

# Linfangioma mesentérico quístico gigante como causa de abdomen agudo inflamatorio.

Raúl E. Villacis Peñaherrera<sup>1</sup>, Patricio F. Gálvez Salazar<sup>2</sup>, Juan C. Cadena Baquero<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital de especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

Rev Fac Cien Med (Quito). 2015, 40 (1): 99-103

**Resumen:** Se presenta el caso de un paciente de 23 años de edad con antecedente de enfermedad ulcero péptica en tratamiento que acudió al servicio de Emergencia por presentar cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución acompañado de náusea y vómito al examen físico presenta dolor a la palpación y peritonismo, se realizaron exámenes de laboratorio evidenciándose una leucocitosis con neutrofilia mientras que en los estudios de imagen una masa de gran tamaño multilaminada, posteriormente se decidió realizar resolución quirúrgica con excelentes resultados, además de confirmación del diagnóstico sospechado mediante histopatología, al momento se encuentra asintomático y con evolución clínica favorable sin evidencia de recurrencia del mismo.

**Palabras clave:** Linfangioma Intestinal, Linfangioma Quístico, Abdomen Agudo.ADDIE

**Abstract:** Cystic lymphangioma is a rare disease of benign origin that is commonly located on the face, neck and armpits. Only 5 % of these are below the diaphragm, is often diagnosed during the first years of life and is more common in men than women. Presentation of mesenteric lymphangioma is rare despite being the most prevalent in the abdominal region which is lower than 1% its presentation is three main ones forms asymptomatic, acute or chronic. It is primarily diagnosed in children up to one year old, and the treatment of choice is surgical excision paragraph completely avoid recurrence, but in case is unrespectable currently several alternatives are proposed that have been reported as effective.



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International Licence

**Keywords:** Cystic lymphangioma, Intestinal lymphangioma, Acute Abdomen.

**Correspondencia:** Patricio F. Gálvez Salazar Email: patofer16@hotmail.com  
**Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador. Teléfono:** 0979053443  
**Recibido:** 11/04/15 – **Aceptado:** 27/05/15

## Presentación del caso clínico

Se trata de un paciente masculino de veinte y tres años de edad con antecedentes patológicos personales de enfermedad ulcero péptica en tratamiento con inhibidores de bomba de protones. Paciente refiere que desde hace 24 horas y sin causa aparente presenta dolor abdominal de tipo continuo, localizado en mesogastrio, sin irradiación y de moderada intensidad, sin síntomas acompañantes, es valorado previamente donde se administran enzimas digestivas, sin resolución de cuadro por lo que acude a servicio de emergencia. Al examen físico se encuentra hemodinámicamente estable, consciente, hidratado y afebril, en región abdominal: abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación de predominio en mesogastrio, se palpa masa en todos los cuadrantes abdominales, no presenta signos de irritación peritoneal, se auscultan ruidos hidroaéreos de características y frecuencia normales. Exámenes de laboratorio se evidencia en la biometría hemática: Leucocitos 16600, Neutrófilos 86%, Hemoglobina de 14.0 y Hematocrito de 42.2%, Plaquetas: 346000, Química Sanguínea así como gasometría arterial se encuentran dentro de límites normales. Se solicita estudios de imagen, evidenciándose en ultrasonografía presencia de colección multilobulada que ocupa todo el abdomen y con un volumen aproximado de 3000cc.

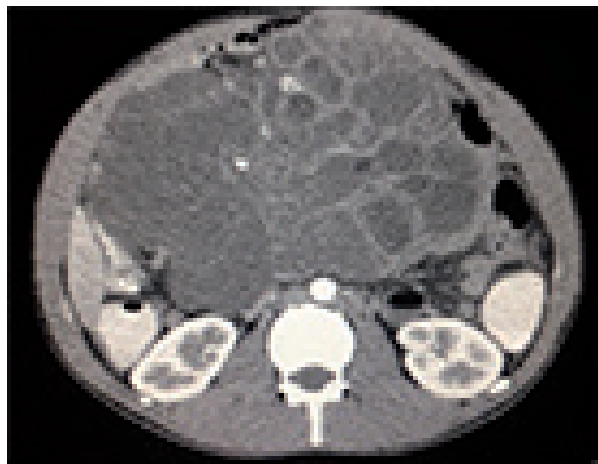
**Figura 1.** Masa multilobulada localizada en abdomen.



**Fuente:** Archivos Eugenio Espejo.

Se complementa estudio de imagen con Tomografía simple y contrastada donde se evidencia masa de gran tamaño que ocupa toda la cavidad abdominal multilobulada, se sugiere la posibilidad de quiste mesentérico.

**Figura 2.** Presencia de masa abdominal multilobulada y realce de septos al medio de contraste.



**Fuente:** Archivos Eugenio Espejo.

**Figura 3.** Segmento de yeyuno afectado por linfagioma mesentérico



**Fuente:** Archivos Eugenio Espejo.

Con los hallazgos descritos se decide realizar laparotomía exploratoria encontrándose:  
 1) Líquido serohemático libre en cavidad

aproximadamente 500ml, 2) masa de aspecto tumoral dependiente de mesenterio de 30x20x15cm de aspecto mamelonado adherido a raíz de mesenterio que compromete intestino delgado desde 50 cm del ángulo de Treitz en un diámetro de 50cm hacia distal, 3) ganglios de 2cm localizados en raíz de mesenterio.

El paciente en postquirúrgico con evolución clínica favorable, sin complicaciones postquirúrgicas, se recibe resultado de estudio histopatológico en el cual se reporta: Linfagioma quístico intraabdominal quístico estrangulado, bordes de resección libres de lesión y negativo para malignidad. Paciente en controles posteriores se presenta asintomático y con evolución clínica favorable además de no evidenciarse recurrencia aparente

## Discusión

El linfagioma es una entidad benigna que puede estar limitada a un órgano o estructura en particular o presentarse como un proceso más generalizado, se presenta en 1 por cada 30000-250000 siendo más común en cabeza, cuello, axilas y tórax. Solo en 5% se encuentra por debajo del diafragma y el 1% de forma solitaria en el mesenterio<sup>1</sup>. Este tipo de neoplasia se presenta primariamente en niños, aproximadamente del 80-90% de estos son diagnosticados durante el primer año de vida<sup>2</sup>.

En la región abdominal su presentación es rara, más comúnmente se localiza en el mesenterio, siendo de 70.5% en intestino delgado seguido del mesocolon en un 26.2%<sup>1</sup>. En relación a su etiología actualmente se considera que puede ser origen primario debido a una anomalía congénita de los linfáticos que genera un secuestro de este tejido durante el desarrollo embrionario<sup>3</sup>, mientras que se sugiere una etiología secundaria ya que se han asociado a trauma abdominal, obstrucción linfática, cirugía, proceso inflamatorio o radioterapia<sup>4</sup>. Su clasificación se basa en cuatro categorías que son: linfagioma capilar, cavernoso, hemolinfangioma y quístico (higroma)<sup>5</sup>. El tipo quístico fue descrito por primera vez en 1828 por Radenbacker, reportándose

como una masa que presenta espacios linfáticos de diámetros variables, que contienen fascículos musculares como de colágeno, pero que no presenta conexión con el sistema linfático normal<sup>1</sup>. En relación a su presentación la mayoría son asintomáticos, no tienen un cuadro clínico clásico, por lo general los pacientes refieren un dolor abdominal difuso, no localizado que se acompaña de una masa palpable y distensión abdominal. Sin embargo se han reportado varios casos en los cuales se presenta como abdomen obstructivo, hemorragia digestiva, ruptura o infección de este siendo estas reportadas como complicaciones<sup>6</sup>. Su diagnóstico preoperatorio se basa en estudios de imagen siendo el de mayor sensibilidad y especificidad la tomografía computarizada, mientras que el diagnóstico definitivo se confirma el mismo posteriormente de forma histopatológica.

En la radiografía de abdomen se evidencia el desplazamiento de asas intestinales por una masa de consistencia blanda, la ultrasonografía se reporta como una masa con múltiples septos, mientras que mediante tomografía tiene la apariencia de una masa que puede ser multilocular o unilocular con realce de la pared y de septos al medio de contraste<sup>5</sup>. Se propuso como método de diagnóstico histopatológico la toma de biopsia por aguja fina, sin embargo en niños es dificultoso ya que se presenta como in cuadro de abdomen agudo que necesita exploración quirúrgica<sup>7</sup>. De igual manera mediante estudios moleculares se puede documentar la presencia de CD31 y Prox 1 en caso de linfagioma de células endoteliales, mientras que las células mesoteliales son reactivas a citoqueratina y negativas para factor VIII<sup>8</sup>.

El tratamiento de elección es el quirúrgico debido a su rápido crecimiento riesgo de invasión a estructuras vecinas, complicaciones y transformación a sarcoma al ser sometido a radiación<sup>8</sup>. Se ha propuesto una clasificación para el linfagioma quístico mesentérico y su manejo quirúrgico<sup>9</sup>: tipo 1: Pediculado; tipo 2: Sésil y poco móvil su resección puede afectar la vascularización requiriendo resección del segmento; tipo 3: extensión retroperitoneal

con compromiso de grandes vasos; tipo 4: Multicéntrico con afectación extensa de órganos. Se debe realizar una escisión completa de este y con márgenes libres ya que caso contrario este presentara recurrencia y su pronóstico será excelente, en caso de que exista compromiso de otros órganos en nuestro caso intestino delgado se recomienda resección intestinal del segmento afectado y su posterior anastomosis, inclusive se han reportado su resolución por vía laparoscopia sobre todo en pacientes embarazadas<sup>10</sup>.

En relación a las complicaciones postquirúrgicas pueden ser varias e incluso severas como la fuga linfática refractaria, retención de líquido linfático o infección, se presentan cuando existe una resección parcial de dicha patologías lo que por ende predispondrá en forma futura a una recidiva<sup>11</sup>. En relación a esto se ha observado un riesgo de recurrencia del 11.8% si se la realiza de forma total y del 53.9% si es parcial.<sup>12</sup> y se evidencia dentro de los nueve primeros meses postquirúrgicos<sup>13</sup>. Se han propuesto varias alternativas al tratamiento quirúrgico sobre todo en estadios de no resecabilidad dentro de los cuales se describe la escleroterapia con varios fármacos como son el alcohol o el ácido acético los cuales no se utilizan debido a su baja efectividad<sup>14</sup>.

Actualmente, se reporta una alta efectividad

con Bleomicina como antibiótico antitumoral citotóxico que actúan en el ADN, aplicándose de forma intralesional presentando un efecto de esclerosis endotelial, se lo realiza por lo general cuando la malformación es fácilmente accesible y no es resecable, con una efectividad del 75%, se han reportado efectos secundarios siendo los más comunes la ulceración y fibrosis pulmonar<sup>15</sup>.

OK-432 basado en la virulencia de la cepa tipo III, *Streptococcus Pyogenes* del grupo A, actúa produciendo inflamación, destrucción epitelial y contracción cicatricial, presenta una efectividad del 90% sea parcial o total. Siendo considerado actualmente como el de elección, se ha reportado reacción inflamatoria local y fiebre como efectos secundarios<sup>16</sup>. El drenaje guiado por aguja fina se ha presentado como una opción de diagnóstico preoperatorio y como tratamiento es cuestionable ya que lograra una mejoría sintomática y transitoria debido a su recurrencia<sup>17</sup>.

### Conflicto de interés

Los autores no declaran ninguno.

### Financiamiento

Fondos propios de los autores.

## Referencias:

1. F. Talarico, Iusco D, Negri L, Valieri L. Mesenteric cystic lymphangioma treated with laparoscopic excision: case report and review of the literature. *G chir* vol. 30 - n. 8/9 - pp. 362-364 agosto-settembre 2009.
2. Imtiaz Wani. Mesenteric Lymphangioma in Adult: A Case Series with a Review of the Literature *Dig Dis Sci* (2009) 54:2758–2762.
3. Viola B. Booj KA, Aronson DC. Mesenteric cystic lymphangioma: a congenital and an acquired anomaly? Two cases and a review of the literature. *Journal of Pediatric Surgery* (2008) 43, 1206–1208.
4. Erikin Lenfanjiyomu. Dil SK. Adult Lymphangioma - A Rare Entity: A Report of Two Cases. *Cilt/Vol. 28, No. 1, 2012; Sayfa/Page 80-82 81*
5. Lin RY, Zou H, Chen TZ, Wu W, Wang JH, Chen XL, et al. Abdominal lymphangiomatosis in a 38-year-old female: Case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2014 July 7; 20(25): 8320-8324.
6. Tsukada H, Takaori K, Ishiguro S, Tsuda T, Ota S, Yamamoto. Giant Cystic Lymphangioma of the Small Bowel Mesentery: Report of a Case. *Surg Today* (2002) 32:734–737.
7. Sadola E. Cystic lymphangioma of the jejunal mesentery in an adult. *J Clin Ultrasound* 1987;15:542–3
8. Losanoff JE, Richman BW, El-Sherif A, et al. Mesenteric cystic lymphangioma. *J Am Coll Surg* 2003;196:598–603
9. Siddique K, Bhandari S, Basu S. Giant mesenteric lymphangioma: a rare cause of a life-threatening complication in an adult. *BMJ Case Rep.* 2010 Sep 7;2010
10. Nam SH, Kim DY, Kim SC, Kim IK. The surgical experience for retroperitoneal, mesenteric and omental cyst in children. *J Korean Surg Soc.* 2012 Aug;83 (2):102-106
11. Ono S, Tsuji Y, Baba K, Usui Y, Yanagisawa S, Maeda K. A new operative strategy for refractory microcystic lymphangioma. *Surg Today.* Springer Japan 2013.
12. Hancock BJ, St-Vil D, Luks FI, Di Lorenzo M, Blanchard H.. Complications of lymphangiomas in children. *J Pediatr Surg.* 1992 Feb;27(2):220-4.
13. Paladino NC, Scerrino G, Chianetta D, Di Paola V, Gulotta G, Bonventre S.. Recurrent cystic lymphangioma of the neck. Case report. *Ann Ital Chir.* 2014 Jan-Feb;85(1):69-74.
14. Dubois J, Garel L, Abela A, Laberge L, Yazbeck S Lymphangiomas in children: percutaneous sclerotherapy with an alcoholic solution of zein. *Radiology* 2004: 651–654
15. Kertész Z, Bó G, Bancu S, Gózar H, Virgil G, Horváth E, et al. Bleomycin therapy for lymphangioma. *Chirurgia (Bucur).* 2011 Jan-Feb;106(1):103-7.
16. Laranne J, Keski-Nisula L, Rautio R, Rautiainen M, Airaksinen M.. OK-432 (Picibanil) therapy for lymphangiomas in children. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2002 May;259(5):274-8.
17. Mansour NM, Salyers WJ Jr. Recurrence of a pancreatic cystic lymphangioma after diagnosis and complete drainage by endoscopic ultrasound with fine-needle aspiration. *JOP.* 2013 May 10;14(3):280-2.