



11209
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO
MEDICO NACIONAL SIGLO XXI I. M. S. S.

87
Ck
Lej

QUISTES DE EPIPLON
REPORTE DE DOS CASOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A
DR. CARLOS RAFAEL SALAZAR LOZANO

ASESORES:

Dr. Juan Mier y Díaz
Dr. Teodoro Romero Hernández



259032

MEXICO, D. F. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN




UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

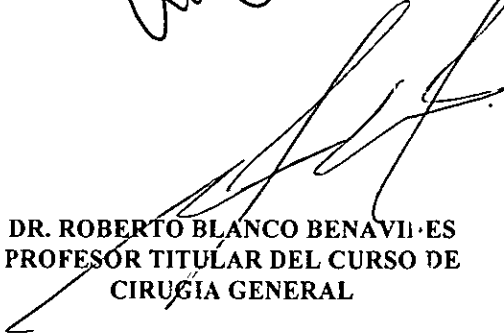
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

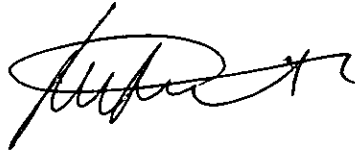
DR. NIELS Y WACHER RUDARTE
JEFE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
CIRUGIA GENERAL



DR. JUAN MIER Y DIAZ
MEDIO ADSCRITO AL SERVICIO DE
CIRUGIA GENERAL
ASESOR TESIS



DR. TEODORO ROMERO HERNANDEZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO
DE CIRUGIA GENERAL
ASESOR TESIS



SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE FORTALECIMIENTO
DE LA SALUD

QUISTES DE EPIPLÓN
Informes de dos casos

AUTORES:

DR. TEODORO ROMERO HERNANDEZ

DR. JUAN MIER Y DIAZ.

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.

DR. CARLOS R. SALAZAR LOZANO.

**SERVICIO DE CIRUGÍA GASTROINTESTINAL, DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL S XXI.**

ANTECEDENTES

Los quistes de epiplón, son muy raros como tumoraciones abdominales.¹⁻¹³ El primer caso observado, fué en 1507, por el anatomista italiano Benevieni mientras realizaba una autopsia, ²⁻³ Pero no es hasta 1842 cuando Rokitansky, describe y registra el primer quiste quiloso en una autopsia. ² En 1852 Garidner, describe por primera vez un quiste de epiplón, variedad más rara aun que la presentación mesentérica. ²⁻⁴ Tilaux en 1880, realiza la primera operación para una tumoración quística del mesenterio, posteriormente Pean realiza en 1883 la primera marsupialización de un quiste de un quiste de epiplón. ¹⁻³

Los quistes retroperitoneales, mesentéricos y del epiplón, son tumoraciones abdominales muy raras, que se han descrito desde 1950 en la literatura universal, con aproximadamente 600 casos, ^{2,6} Siendo más raros los quistes de epiplón con solo 150 casos documentados. ² Se calcula la incidencia de manera aproximada de 1 de cada 105 mil admisiones hospitalarias. ^{2-4,6} En una revisión realizada por Hardin y Hardy indica una incidencia de quistes mesentéricos, de aproximadamente 1 en 250 mil admisiones hospitalarias y un caso por cada 30 mil pacientes hospitalizados. ¹⁻³

Los quistes retroperitoneales, mesentéricos y del epiplón, deben ser agrupados juntos, por que el mesenterio y el epiplón son solamenté extensiones anteriores de lo que fué originalmente el retroperitoneo, por lo que actualmente se clasifican de la siguiente forma: ^{1-3,7}

TABLA 1:

- a) Quistes Embrionicos:
 - Entéricos
 - Urogenitales
 - Dermoides
 - Defectos embrionicos de los linfáticos (retroperitoneales, mesentéricos y quistes de epiplón).

- B) Quistes Traumáticos:
 - Quistes sanguíneos, secundarios a hemorragia
 - Extravasación del quilo.

- C) Quistes neoplásicos:
 - Benignos (linfangioma)
 - Malignos (linfangioendotelioma)

- D) Quistes infecciosos:
 - Micóticos
 - Parasitarios
 - Tuberculosos
 - hidatídicos

- E) Degeneración quística de nódulos linfáticos y otros tejidos.

Los quistes de epiplón, retroperitoneales y de mesenterio, al parecer tienen una patogénesis similar, que principalmente podría ser tejido linfático ectópico, pero la causa verdadera no es bien conocida. Existen varias teorías para esclarecer el origen de dichos quistes. Muchos investigadores creen que el crecimiento de los quistes se debe al crecimiento congénito por mal posición o malformación de tejido linfático. Otras teorías, incluyen falla en la fusión del mesenterio durante el desarrollo embrionario, trauma abdominal, obstrucción inflamatoria de los canales linfáticos existentes y degeneración localizada de nódulos linfáticos.^{1-4,6,7,10,12,13}

Ladd y Gross postularon que el desarrollo de los quistes de epiplón se debe a la formación de tejido ectópico que prolifera y acumula linfáticos.¹²

Lee postula la teoría de que la formación de los quistes se debe a que cuando un vaso linfático se rompe y extravasa su contenido, esta extravasación es limitada por la formación de pared propia y tejido de granulación. Pero ninguna teoría satisface del todo la génesis de dichos quistes.¹²

A pesar de que los quistes mesentéricos y del epiplón se pueden presentar en cualquier etapa de la vida,^{2-4,6,8} el 75% se diagnostican después de los 10 años y su pico máximo es en la cuarta década de la vida. Son más frecuentes en pacientes de raza blanca.

Los quistes de epiplón ocurren más frecuentemente en la infancia y cerca del 70% se diagnostican antes de la edad de 30 años.^{2,4}

Rosemond y Bucher reportan 200 casos de los cuales 25% ocurrieron en pacientes menores de 10 años y solamente 5.5% en pacientes menores de 1 año.^{1,3,4}

Burnett también en una serie de 200 casos reporta 77% en pacientes mayores de 20 años y 5.5% en menores del 1 año.

Vaughn describe en su serie que los quistes ocurren más frecuentemente en mujeres con una relación de 2:1.¹

Los quistes de mesenterio, epiplón y retroperitoneales se presentaron en tres formas principalmente.

- Asintomáticos.
- Dolor abdominal crónico.
- Abdomen agudo.

TABLA 2.- Porcentaje de pacientes con signos desarrollados y síntomas.

Síntomas	Berger y Rothenberg %	Burnett et al, %
Dolor Abdominal	67	82
Nausea y Vómito	33	45
Constipación	11	27
Diarrea	11	6
Pérdida de Peso	11	...
Masa Abdominal	61	58
Dureza Abdominal	61	...

Según series de Berger, Rothenberg y Burnett. ²

Los pacientes asintomáticos usualmente tienen una masa abdominal no dolorosa de lento crecimiento arriba del 40% de los quistes de epiplón se encuentran accidentalmente durante una cirugía abdominal o por otras razones. Algunos pacientes tienen algún tipo de sintoma crónico, usualmente con un dolor abdominal difuso no localizado. Este puede ser causado por contracción y estrechamiento de la raíz del mesenterio ^{2,3} y del peritoneo visceral.

Un quiste grande puede causar presión postural, causando un dolor crónico bajo constante, leve y sin irradiaciones. Se puede presentar pérdida de peso en algunos pacientes pero su causa es desconocida. Puede encontrarse además náusea, vómito, diarrea, constipación, oclusión intestinal secundaria a compresión extrínseca, o volvulus.

Los quistes son causantes de síntomas agudos en aproximadamente un tercio de los pacientes adultos y en dos tercios de los pacientes agudos, 10% de los quistes de epiplón aparecen con síntomas agudos. Esto principalmente ocurre en la infancia. ^{1-3,7,8}

Estos síntomas agudos, son secundarios a alguna complicación que incluye obstrucción (volvulus, compresión extrínseca o atrapamiento en pelvis, ruptura, hemorragia dentro del quiste, o infección y absceso del quiste.

El más común hallazgo clínico durante la examinación, es la masa palpable, móvil y compresible aproximadamente en 50% de los casos. Los quistes de epiplón son usualmente libres y móviles en todas direcciones, a diferencia de los mesentéricos y retroperitoneales que son móviles transversalmente pero inmóviles al movimiento longitudinal. ²

DIAGNOSTICO

No existen pruebas definitivas para el diagnóstico de estos quistes. Pero el diagnóstico más preciso y no invasivo se logra con el ultrasonido y la tomografía axial computarizada, ocasionalmente pueden confundirse con ascitis, el tránsito G.I. El enema baritado y la urografía excretora excluyen alguna conexión con el tubo digestivo o el sistema genitourinario. ^{1-3,6}

PATOLOGÍA

Su forma y tamaño son muy variados miden desde unos centímetros hasta masas que ocupan el abdomen entero, generalmente son redondeados pero su forma puede ser caprichosa, pueden ser únicos o multiloculados y el volumen contenido va de 75 ml a 7 u 8 litros de líquidos seroso o bien sanguinolento si ha habido hemorragia dentro del quiste.

El examen microscópico muestra un quiste simple con un revestimiento compuesto por tejido fibroso o una capa de células endoteliales, la calcificación de la pared es inusual, la malignidad es muy rara pero existen varios casos reportados.

Los quistes retroperitoneales y de epiplón son encontrados en su respectiva posición anatómica.

Los quistes de mesenterio son localizados en cualquier área del duodeno al recto. 50% se localiza en intestino delgado y 25% en el Íleon. La localización mas común de los quistes en el colon es en el mesocolon del sigmoides, seguido el mesocolon transverso.

TABLA 3.- Diagnostico Diferencial.

QUISTE DE OVARIO

Quiste de intestino

Quiste pancreático

Quiste o tumor renal

Quiste esplénico

Quiste dermoide

Quiste hidatídico

Lipoma del mesenterio

HIDRONEFROSIS

Mioma uterino pediculado

Hidrocolecisto

Neumatosis quística

Neoplasia intestinal

Absceso apendicular

Aneurisma aortico

Intususcepción.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Se han propuesto varias formas de tratamiento. La enucleación es la de elección, ya que por definición estos quistes no están conectados con ninguna estructura normal excepto tejido areolar laxo, la enucleación completa no es difícil; cuando se tiene éxito la recidiva es extremadamente rara. Se ha propuesto la marsupialización externa pero tiene un alto índice de infección. La aspiración simple se ha intentado pero la recidiva es muy alta.

Con los avances tecnológicos actuales la mortalidad esperada se estima del 0 al 3% .
1-3,6.

REPORTE DE CASO I

Paciente masculino de 18 años de edad sin antecedentes heredofamiliares positivos, con escolaridad secundaria originaio del Distrito Federal, toxicomanias negadas, desde los 15 años con hidrocefalia secundaria a ventriculitis, con derivación ventrículo peritoneal, la cual fue recambiada en 4 ocasiones. Dos por problemas proximales y dos recambios por anomalías en la porción distal del sistema, uno por acodamiento del cateter y otro por oclusión por detritus, en el lapso de tres años.

Acude por presentar un aumento de volumen en mesogastrio, con dolor de tres días de evolución, no cefalea, no náusea ni vómito.

Se tomaron exámenes de gabinete donde la TAC muestra una lesión con un diámetro aproximado de 15 centímetros en un corte sagital, y con relación al cateter de derivación ventrículo peritoneal, se decide someter a laparotomía exploradora encontrandose adyacente, pero independiente del cáteter un quiste de paredes perfectamente limitadas dependiente del epiplón en relación solo con el tejido areolar laxo lo que permitió su enucleación integra. Se cambio a una derivación ventrículo atrial, y se tomo muestra del liquido cefalorraquideo reportándose: Liquido transparente, agua de roca, células 0/ml, cloro 128 mEq/l, glucosa 67mg/dl, proteínas 7mg/dl y gram no se observaron, además se realizo citoquimico del liquido del quiste, de aspecto turbio, santocromico, células de 2/ml, proteínas de 3050 mg/dl, numerosos eritrocitos, amilasa 70U, glucosa 6mg/dl, cloro 105Eq/u.

La evolución postoperatorio fue satisfactoria y siete meses después, el paciente se encuentra asintomatico con TAC de control normal. El reporte histopatologico fue quiste seroso simple de epiplón con tejido fibros y grasa encapsulado.

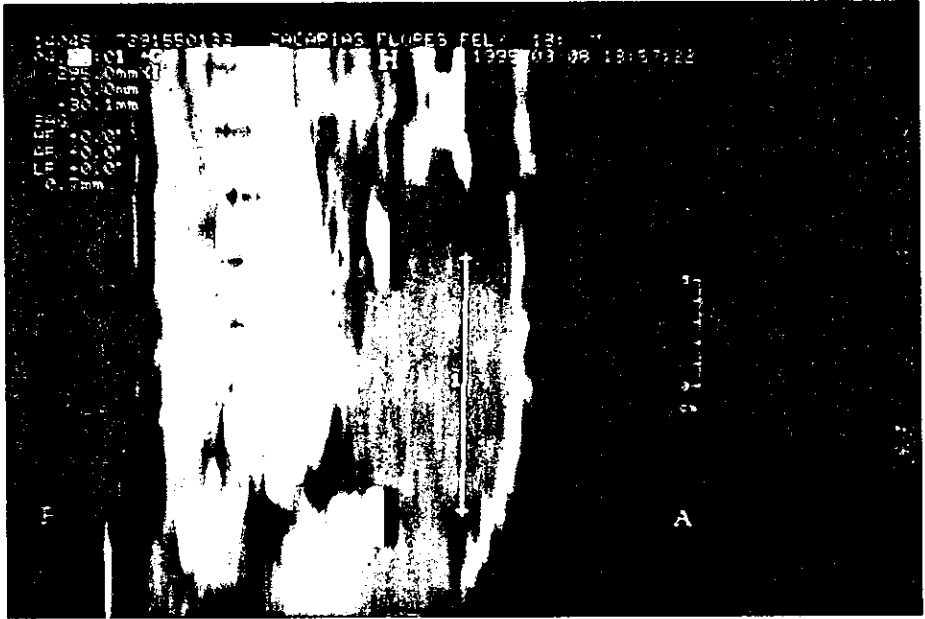


FIGURA 1

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA ABDOMINAL
CORTE SAGITAL REPORTE CASO 1

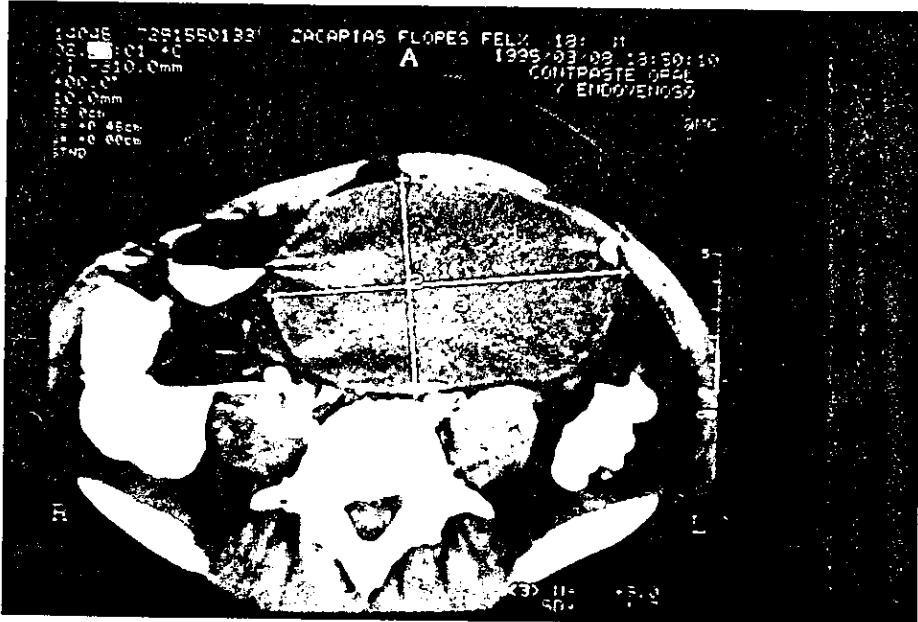


FIGURA 2

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA ABDOMINAL
CORTE CORONAL REPORTE CASO 1
QUE MUESTRA QUISTE EPIPLON

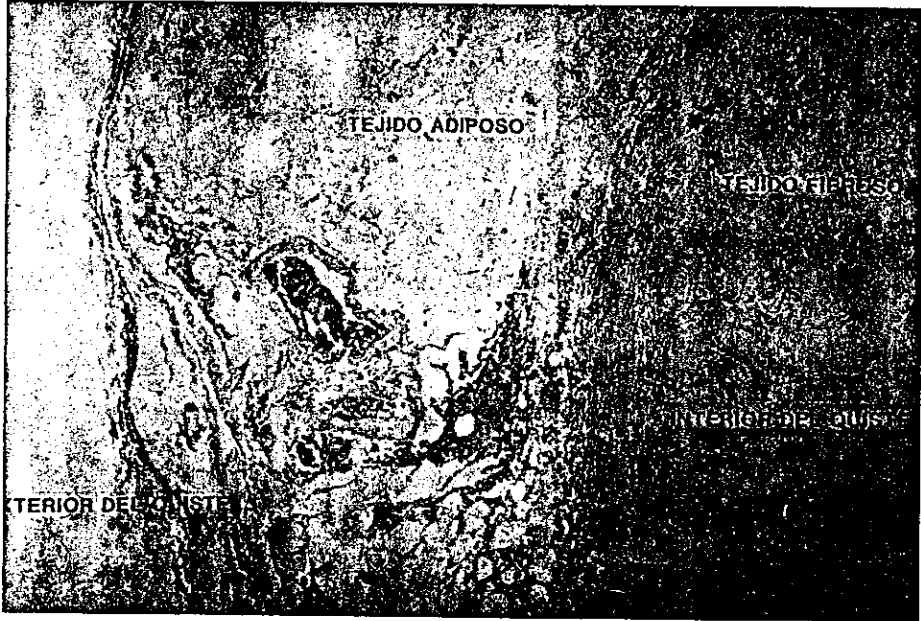


FIGURA 3

CORTE HISTOPATOLOGICO
REPORTE CASO 1

REPORTE DE CASO 2.

Paciente femenino de 17 años de edad sin antecedentes heredofamiliares de importancia de escolaridad primaria toxicomanías negadas originaria de Acapulco, Guerrero. Con hidrocefalia desde los 12 años, secundaria ventriculitis con derivación ventrículo peritoneal con antecedentes de dos recambios por anomalías en la porción distal del sistema, ambos por oclusión del catéter. La paciente acude por presentar disfunción del sistema de derivación ventrículo peritoneal y por presentar aumento de volumen en abdomen sin otra sintomatología.

Con hallazgo en TAC abdominal de lesión aproximadamente 15 * 10 * 4 cm de bordes regulares en el corte coronal. Se decide someter a laparotomía exploradora, encontrándose quiste de epiplón mayor de 16 * 10 * 3 cm de paredes perfectamente limitadas y con abundante líquido xantocrómico en su interior el cual incluía el catéter de derivación ventrículo peritoneal, se enucleo completamente el quiste y se cambio a una derivación ventrículo atrial.

Tomandose muestra del líquido cefalorraquídeo reportándose: Agua de roca, células 1/ml, cloro 126mEq/l, glucosa 69 mg/dl, proteínas 6mg/dl, gram no se observaron. Citoquímico del líquido del quiste xantocrómico, células 3/ml, proteínas 2050mg/dl, amilasa 65U, glucosa 3 mg/dl, cloro 107mEq/l. La evolución postoperatoria fue satisfactoria sin evidencia de recidiva, el reporte histopatológico fue pared fibrosa, vascularizada con inflamación crónica compatible con quiste de epiplón.

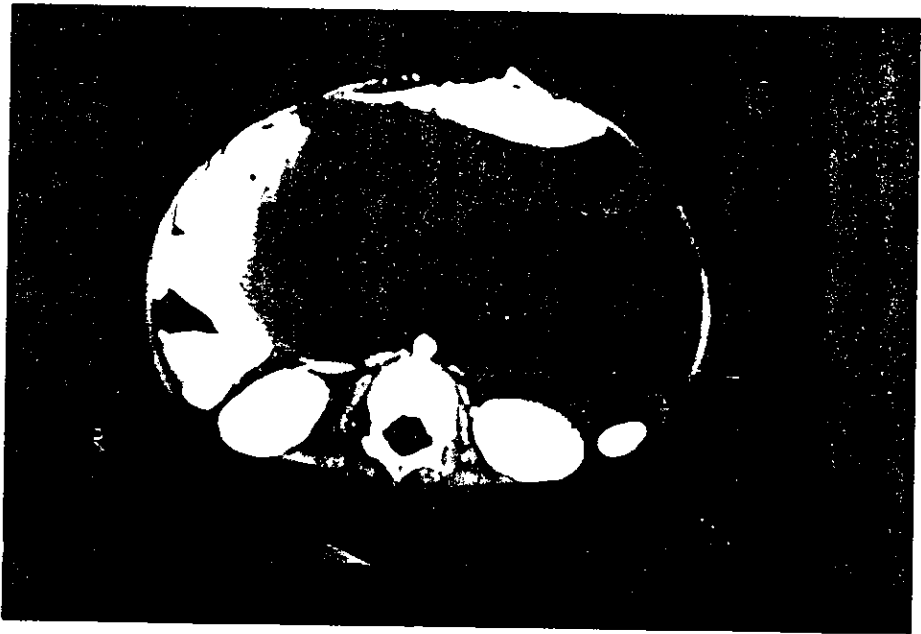


FIGURA 4

**TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA
ADOMINAL QUE MUESTRA QUISTE
EPIPLON REPORTE CASO 2**

DISCUSIÓN.

Los quistes de eplipón son raros contienen liquido seroso y pueden ser uni o multiloculares, poseen un revestimiento endotelial y su tamaño es variable, pueden presentarse a cualquier edad.

Clínicamente los quistes pequeños generalmente son asintomáticos y se descubren accidentalmente durante una laparotomía o necropsia. Los quistes voluminosos cursan como masas abdominales palpables o producen distensión abdominal difusa que pueden ser o no sintomáticas. El diagnostico diferencial incluye quistes y tumores sólidos del mesenterio, peritoneo y región retroperitoneal, solo puede detectarse su origen en el transoperatorio, siendo su tratamiento la extirpación completa.

BIBLIOGRAFIA

1. Sardi Armando, M.D., Parikh J. Kiran, M.D., Singer A. John, M.D. et al Mesenteric Cysts, The American Surgeon, January 1987 vol 53: 58-60.
2. Vanck W. Vincent, M.D., Phillips K. Alexander, M.D., Retroperitoneal, Mesenteric, and Omental Cysts, Arch Surg, July 1984 vol 119: 838-842.
3. Karzweg T. Frank, M.D., Daron B. Paul, M.D., Williamson W. Joel M.D., et al. Mesenteric Cysts, The American Surgeon, August 1974: 462 -467.
4. Christensen A. James, M.D., Fuller W. James, M.D., Hallock A. James, M.D., et al. Mesenteric cysts: A. cause of small bowel obstruction in children, The American Surgeon, June 1975: 352 -354.
5. Brief case reports, AJG -November 1994 vol 89, # 11:2085 - 2087.
6. Hardin J. William, M.D., Hardy D. James, M.D., Mesenteric Cysts, The American Journal of Surgery, June 1970, vol. 119 : 640 -645.
7. Baker Harvard A., Scarborough, Developmental Mesenteric Cysts, The British Journal of Surgery, : 534 - 549.
8. Mollitt L. Daniel, M.D., Ballantine V.N. Thomas, M.D., and Grosfeld L. Jay, M.D., F.A.C.S., Mesenteric Cysts in Infancy and Childhood, Surgery, Gynecology and Obstetrics, August 1978, vol. 147: 182 -184.
9. Tykka Heikki, M.D. Helsinki, Finland, Koivuniemi Ari, M.D., Helsinki, Finland, The American Journal of Surgery, June 1975 vol. 129: 709 -711.
10. Sanchez Edward R., M.D., Gordon Earl H., M.D., F.A.C.S, Passaro Edward Jr. M.D., F.A.C.S, Mesenteric Cysts: A. review and report of four cases., The American Surgeon, June 1970, : 378 - 382.

11. Douglas W. George., M.D., Kastin J. Arba., M.D., Huntington W. Robert., M.D., Carcinoma arising in a retroperitoneal mullerian cyst, with widespread metastasis during pregnancy., *Am. J. Obst, and Gynee*, January 15, 1965, vol. 91 #2 : 210 - 216.
12. Ford R. John, M.D., Mesenteric Cysts, Review of the literature with report of an unusual case., *American Journal of Surgery*., june 1969, vol. 99: 878 - 884.
13. S. Amos J. Alan., Multiple Lymphatic Cysts of The Mesentery., *The British Journal of Sugery*., 588 - 591.
14. Flores R. Alejandro., Quiste gigante del epiplón mayor., *Revista Cirujano General*., Oct-Dic de 1991., 163 - 165.

INDICE

	PAG.
ANTECEDENTES	1
CLASIFICACIÓN QUISTES EPIPLON.	2
REPORTE CASO 1	8
REPORTE CASO 2.	12
DISCUSIÓN.	14
BIBLIOGRAFIA.	15