

Cas 2013.1

Abdomen agut en lactant de 23 mesos

Begoña Sánchez Vázquez, Maria Fanjul Gómez, Nuria Brun Lozano, Carlos Bardají Pascual

Servei de Cirurgia Pediàtrica, Hospital de Sabadell. Sabadell (Barcelona)

Preescolar de 23 mesos que presenta irritabilitat i sensació distèrmica de poques hores d'evolució. Antecedents patològics sense interès. Les seves constants eren freqüència cardíaca de 140 batecs per minut i tensió arterial de 74/41 mmHg. En l'exploració física presentava un estat general acceptable, irritabilitat, coloració i hidratació normals, sense exanemes ni petèquies, amb un ompliment capil·lar inferior als 2 segons. L'auscultació cardiorespiratòria era normal, amb uns tons cardíacs rítmics i sense bufs, una bona entrada d'aire bilateral, sense sorolls sobreafegits. Polsos presents i simètrics. En la palpació abdominal destacava dolor, amb defensa abdominal generalitzada i irritació peritoneal, i no es palpaven masses. No hi havia adenopaties palpables. Es va fer una primera analítica sanguínia en què destacaven uns leucòcits de $15.500 \times 10^9/L$, una hemoglobina de 8,7g/dL, amb plaquetes normals i una PCR de 7,95 mg/dL, i una segona amb un descens de l'hemoglobina fins a 7,7 g/dL. Com a proves d'imatge es van fer una ecografia abdominal, que informava d'una massa quística de 13 x 7,5 cm, amb septes a l'interior, i una tomografia computada (TC) que confirmava el diagnòstic de massa quística abdominal amb septes (Fig. 1).

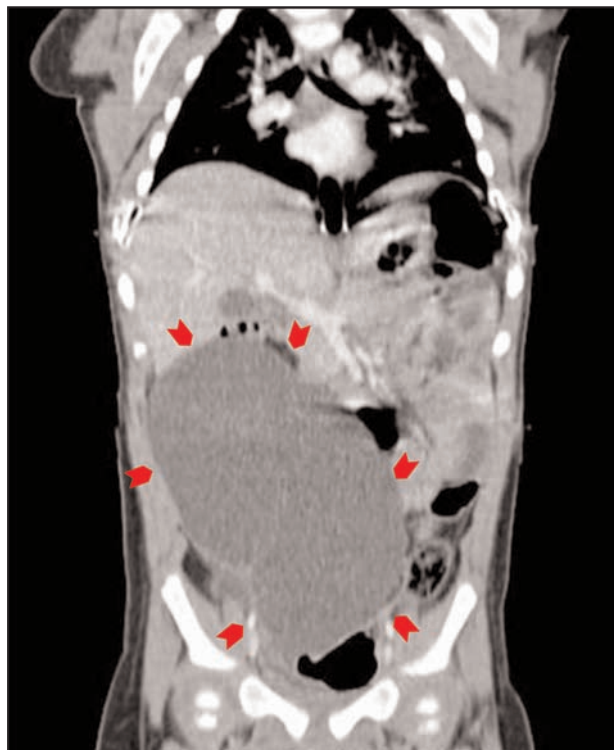


Fig. 1. Tomografia computada abdominal que mostra la presència d'una massa abdominal que desplaça les nanses abdominals.

1. Quins són els signes guia en aquest cas?
2. Quines són les causes més freqüents de massa quística abdominal?
3. Quina és l'actitud terapèutica que cal seguir?
4. Quin és el seu diagnòstic?

Aquest treball ha estat presentat com a pòster a la 16a Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria (Tarragona, maig 2011).

Correspondència: Begoña Sánchez Vázquez
 Servei de Cirurgia Pediàtrica. Hospital de Sabadell
 Corporació Sanitària Parc Taulí. Parc Taulí, 1 - 08208 Sabadell
 bsanchez@tauli.cat

Treball rebut: 01.03.2012
 Treball acceptat: 27.06.2012

Sánchez-Vázquez B, Fanjul-Gómez M, Brun-Lozano N, Bardají-Pascual C.
 Abdomen agut en lactant de 23 mesos.
 Pediatr Catalana 2013; 73: 27-28.

Discussió

1. Ens trobem davant d'un cas d'abdomen agut, ja que la pacient presenta defensa abdominal difusa. Anàlíticament destaca la presència de leucocitosi amb una PCR elevada, però també anèmia. La causa principal d'abdomen agut en l'infant és l'apendicitis, però l'edat de la pacient és menor a l'habitual, per la qual cosa l'apendicitis aguda no sembla la causa més provable. Així mateix, l'evolució ha estat molt ràpida i hi ha anèmia. Per completar el diagnòstic, es fan proves d'imatge, que evidencien la presència d'una massa quística abdominal.

2. Les causes de massa quística abdominal són molt àmplies: quist de colèdoc, esplènic, pancreàtic, ronyons multiquístics, duplicacions intestinals o quists ovàrics, entre d'altres. En aquest cas, tenint en compte que era de mida gran, l'origen del quist no es va poder determinar.

3. Es tracta d'un cas de massa quística abdominal complicat que provoca un abdomen agut, amb un descens de l'hemoglobina. Atesa la clínica aguda i la impossibilitat de filiar l'origen del quist es fa una laparotomia urgent.

En el transcurs de la cirurgia es va trobar una gran massa de parets fines i hemorràgiques, amb un pedicle molt fi i torsionat, depenent de l'epipló major (Fig. 2). Es va procedir a la lligadura i secció del pedicle, sense complicacions.

4. **Diagnòstic final: Quist epiploic torsionat.**

Comentari

Els quists epiploics són lesions quístiques rares, amb una incidència d'entre 1 de cada 20.000 a 25.000 ingressos hospitalaris pediàtrics¹. Es creu que tenen un origen comú amb els quists mesentèrics i retroperitoneals, ja que tots s'engloben dins els quists mesotelials¹. Es caracteritzen per situar-se al nivell abdominal anterior, amb una paret fina ben definida i septes a l'interior². Es diagnostiquen en l'edat infantil, i el 68% dels casos són menors de 10 anys^{1,3}. Clínica-ment són asimptomàtics o poden provocar símptomes

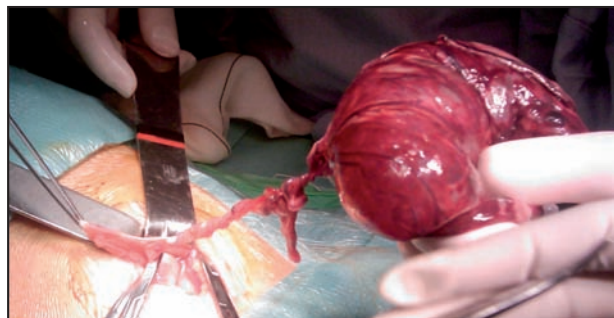


Fig. 2. Imatge operatòria que mostra l'epipló com a origen del quist i el pedicle torsionat.

inespecífics, com ara distensió abdominal o dolor abdominal difús¹. Quan es tracta de quists de mida gran poden debutar provocant símptomes per compressió a nivell respiratori, urinari o gastrointestinal^{2,3}. Amb menys freqüència es compliquen per torsió, sagnat o infecció i provoquen quadres d'abdomen agut^{1,3}. L'ecografia abdominal és la prova complementària d'elecció per la innocuïtat i l'eficàcia amb les lesions quístiques^{1,3}. Quan es tracta de masses de mida gran que ocupen la totalitat de l'abdomen pot ser molt difícil determinar l'origen del quist, ja que l'anatomia queda distorsionada².

El tractament d'elecció és l'exèresi quirúrgica, per via oberta o laparoscòpica, segons la mida de la massa i de les complicacions¹. El pronòstic amb exèresi completa és molt favorable, amb una morbiditat i mortalitat molt baixes¹, encara que hi ha casos descrits de degeneració maligna en sarcoma o adenocarcinoma⁴.

Bibliografia

1. Fernandez Ramos J, Vázquez Rueda F, Azpilicueta Ibarreta M, Díaz Aguilar C. Quiste mesotelial gigante de omento mayor. An Pediatr (Barc) 2009; 71: 180-181.
2. Wootton-Gorges SL, Thomas KB, Harned RK, Wu SR, Stein-Wexler R, Strain JD. Giant cystic abdominal masses in children. Pediatr Radiol 2005; 35: 1277-1288.
3. 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.
4. Shafi SM, Malla MA, Reshi FA. Giant primary omental cyst mimicking a pseudoascites. Afr J Paediatr Surg 2009; 6: 58-60.