

# Linfangioma mesentérico quístico gigante como causa de abdomen agudo inflamatorio

Raúl Villacís Peñaherrera<sup>1</sup>, Patricio Gálvez Salazar<sup>2</sup>, Juan Cadena Baquero<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Cirujano General. Servicio de Cirugía General, Hospital Eugenio Espejo.

<sup>2</sup> Médico Postgradista R2 Cirugía General, Universidad Central del Ecuador.

Rev. Fac Cien Med (Quito), 2016; 41(2):69-72

Recibido: 23/05/16; Aceptado: 12/10/16

Autor correspondiente: patofer16@hotmail.com

## Resumen:

Se presenta de un paciente de 23 años de edad, con antecedente de enfermedad ulceropéptica bajo tratamiento que acude al Emergencia por cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución acompañado de náusea y vómito. Al examen físico presenta dolor a la palpación y peritonismo. La biometría reporta leucocitosis con neutrofilia; los estudios revelan una masa voluminosa y multitabizada. Se resecó la lesión confirmándose por histopatología un linfangioma mesentérico quístico gigante. La evolución clínica fue favorable sin recurrencia.

**Palabras claves:** linfangioma intestinal, linfangioma quístico, abdomen agudo.

## Abstract:

It shows a case report of a 23-year-old patient with a history of peptic ulcer disease under treatment attended at the emergency service due to a 24-hour evolution of abdominal pain accompanied by nausea and vomiting. On physical examination, he showed pain on palpation and peritonism. White blood count reports leukocytosis with neutrophilia. Imagen studies revealed a voluminous, multi-sited mass. The lesion was resected, confirming a giant cystic that corresponds to a mesenteric lymphangioma by histopathology. The clinical evolution was favorable without recurrence.

**Keywords:** Cystic lymphangioma, intestinal lymphangioma, acute abdomen.

## Caso clínico

Paciente masculino, de 23 años de edad. Antecedentes de enfermedad ulceropéptica tratada con inhibidores de la bomba de protones. Veinticuatro horas antes del ingreso presenta dolor abdominal continuo de moderada intensidad localizado en mesogastrio y sin irradiación; se acompaña de náusea y vómito. El examen físico de la región abdominal revela un abdomen suave y depresible, doloroso a la palpación especialmente en mesogastrio. Se palpa masa en todos los cuadrantes abdominales. No presenta signos de irritación peritoneal; los ruidos hidroaé-

reos tienen características y frecuencia normales.

Exámenes de laboratorio: se reporta en la biometría hemática leucocitosis (16600) con neutrofilia (86%). La hemoglobina, hematocrito, recuento plaquetario, química sanguínea y gasometría arterial dentro de los parámetros normales. El ultrasonido evidencia una colección multilobulada que ocupa todo el abdomen, un volumen aproximado de 3000 ml (figura 1); la tomografía simple y contrastada permite visualizar una masa voluminosa, que ocupa toda la cavidad abdominal y multilobulada que sugiere ser un quiste mesentérico (figura 2).



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

**Figura 1.** Ultrasonido abdominal. Presencia de masa multilobulada, con un volumen aproximado de 3000 ml.



**Figura 2.** TAC contrastada. Masa abdominal multilobulada con realce de septos por el medio de contraste.



**Fuente:** archivos Hospital Eugenio Espejo.

Con los hallazgos descritos se decide realizar laparotomía exploratoria encontrándose: a) 500 ml de líquido serohemático libre en cavidad abdominal, b) masa de aspecto tumoral dependiente de mesenterio de 30 cm x 20 cm x 15cm, de aspecto mamelonado adherido a la raíz del mesenterio que compromete intestino delgado en un punto situado a 50 cm del ángulo de Treitz en un diámetro de 50 cm hacia la porción distal y c) presencia de ganglios de 2 cm localizados en la raíz de mesenterio.

El estudio histopatológico reporta un linfangioma quístico abdominal estrangulado, con bordes de resección libres de lesión y negativo para malignidad. Los controles subsecuentes no evidencian recurrencia.

**Figura 3.** Pieza anatómica del segmento de yeyuno afectado por un linfangioma mesentérico.



**Fuente:** archivos Hospital Eugenio Espejo.

### Discusión

El linfangioma es una entidad benigna que puede estar limitada a un órgano o estructura en particular o bien presentarse como un proceso generalizado; se estima su incidencia en 1 caso cada 30000 a 250000 habitantes siendo más común en cabeza, cuello, axilas y tórax. En el 5% de casos se sitúa bajo el diafragma y en el 1% se manifiesta de forma solitaria a nivel del mesenterio<sup>1</sup> que afecta primariamente a niños, siendo el 80% a 90% de casos diagnosticados durante el primer año de vida<sup>2</sup>.

Los linfangiomas abdominales son de rara presentación, usualmente se localizan en el mesenterio a nivel de intestino delgado (70,5%) y mesocolon (26,2%)<sup>1</sup>. Respecto a la etiología, se considera su origen primario por una anomalía congénita de los linfáticos que genera un secuestro de este tejido durante el desarrollo embrionario (3); como etiología secundaria se asocia a trauma abdominal, obstrucción linfática, cirugía, proceso inflamatorio o radioterapia<sup>4</sup>. La clasificación tiene cuatro categorías: capilar, cavernoso, hemolinfangioma y quístico (higroma)<sup>5</sup>.

El tipo quístico fue descrito por primera vez en 1828 por Radenbacker; caracterizado por su aspecto de masa que contiene en el interior espacios linfáticos de diámetros variables delimitados por fascículos musculares o de colágeno y carentes de conexión con el sistema linfático normal<sup>1</sup>. La mayoría son asintomáticos, otros cursan con dolor abdominal difuso no localizado que se acompaña de masa palpable y distensión abdominal. Algu-

nos casos se presentan con abdomen obstructivo, hemorragia digestiva, ruptura o infección, siendo reportadas como complicaciones<sup>6</sup>.

El diagnóstico preoperatorio se sustenta en estudios de imagen; reviste mayor sensibilidad y especificidad la tomografía computarizada y el diagnóstico definitivo se confirma mediante histopatología. En la radiografía de abdomen se evidencia desplazamiento de asas intestinales por una masa de consistencia blanda; el ultrasonido reporta la presencia de una masa con múltiples septos y en tomografía, la lesión tiene la apariencia de una masa uni o multilocular que gracias al contraste se realiza la pared y los septos<sup>5</sup>.

Es factible el diagnóstico histopatológico mediante punción con aguja fina; se advierte que en niños es dificultoso si el cuadro clínico es compatible con un abdomen agudo que amerite exploración quirúrgica<sup>7</sup>. Se disponen estudios moleculares para detectar CD31 y Prox 1 en caso de linfangiomas de células endoteliales; las células mesoteliales son reactivas a citoqueratina y negativas para factor VIII<sup>2</sup>.

El tratamiento de elección es quirúrgico por el rápido crecimiento de la tumoración y el 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 linfangioma 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 intestinal.
- Tipo 3: extensión retroperitoneal con compromiso de grandes vasos.
- Tipo 4: multicéntrico con afectación extensa de órganos.

El cirujano resecará completamente la tumoración con márgenes libres, caso contrario, habrá recurrencia. Generalmente el pronóstico es excelente; si existe compromiso de otros órganos como es el intestino delgado, se recomienda extirpar el

segmento intestinal afectado y luego la anastomosis de los cabos proximal y distal. Reportes describen la resección vía laparoscópica, sobre todo en pacientes embarazadas<sup>10</sup>.

En relación a las complicaciones postquirúrgicas, son de diversa naturaleza y gravedad; se cita a la fuga linfática refractaria, retención de líquido linfático o infección. Usualmente ocurren cuando se practica una resección parcial que incluso predispondrá a futuro a una recidiva<sup>11</sup>. Se reporta una recurrencia del 11,8% cuando la resección es total y 53,9% si es parcial<sup>12</sup>, especialmente dentro de los nueve primeros meses postquirúrgicos<sup>13</sup>. Existen alternativas no quirúrgicas sobre todo en estadios de irresecabilidad; está descrita la escleroterapia con químicos (alcohol o ácido acético) siendo evidente su baja efectividad<sup>14</sup> o con fármacos como la bleomicina que tiene alta efectividad.

La bleomicina es un antibiótico antitumoral citotóxico que actúa en el ADN, aplicándose de forma intralesional provoca esclerosis endotelial; se la utiliza cuando la malformación es fácilmente accesible e irresecable y tiene una efectividad del 75%. Como efectos secundarios de su uso se reporta la ulceración y fibrosis pulmonar<sup>15</sup>.

El uso de OK-432, basado en la virulencia de la cepa tipo III de *Streptococcus pyogenes* del grupo A, produce inflamación, destrucción epitelial y contracción cicatricial; su efectividad es 90%. Es considerado actualmente de elección; se reporta como efectos secundarios la presencia de reacción inflamatoria local y fiebre<sup>16</sup>.

El drenaje mediante aguja fina es una opción diagnóstica en el preoperatorio y su uso como tratamiento es cuestionable al lograr mejoría sintomática y transitoria con ulterior recurrencia<sup>17</sup>.

## **Conflictos de Interés**

Ninguno

## **Financiamiento**

Fondos propios

**Bibliografía.**

1. Talarico F, Iusco D, Negri L, Valieri L. Mesenteric cystic lymphangioma treated with laparoscopic excision: case report and review of the literature. *G Chir* 2009; 30(8/9):362-364.
2. Imtiaz W. Mesenteric lymphangioma in adult: a case series with a review of the literature. *Dig Dis Sci* 2009; 54:2758–2762.
3. Viola B, Booij 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. Lenfanjiyomu E, Dil SK. Adult lymphangioma. A rare entity: a report of two cases. *Cilt* 2012; 28(1):80-82.
5. Lin RY, Zou H, Chen TZ, Wu W, Wang JH, Chen XL, et al. Abdominal lymphangioma-tosis in a 38-year-old female: Case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2014; 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;
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; 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* 2013;
12. Hancock BJ, St-Vil D, Luks FI, Di Lorenzo M, Blanchard H. Complications of lymphangiomas in children. *J Pediatr Surg* 1992; 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; 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* 2007; 4:651–654.
15. Kertész Z, Bala G, Bancu S, Gozar H, Virgil G, Horváth E, et al. Bleomycin therapy for lymphangioma. *Chirurgia (Bucur)* 2011; 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; 259(5):274-8.
17. Mansour NM, Salyers WJ. Recurrence of a pancreatic cystic lymphangioma after diagnosis and complete drainage by endoscopic ultrasound with fine-needle aspiration. *JOP* 2013; 10;14(3):280-2.