

# Quistes de epiplón y mesenterio en niños

DR. RAFAEL ALVARADO GARCÍA,\* DR. EDMUNDO URIBE VARGAS,\* DR. SAMUEL FERNÁNDEZ VALIÑAS,\*\*  
DR. JORGE E. GALLEGU GRIJALVA \*\*\*

## RESUMEN

**Introducción:** Los quistes de epiplón y mesenterio son tumores intraabdominales, histológicamente benignos. Los quistes de mesenterio son dos a diez veces más frecuentes que los de epiplón y el 25% de todos los casos se presenta en menores de diez años. **Material y métodos:** Se revisaron los casos de quistes de epiplón y mesenterio que se presentaron en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en 20 años. Se tabularon edad, sexo, cuadro clínico, estudios de imagen, diagnóstico preoperatorio, tratamiento quirúrgico, contenido del quiste y diagnóstico histopatológico. **Resultados.** Hubo 11 casos, siete de quiste de epiplón y cuatro de mesenterio. Las presentaciones clínicas más frecuentes fueron masa abdominal, distensión abdominal, constipación, abdomen agudo y ascitis. El ultrasonido abdominal mostró imágenes quísticas uni o multiloculadas. La tomografía axial computarizada no fue de utilidad. **Discusión:** Estos tumores requieren un alto índice de sospecha diagnóstica. El estudio de elección es el ultrasonido y el tratamiento es quirúrgico con resección o enucleación del tumor.

**Palabras clave:** Quistes, epiplón, mesenterio, masas abdominales.

## ABSTRACT

**Introduction:** Omental and mesenteric cysts are benign intraabdominal tumors. Mesenteric cysts are two to ten times more frequent than omental cysts and 25% of all cases occur in children under ten years of age. **Material and methods:** The authors reviewed the clinical charts of the past 20 years. The following variables were recorded: age, sex, symptoms, radiologic studies, preoperative diagnosis, surgical treatment and morbimortality. **Results:** There were 11 cases, seven with omental and four with mesenteric cysts. The most frequent signs and symptoms were abdominal distension, constipation, acute abdomen, abdominal mass and ascitis. The abdominal ultrasound showed uni or multilocular cysts. Axial tomography was not useful. **Discussion:** This pathology require a very high rate of diagnose suspicion. The study of choice is ultrasound and surgical treatment includes resection or enucleation

**Key words:** Cysts, omental, mesentery, abdominal masses.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes de epiplón, mesenterio y retroperitoneo son tumores benignos infrecuentes, que rara vez se diagnostican en el preoperatorio, pues la mayoría son asintomáticos y no se incluyen en el diagnóstico diferencial. El primer informe de esta pa-

tología fue un quiste de mesenterio hallado por Benevene en 1507<sup>1</sup> en la autopsia de un niño de ocho años. Von Rokitansky, en 1842, informó el primer caso de un quiste de mesenterio quiloso; diez años mas tarde, Garnier<sup>2</sup> publicó el primer caso de quiste de epiplón.

Los quistes de mesenterio son de dos a diez veces más frecuentes que los de epiplón. Su frecuencia varía desde 1 en 27,000 hasta 1 en cada 250,000.<sup>3</sup> La mayor frecuencia se presenta en la cuarta década de la vida, aunque un 25% de los casos se encuentra en niños menores de diez años.<sup>4</sup>

El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre y sensibilizar acerca de esta patología en el diagnóstico diferencial en algunos problemas abdominales.

\* Médico adscrito al Departamento de Cirugía Pediátrica.

\*\* Residente de IV año de Cirugía Pediátrica.

\*\*\* Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica.  
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

**Correspondencia:** Dr. Rafael Alvarado García, CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, Félix Cuevas núm. 540, Col. del Valle, México, DF.

Recibido: agosto, 2000. Aceptado: junio, 2001.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se revisaron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de quistes de epiplón y de mesenterio, corroborados por patología e internados en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre de enero de 1980 a junio de 2000. Se tabularon sexo, edad, cuadro clínico, estudios de imagen, diagnóstico preoperatorio, tratamiento quirúrgico, contenido del quiste y diagnóstico histopatológico.

**RESULTADOS**

Hubo 11 casos, siete fueron de epiplón y cuatro de mesenterio, con ligero predominio del sexo masculino, 6:5. Los quistes de mesenterio sólo se presentaron en pacientes femeninos. La edad iba de dos meses a ocho años, con media de 5.2 años.

El cuadro clínico se caracterizó principalmente por masa palpable en seis pacientes, distensión abdominal en cinco, constipación en cuatro, dolor abdominal agudo en tres (36.3%), vómito en tres y ascitis en un caso (cuadro 1).

**Cuadro 1.** Presentación clínica de los quistes de mesenterio y epiplón (n=11)

Cuadro clínico	N
Masa abdominal palpable	6
Distensión abdominal	5
Constipación crónica	4
Dolor abdominal agudo	3
Vómito	3
Ascitis	1

Se hicieron placa simple de abdomen y ultrasonido abdominal en los once pacientes y tomografía axial computarizada en cinco casos. En un caso se realizó colon por enema por sospecha de invaginación intestinal.

Los hallazgos en las radiografías simples de abdomen fueron distensión de asas, con desplazamiento lateral de las mismas; sólo en un caso había centralización con desplazamiento anterior de las asas. El ultrasonido mostró una masa hipoecoica multiloculada homogénea, en cinco casos; imagen hipoecoica única, en cuatro; y, en tres, sólo hubo imágenes

hipoecoicas interpretadas como ascitis tabicada. La tomografía axial no manifestó la lesión en ningún caso, sólo mostró calcificaciones en tres pacientes.

El diagnóstico preoperatorio fue quiste de epiplón o de mesenterio en cuatro de los 11 casos. Los otros pacientes se operaron con diagnóstico de *volvulus*, invaginación intestinal, duplicación del tubo digestivo, apendicitis aguda complicada, masa abdominal y, en un caso que se presentó como ascitis secundaria a hipertensión portal se tomó biopsia hepática a cielo abierto y, al momento de la intervención, se encontró el quiste gigante de epiplón que se resecó en un 90% sin problemas (cuadro 2).

**Cuadro 2.** Diagnósticos preoperatorios en los casos de quistes de mesenterio y epiplón (n=11)

Diagnóstico	N
Quiste de epiplón o mesenterio	4
Apendicitis complicada	2
Invaginación intestinal	1
Duplicación intestinal	1
Masa abdominal	1
Volvulus intestinal	1
Ascitis	1

En diez casos se hizo laparotomía exploradora: en ocho se logró la resección total del quiste y en dos, con quistes de mesenterio, fue necesario realizar una resección intestinal con entero-entero anastomosis término terminal. En todos los casos de quiste de epiplón se realizó omentectomía.

El contenido de los quistes fue seroso en nueve casos y en dos fue hemorrágico.

Diagnóstico histopatológico. Se encontró epitelio endotelial en cuatro de las piezas quirúrgicas y, en el resto, tejido de granulación y fibrosis (cuadro 3).

**Cuadro 3.** Características patológicas de los quistes de epiplón y mesenterio (n=11)

Tipo de quiste	N	(%)
Multilocular	7	(63.6%)
Unilocular	4	(36.3)
Contenido del quiste	N	(%)
Seroso	9	(81)
Hemorrágico	2	(18)
Hallazgos histológicos	N	(%)
Epitelio endotelial	4	(36.3)
Fibrosis	7	(63.6)

## DISCUSIÓN

Los quistes mesentéricos y de epiplón probablemente provienen del saco linfático embrionario retroperitoneal situado en la región paravertebral –adyacente a la raíz del mesenterio durante la octava semana de gestación (20 a 25 mm)– y están íntimamente relacionados con la formación del sistema venoso retroperitoneal.<sup>5</sup> Muchas teorías tratan de explicar el desarrollo de los quistes de epiplón y mesenterio; entre ellas encontramos: 1) falla de los espacios linfáticos para unirse con el sistema venoso; 2) deficiencia de las uniones linfaticovenosas en el tejido perinodal; 3) falla en la unión de las hojas del mesenterio; 4) trauma oculto; 5) neoplasia; 6) degeneración localizada en los nódulos linfáticos. La teoría más aceptada es la de por Gross, quien propone que se deben a una proliferación benigna de los linfáticos ectópicos en el mesenterio y que no tienen comunicación con el resto del sistema linfático.<sup>1,6</sup>

Ross y colaboradores hicieron una clasificación histológica basada en la correlación de los hallazgos imagenológicos con los datos histo-patológicos que puede explicar, en algunos casos, el posible origen de la lesión quística.<sup>7</sup> Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, no es posible determinar la histología, como sucedió en el presente estudio debido a que la inflamación y las hemorragias antiguas destruyen el epitelio reemplazándolo por tejido de granulación y fibrosis.

Aunque en el examen físico de muchos pacientes la mayoría presenta distensión abdominal, no se logra palpar una masa (figura 1), lo que nos ayuda en el diagnóstico diferencial con otros procesos que cursan con distensión abdominal. Se han publicado casos de quistes tan grandes que pueden estar “abrazando” a los órganos abdominales y desplazándolos al centro, simulando un cuadro de ascitis (figura 2).<sup>6,8</sup> Si el paciente con ascitis no presenta datos de hepatopatía o enfermedad renal, habrá que descartar el diagnóstico de quiste gigante.

Los estudios de imagen usualmente pueden establecer el diagnóstico de quiste de epiplón y de mesenterio o, por lo menos, sugerir una masa quística.

El ultrasonido abdominal y la tomografía computada han eliminado la necesidad de estudios de contraste como las series gastrointestinales superiores,



Figura 1. Paciente masculino de siete años con quiste de epiplón bien delimitado.



Figura 2. Radiografía simple de abdomen en la que se observa centralización de asas intestinales semejando una imagen de ascitis.

el enema baritado y la pielografía intravenosa. Este estudio es el de elección; con él se visualizan masas quísticas bien definidas, de paredes delgadas y llenas de líquido, que usualmente contienen septos internos delgados y que ocasionalmente contienen hemorragias (figura 3). La tomografía axial computada no fue de utilidad en nuestro estudio; no mostró las lesiones quísticas; sin embargo, se ha informado que son útiles los estudios tomográficos y de resonancia magnética nuclear para obtener información adicional importante, por ejemplo, descartar una linfangiomatosis extensa.<sup>9</sup>



**Figura 3.** Ultrasonografía en la que se aprecia una imagen hipocóica de paredes delgadas.

El tratamiento es la resección completa de la masa. Los quistes de epiplón son fáciles de extirpar y casi nunca requieren resección intestinal. El tratamiento de elección de los quistes de mesenterio es la enucleación. Existen informes de resección de estos tipos de quistes por laparoscopia.<sup>10,11</sup> La excisión parcial con la marsupialización del quiste remanente (figura 4) es otra opción, cuando la resección o la enucleación no son posibles.<sup>12</sup>

El diagnóstico es difícil; se deben descartar otras masas abdominales de presentación más frecuente. Si la presentación del quiste es en forma de abdomen agudo, generalmente se piensa en patologías más frecuentes. En nuestra revisión, únicamente cuatro de 11 casos se diagnosticaron preoperatoriamente como quistes de epiplón o mesenterio. Coincidimos con otros autores en que el estudio de elección para el diagnóstico es la ultrasonografía abdominal y sólo en los casos en los que se requiera información adicional se realizará una tomografía axial computada con contraste oral o una resonancia magnética nuclear.

Desde 1950 sólo hay un informe de un paciente que falleció por un quiste de mesenterio que presentó torsión con infarto intestinal secundario masivo y sus complicaciones.<sup>1</sup> La mortalidad de la cirugía del quiste de epiplón o mesenterio sin complicaciones debe ser nula.



**Figura 4.** Pieza quirúrgica de un quiste de epiplón gigante

En todo paciente con una masa palpable en el abdomen, además de los signos y síntomas comentados como la distensión abdominal o el dolor abdominal agudo, es importante tener este diagnóstico en mente como una posibilidad

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez FP, Mier y Diaz J, Blanco BR, Martínez OJ. Quiste de mesenterio. Informe de un caso. *Cir Ciruj* 1999;67(4):143-5.
2. Okur H, Kucukadin M, Ozokutan BH. Mesenteric, omental and retroperitoneal cysts in children. *Europ J Surg* 1997; 163(9): 673-7.
3. Chung MA, Brandt ML, St-Vi D, Yazbeek S. Mesenteric Cysts in Children. *J Ped Surg* 1991; 26:1306-8.
4. Bliss DP Jr, Bower RJ, Stockman PT, Ternberg JL. Mesenteric cysts in children. *Surgery* 1994; 115:571-77
5. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. *Arch Surg* 1984; 119: 838-42
6. Mohanty SK, Bal RK, Maudar KK. Mesenteric cyst, an unusual presentation. *J Ped Surg* 1998;33 (5):792-3.
7. Ros PR, Olmsted WW, Moser RP. Mesenteric and omental cysts: Histological classification with imaging correlation. *Radiology* 1987; 164: 327
8. Klín B, Lotan G, Efrati Y, Vinograd I. "Giant omental cyst in children presenting as pseudoascitis". *Surgical Laparoscopy and Endoscopy*. 1997;7(4):291-3

9. Srivatsa KM, Brown RS. Mesenteric Cysts. Arch dis Child. 1996;75(4):272.
10. Brentano L, Faccini P, De castro Odorich GS. Laparoscopic resection of a mesenteric Cyst. Surg L Endoscopy. 1998;8(5):402-3.
11. Kala Z, Svoboda T, Hanks L. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. Rozhledy Y Chirurgii. 1998;77(10):454-5.
12. Burkett JS, Pickleman J. Rationale for surgical treatment of mesenteric and retroperitoneal cysts. Am Surg 1994; 60: 432-35

## CURSO DE POSGRADO

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) del Instituto Nacional de Pediatría (INP) existen a la disposición de los pediatras interesados en desarrollar el Curso de Posgrado Atención Integral al Niño Maltratado tres plazas con beca.

El Curso de posgrado tiene reconocimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y de la Secretaría de Salud (SS).

### REQUISITOS

- Ser especialista en pediatría.
- Estar certificado por el Consejo de Pediatría.
- Entregar documentos, previa entrevista con el titular del curso antes del 30 de noviembre del 2001.

### BECA

- Apoyo económico de \$4,600 quincenales, aproximadamente.
- Duración de un año.
- Apoyo con alimentos y batas.

### OBLIGACIONES

- Desarrollar un proyecto de investigación y entregarlo al final del curso en formato de publicación.
- Tomar un curso de Metodología de la investigación (incluido en el programa)
- Desarrollar actividades de educación médica continua
- Participar proyectos de investigación.
- Trabajo asistencial tutoriado.

En caso de que el postulante no sea mexicano, debe contar con el apoyo del Gobierno de su país, pero recibirá los beneficios y prerrogativas de cualquier pediatra de México. Informes: Dr. Arturo Loredó Abdalá. Profesor titular. Instituto Nacional de Pediatría, Insurgentes Sur núm. 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, CP 04530, México, DF, tel.: 5666-0034 y 5606-7973. E-mail: aloredomx@yahoo.com, loredoservidor.unam.mx, página web: www.medinet.net.mx