

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, Arzoz 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

repercusión. La exploración demuestra, entre otros datos, desviación de la mirada y de la comisura bucal a la derecha, disartria, temblor intencional y dismetría bilateral.

Se realiza la analítica indicada en un ictus en paciente joven^{3,4}, sin que se encuentren hallazgos significativos. La radiografía de tórax y las ecocardiografías transtorácica y transesofágica resultaron normales. Tras realizar la tomografía computarizada (TC) craneal (durante las primeras 24 h del ingreso), se añade tratamiento antiagregante con ácido acetilsalicílico (5 mg/kg/día). También al ingreso presenta movimientos clónicos en el hemicuerpo izquierdo con confirmación en el electroencefalograma de alteraciones epileptiformes, por lo que se inicia tratamiento con levetiracetam, con buena respuesta clínica y normalización del trazado.

Las pruebas de neuroimagen realizadas en el ingreso fueron las siguientes:

- TC craneal: se aprecian áreas hipodensas compatibles con isquemia en región temporoccipital derecha (territorio de la arteria cerebral posterior) y región de la arteria posteroinferior cerebelosa izquierda y derecha.
- Resonancia magnética (RM) craneal: confirma las lesiones descritas y añade nueva lesión isquémica en el tálamo derecho. De cara al diagnóstico etiológico, ante la diversidad de localizaciones isquémicas y la ausencia de lesiones en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda, se decide realizar un nuevo control de RM craneal y angiografía por RM (Angio-RM) de los troncos supraaórticos (TSA) tras contraste intravenoso al sexto día del ingreso, con lo que se confirma una trombosis vertebral izquierda debida a un cuadro de disección de la arteria vertebral, con suelta embolígena distal al territorio vascular basilar (figs. 1 y 2). En esta última figura se puede apreciar la variante anatómica que explica la ausencia de infarto en el territorio cerebral posterior izquierdo: un origen «fetal» de la arteria cerebral posterior izquierda con salida directa de la carótida.

Al alta, el paciente continúa antiagregado y en rehabilitación, con una clara mejoría de los signos neurológicos.

La disección arterial se produce cuando la sangre diseca a través de un defecto en la capa de la túnica íntima, se desplaza del resto de la pared arterial y crea un hematoma intramural³. Este falso canal puede producir una reducción significativa o la obstrucción del flujo sanguíneo anterógrado. El trombo intramural puede embolizar y producir infartos en el cerebro o el cerebelo³. La lesión en las arterias vertebral y carótida cervical generalmente es traumática; no obstante, como en el caso presentado, el traumatismo puede ser trivial o dudoso y a veces el desencadenante es tan sólo un esfuerzo físico³⁻⁶, por lo que en la patogenia se ha implicado un posible defecto estructural de la pared arterial⁶.

El dolor de cabeza, frecuente en adultos con disección arterial, lo es mucho menos en niños, tal y como sucede en el caso descrito, y son más frecuentes los signos y los síntomas relacionados con isquemia, especialmente la hemiparesia². Las disecciones intracraneales son más frecuentes en la circulación posterior, tal y como ocurre en el niño comentado³. El pronóstico de las disecciones arteriales

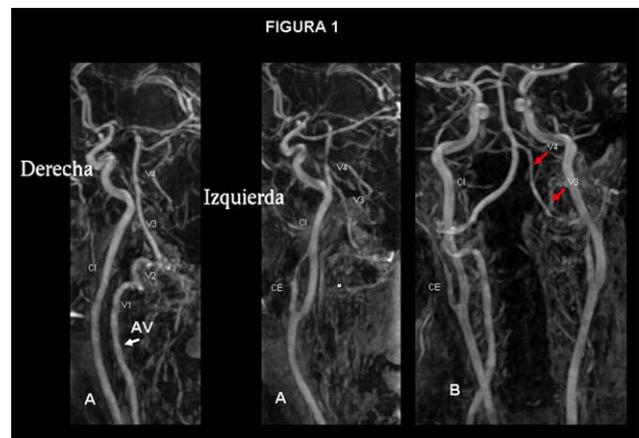


Figura 1 Estudio de angiografía por resonancia magnética de troncos supraaórticos tras contraste intravenoso. A) Arteria vertebral (AV) derecha normal y ausencia de flujo en segmentos V1, V2 de AV izquierda. B) Irregularidad en la pared de la AV izquierda y flujo distal filiforme en los segmentos V3 y V4 (flechas), indicativos de disección vertebral. La arteria carótida externa, el tronco basilar y la arteria cerebral posterior derecha son permeables.

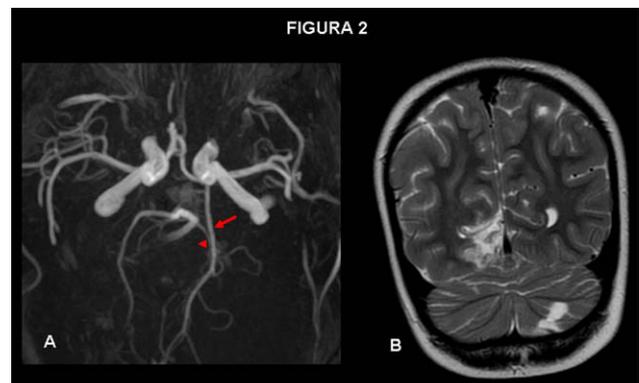


Figura 2 Estudio de angiografía por resonancia magnética de troncos supraaórticos tras contraste intravenoso. A) Variante anatómica que explica la ausencia de infarto en el territorio cerebral posterior izquierdo: un origen «fetal» de la arteria cerebral posterior izquierda (flecha), con salida directa de la carótida, que asocia un segmento P1 hipoplásico (punta de flecha). B) Secuelas de infartos en el territorio de la arteria cerebral posterior derecha, con áreas de necrosis laminar y gliosis e infarto en el territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior izquierda. Había otro infarto en el territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior derecha que no se aprecia en la imagen 2B pero sí en otros cortes.

complicadas con ictus depende principalmente de la gravedad de la isquemia, de la extensión y de la topografía de la lesión cerebral más que del proceso arterial específico^{5,7}. El paciente presentado mostró lesiones cerebrales exclusivamente en el territorio cerebral posterior derecho, ya que, por fortuna, presentaba una rara variación anatómica, lo que ha facilitado una recuperación mucho más rápida desde

el punto de vista ocupacional y un mejor pronóstico funcional a largo plazo.

Dado que hay ciertas pruebas indirectas de que la anticoagulación podría reducir la probabilidad de nuevos embolismos distales, la disección arterial cervicocefálica puede tratarse con anticoagulantes (evidencia grado 2C)^{1,4,8}, aunque algunos profesionales prefieren evitarlos debido al riesgo de hemorragia subaracnoidea¹ y a que la validez de este tratamiento no está probada en estudios aleatorizados suficientemente extensos¹. Es más, la tendencia actual más generalizada es usar la antiagregación como tratamiento inicial en los pacientes con disección arterial supraaórtica^{9,10}.

Como conclusión, con este caso queremos llamar la atención sobre el valor de la Angio-RM de TSA tras contraste intravenoso que puede, en algunos casos, sustituir a la angiografía convencional y proporcionar datos específicos sobre la etiología y las posibles variaciones anatómicas (que influyen en el pronóstico) de pacientes con accidentes isquémicos en el territorio posterior¹.

Bibliografía

1. Roach ES, Golomb MR, Adams R, Biller J, Daniels S, Deveber G, et al. Management of stroke in infants and children: A scientific statement from a Special Writing Group of the American Heart Association Stroke Council and the Council on Cardiovascular Disease in the Young. *Stroke*. 2008;39:2644–91.
 2. Fullerton HJ, Johnston SC, Smith WS. Arterial dissection and stroke in children. *Neurology*. 2001;57:1155–60.
 3. Barkovich AJ. Anomalías de la vasculatura cerebral: consideraciones diagnósticas y endovasculares. En: Barkovich AJ editor. *Neuroimagenología Pediátrica*. 1.ª ed en español. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2001. p. 760–6.
 4. Castro de Castro P, Vázquez López M. Accidentes cerebrovasculares en el niño y en el adolescente. En: Carbona García J, Casas Fernández C, editores: *Protocolos de Neurología* 2008. [citado 23 Mar 2009]. Disponible en: URL: <http://www.aeped.es/protocolos/neurologia/35-acv.pdf>.
 5. Pérez Navero JL, Montero-Shiemann C, Velasco Jabalquinto MJ, Ibarra de la Rosa I, Antón Gamero M, Salas Molina J. Evolución fatal tras infarto cerebeloso masivo por disección espontánea de arteria vertebral. *An Pediatr (Barc)*. 2003;58:385–9.
 6. Bretón Martínez JR, Muñoz Bonet JI, Llopis Garrido MC, Núñez Gómez F, Lacruz Pérez L, Cánovas Martínez A, et al. Infarto cerebral isquémico por disección de arteria carótida interna. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59:286–9.
 7. Liu AY, Paulsen RD, Marcellus ML, Steinberg GK, Marks MP. Long-term outcomes after carotid stent placement for treatment of carotid artery dissection. *Neurosurgery*. 1999;45:1368–74.
 8. Monagle P, Chalmers E, Chan A, DeVeber G, Kirkham F, Massicotte P, et al. Antithrombotic therapy in neonates and children: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2008;133:887S–968S. (8th Edition).
 9. Goyal MS, Derdeyn CP. The diagnosis and management of supraaortic arterial dissections. *Curr Opin Neurol*. 2009;22:80–9.
 10. Menon R, Kerry S, Norris J, Markus H. Treatment of cervical artery dissection: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 2008;79:1122–7.
- D. Martín Fernández-Mayoralas^{a,*}, A. Fernández-Jaén^a, M. Jiménez De La Peña^b y M. Recio Rodríguez^b
- ^aSección de Neuropediatría, Servicio de Neurología, Hospital Quirón, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España
^bSección de Neurorradiología, Servicio de Diagnóstico por Imagen, Hospital Quirón, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España
- *Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: dmfmayor@yahoo.es
 (D. Martín Fernández-Mayoralas)