, et al. Giant omental cyst in children. Presenting as pseudoascities. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7:291-293.
4. Fernández SP, Mier DJ, Blanco BP. Quiste de mesenterio. Informe de un caso. *Cir Ciruj* 1999; 67: 143-145.
5. Egozy EI, Richards BS, Ricketts R. Mesenteric and omental cyst in children. *Am Surg* 1997;63:62-66.
6. Viralvat SV, Labrada AE, Sandin HN, Quistes de mesenterio y epiplón en niños. Estudio de 20 años. *Rev Cub Ped* 2004;76:137-141.
7. Takekawa Y, Hoshino N, Urita Y, et al. Omental pseudocyst formation associated with perforated gastric duplication: a case report. *J Ped Surg* 2008;43:527-529.
8. Okum M, Salman T, Salman N, et al. Mesenteric cyst infected with nontyphoidal salmonella infection. *Ped Surg Int* 2004;20:883-885.
9. Luchtman M, Soimu U, Amar M. Peritonitis caused by a ruptured infected mesenteric cyst. *J Clin Gastroenterol* 2001;32:452-453.
10. Wicks JD, Silver TM, Bree RL. Giant cystic masses in children and adolescents: Ultrasonic differential diagnosis. *Am J Roent* 1978;130:853-856.
11. Tiwari SM, Sharma RK, Singh G. Omental cyst a rare entity. *J Indian Med Assoc* 2006;104:97-98.
12. Hebra A, Brown MF, Mc Geehin KM. Mesenteric, omental and retroperitoneal cyst in children. A clinical study of 22 cases. *South Med J* 1993;86:173-176.
13. Conzo G, Vacca R, Grazia M. Laparoscopic treatment of an omental cyst: a case report and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2005; 15:33-35.
14. Burkett JS, Pickerman J. Rationale for surgical treatment of mesenteric and retroperitoneal cysts. *Am Surg* 1994;60:432-435.
15. Okur H, Ozokutar DH, Durak AC, et al. Mesenteric, omental and retroperitoneal cysts in children. *Eur J Surg* 1997;163:673-677.