

17/12/20
Zeje.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
DR. FEDERICO GOMEZ
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

QUISTES DE MESENTERIO Y EPIPLON
Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez
Experiencia de Veinte Años

TESIS DE POSTGRADO
E S P E C I A L I D A D
P E D I A T R I A M E D I C A
DR. ADRIAN CHAVEZ LOPEZ

ASESOR: DR. JAIME NIETO ZERMEÑO

MEXICO D. F.

FEBRERO 1994

**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 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.

A MIS PADRES:

Por su apoyo y comprensión y a quienes debo este título

A MIS HERMANOS

A ELENA

Por todo lo que ella significa en mi vida

I N D I C E

1	INTRODUCCION	1
2	GENERALIDADES	
	2.1 Revisión Histórica	2
	2.2 Epidemiología	3
	2.3 Clasificación	5
	2.4 Etiología	8
	2.5 Patogenia	12
	2.6 Anatomía Patológica	14
	2.7 Manifestaciones Clínicas	17
	2.8 Laboratorio y Gabinete	21
	2.9 Diagnóstico Diferencial	25
	2.10 Tratamiento	29
	2.11 Complicaciones	31
	2.12 Pronóstico	32
3	OBJETIVO	33
4	MATERIAL Y METODOS	34
5	RESULTADOS	36
6	DISCUSION	42
7	CONCLUSIONES	46
8	BIBLIOGRAFIA	47

1 INTRODUCCION:

Los Quistes Peritoneales son un grupo de tumoraciones intraperitoneales, raramente encontrados en la edad pediátrica. Sin embargo, deben ser considerados dentro del diagnóstico diferencial de cualquier paciente con una tumoración abdominal, sobre todo si es de tipo quístico.

La presente revisión se realizó con el objeto de conocer la experiencia del Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez en incidencia, cuadro clínico, diagnósticos clínico y radiológico, diagnósticos diferenciales, tratamiento y complicaciones, comparándola con los reportes de la literatura universal publicados al respecto.

Tomando en cuenta que nuestra Institución es un centro de concentración nacional, su experiencia no puede ser un reflejo de las reales características epidemiológicas del padecimiento en nuestro medio.

2 GENERALIDADES:

2.1 Revisión Histórica.

El primer reporte registrado en la literatura médica corresponde al anatomista Florentino Benivieni en 1507, al describir un quiste mesentérico durante una autopsia (1, 3, 4), en tanto que el primer reporte de un quiste de epiplón corresponde a Gairdener en 1852 (4).

Rokitansky, en 1842, describe por vez primera un Quiste Quiloso durante una autopsia (1, 3, 5).

El primer cirujano en obtener éxito en la corrección quirúrgica de un quiste de mesenterio fué Tillaux en 1880. Pean en 1883 realizó la primera marsupialización exitosa de un quiste de mesenterio (1, 3, 4, 5).

Sin embargo, no es sino hasta 1938 cuando Goetsch hace pública la primera teoría que trata de explicar el origen de los quistes peritoneales, no obstante que posteriormente se demostraría su equivocación (6).

A partir de entonces, pocos avances en el conocimiento y estudio de estas entidades patológicas han sido publicados, siendo el principal motivo de lo anterior la propia rareza del padecimiento.

2.2 Epidemiología.

Los quistes Mesentéricos y Epiploicos son los tumores peritoneales más raros (3). Hasta 1984 solo se habían reportado 150 casos de epiploicos y aproximadamente 700 mesentéricos en la literatura universal (3, 4, 5)

En nuestro medio no contamos con ninguna serie estadística al respecto (4, 5, 9). La serie descrita en este trabajo, carece de todo valor al respecto, ya que por las características de nuestro Hospital, su población es de concentración, por lo que no reflejaría en forma alguna la verdadera incidencia en la población general.

La mayoría de los autores coinciden que el cociente de incidencia entre quistes mesentéricos y epiploicos es de 3-10 a 1 (4, 5).

Su incidencia ha sido estimada en menos de 1 por cada --- 100'000 pacientes (4), y aproximadamente 1 por cada 20'000 a 25'000 admisiones hospitalarias en niños (5). Se ha estimado que aproximadamente 25% de todos los casos ocurren en menores de diez años.

Los quistes de mesenterio pueden ocurrir a cualquier edad, teniendo una alta incidencia en la cuarta década de la vida, siendo más frecuentes en el sexo femenino en una proporción de 2.3 a 1 (4). Mientras que los de epiploón se presentan con mayor frecuencia entre los varones en una proporción de 3 a 1 (3, 4). Los epiploicos se observan con mucha mayor frecuencia en la edad pediátrica, ya que más del 70% se presentan por de

bajo de los 30 años.

Aunque se ha observado en la literatura universal una preponderancia en la raza blanca y menor incidencia en la negra, ningún factor genético se ha ligado al problema (3, 18).

2.3 Clasificación.

Han sido múltiples las clasificaciones publicadas desde que en 1900 Dowd reveló la primera (2). No obstante, ninguna de ellas ha sido del todo satisfactoria, debido principalmente a la falta de concenso general sobre la etiología, evolución clínica y rareza de las lesiones.

Desde un punto de vista puramente clínico, no es posible lograr una clasificación adecuada, ya que la exploración física no permite adquirir en la gran mayoría de los casos la suficiente información para conocer el origen y características de la tumoración.

Dependiendo de su origen los quistes peritoneales pueden ser clasificados como primarios o verdaderos y falsos o secundarios (9). Ampliando esta clasificación gruesa, ahondando en el aspecto etiológico, fué publicada en 1956 por Illingworth y Dick la clasificación más aceptada hasta el momento actual, siendo cuatro los grupos principales (2, 4, 7). Ver cuadro 1. Algunos autores consideran que debido a un origen embriológico común retroperitoneal, los quistes de mesenterio, epiploicos y retroperitoneales, deberían ser clasificados dentro del mismo grupo, siendo esta la única modificación a la clasificación original, quedando los 3 tipos en el grupo de defectos embriogénicos de los linfáticos. Según se observa en el cuadro, solo los quistes de origen embriogénico pueden ser clasificados como primarios, siendo todos los restantes secundarios o falsos (4, 8).

CUADRO 1
Clasificación de Quistes Abdominales*

Grupo I: Quistes Embrionarios.

Entérico

Urogenital

Dermoide

Defectos Embrionarios de los Linfáticos (Retro-
peritoneal, Mesentérico, Epiploico)

Grupo II: Quistes Traumáticos.

Quiste Sanguíneo secundario a hemorragia

Extravasación de Quilo

Grupo III: Quistes Neoplásicos.

Benignos (linfangioma)

Malignos (linfangioendoteloma)

Grupo IV: Quistes Infecciosos.

Micótico

Parasitario

Tuberculoso

Hidatídico

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

* Fuente: Vanek VW. Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. Arch Surg 1984; 119: 838-842 (3)

Otro aspecto a considerar en este apartado es que otras masas quísticas intra-abdominales han sido incorrectamente señaladas como quistes mesentéricos o de epiplón sin serlo en realidad, pues su origen es diferente y, por tanto, se les clasifica en apartados diferentes, como es el caso de los traumáticos, infecciosos y neoplásicos (3, 4).

Finalmente, existen varios factores desde el punto de vista histopatológico, que permiten realizar clasificaciones de este tipo de lesiones, siendo las principales la pared del quiste, el número de lobulaciones y su contenido, pero que desde un punto de vista clínico y práctico son poco útiles para el diagnóstico de los mismos (7, 8, 11).

2.4 Etiología.

La etiología de los quistes peritoneales es discutida; algunos autores sostienen un origen no congénito, sin embargo hay factores que no concuerdan y están a favor de su etiología congénita, como sería la temprana edad de aparición. Consideramos necesario antes de abordar las diferentes teorías, repasar el origen embriológico de los linfáticos.

En el embrión, la primera señal de la constitución del sistema Linfático puede observarse hacia finales de la quinta y principios de la sexta semanas de gestación (12, 13). Los vasos linfáticos se forman por coalescencia de hendiduras formadas en el retículo de los plexos venosos; las grandes cavidades así formadas, se abren posteriormente al sistema venoso (10, 12). Posteriormente decrecen en calibre y tamaño y se enderezan, siguiendo en su trayecto a los vasos venosos (10).

Otra noción actualmente aceptada es que los primeros vasos linfáticos surgen como evaginaciones capilares del endotelio de las venas (13). Hay seis sacos linfáticos primarios, a saber; 1) Dos Sacos Linfáticos Yugulares, cerca de la unión de las venas subclavias con las venas cardinales anteriores (futuras venas yugulares internas); 2) dos sacos Linfáticos Iliacos cerca de la unión de las venas iliacas con las venas cardinales posteriores; 3) Un saco Linfático Retroperitoneal en la raíz del mesenterio en la pared abdominal posterior, y 4) Una Cisterna del Quilo o de Pecquet por detrás del saco linfático

retroperitoneal. Nacen vasos linfáticos de estos sacos que si guen principalmente el trayecto de las venas de grueso calibre y llegan a cabeza, cuello y brazos a partir de los linfáticos yugulares, a porción inferior de tronco y pierna desde los iliacos, y al intestino desde el saco linfático retroperitoneal y la cisterna del quilo (12, 13).

Como ya se señaló previamente, la primera teoría que trató de explicar el origen de estas lesiones fué la publicada por Goetsch (10, 14). El consideró que el desarrollo de los higromas quísticos era secundario al continuo retoñar de las paredes de la cavidad tumoral, así mismo, los consideraba una verdadera neoplasia (10, 14). Su teoría estuvo basada en la inyección de los sacos primarios con una tintura y la posterior observación demostró ramificaciones posteriores, que fueron interpretadas erróneamente como ramificaciones primarias de las paredes de los sacos. Dado que utilizó la inyección retrógrada, técnica no adecuada para el desarrollo de sistemas vasculares, esta teoría está actualmente descartada.

Willis, en 1960, ha comparado a los linfangiomas con los hemangiomas. El creyó que la acumulación líquida, la formación de canales colaterales y la trombosis posterior y organización de los tejidos, cuentan en gran forma para su crecimiento. Así mismo, consideró necesario la mezcla de los canales con los tejidos vecinos para el diagnóstico histopatológico

co. Actualmente esta teoría está en desuso (4, 14).

Se ha postulado que estas lesiones pueden ser ya sea, parte de una malformación congénita más amplia del sistema linfático o parte de un proceso infiltrativo causado por el crecimiento activo del endotelio con un enlentecimiento de la disección a través del tejido normal. Nada al respecto se ha comprobado (15).

En 1966, Godart, publicó la teoría etiológica más aceptada hasta nuestros días (10). Basada en la teoría de desarrollo embriológico del sistema linfático puesta en boga por -- Huntington y Kampmeir (1911-1913), la teoría de Godart propone que la falla de un saco linfático para unirse al sistema linfático central, induce la formación de un quiste (10). La ausencia de comunicación de un saco linfático y el sistema venosos produce un higroma quístico. Esta es la razón por la cual los higromas quísticos tienen la misma localización que los sacos linfáticos fetales --cervical, mediastinal y retroperitoneal.

En el linfangioma cavernoso, el secuestro es más periférico que en el higroma quístico: los sacos linfáticos primarios no se unen al colector principal central. El Linfangioma simple es el resultado de un secuestro aún más localizado de unas cuantas hendeduras mesenquimatosas (10). De acuerdo a lo anterior, entonces el higroma quístico y el linfangioma cavernoso son esencialmente lo mismo, siendo la única variable el tamaño de la lesión.

El crecimiento del tumor es debido a la atresia de los colectores principales que previene su vaciamiento. Los procesos inflamatorios pueden aumentar el tamaño de los tumores - debido al desbalance provocado en la formación de la linfa, ya que está aumentada. El líquido acumulado envuelve a las - fibras musculares, vasos y nervios, los cuales son rápidamente rodeados y degeneran bajo al presión del líquido.

Otras posibles causas involucradas en la formación de los quistes son las inflamatorias, traumatismo oculto, degeneración localizada de nódulos linfáticos y, la más importante - de este grupo, la falta de fusión de las hojas del mesente--rio, dando lugar a un espacio virtual que rápidamente se llenaré con linfa (4, 15, 16).

2.5 Patogenia.

En general, es aceptado que las manifestaciones clínicas - debidas a los quistes peritoneales, dependen de la topografía y tamaño del quiste (4, 5, 7, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20). De esta forma los pequeños pueden ser asintomáticos, mientras -- que los grandes ocasionan distensión abdominal importante con o sin tumoración palpable.

Los Quistes de Epiplón, en general causan menor sintomatología en relación a obstrucción intestinal y menos cuadros agudos (20). Sin embargo, su torción es más frecuente y puede dar lugar a cuadros indiferenciables de apendicitis aguda.

El dolor, las náuseas y los vómitos son las manifestaciones clínicas que reflejan el mecanismo patogénico más importante de estas lesiones y son producidas por la obstrucción intestinal, generalmente de carácter crónico. El dolor cuando está bien localizado es producido por el estiramiento del peritoneo o por tracción ejercida por el tumor sobre la raíz de el mesenterio (7, 18, 20). La obstrucción resulta de dos mecanismos diferentes, uno puede ser en el que el intestino es en vuelto por ambos lados por el tumor y quedar como un badajo - de campana o bien por un gran tumor que lo desplaza y comprime. Se han descrito también casos en los cuales por procesos inflamatorios previos, se forman adherencias, siendo éstas -- las responsables de la obstrucción (7, 11).

Las presentaciones agudas de estas lesiones dependen de --

complicaciones; éstas, por tratarse de una estructura intrape-
ritoneal, lógicamente, se manifestarán con un cuadro de abdo-
men agudo. La volvulación ocurre cuando el quiste está asocia-
do a un anclamiento corto del mesenterio en un intestino mal-
rotado (11).

El contenido del quiste depende en gran parte de su locali-
zación, así los de contenido quiloso son más frecuentemente -
localizados en el mesenterio yeyunal debido a la gran canti-
dad de grasa contenida en la linfa producida a este nivel, --
mientras que los serosos ocurren en cualquier parte. Los epi-
ploicos generalmente son serosos (11, 16). Cuando el conteni-
do es hemático, esto puede deberse a tres mecanismos, a sa---
ber (15):

- a) Hemorragia dentro del quiste, secundaria generalmente a
trauma o alguna otra causa,
- b) Sangre proveniente de una fístula venolinfática que pue-
ser el resultado de la erosión causada por la prolifera
del endotelio y,
- c) Hemangioma como parte del tumor.

Otras causas de presentación aguda son la infección, ruptu-
ra, impactación en hueco pélvico y degeneración maligna, sien-
do la primera la más frecuente. Al respecto de la última com-
plicación, es la de tipo sarcomatoso las más frecuentemente -
reportada, aunque por sí misma es muy rara (2, 4, 11, 16).

2.6 Anatomía Patológica.

Los Quistes mesentéricos y epiploicos varían en tamaño y forma de unos cuantos centímetros a una gran masa que ocupa el abdomen en su totalidad (3, 5, 22). Generalmente son redondeados, pero ocasionalmente pueden tener forma de campana y -- pueden ser únicos o múltiples y uniloculados o multiloculados (3, 4, 5, 7, 8, 11, 16, 22).

Los quistes de epiploon se encuentran en su sitio anatómico (3, 4, 5, 8). En cambio, los quistes mesentéricos pueden localizarse en cualquier sitio entre el duodeno y el recto, sin embargo, la mayoría de los autores coinciden al señalar que en su gran mayoría se presentan a la altura del mesenterio del intestino delgado (50%), y de éstos, hasta un 25% en el mesenterio del ileon (3, 4, 5, 11, 16, 23). La localización más frecuente de los quistes en el colon es en el sigmoides, seguido del mesocolon transversal (3, 4, 5).

El contenido siempre es líquido y los reportes de la literatura lo han encontrado desde 75 hasta 8'000 ml, siendo generalmente de tres tipos, seroso, hemático o quiloso (3, 23). Las cualidades del líquido se ven influenciadas notablemente por la localización del quiste, así, los quistes serosos son más frecuentes a nivel del mesocolon, en tanto que los quistes quilosos son más frecuentes a nivel del mesenterio del intestino delgado, reconociéndose que esto es más importante --

que la propia histología del quiste (3, 11, 16, 23).

El líquido seroso es claro y pálido, de color pajizo con una densidad de 1.019 o menor y químicamente muy similar al plasma. El líquido quiloso es blanquecino o amarillento con una densidad mayor de 1.020 y una gran cantidad de lípidos y corpúsculos de grasa. Se ha mencionado que el líquido quiloso posee alguna propiedad bactericida; el mecanismo exacto es desconocido, pero se ha observado que muestras de este tipo han sido conservadas por largo tiempo sin refrigerar, permaneciendo estéril (3, 4). Por otro lado, el líquido quiloso de los quistes es diferente al verdadero quilo, quizá debido a la estasis y la comunicación incompleta con los linfáticos -- (23); el contenido total de sólidos en este caso, varía entre el 10.5 a 39.8% del peso, del cual más del 90% corresponde a lípidos. El líquido hemático puede encontrarse cuando por -- alguno de los mecanismos mencionados en el capítulo anterior se ha producido sangrado.

El líquido puede contener linfocitos, monocitos y ocasionalmente polimorfonucleares (22), aunque esto variará considerablemente de acuerdo a si se ha presentado infección o no, ya que en este último caso el contenido será francamente purulento y ocasionalmente contendrá al agente causal (4).

Anatómicamente, los quistes peritoneales son estructuras anormales consistentes en espacios revestidos de endotelio y cuyo tamaño varía desde el calibre de un capilar hasta varios centímetros (22). Pueden estar sostenidos por un estroma de variable grosor, el cual frecuentemente contiene nódulos lin--

fáticos, células redondas y, ocasionalmente, vestigios de ---
músculo liso y otros tejidos vecinos (22). También se ha seña
lado que la pared de los quistes de epiplón es de tejido de o
rígen mesotelial (4). La presión dentro del quiste, a menudo
resulta en atenuación o atrofia del endotelio con el resultan
te revestimiento fibroso. Las áreas adyacentes muestran va---
rios grados de fibrosis e inflamación crónica (5).

2.7 Manifestaciones Clínicas.

No existen signos o síntomas, o asociación de los mismos, que puedan ser considerados patognomónicos o específicos de las localizaciones o presentaciones de los quistes peritoneales (7, 18, 20, 21). Como se mencionó en el capítulo de Patogénia, es reconocido por la mayoría de los autores, que el cuadro clínico depende del tamaño y localización de las lesiones, sin embargo, Walker (7), en una de las series más importantes publicadas, enfatiza que es el tamaño lo más determinante en el cuadro clínico.

Se reconocen 2 formas de presentación clínica de los quistes peritoneales, a saber (3, 7, 15, 18, 21):

- a) Aguda, que incluye aquellos pacientes que han evolucionado asintomáticos, hasta que por alguna complicación propia de la evolución natural de los quistes, presentan un cuadro abdominal agudo y que requieren cirugía de urgencia y,
- b) Crónica, que incluye a los pacientes que evolucionan en forma completamente inespecífica y con molestias de poca intensidad y que al momento de presentarse no requieren de cirugía urgente.

De igual forma, se reconoce que hasta un 40% de los casos (3, 7), corresponden a quistes asintomáticos, siendo la gran mayoría de éstos quistes epiploicos, quizá debido a su menor tamaño en promedio.

Los quistes mesentéricos pueden cursar con un cuadro agudo hasta en el 66% de los casos en pacientes pediátricos y solamente el 10% de los epiploicos lo harán, casi exclusivamente en pacientes pediátricos (3, 7, 15). Cabe mencionar que -- cuando se presenta un cuadro de abdomen agudo, la resistencia muscular y el dolor hacen poco probable la palpación del tumor, siendo por lo tanto el cuadro completamente inespecífico.

No obstante lo mencionado al inicio del presente capítulo la mayoría de los autores (3, 7, 15, 17, 18, 20, 21), coinciden en que son el dolor abdominal de tipo cólico, náusea y -- vómitos, diarrea, constipación y pérdida de peso los síntomas más frecuentes, mientras que a la exploración física, los datos más frecuentemente descritos son distensión abdominal, tu-- moración y ascitis. Ver cuadro 2.

En los casos de presentación aguda la hipertermia y el dolor abdominal intenso son los síntomas más frecuentemente descritos, al igual que los datos exploratorios típicos de abdomen agudo, como la resistencia muscular, hiperestesia o hiperbaralgesia y trastornos de la peristálsis.

En los casos de presentación crónica el dolor generalmente es de baja intensidad y mal localizado y característicamente sin relación alguna con los alimentos (7). El resto de los -- síntomas son inespecíficos. No se ha encontrado explicación -- para las pérdidas ponderales reportadas

Los datos más comunes a la exploración física son disten--

ción abdominal. Puede palparse una masa, lisa, redondeada y --
compresible. Generalmente no están tensas y no son dolorosas.
Dada su flacidéz, aún cuando sean grandes, pueden no ser pal-
pables ya que el contenido líquido se mueve a las partes de--
clive. Puede obtenerse el signo de la oleada con frecuencia.
Se ha observado que los tumores mesentéricos solo son móviles
en sentido transversal, mientras que los epiploicos lo son --
hacia todas direcciones. Solo son palpables entre un 25 y 50%
de los quistes, independientemente de su localización y tama-
ño (3, 7, 16, 18, 19, 21).

CUADRO 2
Signos y Síntomas reportados por diferentes Autores

SIGNO O SINTOMA	Takiff y col*	Sánchez y col**	H.I.M.***
Dolor Abdominal	35.7%	81%	42.8%
Vómitos	17.8%	45%	42.8%
Diarrea	0 %	6%	42.8%
Fiebre	17.8%	0%	35.7%
Constipación	0 %	27%	21.4%
Pérdida de Peso	0 %	0%	7.1%
Hematemesis	0 %	0%	7.1%
Melena	0 %	0%	7.1%
Tos	0 %	0%	7.1%
Distensión Abdominal	0 %	100%	71.4%
Masa Tumoral	21.4%	58%	42.8%
Ascitis	14.2%	0%	50.0%
Sig. de la Oleada	-----	---	50.0%

* Referencia 23

** Referencia 18

*** Presente serie.

2.8 Laboratorio y Gabinete.

Tal como sucede con el cuadro clínico, no existe ningún dato de laboratorio o estudio que pueda ser considerado como patognomónico de los quistes peritoneales, siendo los datos de los estudios radiológicos y ultrasonográficos los que permiten aproximarse al diagnóstico en una forma más clara (4, 5).

De acuerdo a lo anterior, la mayoría de los reportes, consignan que tanto la Biometría Hemática, las Pruebas de Funcionamiento Hepático y Renal, así como el Examen General de Orina y Fosfatasa Alcalina no muestran ningún cambio característico en estos padecimientos. Sin embargo, se reconoce que la cuenta leucocitaria puede demostrar desviación a la izquierda en los casos complicados (3, 5, 15).

Las masas mesentéricas y epiploicas son difíciles de diagnosticar por medio de las técnicas radiológicas convencionales (24). En general, las masas en el epiplón y mesenterio -- producen efecto de masa que son típicos de los tumores infra-mesocólicos (24, 25). No obstante lo anterior, las masas localizadas en la porción cefálica del omento mayor (ligamento -- gastrocólico), quizá se comporten como tumores supramesocólicos (25, 26). Raramente se detectan calcificaciones (27).

Todos los tipos de quistes mesentéricos o epiploicos se -- comportan como una masa no calcificada que desplaza a el intestino en los estudios simples y baritados (4, 5, 8). Debido

a lo anterior, los estudios intestinales contrastados, pueden sugerir fuertemente la localización exacta de la tumoración (26).

La separación del estómago y del colon transversal puede encontrarse en las grandes masas de epiploon mayor sin que se observe desplazamiento del riñón izquierdo o de la curvatura duodenojejunal, no obstante que ésta puede estar discretamente moldeada anteriormente (26). La impresión colónica será súperoanterior mientras que el intestino delgado será posterior a la masa. Las masas mesentéricas y epiploicas pueden causar confusión al simular ascitis en las placas no contrastadas (24).

Además de ayudar a localizar a las lesiones topográficamente, los estudios contrastados del tubo digestivo en conjunto con la urografía excretora ayudan a descartar hasta en el 70% de los casos a los quistes o tumores que provengan del tracto gastrointestinal o del aparato genitourinario.

El ultrasonido se ha convertido en el estándar de oro de los estudios de gabinete en el estudio de estas tumoraciones (28). La sonografía demuestra la naturaleza interna de los quistes en forma más precisa que la TAC, revelando septaciones, debris y niveles líquidos (8). De igual forma localiza y diferencia claramente a los tumores de otras estructuras permitiendo medirlo con bastante precisión (24, 28).

Por ecografía se detecta una estructura quística uni o multiloculada con paredes lisas y sin ecos internos, a no

ser que se asocie a hemorragia o infección (25, 28). En este caso se identifican en su interior niveles móviles de restos o componentes sólidos de contornos irregulares; también se ha descrito un aspecto en panal. A veces se identifica un nivel graso, que presumiblemente representa la combinación de exudado inflamatorio con quilo. Los septos internos no son infrecuentes (24, 25, 28).

Si bien los quistes mesentéricos pueden presentarse como masas discretamente redondeadas, tanto éstos, como sobre todo los de epiplón, siguen los contornos del intestino subyacente y se adaptan a la pared abdominal anterior sin producir distensión. En estos casos la colección varía su configuración con los cambios de posición del paciente (25).

Al evaluar a un niño por este medio, existen algunas limitaciones que deben ser consideradas (24):

- 1) El peritoneo por sí mismo no es detectado por USG,
- 2) Estructuras abdominales normales pueden no ser detectadas,
- 3) Las relaciones precisas de la masa con el intestino no son visualizadas en la mayoría de los casos,
- 4) Las masas menores de 1cm de diámetro pueden no ser detectadas y,
- 5) Tumorações sólidas pueden ser confundidas con quísticas.

Finalmente, la TAC quizá permita determinar la naturaleza del líquido contenido, por demostración de números negativos

que indican la presencia de grasa (8). De igual forma, la presencia de una pared que refuerza en la fase contrastada es útil para caracterizar lesiones como pseudoquistes o duplicaciones enterales. La capacidad multiplanar de la Resonancia Magnética Nuclear es útil para determinar la precisa localización de un quiste y se ha demostrado una mayor sensibilidad para la detección de grasa o hemorragia intraquísticos (8, 25).

2.9 Diagnóstico Diferencial.

Dado lo inespecífico del cuadro clínico, el diagnóstico diferencial de los quistes peritoneales incluye a un amplio grupo de tumoraciones intra y retroperitoneales (3, 7, 8). De igual forma, crecimientos de vísceras macizas como el riñón, bazo e hígado deben ser tomados en cuenta (9).

Cuando la impresión clínica inicial es la de líquido libre en cavidad abdominal, entonces deberán considerarse a todas las causas de ascitis (4, 5, 8, 9).

Las entidades con las cuales se debe hacer diagnóstico diferencial se describen en el cuadro 3.

Sin embargo, son el pseudoquiste pancreático, la duplicación enteral quística, el quiste mesotelial y el quiste enteral las 4 entidades principales con las que se debe realizar el diagnóstico diferencial (3, 7, 8, 28).

Actualmente son los estudios radiológicos el armamentario más útil para el clínico en la diferenciación de este grupo de tumoraciones.

La ultrasonografía, la TAC y la RMN, pueden sugerir en muchos casos un quiste mesentérico o epiploico y su localización cuando la víscera está intacta. En esta situación el diagnóstico diferencial incluye al teratoma, tumor quístico de músculo liso, mesotelioma quístico y a los quistes mencionados en la clasificación de Illingworth.

No obstante que los teratomas de mesenterio y epiplón son quísticos, calcificaciones periféricas y acumulaciones de gra

sa pueden ser detectadas por TAC (8, 25).

Los tumores de músculo liso (leiomioma y leiomiosarcoma), pueden ocasionalmente volverse quísticos secundariamente a necrosis o degeneración del estroma (8). Su apariencia en el -- USG y en la TAC puede ser indistinguible de algunos de los -- quistes mesentéricos y epiploicos, requiriéndose el estudio histopatológico para el diagnóstico definitivo (8, 26).

En el pseudoquiste pancreático, el diagnóstico diferencial es principalmente laboratorial, ya que en éstos casos las --- pruebas de laboratorio estarán alteradas (28).

Los quistes de ovario, si son suficientemente grandes, son difíciles de diferenciar de los mesentéricos y epiploicos -- solo en base a estudios radiológicos, laboratoriales y al -- examen físico.

Las masas renales son perfectamente diferenciables por medio de la pielografía intravenosa y el ultrasonograma, amén de cambios en las pruebas de funcionamiento renal y el examen del sedimento urinario, pudiendo presentar hipertensión arterial dependiendo de la entidad de que se trate (29).

Tanto las masas hepáticas como las esplénicas son fácilmente diferenciables por medio de USG.

Ultrasonográficamente, los quistes entéricos o por duplicación y el quiste pancreático son difíciles de diferenciar de los mesentéricos y epiploicos, sin embargo, la TAC es de gran ayuda al demostrar reforzamiento en la fase contrastada en -- los primeros dos casos y la dependencia del páncreas en el --

último caso (8, 28).

En los casos de presentación aguda con un cuadro de abdomen agudo deben diferenciarse de las etiologías más frecuentes de acuerdo a la edad del paciente; sin embargo, la principal consideración será siempre la apendicitis aguda complicada, diagnóstico vertido previamente a la cirugía hasta en el 93% de los casos reportados en la literatura (9).

Cuadro 3

Diagnóstico Diferencial de Quistes Peritoneales

Quiste de Ovario	Ascitis
Quiste Entérico	Neoplasias Retroperitonea <u>l</u> es
Quiste Pancreático (congénito o pseudoquiste)	Neoplasias Intestinales
Quiste Renal	Absceso Periapendicular
Quiste Esplénico	Aneurisma Aórtico
Quiste Dermoide	Invaginación Intestinal
Quiste Hidatídico	Hidronefrosis
Lipoma Mesentérico	Neoplasias Uterinas

Fuente: Referencia 4.

2.10 Tratamiento.

Aún cuando diversos tipos de tratamiento se han propuesto es reconocido por todos los autores que el único tratamiento efectivo es el quirúrgico (3, 4, 5, 16, 23).

Estos quistes por lo regular están unidos a su estructura de origen sólo por tejido laxo, por lo tanto no hay dificultad para remover completamente el quiste y realizar la enucleación, describiéndose que con este procedimiento la recurrencia es extremadamente rara (4, 16, 18).

Si el quiste está muy adherido al intestino y su disec---ción puede comprometer el riego sanguíneo del mismo, la re---sección del quiste y del intestino adyacente es más facti---ble (11, 16, 23).

La marsupialización ha sido propuesta en el pasado, sobre todo la externa; pero en la actualidad no se recomienda ya que causa un incremento en la morbilidad por una grande insdencia de infección y además frecuentemente se requiere de un segundo tiempo quirúrgico (4, 19, 20).

El drenaje interno se utilizaba en los quistes localiza--dos en el mesocolon sigmoides, donde la exposición de éste - es más difícil; además, también con este procedimiento se incrementa el riesgo de infección por lo cual no tiene ventaja sobre los otros procedimientos (4, 5, 16).

La aspiración simple ha sido efectuada, pero el rango de infección y de recurrencia la contraindican (4).

Más recientemente ha sido propuesta la excisión parcial -

y cauterización o fenolización de partes pequeñas de tejido en la raíz del mesenterio o epiplón (4).

Debido a que la malignización de la pared del quiste es rara, la experiencia en tratar estas lesiones es limitada. Al respecto se ha propuesto la enucleación simple para sarcomas de bajo grado de malignidad y excisión más amplia, incluyendo resección del intestino, para sarcomas de alto grado de malignidad o adenocarcinomas.

Lógicamente los pacientes que se presentan como una catástrofe intrabdominal, requieren previamente tratamiento de -- sostén energético e intensivo y el manejo antimicrobiano de elección (16).

2.11 Complicaciones.

En este capítulo, inicialmente debemos aclarar que no se pueden considerar como complicaciones a los casos de volvulación, sangrado intraquistico, ruptura del mismo o infección agregada, dado que todos éstos fenómenos son inherentes a la historia natural de éstos padecimientos. De igual forma, todo fenómeno que resulte del efecto de masa de la propia tumoración, debe ser descartado al respecto.

Las complicaciones propias del padecimiento son muy escasas y están relacionadas directamente con el tratamiento quirúrgico en sí, por tanto son las esperadas para todo procedimiento quirúrgico intrabdominal y dependerán directamente de la calidad del manejo y técnica utilizada.

Las complicaciones más frecuentes son el absceso de pared, absceso residual intrabdominal, dehiscencia de la herida y, en los casos de volvulación con necrosis enteral, donde se requiera de resección enteral amplia, puede presentarse un síndrome de Intestino Corto secundario. Ocasionalmente se presentan cuadros suboclusivos por bridas en el posoperatorio tardío.

2.12 Pronóstico.

El pronóstico de estos padecimientos es excelente actualmente (16). En realidad, depende básicamente del tratamiento preoperatorio en los casos de presentación aguda y el de mantenimiento en el posoperatorio inmediato y temprano.

Anteriormente, cuando la marsupialización y la aspiración eran métodos de tratamiento de rutina, la mortalidad referida en las diferentes series variaba desde el 25 hasta el 50%, sin embargo con la mejoría en el manejo médico perioperatorio, ésta es actualmente de alrededor del 5-7% (16, 19). Inclusive las más grandes series, actualmente, reportan una mortalidad de cero (16).

3 OBJETIVO:

El principal objetivo de la presente revisión, es el de conocer la experiencia de nuestro hospital en el manejo y diagnóstico de estas tumoraciones, factores que lo afectan y hacer un análisis del abordaje clínico. Con los datos anteriores, se podrá elaborar un protocolo de estudio para éstos pacientes, facilitando así su manejo.

El segundo objetivo es el de comparar nuestra experiencia con la vertida en la literatura mundial, para conocer el estado de las cosas en nuestro medio y aprovechar la experiencia de otras instituciones, situación importante por la rareza de las lesiones.

4 MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron los expedientes del Archivo Clínico del Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez de los pacientes hospitalizados durante el período comprendido entre los años 1970-1989, incluyendo en el estudio a todos aquellos pacientes que fueron diagnosticados de ser portadores de quistes peritoneales (epiploicos o mesentéricos).

Especial atención en el estudio de los pacientes recibieron la edad, sexo, cuadro clínico, datos radiológicos, USG abdominal --en los pacientes en quien se realizó--, características del líquido del quiste, datos de laboratorio al momento del diagnóstico, estudio histopatológico, tratamiento quirúrgico, complicaciones, condiciones patológicas asociadas y causas de muerte en los casos de defunción.

Fueron incluidos un total de 14 casos, comprendidos entre las edades de 2 meses a siete años y cuatro meses. La edad correspondió a la referida al momento del diagnóstico. Los reportes radiológicos y ultrasonográficos fueron tomados de los reportes incluidos en cada expediente. El reporte histopatológico fué tomado de cada uno de los expedientes, de acuerdo a lo reportado por el Departamento de Patología del hospital.

Ningún paciente fué excluido del estudio.

Se realizó una revisión de la literatura, incluyendo los -

reportes más importantes sobre el tema, con especial énfasis en el aspecto clínico y diagnóstico.

5 RESULTADOS:

En los 20 años de revisión encontramos 14 casos en total, lo que significa una incidencia de un caso por cada 10'492 - pacientes hospitalizados. Ocho pacientes son del sexo femenino (57.2%) y seis del masculino (42.8%). Los pacientes en su totalidad se encontraron por debajo de los 10 años al momento del diagnóstico; el menor de 2 meses y el mayor de 7 años 4 meses. El 28.5% (4) fueron lactantes menores, 14.2% (2) -- lactantes mayores, 42.8% (6) preescolares y 14.2% (2) escolares. En relación al tipo de quiste, 64.2% (9) fueron quistes mesentéricos y 35.8% (5), epiploicos. De los quistes de mesenterio, 55.5% (5), correspondieron al sexo femenino y 44.4% (4), al masculino. De los epiploicos, 40% (2), correspondieron al masculino y 60% (3), al femenino.

En relación a la forma de presentación, 64.2%, (9), fueron de evolución crónica y 35.7%, (5), de presentación aguda. Los quistes de mesenterio contaron para el 80% de los casos de presentación aguda, 4 casos, y el 20%, 1 caso, fueron epiploicos. En los casos de evolución crónica, 55.5% (5), -- fueron mesentéricos y 44.4% (4), epiploicos. En relación a la sintomatología, el síntoma más frecuente fué la distensión abdominal (71.4%), le siguieron el dolor cólico (42.8%) vómitos (42.8%), diarrea (42.8%), tumoración (35.7%), fiebre (35.7%), constipación (21.4%) y pérdida de peso, hematemesis, melena y tos (7.14%).

Los signos más frecuentes fueron masa tumoral (42.8%), --

ascitis (50%), signo de la oleada (50%), red venosa colateral (28.5%) y datos de abdomen agudo (21.4%).

La masa se localizó en 33.3% de los casos en flancos y -- 16.6% en epigastrio, mesogastrio, hipocondrios y fosas.

Con respecto al laboratorio, 10 pacientes (71.4%) mostraron hemoglobina normal, mientras que 4 (28.5%) mostraron anemia leve. El 50% de los pacientes presentaron leucocitosis -- con desviación a la izquierda. Dos pacientes (14.%) demostraron plaquetosis, el resto fueron normales por apreciación. En los dos casos en los que se realizó examen general de orina (14.8%), el resultado fué normal. En 9 pacientes -- (64.2%) se realizaron pruebas de funcionamiento renal, en todos los casos fueron normales. En 10 pacientes (71.4%) se determinaron electrolitos séricos, siendo normales en todos. En un paciente se determinó la calcemia (7.14%), con resultado normal. En cuanto a la función hepática se refiere, en 10 pacientes se determinaron los valores de bilirrubinas (71.4%) mostrando todos valores normales. En 9 pacientes (57.14%), -- se determinaron los valores de albúmina y globulinas, siendo en todos normales. Los tiempos de coagulación, TP y TPT, fueron medidos en 10 pacientes (71.4%), siendo en todos normales. En nueve pacientes (64.2%), se determinaron los valores de transaminasas, siendo en todos normales. Finalmente, en dos pacientes se determinaron los valores de fosfatasa alcalina y en ambos fué normal, (14.28%).

Los 14 pacientes de nuestra serie (100%), contaron con una placa simple de abdomen al ingresar y solamente en uno de ellos (7.14%), fué interpretada como normal. En 8 pacientes (57.14%) se describió una opacidad difusa que simulaba ascitis; en 4 pacientes (28.57%) se describieron asas intestinales dilatadas, mientras que en 3 pacientes (21.4%) se observó desplazamiento de asas y también en 3 pacientes (21.4%), se observaron opacidades localizadas a una cuadrante en especial, dos en hipocondrio y una en fianco derecho. Finalmente, en 3 pacientes se observaron niveles hidroaéreos, (21.4%).

En 3 pacientes se realizó Serie Esófago-Gastroduodenal, la cual fué descrita como normal en todos los casos. Un paciente contaba con un Tránsito Intestinal, el cual también fué interpretado como normal.

En 4 pacientes se realizó Urografía Excretora (28.4%); en un caso fué interpretada como normal; 2 pacientes mostraron -compresión de ureteros (40%), 1 paciente mostró desplazamiento vescical hacia abajo (20%) y un paciente mostró dilatación de la pelvis renal por compresión ureteral (20%).

En 5 de los pacientes se realizó USG abdominal. En ninguno de ellos fué descrito como normal. En 3 casos (60%), se demostró una lesión quística. Un caso mostró tabicamiento interior (20%) y uno reforzamiento de sus paredes (20%). Dos estudios (40%), fueron descritos como ascitis, una de ellas enquistada (20%) y uno como libre (20%). Ninguno fué sometido a estudio tomográfico o de RMN.

El 100% de nuestros pacientes mostraron quistes multilobulados. El mayor midió 30 x 15 x 30cm y el menor 3 x 6 x 3cm encontrando a este respecto que el 50% (7), fueron mayores - de 20cm, 28.5% (4), entre 10 y 19cm y solamente 21.4% (3), - menores de 10cm.

Anatómicamente el 64.2% (9) se localizaron en el meso del intestino delgado, 28.57% en yeyuno y 35.64% en ileon, mientras que 35.64% correspondieron a quistes de epiplón (5), la totalidad de los cuales se encontraron en el omento mayor.

En todos los casos el contenido fué líquido. El mayor de los quistes contenía 4'000ml de líquido y el menor 80ml; el 35.7% (5), contenía más de 1'000ml, 57.14% (8), entre 100 y 1'000ml y solamente un caso, 7.14%, menos de 100ml.

El contenido fué descrito como seroso en el 42.8% (6) de los casos, 50% (7) como líquidos hemáticos y un caso, 7.14% como quiloso. De los quistes hemáticos, 5 casos, 71.4%, fueron epiploicos y 2 casos, 28.57% mesentéricos. El único quiloso se localizó en yeyuno; el resto fueron de mesenterio. Un caso de epiplón fué de aspecto hemato-purulento.

Solamente en 4 casos, (28.5%) se realizó estudio citológico del líquido obtenido. El contenido de glucosa varió en amplio margen, siendo el valor mínimo reportado de 5mg% y el mayor de 122mg%, con promedio de 76.5mg%. El contenido proteico también varió en amplio margen, con valor mínimo de 1.4 g/L y el mayor de 8.45g/L con promedio de 4.4g/L. La cuenta celular mostró en un caso, (25%), incontables leucocitos y - 62% de PMN's, en los restantes varió de 8 hasta 280 células

por mm³, con predominio linfocitario, pero siempre con presencia de polimorfonucleares en promedio de 25-38%. En todos se detectaron eritrocitos. En los 4 líquidos el estudio de BAAR fué negativo y en un caso el Gram fué positivo para formas bacterianas GRam negativas y su cultivo demostró Salmonella typhi. En ninguno se determinó Fosfatasa Alcalina ni el contenido lipídico.

El reporte histopatológico demostró en 10 casos, (71.4%) - Linfangioma Quístico y en 4, (28.5%), hemolinfangiomas. La totalidad de los hemolinfangiomas se localizaron en epiplón.

Solamente en 2 casos, (14.28%), se diagnosticó el quiste - previo a la cirugía, ambos fueron crónicos y correspondieron a quistes de epiplón. De los 5 casos con presentación aguda, 4 ingresaron con diagnóstico de vólvulus intestinal y 1 con el de fiebre tifoidea complicada. El resto de los pacientes - ingresaron a quirófano con diagnóstico de ascitis enquistada.

La totalidad de nuestros pacientes fueron tratados quirúrgicamente. Nueve pacientes, (64.26%), fueron sometidos a laparatomía exploradora y enucleación primaria, este subgrupo incluyó a 4 casos de quistes epiploicos, en quienes se realizó además omentectomía total. Los restantes 5 casos correspondieron a quistes mesentéricos, (55.5%).

En 5 casos, (35.7%), hubo necesidad de realizar más de un procedimiento quirúrgico, correspondiendo el 100% de este subgrupo a los casos de presentación aguda; un caso, (20%), correspondió al quiste epiploico que se acompañó de Fiebre Tifoidea y que presentó perforación a nivel de ileon terminal

de 1 cm de diámetro y peritonitis generalizada, requiriendo cierre primario en 2 planos y lavado y drenaje de cavidad, realizándose además apendicectomía profiláctica.

Los restantes 4 casos, 80%, correspondieron a quistes mesentéricos, todos con presentación aguda. Los 4 presentaron volvulación intestinal. En 3 de ellos, 60%, además presentaron infarto intestinal de la zona involucrada, requiriendo resección intestinal de 40, 50 y 160 cm respectivamente. En el último caso también se realizó hemicolectomía derecha, ileostomía descompresiva y colostomía. Los otros 2 casos requirieron yeyunostomía. En el caso sin infarto, se realizó a nastomosis T-T en 2 planos, con resección de la zona de anclaje del quiste por dificultad para la disección.

Solo uno de nuestros pacientes presentó complicaciones, al presentar un absceso de pared al 5º día de posoperado. Finalmente, el caso que presentó infarto intestinal masivo con resección intestinal de 160 cm, desarrolló un síndrome de Intestino Corto en el posoperatorio tardío, complicándose con desnutrición de tercer grado y diarrea intratable, falleciendo 2 años más tarde.

No hubo mortalidad causada directamente por el padecimiento. El seguimiento de los pacientes se prolongó por espacio de 3 años en promedio, sin registrarse complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico ni recidivas.

6 DISCUSION:

El primer dato que llama la atención es la gran diferencia que existe en las cifras de incidencia reportadas en la literatura universal en relación a la nuestra, ya que la incidencia de nuestra serie corresponde al doble de la aceptada por la mayoría de los autores. No existe a este respecto una explicación clara, sin embargo, es probable que la situación de nuestra institución como hospital de concentración nacional, favorezca una incidencia mayor, ya que las series reportadas pertenecen a países de primer mundo, donde las instituciones de tercer nivel existen en mayor número, por lo que no se presenta el fenómeno mencionado para nuestro caso.

Confirmamos también la preponderancia de los quistes mesentéricos sobre los epiploicos, sin embargo, la relación de nuestra serie es menor a la reportada, siendo apenas de 1.8:1, 50% de la aceptada por la mayoría de los autores. No tenemos ninguna explicación para este fenómeno.

La distribución por sexos en los quistes mesentéricos se comportó de acuerdo a lo esperado, con predominio del sexo femenino, en menor proporción a la reportada, condicionada por la mayor incidencia de varones en nuestra serie; no contamos con explicación para esta situación. Nuestra serie demostró una inversión en la relación de incidencia entre sexos, generalmente de predominio masculino, en los quistes de epiploón. Consideramos que dada la extrema rareza de estas le

siones, no permite considerar como definitiva ninguna serie publicada al respecto previamente, por lo que el dato de una predominancia del sexo masculino, no significa una variante biológica definitiva, por lo que cualquier dato al respecto debe tomarse con reserva.

Nuestra serie confirma los reportes de la literatura, -- con respecto a la mayor frecuencia de la presentación crónica de los de epiplón y la mayor frecuencia de la presentación aguda en los mesentéricos, situación relacionada con el tamaño menor de los quistes epiploicos.

Los pacientes de nuestra serie, desde un punto de vista clínico, se comportaron de acuerdo a lo esperado, es decir, sin un patrón clínico característico y con manifestaciones sintomatológicas del todo inespecíficas. Lo más llamativo en la exploración física, tal como se esperaba, fué un abdomen que simula ascitis sin otros datos de participación hepática o renal. Se demostró, también, que no existen alteraciones de laboratorio características del padecimiento, sin embargo, a este respecto llama la atención que en todos los casos de quistes de epiplón el aspecto macroscópico del líquido haya sido hemático. El análisis químico del líquido es muy semejante al de un trasudado, sin embargo la infección, la hemorragia y el enquistamiento del líquido pueden variar ampliamente este espectro, desde un líquido indistinguible del quilo, hasta un exudado purulento franco.

Los estudios radiológicos en la gran mayoría de los ca--

sos también son inespecíficos, al demostrar ausencia de relación con otras vísceras como hígado, reñones o bazo son orientadores al diagnóstico.

El USG abdominal mostró en nuestra experiencia la utilidad referida en otras series, ya que demostró en el 75% de los casos en los que se realizó este estudio, una lesión quística y solamente en un caso demostró tabicamiento. No dió falsos positivos. Sin embargo solo en dos casos confirmó el diagnóstico previo a la cirugía.

Los resultados anatomopatológicos y los hallazgos topográficos son muy semejantes a lo reportado en la literatura. Hay un dato digno de ser remarcado, y es la presencia de hemolinfangiomias exclusivamente en epiplón, lo que reafirma el valor desde el punto de vista clínico del aspecto macroscópico de los quistes de esta localización.

La frecuencia del diagnóstico preoperatorio certero resultó muy baja en nuestra serie, ya que solamente existió en 2 de nuestros casos, 14.28%, que resulta demasiado bajo si se compara a lo referido en la literatura de solo 40% de casos sin diagnóstico preoperatorio. Es probable que debido a que la mayoría de nuestros pacientes no fueron sometidos a USG, el diagnóstico se dificultó, ya que entre los casos que si se les realizó, el diagnóstico preoperatorio fué del 50%.

El tratamiento de elección es el quirúrgico aún en los casos aunados a vólvulus; las complicaciones fueron del 7.14%, comparables a los referidos por otros autores y no observamos un solo caso de recidiva.

La única defunción registrada no se relacionó directamente al padecimiento en sí, sino resultó de secuelas del procedimiento quirúrgico. A este respecto, la incidencia de 7.14% es del todo comparable a la reportada por la literatura en las mejores series recientes.

7 CONCLUSIONES:

- 1) Los Quistes Mesentéricos y Epiploicos son tumoraciones intraperitoneales benignas extremadamente raras, de -- predominio general en el sexo femenino y de los mesentéricos sobre los epiploicos.
- 2) No hay cuadro clínico, ni datos de laboratorio o gabinete patognomónicos; sin embargo, ante un cuadro de ag citis progresiva, masa tumoral y dolor abdominal inespecífico, aunado a la ausencia de patología hepática, renal o esplénica, debe sospecharse el diagnóstico.
- 3) Un líquido macroscópicamente hemático de un líquido de ascitis o una tumoración quística, debe hacer sospe--- un Quiste de Epiplón.
- 4) Ante un Quiste de Mesenterio deberá realizarse la enucleación lo más pronto posible, dada la alta relación que existe entre éstos y el vólvulus intestinal.
- 5) El tratamiento es quirúrgico en todos los casos, siendo seguro y de excelente pronóstico.
- 6) Ante la sospecha de esta patología, el protocolo de es tudio debe incluir Rx de abdomen, USG abdominal, Uro-- grama excretor, PFK, PFR, EGO, Amilasa Pancreática, -- Fosfatasa Alcalina, ES y Calcio. En caso necesario, se realizaran estudios del tubo digestivo baritados; la - TAC y la RMN no juegan un papel importante.

8 BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Stahl WM, Joy RC. Chylous cysts of the mesentery in - infants. J Ped 1961; 58: 373-376.
- 2.- Baker AH: Developmental Mesenteric Cysts. Br J Surg 1961; 48: 534-540.
- 3.- Vanek VW, Phillips AK: Retroperitoneal, Mesenteric -- and Omental Cysts. Arch Surg 1984; 119: 838-842.
- 4.- De la O MC, Mortera GO, Berrones DE, Esquivel CR: Linfangioma quístico de epiplón simulando ascitis. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Bol Med Hosp Infan Méx 1990; 47: 270-275.
- 5.- Beteta CCh, Flores FC, Casaubón PG, Ramírez JM, Mora MT. Quistes de Epiplón. Informe de dos casos. Bol Med Hosp Infan Méx 1990; 47: 710-714.
- 6.- Caropreso PR. Mesenteric Cysts. Arch Surg 1974; 108: 242-246.
- 7.- Walker AR, Putnam TC. Omental, Mesenteric and Retroperitoneal Cysts: A clinical study of 33 new cases. Ann Surg 1973; 178: 13-19.
- 8.- Ros PR, Olmsted WW, Moser RP, et al. Mesenteric and - Omental Cysts: Histologic Classification with imaging Correlation. Radiology 1987; 164: 327-332.
- 9.- Ravelo OF. Quistes de Epiplón. Tesis Profesional. Hospital Infantil de México 1974.
- 10.- Godart S. Embryological Significance of Lymphangioma. Arch Dis Childh 1966; 41:204-206.

- 11.- Arnheim EE, Schneck H, Norman A, Dreizin DH. Mesenteric Cysts in Infancy and Childhood. Review of the Literature and report of a Case. Pediatrics 1959; 24: 469-476.
- 12.- Patten BM. Embriología Humana. 3a. ed. Argentina: El Ateneo, 1960: 648-652.
- 13.- Moore KL. Embriología Clínica. 2a. ed. México: Ed. Interamericana, 1983: 292-293.
- 14.- Amos JA. Multiple lymphatic cysts of the mesentery. -- Br J Surg 1959; 46: 588-592.
- 15.- Chuan LP. Acute Abdominal Conditions in Mesenteric --- Lymphangioma. South Med J 1990; 83: 467-470.
- 16.- Benson CD, Adelman S. Mesenteric and Omental Cysts. -- En: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM. (eds). Pediatric Surgery. Chicago. Yer Book Medical, 1986: 965-967.
- 17.- Christensen JA, Fuller JW, Hallock JA, Sherman RT. Mesenteric Cysts: A cause of small Bowel Obstruction in Children. Am Surg 1975; 41: 352-354.
- 18.- Sanchez RE, Gordon HE, Passaro E. Mesenteric Cysts: -- A review and report of four. Am Surg 1970; 36: 378---382.
- 19.- Mollit DL, Ballantine TV, Grosfeld JL. Mesenteric ---- Cysts in Infancy and Childhood. Sur Gynecol Obstet --- 1978; 147: 182-184.
- 20.- Molander ML, Mortensson W, Udén R. Omental and Mesenteric Cysts in Children. Acta Pediatr Scand 1982; 71: --- 227-229.

**ESTA TESTS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 21.- Handelsman JC, Ravitch MM. Chylous Cysts of the Mesentery in Children. Ann Surg 1954; 140: 185-193.
- 22.- Bill AH, Sumner DS. A unified concept of Lymphangioma and Cystic Hygroma. Surg Gynecol Obstet 1965, 120: 79-86.
- 23.- Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric -- Cysts and intra-abdominal Cysts Lymphangiomas. Arch -- Surg 1085; 120: 1266-1269.
- 24.- Schneider M, Haller JO, Kassner EG, Slovis TL, Perl L. Sonographic evaluation of Mesenteric and Omental Masses in Children. Am J Roetno1 1978; 130: 269-274.
- 25.- Mittelstaed CA. Abdominal Ultrasound. 1st. ed. New --- York: Churchill Livingstone, 1987: 521-523.
- 26.- Fataar S, Morton PC, Schulman A, Roman T, Harvey A. Radiological Diagnosis of Primary Greater Omental Mass Lesions. Clinical Radiology 1981; 32: 325-330.
- 27.- Itoh T, Dame HA. Calcified Mesenteric Cyst. South Med J 1978; 71: 75-76.
- 28.- Mittelstaedt CA. Ultrasonic Diagnosis of Omental Cysts Radiology 1975; 117: 673-676.
- 29.- Gordillo PG, Mota FH, Velázquez LJ. Malformaciones --- Quísticas. En: Gordillo PG, Mota FH, Velázquez LJ ---- (eds.). Nefrología Pediátrica. México, DF: Ed. Médicas Hosp Infan Méx, 1980: 28-38.