South American Publishing

SAP Multidisciplinary Open. 2024; 2:88
doi: 10.62486/mo202488

CASE REPORT

Giant multiloculated omental cyst in a pediatric patient. Case report and literature review

Quiste gigante de epiplón multiloculado en paciente pediátrico. Reporte de caso y revisión de la bibliografía

Giovanni Callizaya Macedo[1], Jhossmar Cristians Auza-Santivañez[2], Daniel Ramiro Elías Vallejos Rejas[3], Ritdber Alfredo Quispe Sarmiento[4], Jhaleny Jael Flores Canaviri[5], Liliana Heydi Suarez Laime[6]

[1] Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría". La Paz. Bolivia.
[2] Ministerio de Salud y Deportes. Instituto Académico Científico Quispe-Cornejo. La Paz. Bolivia.
[3] Facultad de Medicina. Universidad Privada del Valle Bolivia. Santa Cruz. Bolivia.
[4] Hospital Daniel Bracamonte. Potosí. Bolivia.
[5] Seguro Social Universitario, Cochabamba. Bolivia.
[6] Hospital Materno Infantil German Urquidi. Cochabamba. Bolivia.

Cite as
Callizaya Macedo G, Auza-Santivañez JC, Vallejos Rejas DRE, Quispe Sarmiento RA, Flores Canaviri JJ, Suarez Laime LH. Giant multiloculated omental cyst in a pediatric patient. Case report and literature review. SAP Multidisciplinary Open. 2024; 2:88. https://doi.org/10.62486/mo202488

Publication History
Submitted: 08-12-2023
Revised: 03-04-2024
Accepted: 05-08-2024
Published: 06-08-2024

Corresponding Author
Jhossmar Cristians Auza-Santivañez

ABSTRACT

Introduction: omental cysts are rare intra-abdominal lesions, with a frequency of 1:250 000, which often present asymptomatically. However, they can cause abdominal distension, or even surgical abdominal symptoms.
Case report: a 3-year-old female patient presents with a clinical picture of 2 years of evolution, reporting progressive abdominal distention since she was one year old and abdominal pain for 2 weeks. Physical findings show an abdomen with great abdominal distention, tense and painful on superficial and deep palpation. A contrast-enhanced CT scan of the abdomen and pelvis revealed abdominopelvic cystic lesions. Exploratory laparotomy revealed a giant multilocular cystic mass dependent on the greater omentum. The pathological report revealed a giant omentum cyst. A successful surgical resection of the cystic lesions was performed and a favorable post-surgical evolution was performed.
Conclusions: omentum cysts are rare in paediatrics. Diagnosis is based on imaging studies and is confirmed during surgery. Surgical treatment is effective and with few complications.

Keywords: Omental Cyst; Ascites; Abdominal Masses; Mesentery Cyst.

RESUMEN

Introducción: los quistes de epiplón son lesiones intraabdominales raros, con una frecuencia de 1:250 000, que a menudo se presentan de manera asintomática. Sin embargo, pueden causar distensión abdominal, o incluso un cuadro abdominal quirúrgico.
Caso clínico: paciente femenina de 3 años de edad, presenta un cuadro clínico de 2 años de evolución, refiriendo distención abdominal de manera progresiva desde el año de edad y dolor abdominal desde hace 2 semanas. En hallazgos físicos, presenta abdomen con gran distensión abdominal, tenso y doloroso a la palpación superficial y profunda. Se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste que informa lesiones quísticas abdominopélvicas. A laparotomía exploratoria se evidencia masa quística gigante multilocular dependiente del epiplón mayor. Al informe anatomopatológico se reporta un quiste gigante de epiplón. Se realizó una resección quirúrgica exitosa de las lesiones quísticas y evolución postquirúrgica favorable.
Conclusiones: los quistes de epiplón son raros en pediatría. El diagnóstico se basa en estudios de imagen y se confirma durante la cirugía. El tratamiento quirúrgico es efectivo y con pocas complicaciones

Palabras clave: Quiste De Epiplón; Ascitis; Masas Abdominales; Quiste Del Mesenterio.

© 2024; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de epiplón (QE) son formaciones intraabdominales raras, que tienen una incidencia estimada, según la literatura, de aproximadamente de 1:200.000 a 1:250.000 en admisiones pediátricas.[1,2,3] Estos quistes fueron descritos por Gairdner en 1852. Su causa se explica por una proliferación benigna de vasos linfáticos ectópicos que carecen de comunicación con el sistema linfático, que en la clínica se puede manifestar como una ascitis de gran volumen, complicando así su diagnóstico.[4,5]

Estos quistes son notablemente menos comunes que los quistes mesentéricos, siendo estos hasta diez veces más frecuentes y con una incidencia de 1:20.000.[1,6] Su diagnóstico puede ser difícil dada a esta rareza y la presentación clínica poco específica. Siendo las técnicas de imagen, como la ecografía y la Tomografía Axial Computarizada (TAC) con contraste intravenoso, útiles para identificar estas lesiones; siendo el diagnóstico definitivo corroborado intraoperatoriamente.[7] Existen otras técnicas de imagen como la resonancia magnética y en pediatría resalta su mayor ventaja al no tener radiaciones ionizantes, pero su alto costo la limita a su uso rutinario.

Se presenta el caso de una paciente pediátrica de 3 años con presencia de un quiste gigante de epiplón multiloculado. La paciente presentó un cuadro clínico de distensión abdominal progresiva y dolor abdominal moderado de 2 semanas de evolución. El diagnóstico se confirmó mediante laparotomía exploratoria y se realizó una resección quirúrgica exitosa de las lesiones quísticas y evolución postquirúrgica favorable.

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino de 3 años de edad, residente en el área rural, Los Yungas – La Paz, Bolivia, que es transferida del primer nivel de atención, con cuadro clínico de aproximadamente 2 años de evolución, caracterizado por presentar distensión abdominal de manera progresiva desde su 1 año de edad; desde hace 2 semanas viene presentando dolor abdominal de moderada intensidad. Al examen físico de ingreso, los hallazgos positivos, presenta abdomen con gran distensión abdominal, tenso y doloroso a la palpación superficial y profunda, no irritación peritoneal, perímetro abdominal 75 cm, se evidencia onda ascítica positiva, Ruidos hidro-aereos hipoactivos.

A su ingreso paciente con laboratorios que reportan: Hematocrito (Hto) 37 %, Hemoglobina (Hb) 12,2 g/dL, GB:11900 mm3, segmentados:78 %, Plaquetas: 759000 mm3, Bilirrubina total: 0,5 mg/dL BD:0,2 mg/dL BI:0,2 mg/dL. Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO):28,6 mg/dL. Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP):8,9 UI/L, Fosfatasa Alcalina (FAL): 196 UI/L, glicemia:74,2 mg/Dl, Creatinina:0,4 mg/Dl Urea:20,3 mg/dL, NUS: 9,4 mg/dL, ácido úrico:3,5 mg/dL, calcio: 7,4 mg/Dl, proteínas totales: 8,7 mg/dL, Albumina:3,3 mg/dL, magnesio:1,4 mg/dL, fósforo: 4,2 mg/Dl, Gama-Glutamiltransferasa (GGT):12,6 Mg/Dl, Colesterol:125,5 Mg/Dl, Triglicéridos: 110,3 Mg/Dl, Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR):19,2 mg/dL, TP: 11 segundos, actividad:100 %, Examen General de Orina: sin alteraciones, coproparasitológico: Presencia de Trofozoítos de *Giardia Lamblia*, Quistes de *Entamoeba Coli*, misma que fue tratada con Metronidazol al 41mg/kg/día durante 7 días.

Se realiza ecografía abdominal la cual reporta: liquido libre intraabdominal (Ascitis) importante que desplaza órganos abdominales a cavidad torácica, sin evidenciar alteraciones de los mismos.

Se realiza manejo multidisciplinario con los servicio de Pediatría, Gastroenterología, Infectología, Oncología y Cirugía Pediátrica para abordaje integral del paciente; se descarta etiología hepática como causa de la ascitis, debido a que el perfil hepático no se encuentra alterado, se completó abordaje con marcadores tumorales AFP: 6,9 UI/mL y BHCG: 0,3 mUI/mL, los cuales fueron negativos para sospechar neoplasia, el Gen-Xpert se reportó como negativo por lo que también se descartó Tuberculosis en esta paciente.

Se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso, que reporta formación de múltiples lesiones quísticas abdominopélvicas confluentes, en el lado derecho de 16,2 x 10 x 20 cm (T x AP x L) con un volumen aproximado de 648 cc, en el lado izquierdo con aspecto lobulado de 10,5 x 10,4 x 21 cm. (T x AP x L) con un volumen aproximado de 1005 cc, que muestra septos finos internos que realzan levemente en fase arterial, la tercera lesión quística se extiende hacia el espacio subfrénico izquierdo que mide 10,8 x 5,5 x 11,2 cm. (T x AP x L) con un volumen aproximado de 370 cc. multitabicada, las lesiones en conjunto ejercen un efecto de masa importante cefálica y hacia la periférica de las estructuras adyacentes (figura 1).

Hallazgos sugestivos de lesiones ováricas quísticas tabicadas, probable cistoadenoma serosos/mucinosos bilaterales VS quistes hidatídicos, Por tal motivo se decide la programación quirúrgica para su ingreso a quirófano por nuestra unidad de cirugía pediátrica para laparotomía exploratoria y conducta según los hallazgos.

Tratamiento quirúrgico

Se realiza incisión media supra e infraumbilical, diéresis por planos hasta cavidad, evidenciando masa quística gigante multilobulada dependiente del epiplón mayor, ocupando gran parte de la cavidad abdominal, desplazando estructuras vecinas, se realiza resección de lesiones quísticas junto con gran parte del epiplón mayor, las cuales en su conjunto presentan un volumen aproximado de 4200 ml, se revisa anexos los cuales se encuentran sin alteraciones, se realiza además apendicectomía incidental, procedimientos sin intercurrencias (figura 2A y 2B).

El informe de anatomía patológica reporta un quiste gigante de epiplón de un tamaño de 18,5 x 12,0 x 4,0 cm, con depósitos de cristales de colesterol y reacción inflamatoria a cuerpo extraño, inflamación crónica subaguda de epiplón, sin criterios de malignidad.

Presenta una evolución postquirúrgica favorable, por lo que fue dada de alta al 5to día postoperatorio para seguimiento por consulta externa de cirugía pediátrica.

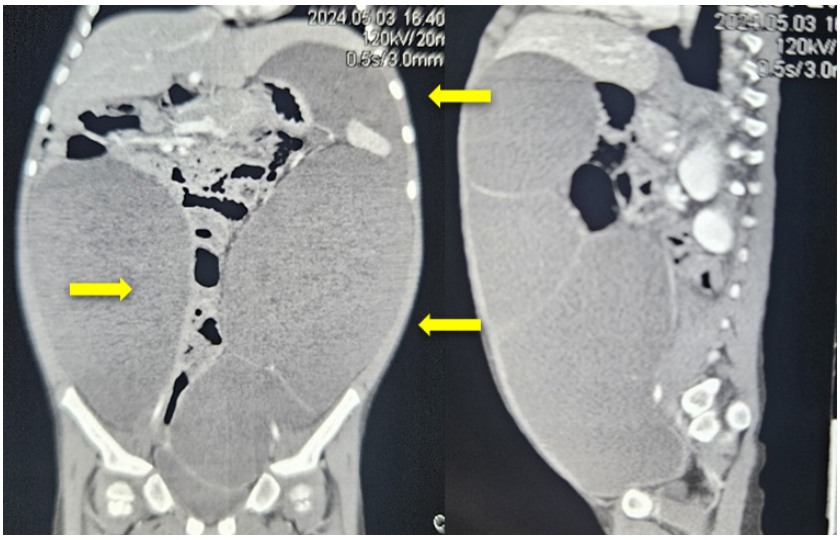

Figura 1. TAC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso, donde se observa imágenes hipodensas homogéneas con densidad en rango de líquido compatible con lesiones quísticas abdominopélvicas (flechas) en el lado derecho de 16,2 x 10 x 20 cm. en el lado izquierdo con aspecto multiloculado de 10,5 x 10,4 x 21 cm y la tercera lesión quística se extiende hacia el espacio subfrénico izquierdo que mide 10,8 x 5,5 x 11,2 cm

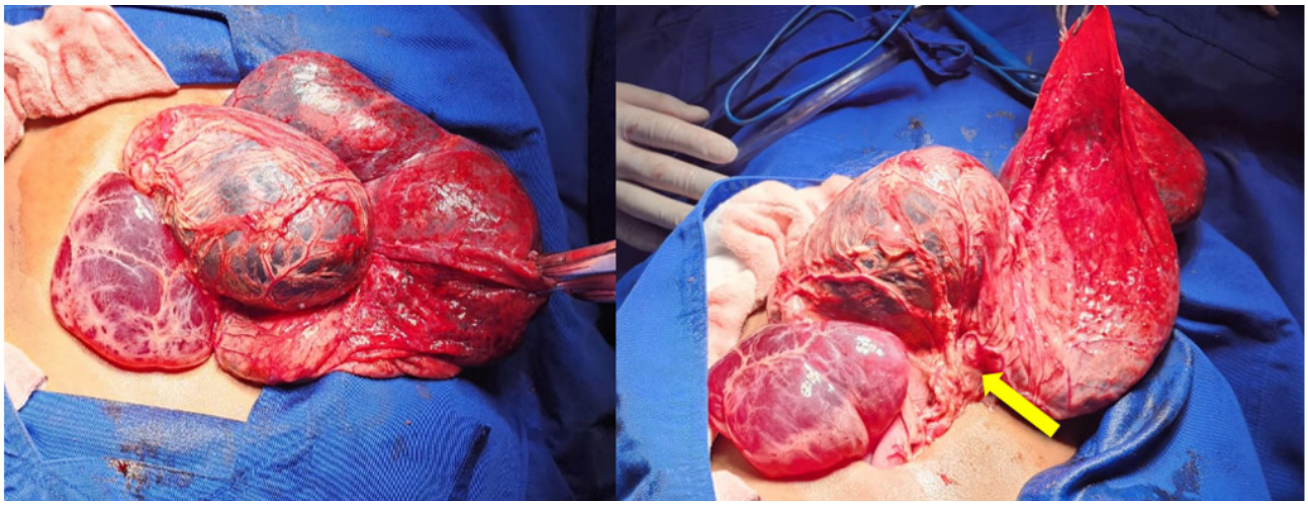

Figura 2. (A) Imagen intraoperatoria que evidencia lesiones quísticas gigantes. (B) Imagen en la que se videncia que los quistes son totalmente dependientes de epiplón mayor (flechas)

DISCUSIÓN

Los quistes de epiplón son lesiones intraabdominales poco frecuentes y debido a que no causan ninguna sintomatología pueden evolucionar como una masa asintomática, el cuadro clínico se presenta como una masa abdominal palpable asintomática y puede cursar con síntomas inespecíficos como distensión y dolor abdominal, aunque en algunas ocasiones puede debutar como un cuadro abdominal quirúrgico.

La incidencia de los quistes de epiplón es variable entre 1:200,000 a 250,000 ingresos hospitalarios pediátricos, siendo los quistes de mesenterio mucho más frecuentes, se presenta más en el sexo femenino y en preescolares como es el caso de nuestra paciente.[1,2,3,6]

El diagnóstico se realiza con el cuadro clínico y los estudios imagenológicos y aunque el estudio de elección es la ecografía abdominal, muchas veces el diagnóstico suele ser difícil, evidenciando hallazgos poco especifico como ascitis por ecografía, sobretodo cuando la presentación es unilocular o septos muy finos, como fue en nuestro caso reportado.[7] La TAC debería poder definir el órgano de origen del quiste, pero en nuestro paciente no fue exacto al reportar otro origen de la lesión por su gran volumen, lo que coloca en evidencia que el diagnóstico se estableció en el transoperatorio al evidenciar al epiplón mayor como el origen de las lesiones quísticas. Es importante contrastar que durante su fase inicial de formación el diagnóstico en una ecografía de rutina transabdominal, suelen concluir en incidentalomas intraabdominales.

Es interesante resaltar el diagnóstico tardío en nuestro caso, ya que a pesar de que la madre notó la distensión abdominal desde el año de vida, no le dio la importancia necesaria para buscar atención médica, esto es común en las áreas rurales de nuestro país, en este caso la zona de los Yungas de La Paz, en donde es común acudir a remedios caseros y a la medicina tradicional como primeras opciones de tratamiento, por tal motivo la paciente presento un cuadro de 2 años de evolución hasta su diagnóstico definitivo.

El diagnóstico diferencial debe incluir masas quísticas intraabdominales tales como quistes de ovario, quistes hidatídicos, quistes

de mesenterio,

La resección quirúrgica del quiste es el tratamiento de elección en estos casos y fue la conducta que se tomó en nuestro caso, las recidivas y/o complicaciones son poco frecuentes.

CONCLUSIONES

Los quistes gigantes de epiplón multiloculados son poco frecuentes en la edad pediátrica, el diagnóstico se establece con el cuadro clínico y los estudios imagenológicos, el diagnóstico definitivo se establece en el acto quirúrgico al confirmar el origen de los quistes, los resultados del tratamiento quirúrgico en este tipo de patologías son muy favorables, con pocas complicaciones y recidivas escasas.

CONSENTIMIENTO

Para la realización de este trabajo se obtuvo el consentimiento del paciente.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para la aplicación del presente estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Giovanni Callizaya Macedo.

Investigación: Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Giovanni Callizaya Macedo.

Metodología: Giovanni Callizaya Macedo, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Daniel Ramiro Elías Vallejos Rejas.

Visualización: Jhaleny Jael Flores Canaviri.

Redacción-borrador original: Giovanni Callizaya Macedo, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Daniel Ramiro Elías Vallejos Rejas, Ritdber Alfredo Quispe Sarmiento, Jhaleny Jael Flores Canaviri, Liliana Heydi Suarez Laime.

Redacción-revisión y edición: Giovanni Callizaya Macedo, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Daniel Ramiro Elías Vallejos Rejas, Ritdber Alfredo Quispe Sarmiento, Jhaleny Jael Flores Canaviri, Liliana Heydi Suarez Laime.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al Varado García DRR, Vargas DREU, Aliñas DRSF, Gallego Grijalva DRJ. Quistes de epiplón y mesenterio en niños [Internet]. Gob.mx:8180. 2001. Disponible en: http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1367/1/ActPed2001_46.pdf

2. Fernández Ramos J, Vázquez Rueda F, Azpilicueta Idarreta M, Díaz Aguilar C. Quiste mesotelial gigante de omento mayor. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2009;71(2):180–1. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.05.003

3. La Parra Márquez M, Prado I, Gaona D, Arzoz Gálvez M, Lopez Martínez R. Quiste gigante de epiplón: informe de un caso en un sujeto pre-escolar. Cirujano General 2004. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im105p.pdf

4. Nett MH, Vo NJ, Chapman T. Large omental cyst. Radiol Case Rep [Internet]. Available at: https://doi.org/10.2484/rcr.v5i2.388

5. Zurita DÁ, Peñarreta y E. Zambrano L. Quiste gigante de epiplón en niños [Internet]. Org.ar. [citado el 24 de junio de 2024]. Disponible en: https://acacip.org.ar/revista-cirugia-infantil/indice-29/docs/12-Quiste-gigante-de-epiplon-en-ninos.pdf

6. Álvarez-Solís RM, Francisco-Javier Chagolla-Santillán, Quero-Hernández A, et al. Quistes de mesenterio y epiplón en niños. Estudio clínico de 21 casos. Pediatr Mex. 2009;11(1):20-23. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2009/pm091g.pdf

7. Robbins KJ, Antiel RM, Shakhsheer BA. Omental cyst: a case report and review of the literature. Ann Pediatr Surg [Internet]. Available at: https://doi.org/10.1186/s43159-021-00129-0