

J. Reina^{a,*}, F. Ferrés^b y C. Marinescu^a

^aUnidad de Virología, Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, España

^bServicio de Pediatría, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jorge.reina@ssib.es (J. Reina).

doi:10.1016/j.anpedi.2009.05.008

Quiste mesotelial gigante de omento mayor

Mesothelial giant cyst of great omentum

Sr. Editor:

Los quistes epiploicos son lesiones intraabdominales raras que con frecuencia evolucionan como una masa abdominal asintomática, aunque en ocasiones pueden ser causa de abdomen agudo en el niño. Representan la variable menos común de los quistes abdominales de origen intestinal¹.

Niño de 3 años y 7 meses que consulta por dolor abdominal inespecífico leve continuo de 5 días de evolución, sin asociar otra sintomatología. No presenta antecedentes personales de interés.

En la exploración física se encuentra con buen estado general. Se palpa una masa abdominal no dolorosa, desplazable, de consistencia dura y elástica, abollonada, de límites precisos y localización periumbilical baja en región derecha, que sobrepasa línea media. No presenta visceromegalias y el resto de la exploración es normal.

Se realiza radiografía abdominal mediante la que se observa una imagen homogénea densidad agua, con efecto de masa inframesocólica sin calcificaciones. En la ecografía abdominal se observa una masa de 20 cm de diámetro de contenido líquido y con zonas hiperecoicas móviles con densidad grasa, sin poder establecer organodependencia. La tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste muestra una masa abdominal bien delimitada de predominio densidad líquido, tabicada en su polo craneal; el diagnóstico de sospecha es de quiste mesentérico (fig. 1). Se realiza una gammagrafía con metayodobencilguanidina, en la que se hallaba un área de hipocaptación redondeada de localización abdominal, una gammagrafía ósea y una serie de marcadores tumorales normales.

Debido al gran volumen de la masa, se practica laparotomía media con exéresis radical de una tumoración quística de 20 cm de diámetro que procede del epiplón mayor (fig. 2). El estudio histológico es compatible con quiste multilocular mesotelial simple del epiplón mayor (fig. 2).

La incidencia de los quistes epiploicos es variable entre 1/20.000 y 1/250.000 ingresos hospitalarios pediátricos², siendo la de los quistes mesentéricos entre 2 y 10 veces más frecuentes. Se cree que su origen embriológico es común a los quistes mesentéricos y retroperitoneales³.

Se presentan a menudo como el hallazgo de una masa abdominal palpable paucisintomática y se asocian a síntomas inespecíficos, como dolor difuso o distensión abdominal. Con menos frecuencia, pueden manifestarse en forma de complicación, como obstrucción intestinal, hemorragia o peritonitis por rotura del quiste, que provoca un cuadro de

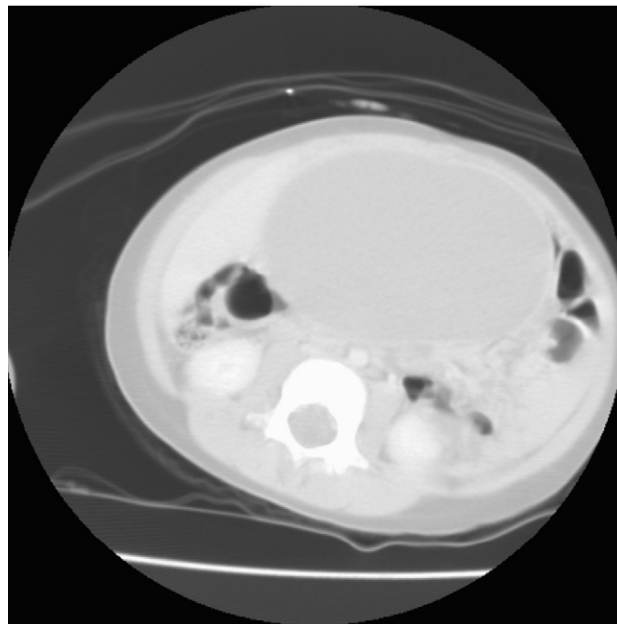


Figura 1 Tomografía computarizada abdominal: masa abdominal homogénea bien delimitada de predominio densidad líquido.

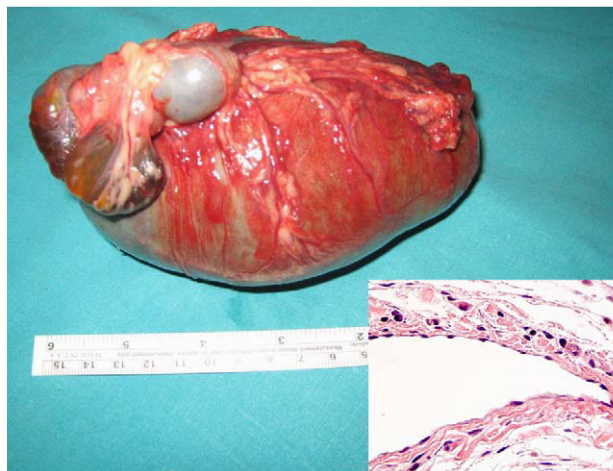


Figura 2 Macroscópico: pieza constituida por una formación quística mayor y otras menores adheridas. Microscópico: cubierta epitelial uniforme y delgada del quiste (coloración hematoxilina-eosina $\times 100$).

abdomen agudo, o más raramente como ascitis o pseudoascitis⁴. En la exploración, los quistes epiploicos suelen ser uniloculares y se movilizan en cualquier dirección, mientras

que los mesentéricos generalmente son multiloculares y tienen movilidad transversal. En nuestro caso, el inicio clínico fue de masa abdominal palpable y esto permitió realizar un estudio amplio previo a la cirugía.

La ecografía abdominal es la prueba de elección por su inocuidad y por su eficacia para lesiones quísticas⁵. Con frecuencia, se realiza previamente una radiografía de abdomen que suele ser inespecífica o incluso normal. La TC abdominal es necesaria para definir de forma óptima las características de la masa. Está justificado realizar estudio de marcadores tumorales y pruebas de medicina nuclear para descartar lesiones malignas. A nuestro paciente se le realizaron ambas y se rechazó con alta probabilidad esta eventualidad.

La técnica de elección es la exéresis quirúrgica mediante enucleación. El empleo de la vía laparoscópica dependerá del tamaño de la masa y de las complicaciones⁶. Se ha visto que la aspiración aislada no debe realizarse por su baja eficacia y su riesgo de complicación.

El pronóstico con la exéresis completa es muy favorable, con mínimas complicaciones quirúrgicas, mortalidad casi nula y riesgo de recidiva escaso⁷.

Desde el punto de vista histológico, los quistes intestinales pueden clasificarse⁸ en 5 grupos: a) linfangioma quístico, el más frecuente; b) pseudoquiste; c) duplicación entérica quística; d) quiste dermoide, y e) quiste mesotelial.

Macroscópicamente, están bien delimitados con paredes finas con tabiques, y su contenido es seroso, hemático o con detritus. Histológicamente, los linfangiomas⁹ contienen tejido linfóide o muscular en su pared, a diferencia de los quistes mesoteliales. En la inmunohistoquímica, son útiles la podoplanina o D2-40 y el factor VIII, indicador endotelial, presentes en el linfangioma. Tiene interés pronóstico la distinción entre el quiste mesotelial simple y el mesotelioma quístico benigno, puesto que el segundo tiene una tasa de recidiva de hasta el 48% de los casos. En nuestro paciente, a pesar de su excepcional tamaño, se describió un quiste simple epiploico y se descartó la existencia de atipias.

El diagnóstico diferencial de la masa abdominal palpable asintomática incluye desde masas de origen no tumoral, tales como una hidronefrosis o una torsión gonadal, hasta estructuras tumorales como el nefroblastoma, el teratoma quístico o el neuroblastoma¹⁰. A pesar de su rareza, el quiste epiploico gigante debe considerarse ante un paciente que presenta una masa abdominal palpable, sobre todo cuando la ecografía abdominal oriente a una formación quística, sin

obviar las pruebas complementarias para un diagnóstico más certero previo a la cirugía.

Bibliografía

1. De la Parra Márquez M, Ibarra Prado J, Delgado Gaona M, Arzo Gálvez R, López Martínez H. Quiste gigante de epiplón: informe de un caso en un sujeto preescolar. *Cir Gen.* 2004;26:55–7.
2. Sosa Hernández J, Sánchez Portela I, Simón Rodríguez M. Quiste del mesenterio: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cubana Cir.* 2007;46:21–4.
3. Sánchez Fernández P, Mier y Díaz J, Blanco Benavides R, Martínez Ordaz J. Quiste de mesenterio. Informe de un caso. *Cir & Cir.* 1999;67:143–5.
4. Moralioglu S, Sönmez K, Türkyilmaz Z, Basaklar AC, Kale N. A child with a giant omental cyst. *Acta Chir Belg.* 2007;107:724–5.
5. Castillo Caro S, Rodríguez M, Vargas Serrano B. Quistes primarios mesentéricos y omentales: hallazgos en la imagen. *Radiología.* 2004;64:29–33.
6. Conzo G, Vacca R, Grazia Esposito M, Brancaccio U, Celsi S, Livrea A. Laparoscopic treatment of an omental cyst: A case report and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2005;15:33–5.
7. Vialat Soto V, Labrada Arjona E, Sandín Hernández N, Arriete Vega A. Cysts of the mesentery and omentum in children. A 20-year study. *Rev Cubana Ped.* 2004;64:3–11.
8. De Perrot M, Brudler M, Totsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cyst. Toward less confusion?. *Dig Surg.* 2000;17:323–8.
9. Bannura G, Contreras J, Peñaloza M. Quiste mesotelial simple gigante abdomino-pélvico. *Rev Chil Cir.* 2008;60:67–70.
10. Vázquez Rueda F, Pizarro de Celis FJ, Salas Molina J, Escassi Gil A, Paredes Esteban MJ, Castillo Bernabeu R, et al. Linfangiomas quísticos mesentéricos en niños: aportación de 5 casos. *An Esp Pediatr.* 1994;41:201–5.

J. Fernández Ramos^{a,*}, F. Vázquez Rueda^b,
M. Azpilicueta Idarreta^a y C. Díaz Aguilar^a

^aServicio de Pediatría, Críticos y Urgencias,
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^bServicio de Cirugía Pediátrica,
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: h02feraj@hotmail.com
(J. Fernández Ramos).

doi:10.1016/j.anpedi.2009.05.003

Dissección arterial cervicocefálica. Origen anómalo de la arteria cerebral posterior

Cervicocephalic arterial dissection. Abnormal origin of the posterior cerebral artery

Sr. Editor:

La disección arterial cervicocefálica es una causa infra-diagnosticada de accidente cerebrovascular isquémico en

los niños^{1,2}. La disección espontánea de la arteria vertebral es una causa poco frecuente de isquemia vertebrobasilar, y es la causante del 4% de los casos de infarto isquémico³. Presentamos un ictus isquémico secundario a disección de la arteria vertebral izquierda.

Paciente varón de 5 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta un cuadro agudo de disminución del nivel de consciencia con desviación de la comisura bucal y de la mirada hacia la derecha y pérdida de fuerza en el hemicuerpo izquierdo. Refiere un traumatismo craneal leve 2 días antes del ingreso sin aparente