

11210<sup>3</sup> 24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA.  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.  
CENTRO MEDICO NACIONAL " 20 DE NOVIEMBRE"  
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIATRICA  
I.S.S.S.T.E..

*[Faint circular stamp]*

" EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y  
TRATAMIENTO DE LOS QUISTES DE EPIPLÓN  
Y MESENTERIO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA  
PEDIATRICA . "

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
SUBESPECIALISTA EN:  
CIRUGÍA PEDIÁTRICA.



ISSSTE

PRESENTA:

DR.SAMUEL FERNÁNDEZ VALIÑAS.

MÉXICO D.F.

279529

1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

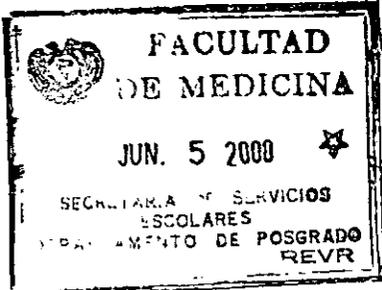
*[Signature]*  
Dr. Mauricio Di Silvio Lopez.  
Jefe de Enseñanza e investigación.  
CMN. "20 de noviembre" ISSSTE.



*[Signature]*  
Dr. Jorge Gallego Grijalva  
Jefe de servicio Cirugía pediátrica.  
CMN. "20 de Noviembre" ISSSTE.

*[Signature]*  
Dr. Pedro Jimenez Urueta  
Asesor de tesis.  
Médico adscrito. Cirugía pediátrica. CMN. "20 de Noviembre". ISSSTE

*[Signature]*  
Dr. Samuel Fernández Valiñas  
Autor de tesis.  
Residente de 4º. Año. Cirugía pediátrica. CMN. "20 de Noviembre".  
ISSSTE.



A mis padres, Rosa y Samuel.

Por todo lo que me han dado; apoyo, educación y cariño.

A Nelly.

Por su cariño, comprensión y paciencia.

A mi hijo Samuel.

Por su estímulo para ser mejor cada día.

A mis hermanos.

Por haber estado conmigo siempre.

A mis abuelos.

Maruja y Fidel (Q.e.p.d) y a Rosa y Alfredo, a quienes tengo la dicha de tener todavía conmigo.

A mis sobrinos, primos, tíos, cuñados y a mis suegros.

A mis maestros y compañeros del Hospital "20 de Noviembre".

Al Dr. Armando Baqueiro Cendón.

A quien le agradezco sus enseñanzas, confianza y cariño.

## **ABSTRACT:**

We present the cases of epiploon and mesenteric cysts in our service since 1985. We have 9 cases, 5 with epiploon cysts and 4 with mesenterium cysts. The signs and symptoms were diverse, the most frequent were increase in abdominal volume, constipation, acute abdominal pain abdominal mass and ascitis. Three patients presented presurgery diagnosis of epiploon or mesenterium cysts. The image results were in abdominal ultrasound ascitis with inner echogenic layer in 4 cases, or well-defined echolucid masses. The axial tomography was used only in case of diagnostic doubt after the ultrasound.

**Key Words:** Cysts, epiploon, mesentery, abdominal masses.

## **RESUMEN:**

Se presentan los casos de quistes de epiplón y mesenterio que se han tratado desde 1985 hasta la fecha. Se tiene un total de 9 casos, cinco casos de quistes de epiplón y 4 de mesenterio. Los signos y síntomas de presentación fueron muy variados, siendo los más frecuentes aumento de volumen abdominal, constipación, abdomen agudo, masa abdominal y ascitis. El diagnóstico preoperatorio de quiste de epiplón ó mesenterio solo se presentó en tres pacientes. Los hallazgos en imagenología fueron: En ultrasonido abdominal, ascitis tabicada en 4 casos, ó masas ecolúcidas bien definidas. La tomografía axial computarizada sólo se usó en casos de duda diagnóstica después de practicado el ultrasonido.

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

## INTRODUCCION:

Los quistes de epiplón y de mesenterio son tumores raros en los niños. Solo se encontraron en 8 casos en 820,000 admisiones en la Clínica Mayo y 3 casos en 12,425 admisiones al hospital pediátrico de los Angeles. Estos quistes fueron descritos por primera vez por Benevieni en Italia en 1507, en la autopsia de un niño de 8 años. Las series más modernas muestran que una tercera parte ocurren en pacientes menores de 15 años de edad, y una cuarta parte en menores de 10 años. (2).

Estos son tumores intraabdominales, histologicamente benignos que se localizan en el epiplón ó el mesenterio y se encuentran formados por células endoteliales. Gross sugirió que representaban proliferación benigna de canales linfáticos obstruidos en el mesenterio. Los quistes de epiplón contienen líquido seroso y pueden ser uni ó multiloculares. Su tamaño puede variar desde pocos centímetros hasta 30 cm. de diámetro.

Los quistes de mesenterio se pueden presentar en cualquier lugar del tracto gastrointestinal desde el duodeno hasta el recto. El sitio más común de presentación es el mesenterio del intestino delgado, con 50 ó 60% de todos localizados en el mesenterio ileal.

Los quistes pequeños son generalmente asintomáticos y se descubren de manera incidental durante una laparotomía o la necropsia. Los quistes voluminosos se presentan como masas abdominales palpables, o producen hinchazón abdominal difusa. Pueden producir síntomas de pesantez o dolor, así como manifestaciones de probables complicaciones como torsión, infección, ruptura u obstrucción intestinal.

Existen reportes en los cuáles el síntoma principal fue el dolor abdominal. Los siguientes síntomas son la distensión abdominal, masa palpable, anemia, anorexia, pérdida de peso y fiebre.

Para el diagnóstico son importantes el cuadro clínico y los estudios de gabinete. Entre estos, los que más nos auxilian son el ultrasonido, pielograma intravenoso, enema de bario, serie gastrointestinal superior, y la tomografía axial computarizada, además de la resonancia magnética en casos seleccionados.

En época reciente Chung y cols (1), reportan que con el incremento en el uso del ultrasonido, el diagnóstico preoperatorio de quiste de mesenterio se ha realizado de manera más frecuente. Este estudio es ideal para corroborar la naturaleza quística de estas masas.

También, en un artículo de revisión, Bliss y cols (2), reportan que en su experiencia en 5 pacientes en quienes se presentó un cuadro clínico de dolor abdominal agudo, con diagnóstico probable de apendicitis, vieron que el ultrasonido se prefirió como el primer estudio de imagen para evaluar a los pacientes con esta presentación.

De la misma manera, Egozi y Ricketts (3), reportan que el ultrasonido reveló masa quística en 10 de 11 pacientes asintomáticos.

En cuanto al tratamiento, desde 1993 se tiene el reporte de resección por medio de cirugía de mínima invasión. Estos reportes han seguido apareciendo, teniendo un reporte de experiencia en 2 casos por Shimura y cols (4).

El principal objetivo de nuestro trabajo, es conocer la experiencia acumulada en nuestro servicio, por tratarse de una patología rara, la cuál nos podría llevar a confusión diagnóstica.

Por esto, haremos notar los principales signos y síntomas encontrados, los estudios diagnósticos que más nos auxilian, y las posibilidades de tratamiento quirúrgico con que contamos.

## **MATERIAL Y METODOS.**

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, de casos clínicos.

Se revisan los expedientes de los pacientes con diagnóstico de quistes de epiplón y de mesenterio, corroborados por estudios de patología e internados en nuestro servicio desde 1985 hasta septiembre de 1999 . Se estableció la presentación por edad, sexo, cuadro clínico ,estudios de gabinete practicados y los resultados de los mismos, el diagnóstico pre-operatorio, el tratamiento quirúrgico y la morbimortalidad.

Se obtienen los resultados, y se muestran a manera de porcentajes de presentación por sexo, y porcentaje de pacientes que presentaron los signos y síntomas que encontramos con una mayor frecuencia. Se obtienen además el rango de edades, y la media de la misma, las complicaciones post-operatorias, la morbilidad y la mortalidad. En la discusión se compararán nuestros resultados con otros resultados de artículos recientes, de revisión, sobre el tema. (3).

## RESULTADOS:

El total de casos encontrados en el periodo de estudio fue de 9, de los cuáles 5 (55.5%) fueron de epiplón, todos ellos en pacientes del sexo masculino y 4 (44.4%) fueron de mesenterio y todos ellos en pacientes del sexo femenino.

El rango de edad en la presentación fue de entre dos meses y 8 años, con una media de 5 años.

El cuadro clínico se caracterizó principalmente por distensión abdominal en 5 pacientes (55.5%), masa palpable en 4 casos (44.4%), constipación crónica en tres pacientes (33.3%), cuadro de dolor abdominal agudo en 3 casos (33.3%), vómito en 2 (22.2%) y ascitis en un caso (11.1%).

En cuanto a los estudios de gabinete practicados tenemos que a los 9 niños se le realizaron placas simples de abdomen, en los 9 casos se realizó ultrasonido abdominal, y tomografía axial computarizada en 3 casos. En un caso se realizó colon por enema (paciente con sospecha de invaginación intestinal).

Dentro de los hallazgos de imagenología, en las placas simples de abdomen, los hallazgos fueron inespecíficos, mostrando únicamente distensión de asas, y en 2 ocasiones, en casos de quiste de epiplón, centralización de asas, con imágenes de "vidrio despulido", alrededor de las mismas, correspondientes al quiste. (Fig 1)

En la ultrasonografía se encontró ascitis tabicada en 4 casos (quistes de epiplón), además de apreciarse las imágenes quísticas. (Fig. 2).

La tomografía axial computarizada mostró centralización de asas en cavidad abdominal y calcificación en tres casos. (Fig 3.)

Para tratamiento, a los 9 pacientes se les realizó laparotomía exploradora, teniéndose el diagnóstico preoperatorio de quiste de epiplón ó mesenterio en 3 pacientes (33.3%). En los restantes 6 pacientes, los diagnósticos preoperatorios fueron de volvulus intestinal, invaginación intestinal, duplicación del tubo digestivo, apendicitis aguda complicada, masa abdominal en estudio, y un caso en el que se tenían datos clínicos de hipertensión porta, sin diagnóstico preciso por estudios de gabinete, decidiéndose realizar toma de biopsia hepática a cielo abierto, encontrando un quiste gigante de epiplón, el cuál fue resecado sin complicaciones. (Fig 4).

El tratamiento quirúrgico consistió en resección del quiste en 7 de los casos, y en los 2 restantes, que eran quistes de mesenterio fue necesario realizar resección intestinal, con entero-entero anastomosis. Se realizó además omentectomía en los casos de quistes de epiplón.

La morbilidad fué escasa, presentandose únicamente ilio postoperatorio prolongado (> de 72 hrs), en tres pacientes. No encontramos pacientes que presentaran oclusión intestinal, sangrado post-operatorio importante, ni infección de herida quirúrgica.

La mortalidad trans y post-operatoria fue nula.

En el seguimiento por consulta externa, continuamos revisando actualmente a 5 de los pacientes, de los cuáles ninguno a presentado recidiva del quiste. Los otros 4 pacientes no han continuado seguimiento en nuestro hospital.

El porcentaje de presentación por sexo no mostró diferencia significativa en comparación con el trabajo contra el que comparamos nuestros resultados, presentando una cifra de 55% contra 57.14% de pacientes del sexo masculino (T de 0.001) y 44% contra 42.8% en pacientes del sexo femenino (T de 0.001). (3).

Tenemos que, no encontramos diferencia estadísticamente significativa en la presentación por sexo, comparando el porcentaje de hombres/mujeres, dentro de nuestro mismo trabajo, teniendo resultados de 55.5% contra 44.4% (T de 0.0018). (3).

La edad de los pacientes fue distinta en el rango, variando de 2 meses a 8 años en nuestro estudio, en comparación con un rango de 0 (in útero) hasta 12 años. No tenemos tablas de porcentajes por grupos de edad en el estudio contra el que estamos comparando.

En cuanto al cuadro clínico de presentación, los cuatro signos y síntomas más frecuentes que encontramos fueron distensión abdominal, masa palpable, constipación y dolor abdominal agudo, en comparación con los 4 signos y síntomas más frecuentes en el estudio de Egozi y cols. (3), que fueron distensión abdominal, dolor, vómito y masa palpable.

## DISCUSION:

Presentamos en este trabajo, la experiencia que se ha tenido en el servicio de cirugía pediátrica de nuestro hospital, en el diagnóstico y tratamiento de los quistes de epiplón y mesenterio, habiendo escogido este tema, por la dificultad diagnóstica que presentaron los últimos dos casos que hemos visto.

Creemos que por ser patologías que se presentan con una baja frecuencia, los médicos de primer contacto con estos pacientes, así como también nosotros mismos, dejamos como una de las últimas posibilidades estos quistes al momento del diagnóstico.

Para el diagnóstico, al examen físico, la mayoría de los niños con estos quistes presentan distensión abdominal, pero no se logra palpar una masa. Esto los pudimos comprobar en nuestro estudio, siendo la exploración física una herramienta poco útil en el diagnóstico diferencial con otros procesos que provocan distensión abdominal. Existen reportes aparte de nuestro trabajo, que se han visto quistes que pueden ser tan grandes, que pueden estar "abrazando" los órganos abdominales y desplazandolos hacia el centro, simulando ascitis. Si el paciente no presenta ningún dato de hepatopatía ó enfermedad renal, habrá que descartar uno de estos quistes.

Los estudios modernos de imagenología usualmente pueden establecer el diagnóstico de quiste de epiplón y mesenterio, ó 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, enema baritado, y pielografía intravenosa. La ultrasonografía abdominal es actualmente el estudio de imagen de elección. Este estudio revela masas quísticas bien definidas, de paredes delgadas y llenas de líquido, que pueden contener septos internos, además de que ocasionalmente hay ecos internos que corresponden a hemorragias. La tomografía axial computarizada puede dar algunos datos adicionales importantes, y con contraste por vía oral, sirve para mostrar la relación que guarda la masa con el resto del intestino, lo que nos permite descartar una duplicación intestinal. El tratamiento de elección de los quistes de mesenterio es la resección. Actualmente ya tenemos reportes de resección de estas masas por medio de laparoscopia. (4,6).

Cuando la resección ó la enucleación no son posibles, otra opción de tratamiento es la escisión parcial con marsupialización del quiste remanente.

En la literatura se reporta también, como en nuestro trabajo una mortalidad nula. El índice de recurrencia es bajo. Reportandose entre el 0 y el 13.6%, con una media de 6.1%. En nuestros pacientes no hemos encontrado ninguna recurrencia por el momento, aun que estas se pueden presentar muchos años después de la resección primaria, por lo que habrá que seguir vigilándolos.

En suma tenemos que los quistes de mesenterio son raros, y aún más los de epiplón.

El diagnóstico es difícil, teniendo que descartar otras masas abdominales, de presentación más frecuente. Si la presentación del quiste es en forma de abdomen agudo, generalmente pensamos en patologías más frecuentes. En nuestra revisión, únicamente 3 de 9 casos se diagnosticaron preoperatoriamente como quistes de epiplón ó mesenterio. Coincidimos con otros autores en que el estudio de elección para el diagnóstico es la ultrasonografía abdominal, y solo en casos de duda diagnóstica se deberá hacer la tomografía axial computada con contraste oral, sobre todo para ver si el quiste no se origina de un asa intestinal, tratándose de un quiste de duplicación.

Desde 1950 solo hay un reporte de un paciente que falleció por un quiste de mesenterio que presentó torsión, provocando infarto intestinal y complicaciones que lo llevaron a la muerte. La mortalidad de la cirugía del quiste sin complicaciones, debe ser nula.

Es importante valorar adecuadamente los estudios de gabinete que se practican en los pacientes en quienes se está estudiando una masa palpable en el abdomen. Si bien es cierto que tenemos otras patologías que cursan con masa abdominal palpable, además de los signos y síntomas comentados como distensión abdominal ó dolor abdominal agudo, es importante tener este diagnóstico en mente como una posibilidad.

Debido a que la mortalidad es casi nula, el diagnóstico de estas masas de manera preoperatoria, permitiría disminuir la tensión del paciente y la familia, lo que beneficiaría en la estancia intrahospitalaria quirúrgica.

## REVISION BIBLIOGRAFICA.

### Historia:

El primer caso de quiste de mesenterio se reportó en el año 1507 en Italia, por el anatomista Beneveni. Posteriormente se realiza la descripción del primer quiste mesentérico quiloso por Von Rokitansky en 1842. Diez años más tarde, Gairdner reporta un quiste de epiplón.

La primera cirugía exitosa para la resección de estos quistes se realizó por el cirujano francés Tillaux en 1880. En 1883, Pean, realizó la primera marsupialización de uno de estos quistes.

En 1960, Harkins y Sabinston, reportan la presentación de uno de estos quistes como hernia inguinal. Actualmente existen reportados 750 casos de estos quistes en la literatura.

En 1993 aparece el primer caso reportado de resección de quiste de mesenterio por medio de laparoscopia por los doctores Mackenzie y Shapiro. Todavía no es posible evaluar la morbilidad de la resección por laparoscopia, por que solo existen 9 casos reportados en la literatura.

### Embriología:

Existen muchas teorías que tratan de explicar el desarrollo de los quistes de epiplón y mesenterio, entre las que encontramos 1) falla de los espacios linfáticos embrionarios para unirse con el sistema venoso, 2) deficiencia de las uniones linfático-venosas en el tejido perinodal, 3) falla en la unión de las hojas del mesenterio, 4) trauma oculto, 5) neoplasia y 6) degeneración localizada de los nódulos linfáticos.

La teoría más aceptada fue propuesta por Gross, quien dice que se deben a una proliferación benigna de los linfáticos ectópicos en el mesenterio, que no tienen comunicación con el resto del sistema linfático (11).

Se piensa también que estos quistes se pueden originar de espacios linfáticos asociados con el saco linfático embrionario retroperitoneal, análogo del higroma quístico del cuello, originado en asociación con el saco linfático yugular.

### Anatomía Patológica:

La mayoría de estos quistes se encuentran en el mesenterio del intestino delgado, aun que se pueden encontrar en cualquier sitio a lo largo del tracto gastrointestinal, desde el duodeno hasta el recto.(11). Pueden extenderse de la base del mesenterio hasta el retroperitoneo. Los quistes de epiplón se pueden localizar tanto en el epiplón mayor como en el menor. Los de mesenterio son 4.5 veces más frecuentes que los de epiplón. En un examen retrospectivo de 162 casos reportados por Kurtz, se encontró que el 60% se localizan en el mesenterio del intestino delgado; 24% en el mesenterio del colon y 14.5% en el retroperitoneo.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En un análisis del contenido de 12 de estos quistes, Egozi y cols. encontraron que el 50% presentaba líquido hemorrágico, 25% con líquido seroso, 8% con líquido quiloso y líquido infeccioso en 17%. El mismo autor reporta tamaños que varían de entre 3.5x1x0.2 cm hasta 30x40x10 cm, con una media de 14.9x11.5x4.7cm..

Para el diagnóstico en histopatología, se tiene que encontrar la presencia de una capa de células endoteliales ó de células mesoteliales, por medio de microscopio de luz y en ocasiones por microscopía electrónica. (6 y 13).

Las duplicaciones intestinales quísticas se diferencian de estos quistes, por que los primeros presentan una irrigación común con la pared intestinal y tienen una capa muscular bien definida, que los quistes de mesenterio no presentan (13).

Los quistes además pueden ser simples ó múltiples y multiloculares u uniloculares. Los de mesenterio son comunmente simples y multiloculados.

#### Diagnósticos diferenciales.

Algunos de los diagnósticos reportados de manera frecuente con los que hay que hacer diagnóstico diferencial son: quistes de duplicación intestinal, quiste de ovario, quiste de colédoco, quiste pancreático, esplénico ó renal, hidronefrosis, teratoma quístico, quiste hidatídico y ascitis.

Existen también reportes de presentación inusual, como el que reportan Mohanty y cols.(8), quienes presentan uno de estos quistes dentro de una hernia inguinal.

Es de llamar la atención que en algunas series como la de Bliss y cols. (13), se reporta que de 10 casos, se tenía el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda en 5. Otros diagnósticos preoperatorios vistos con menor frecuencia son el volvulus y la invagnación intestinales.

#### Presentación clínica.

La presentación clínica de los quistes de epiplón y mesenterio, puede variar desde ser un hallazgo incidental durante una laparotomía realizada por otra condición, hasta ser aguda, con riesgo de muerte por una catástrofe abdominal. En los adultos, estos quistes se encuentran de manera incidental en el 40% de los casos, y como emergencias abdominales en el 60% de los casos.

En los niños, el dolor abdominal es el síntoma de presentación más frecuente, seguido de distensión abdominal, masa palpable, anemia, anorexia, pérdida de peso, y fiebre (6). En la mayoría de los reportes se encuentra que cuando no existe un cuadro de dolor abdominal agudo, la presentación es por distensión abdominal y masa palpable.

También existen casos en que estos quistes sin asintomáticos (10), siendo esto poco habitual. Se presentó un reporte en la literatura de un quiste de mesenterio diagnosticado por medio de ultrasonografía prenatal.

#### Complicaciones.

Se han asociado varias complicaciones con los quistes de epiplón y mesenterio. Estas incluyen obstrucción intestinal, vólvulus, hemorragia dentro del quiste, infección, ruptura, torsión del quiste, obstrucción de los tractos biliar y urinario, y malignidad. La incidencia de condiciones malignas (sarcoma, linfangioendotelioma ó de manera más rara adenocarcinoma), se reporta en un 3%.

#### Diagnóstico:

Como en cualquier patología lo primero a realizar es un interrogatorio adecuado y una exploración física completa. Aun que la presentación clínica es muy diversa, entre mejor realicemos la historia clínica, será más fácil llegar al diagnóstico.

Posteriormente es necesario apoyarse en los estudios de gabinete. en las radiografías simples, AP y laterales de abdomen, se puede apreciar masa con densidad de agua, que desplaza a las asas intestinales hacia la periferia (fig 5). Los quistes de epiplón pueden comprimir las asas intestinales hacia la parte posterior de la cavidad abdominal. en ocasiones se pueden ver calcificaciones finas (10).

Se piensa que el estudio diagnóstico ideal es la ultrasonografía cuando existe sospecha diagnóstica de quiste de epiplón ó mesenterio. el ultrasonido puede mostrar estructuras quísticas llenas de líquido, usualmente con delgados septos en su interior y ocasionalmente ligeras sombras ecogénicas debidas a detritus. Algunos autores consideran que el ultrasonido demuestra fácilmente la naturaleza quística de la masa (6).

La tomografía axial computarizada nos dá cierta información adicional; con medio de contraste gastrointestinal, puede mostrar la relación del intestino con la masa quística, y puede revelar que el quiste no se origina de otro órgano, como el riñón, el páncreas ó el ovario.

El ultrasonido y la tomografía en conjunto, casi han eliminado la necesidad de realizar estudios de contraste como serían series gastrointestinales superiores, enemas de bario y pielografía intravenosa.

#### Tratamiento :

La meta de la cirugía es la excisión completa de la masa. (Fig 5). Los quistes de epiplón se resecan fácilmente y nunca requieren resección intestinal. La intervención quirúrgica se recomienda para todos los quistes de mesenterio tan pronto como sea posible después del diagnóstico Fig.

Algunos autores piensan a diferencia de otros, que el tratamiento preferido para los quistes de mesenterio es la enucleación. el quiste puede ser "destechado" entre las 2 capas del mesenterio (12). En los niños, de cualquier forma, la resección intestinal es necesaria de manera frecuente para erradicar la totalidad de la masa y tener la seguridad de que la irrigación no está comprometida.

La marsupialización fue necesaria en el 10% de los casos de quistes de epiplón según el reporte de Egozi y cols.(10). Cuando se realiza este último procedimiento, el límite del quiste se tiene que esclerosar con solución glucosada al 10%, electrocauterio o tintura de yodo, en un intento de minimizar la recurrencia.

Desde 1993 se tiene el reporte de la resección de un quiste de mesenterio por medio de cirugía de mínima invasión. en la actualidad existe el reporte de 9 casos en lo que se ha realizado la resección por laparoscopia (4-5).

La mortalidad y morbilidad de la resección por laparoscopia no ha podido ser evaluada por los pocos casos que existen reportados, aún que tampoco se han reportado muertes ni complicaciones importantes.

#### Pronóstico:

Los resultados de los pacientes tratados de quistes de mesenterio y epiplón son muy favorables, especialmente en los niños. La recurrencia se reporta en un rango entre 0 y 13.6%, con un promedio de 6.1% en series de 162 pacientes.

La mayoría de las recurrencias ocurren en pacientes con quistes retroperitoneales, ó en aquellos en quienes se realizó una resección parcial. La tasa total de mortalidad en adultos y niños desde 1950 es 2%. Solo se ha reportado una muerte desde esa fecha. Esta paciente era una niña de 2 años que presentó infarto del intestino delgado por un vólvulus asociado con quiste de mesenterio.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1) Chung.M.A.; Lbrandt M; St-Vil.D; and Yazbeck. "Mesenteric cysts in children". J.Ped.Surg..26, 11. 1306-1308. 1991.
- 2) Bliss D.P. Jr.MD; Coffin CM,MD; Bower R J,MD et al. "Surgery".115- 3 571-576. 1994.
- 3) Egozi El. Ricketts RR. "Mesenteric and omental cysts in children".American Surgeon. 63(3). 287-290. 1997.
- 4) Shimura H; Ueda J; Ogawa Y et al. "Total excision of a mesenteric cyst by laparoscopic surgery: report of two cases". Surgical Laparoscopy and endoscopy. 7 (2) .173-6. 1997.
- 5) O'Neill.James A. Jr. "Pediatric surgery". Fifth edition. Mosby. 1998.Tomo II. 1269-1275.
- 6) Kala Z. Svoboda T. Hanke I. "Laparoscopic resection of a mesenteric cyst". Rozhledy V Chirurgii. 77(10): 454-5. 1998.
- 7) Zamir D; Yuchtmen M; Amar M. et al. "Giant mesenteric Cyst mimickin Ascitis". Harefuah. 130 (10):683-4. 1996.
- 8) Klein MD. "Traumatic rupture of an unssuspected mesenteric cyst: an uncommon cause of an acute surgical abdomen follow a minor fall" Ped.Emer.Care. 12(1);40. 1996.
- 9) Okur h. Kucukaydin M; Ozokutan BH et al. "Mesenteric, omental and Retroperitoneal cysts in children". European J.of surg. 163(9): 673-7.
- 10) Brentano L; Faccini P; de Castro Oderich. "Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. Surgical Laparoscopy and Endoscopy. 7(2) 173-6. 1997.
- 11) Mohanty SK. Bal RK. Maudar KK. " Mesenteric cyst. An unusual Presentation. J.Ped.Surg. 33(5): 792-3. 1998.
- 12) Klin B. Lotan; G.Efrati; Y.Vinograd I. "Gyant omental cyst in children presenting as pseudoascitis". Surgical Laparoscopy and Endoscopy. 7(4): 291-3. 1997.
- 13) Srivatsa KM. Brown RS. "Mesenteric Cysts". Arch.dis.Child. 75(4); 272 1996.



Fig 1. Placa simple de abdomen.



Fig. 2 Ultrasonido abdominal, en donde se aprecia una imagen de líquido libre en cavidad abdominal, por encima de el hígado, que corresponde al quiste.



Fig 3. Tomografía axial computarizada en caso de un quiste gigante de epiplón.



Fig.4. Imagen macroscópica de quiste de epiplón resecado.

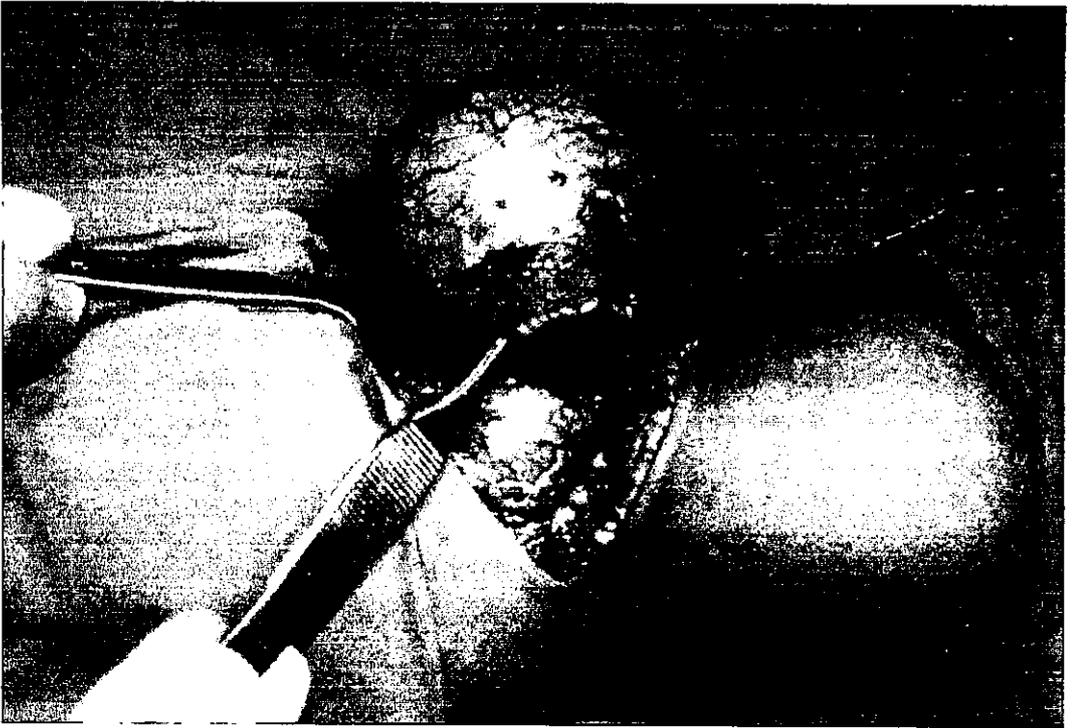


Fig 5. Fotografía transoperatoria de un quiste de epiplón.

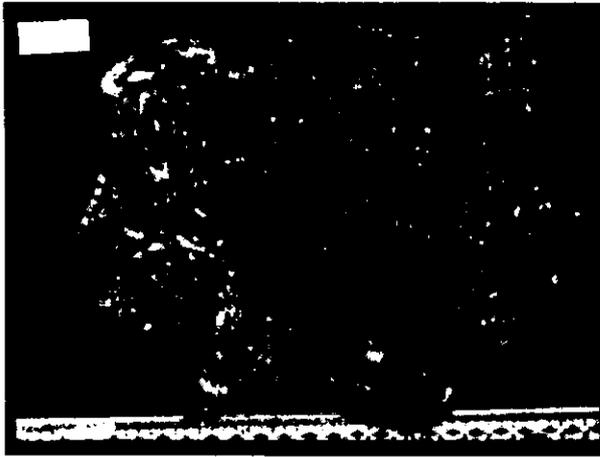
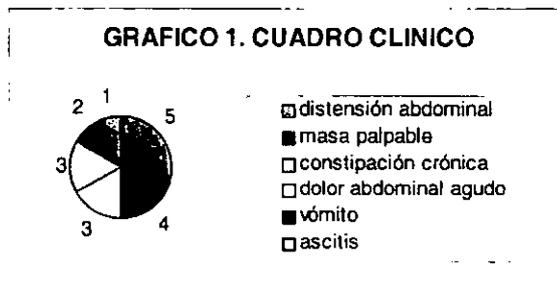
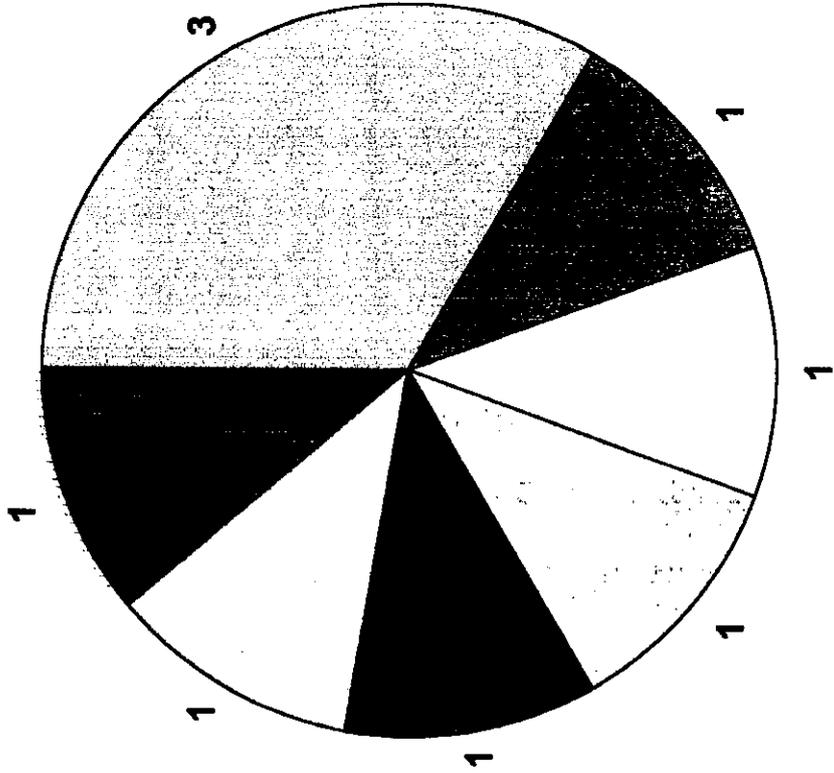


Fig 6. Imagen de pieza de patología, de un quiste unilocular de epiplón, ya abierto.

**GRAFICO**

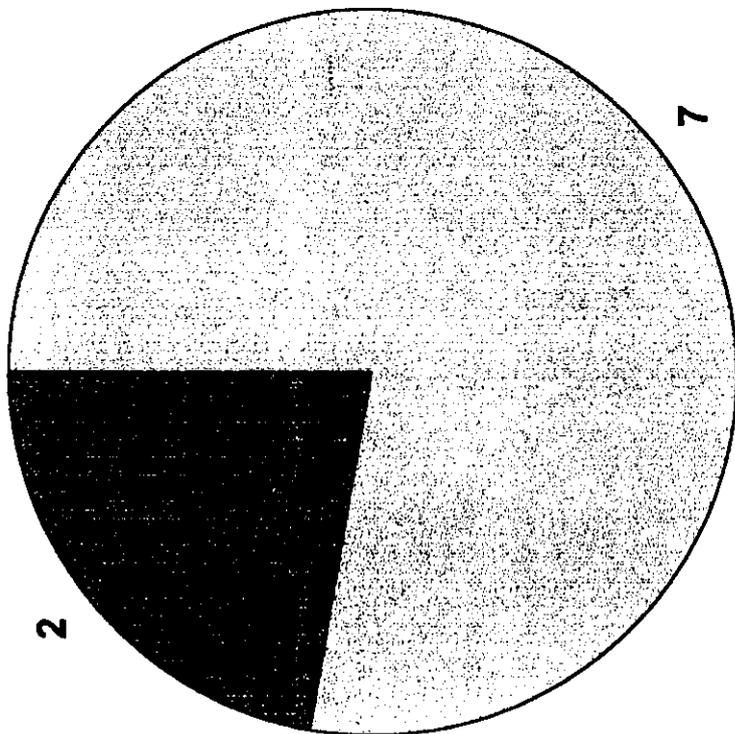


## Grafico II. DIAGNÓSTICOS PREOPERATORIOS.



- Quiste de Epiplón ó mesenterio
- Apendicitis complicada
- Invaginación intestinal
- Duplicación intestinal
- Masa abdominal
- Ascitis
- Volvulus intestinal

# Grafico III. TRATAMIENTO QUIRURGICO.



Resección del quiste

Resección del quiste +  
resección intestinal y entero-  
entero anastomosis.