

Quiste mesotelial del omento mayor

Mesothelial cyst of the greater omentum

Carlos Manuel Neyra-Rodríguez,* Fernando Karel Fonseca-Sosa,* Alexis Pring-Silvera,* Aníval Ernesto Ramos-Socarrás†

Palabras clave:

quiste omental, quiste mesotelial, quiste abdominal.

Keywords:

omental cyst, mesothelial cyst, abdominal cyst.

RESUMEN

Se presenta el caso de paciente femenino de 49 años de edad con antecedentes de aumento de volumen intraabdominal de crecimiento lento y progresivo. Se palpó en epigastrio y mesogastrio una masa de aproximadamente 16 cm, no dolorosa y móvil en todas las direcciones. La ecografía abdominal mostró una masa quística; la tomografía computarizada abdominal determinó con mayor precisión su origen y localización. Se realizó laparotomía media programada y se identificó quiste multiloculado de 15 × 8 cm localizado en el omento mayor, el cual se resecó en su totalidad. El estudio anatomopatológico informó un quiste multiloculado recubierto de epitelio columnar simple de tipo mesotelial sin atipia celular que se apoya sobre fina capa de tejido fibroconectivo, compatible con un quiste mesotelial simple. La evolución postquirúrgica fue favorable. Los quistes del omento mayor son afecciones quirúrgicas infrecuentes. Debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial durante la cuarta década de la vida de toda paciente que presente un aumento de volumen intraabdominal localizado en mesogastrio, móvil, de crecimiento lento y progresivo. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, ya sea de manera convencional o laparoscópica.

ABSTRACT

We present the case of a 49-year-old female patient with a history of intraabdominal volume increase of slow and progressive growth. In epigastrium and mesogastrium a mass of approximately 16 cm was palpated, not painful, movable in all directions. The abdominal ultrasound showed a cystic mass. Abdominal computed tomography more accurately determined its origin and location. A programmed midline laparotomy was performed, identifying a multiloculated cyst of 15 × 8 cm located in the greater omentum. We perform complete surgical exeresis. The anatomopathological study reported a multiloculated cyst covered with a simple columnar epithelium of mesothelial type without cellular atypia that rests on a thin layer of fibro-connective tissue, compatible with a simple mesothelial cyst. Postoperative evolution was favorable. Cysts of the greater omentum are infrequent surgical conditions. They should be taken into account as a differential diagnosis in all female patients during the fourth decade of life that presents an increase in intraabdominal volume located in mesogastrium, mobile, slow and progressive growth. The treatment of choice is surgical resection, either conventionally or laparoscopically.

* Profesor asistente.

Especialista de primer grado en Cirugía General.

† Profesor auxiliar.

Especialista de segundo grado en Cirugía General.

Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Clínico-Qirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley", Manzanillo, Granma, Cuba.

Recibido: 14/08/2020

Aceptado: 03/08/2021

INTRODUCCIÓN

Los quistes de epiplón son tumores benignos infrecuentes; Garnier publicó el primer caso de quiste de epiplón, su frecuencia varía desde uno en 27,000 hasta uno en cada 250,000. La mayor frecuencia se presenta en la cuarta década de la vida, aunque una cuarta parte de los casos se encuentra en niños.¹

Existen muchas teorías para considerar la formación de quistes del omento, dentro

de éstas está la proliferación benigna de tejido linfático ectópico y la obstrucción linfática que provoca la formación de grandes quistes intraperitoneales. Otras causas también incluyen el fracaso en la fusión de las hojas peritoneales, traumatismo oculto, neoplasia y degeneración de nódulos de la linfa, entre otras.^{2,3}

Desde el punto de vista histológico, los quistes de origen mesotelial poseen un recubrimiento de células epiteliales planas, cuboidales o columnares, la pared es fibrosa y carece de

Citar como: Neyra-Rodríguez CM, Fonseca-Sosa FK, Pring-Silvera A, Ramos-Socarrás AE. Quiste mesotelial del omento mayor. Cir Gen. 2021; 43 (3): 202-204. <https://dx.doi.org/10.35366/108575>



fibras musculares o de tejido linfoideo, lo que permite su diferenciación con los quistes linfáticos simples.⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 49 años de edad con antecedentes de aumento en el volumen intraabdominal con crecimiento lento y progresivo. A la exploración física se identifica una masa de aproximadamente 16 cm, superficie lisa, bordes definidos, consistencia dura, no protruyó con la maniobra de Valsalva, no late ni se expande, no dolorosa, móvil en todas las direcciones, localizada en epigastrio y mesogastrio. Se realizó ultrasónico abdominal que demuestra una masa quística intraabdominal con tabiques en su interior que midió aproximadamente 155 mm, localizada en epigastrio y mesogastrio, la cual se corrobora por tomografía abdominal contrastada.

Se realizó laparotomía y se encontró quiste multiloculado de 15 × 8 cm localizado en el omento mayor (Figura 1), el cual se resecó en su totalidad sin complicaciones (Figuras 2 y 3).

El estudio anatomopatológico reportó un quiste multiloculado recubierto de epitelio columnar simple de tipo mesotelial sin atipia celular que se apoya sobre fina capa de tejido fibroconectivo, compatible con un quiste mesotelial simple.

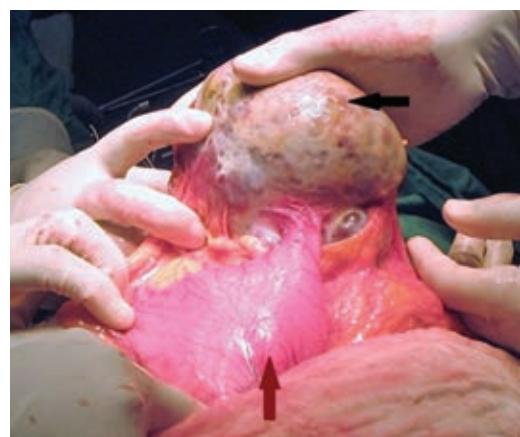


Figura 1: Transoperatorio. Quiste multiloculado en el omento mayor identificado por la flecha negra. La flecha roja muestra el estómago.



Figura 2: Transoperatorio. Omento mayor traccionado mediante pinzas de Allis una vez resecado el quiste.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresada a los cinco días de la intervención quirúrgica con seguimiento externo sin complicaciones a los 12 meses.

DISCUSIÓN

De acuerdo con Bannura G y colaboradores,⁴ la mayoría de los quistes mesoteliales se presentan en mujeres jóvenes o de la edad media, que permanecen estables en el tiempo; sin embargo, su localización es usualmente dentro del mesenterio y no en el omento mayor. En la literatura japonesa se han reportado pocos casos de quistes del omento. En un estudio de Uramatsu M⁵ y colegas, esta afección quirúrgica se presenta en más de 68% en niños menores de 10 años y con más frecuencia en pacientes masculinos.

Los quistes pequeños son, casi siempre, asintomáticos y se detectan durante una laparotomía llevada a cabo por otro problema, y los quistes mayores se manifiestan, a veces, por una masa abdominal palpable. Los quistes no complicados se sitúan, por lo común, en la parte inferior del mesogastrio y se desplazan libremente, tienen un contorno liso y no producen dolor.⁶

El diagnóstico se establece mediante estudios imagenológicos, lo que coincide con lo dicho por Kumar S y compañeros.⁷ La modalidad de imagen de elección es la ecografía abdominal. La ecografía muestra una estructura quística, comúnmente con tabiques internos delgados y, a veces, con ecos internos de

hemorragias e infecciones; éstos pueden ser confundidos con grandes quistes ováricos en las mujeres. La tomografía axial computarizada abdominal agrega poca información adicional, aunque puede revelar que el quiste no surge de otro órgano como el riñón, el páncreas o el ovario.

El espectro de presentación depende principalmente de la ubicación y el tamaño del quiste. Cualquier complicación, incluyendo crecimiento acelerado, hemorragia intraquíística, torsión, infección o ruptura, son indicaciones comunes de escisión quirúrgica.⁸

Coincidimos con otros autores en que la resección completa representa el único abordaje terapéutico correcto.^{9,10} En 1993 Mackenzie describió la primera resección completa laparoscópica. Son conocidas las ventajas de la cirugía laparoscópica: respeto de la pared abdominal, menor dolor postoperatorio y menor estadía hospitalaria, lo que produce una reducción significativa de los costos. En todos los casos es obligatoria la resección completa del quiste; la conversión a "cirugía abierta" sólo es necesaria cuando la resección laparoscópica es difícil de realizar debido al riesgo de derrame celular o en el caso de un tratamiento inadecuado, lo que lleva a una mayor incidencia de recaída.

CONCLUSIÓN

Los quistes del omento mayor son afecciones quirúrgicas infrecuentes. Deben tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en toda

paciente durante la cuarta década de la vida y que presente un aumento de volumen intraabdominal localizado en mesogastro, móvil, de crecimiento lento y progresivo. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, ya sea de manera convencional o laparoscópica.

REFERENCIAS

1. Véliz Maldonado FJ, Rangel Pizarro JM, Rodríguez Montalvo CA. Quiste de epiplón gigante: reporte de un caso. Rev Avances. 2009; 18: 40-41.
2. Barrios Viera O, López Martín JE, Cabrera González J. Quistes y tumores del mesenterio. In: Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. Cirugía: Afecciones del abdomen y otras especialidades quirúrgicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018. p. 314.
3. Neal E, Bell S, Bell RL. Pared abdominal, epiplón, mesenterio y retroperitoneo. In: Brunicardi FC, Schwartz. Principios de Cirugía. 10a ed. México: Ed. McGraw-Hill Education; 2015. p. 1457.
4. Bannura G, Contreras J, Peñaloza P. Quiste mesotelial simple gigante abdomino-pélvico. Rev Chil Cir. 2008; 60: 67-70.
5. Uramatsu M, Saida Y, Nagao J, Takase M, Sai K, Okumura C, et al. Omental cyst: report of a case. Surg Today. 2001; 31: 1104-1106.
6. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, Sabiston. Tratado de cirugía. 19a ed. New York: McGraw-Hill; 2013. p. 2597.
7. Kumar S, Agrawal N, Khanna R, Khanna AK. Giant lymphatic cyst of omentum: a case report. Cases J. 2009; 2: 23. doi: 10.1186/1757-1626-2-23.
8. Pampal A, Yagmurlu A. Successful laparoscopic removal of mesenteric and omental cysts in toddlers: 3 cases with a literature review. J Pediatr Surg. 2012; 47: e5-e8. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2012.03.080.
9. 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: 33-35.
10. Fitoz S, Atasoy C, Ekim M, Yildiz S, Erden A, Aktug T. Torsion of a giant omental cyst mimicking ascites. J Clin Ultrasound. 2007; 35: 85-87. doi: 10.1002/jcu.20248.

Consideraciones y responsabilidad ética: los autores declaran que siguieron los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes, resguardando su derecho a la privacidad mediante la confidencialidad de sus datos.

Financiamiento: no se recibió apoyo financiero para la realización de este trabajo.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la realización del trabajo.

Correspondencia:

Fernando Karel Fonseca-Sosa

E-mail: ffonsecasosa@gmail.com



Figura 3: Pieza quirúrgica resecada.