

Quiste de epiplón gigante: reporte de un caso

- Dr. Francisco Javier Véliz Maldonado¹
- Dr. Juan Manuel Rangel Pizarro²
- Dr. Carlos A. Rodríguez Montalvo³

Resumen

• Palabras clave

Quistes de epiplón, quistes de mesenterio, masas abdominales.

Los quistes de mesenterio y epiplón son causa de tumores intabdominales poco frecuentes, por lo regular representan patologías benignas. Se cree que los quistes de epiplón y mesenterio derivan de malformaciones del sistema linfático embrionario, generalmente suelen manifestarse como masas abdominales, móviles, las cuales pueden acompañarse de dolor, oclusión intestinal o ser asintomáticas.

A continuación se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 65 años de edad, el cual acude a consulta por una masa de 25 años de evolución que inicia con dolor una semana previa a su ingreso. Los estudios de imagen muestran una masa heterogénea que ocupa gran parte de la cavidad abdominal de aproximadamente 30 x 25 cm; el paciente es sometido a laparotomía exploradora, durante la cual se resecó un quiste de epiplón gigante. Presenta una adecuada evolución clínica. El tratamiento de elección de estos quistes es la resección quirúrgica, la cual es considerada por la literatura mundial como segura y con bajo índice de complicaciones.

Introducción

Los quistes de epiplón, mesenterio y retroperitoneo son tumores benignos infrecuentes. El primer informe de esta patología fue un quiste de mesenterio hallado por Benevene en 1507.¹ Von Rokitansky, en 1842, informó el primer caso de un quiste de mesenterio quiloso; diez años más tarde, Garnier publicó el primer caso de quiste de epiplón.² Su frecuencia varía desde 1 en 27,000 hasta 1 en cada 250,000.³ La mayor frecuencia se presenta en la cuarta década de la vida, aunque una cuarta parte de los casos se encuentra en niños.⁴

El tratamiento de elección consiste en la resección completa, la cual puede ser llevada mediante laparotomía, y en algunos casos reportados mediante laparoscopia. El pronóstico después de la resección es excelente y la tasa de recurrencias y complicaciones reportada es escasa.^{5,6}

Reporte de caso

Se trata de un paciente masculino de 65 años de edad originario de Monterrey, N. L., quien refiere iniciar su padecimiento hace 40 años al presentar aumento progresivo del perímetro abdominal, sin referir otra molestia. Una semana previa a su ingreso presenta dolor súbito leve posterior a una maniobra de Valsalva; motivo por el cual acude a consulta. A la exploración física se encuentra con signos vitales estables, en abdomen se palpa una masa de 30 x 30 cm no dolorosa, móvil. Los estudios de laboratorio muestran biometría hemática, perfil bioquímico, electrolitos séricos, perfil de coagulación y examen general de orina dentro de parámetros normales.

A su ingreso se le realiza una tomografía axial computada que demuestra una masa heterogénea de 30 x 25 cm acompañada de líquido libre subdiafragmático. (Ver Figura 1). El paciente es sometido a laparotomía exploradora suprainfraumbilical, en donde se le encuentra líquido libre con tinte hemático, un quiste de 30 x 30 cm con contenido de tinte hemático –sin datos de sangrado activo– (ver Figuras 2 y 3) que depende del epiplón mayor, entonces se le realizó omentectomía total. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, el paciente toleró adecuadamente la vía oral a las 24 hrs, y de manera asintomática egresó en su tercer día postoperatorio.

Discusión

Los quistes de mesenterio y epiplón son tumores benignos intrabdominales poco frecuentes, probablemente se desarrollen a partir de sistema linfático retroperitoneal. Muchas teorías tratan de explicar el desarrollo de los quistes de epiplón y mesenterio; entre ellas se encuentran: 1) falla de los espacios linfáticos

1, 2 Residente de Cirugía General del Programa Multicéntrico de Especialidades del Tecnológico de Monterrey – SSNL.

3 Profesor de Cirugía General de la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey.

Figura 1. Corte de tomografía axial computada que muestra la tumoración



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 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. Se encuentra con mayor frecuencia en varones, la edad de presentación se reporta desde el nacimiento hasta los 14 años, en el caso de este estudio el paciente es un adulto mayor. En la mayoría de los casos se presentan como masas intrabdominales móviles, las cuales pueden o no acompañarse de distensión, dolor, o en algunos casos, datos de oclusión intestinal. El estudio de elección es la ultrasonografía y sólo en los casos de quistes gigantes la TAC resulta de utilidad para descartar linfangomatosis extensa.⁷

Figura 2. Imagen de la realización de la omentectomía

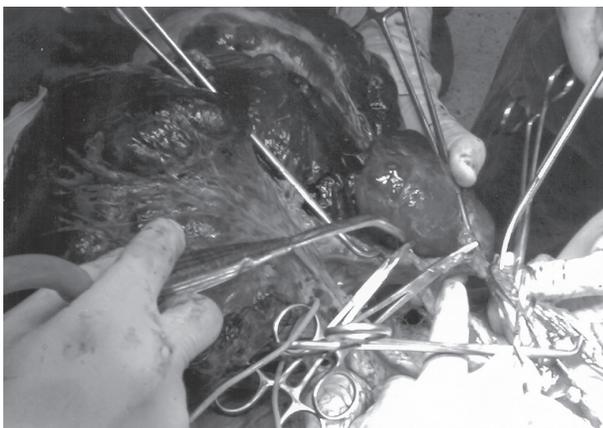
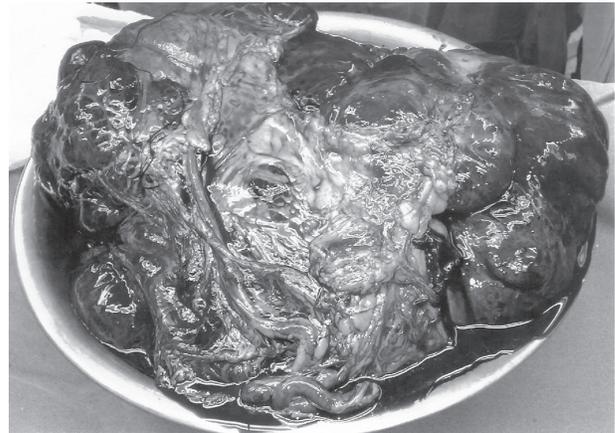


Figura 3. Imagen de la pieza quirúrgica



Conclusiones

Los quistes mesenterio y epiplón son entidades clínicas poco frecuentes, debido a esto debe ser tomado en cuenta como diagnóstico diferencial en todo paciente cuyo motivo de consulta sea una masa abdominal, móvil, de crecimiento lento, asociada a dolor y oclusión intestinal. Aunque la edad de diagnóstico tiene una media de 40 años, también se han encontrado en ambos extremos de la vida. Con base en su evolución y pronóstico, la resección quirúrgica representa la forma de tratamiento de elección, ya sea de manera convencional o laparoscopia. Esta última se reserva generalmente para quistes de tamaño pequeño y accesible.

Referencias bibliográficas:

- 1.- Sánchez FP, Mier y Díaz J, Blanci BR, Martínez OJ. Quiste de mesenterio. Informe de un caso. *Cir CIRUJ* 1999;76(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, Stockman PT, Ternberg JL. 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.- Kala Z, Svoboda T, Hanks L. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. *Rozhledy Y Chirurgii*. 1998;77(10):454-5.
- 6.- Horiuchi T. laparoscopic excision of an omental cyst *J. laparoesdoscop Adv Surg Tech A* 1999 9(5):411-3.
- 7.- Brentano L, Faccini P, De castro Odorich GS. Laparoscopic resection of mesenteric Cyst. *Surg L Endoscopy*. 1998;8(5):402-3.

Correspondencia:

Dr. Francisco Javier Veliz Maldonado

Email: drpax2703@hotmail.com