



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-353 - LINFANGIOMA QUÍSTICO SUBMUCOSO DEL COLON: UNA ENTIDAD RARA CON SÍNTOMAS COMUNES

*Poveda Lasheras, Ignacio; Moya Andia, José Luis; Rico Arrastia, Aida; Arín Palacios, Beñat; Cires Bezanilla, Manuel; Montón Condón, Soledad*

*Hospital García Orcoyen, Estella.*

### Resumen

**Introducción:** Presentación de un caso poco frecuente de cuadros subocclusivos y rectorrágia como es el linfangioma quístico de la pared del colon.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un paciente que consulta en el Servicio de Digestivo por rectorrágias en cantidad moderada. En la colonoscopia realizada se observa una tumoración en colon transverso compatible con un lipoma submucoso por imagen. Inicialmente se realiza únicamente seguimiento en consulta. El paciente refiere episodios repetidos de dolor abdominal y distensión. Se realiza una nueva colonoscopia evidenciando el crecimiento intraluminal de las lesiones antes descritas como lipomas submucosos y que en las biopsias se confirma el diagnóstico anatomo-patológico de linfangioma quístico. Ante el aumento de tamaño significativo de las lesiones, la persistencia de la rectorrágia, la aparición de los síntomas subocclusivos y la no posibilidad de resección endoscópica, se decide la realización de una resección segmentaria del colon transverso.

**Discusión:** Los linfangiomas quísticos intraabdominales son una entidad rara. Corresponden a menos del 5% de todos los linfangiomas. La mayoría de los casos reportados son casos detectados accidentalmente durante una colonoscopia o enema baritado y son confirmados tras el estudio histológico de la lesión resecada. Han sido comunicados pocos casos en la literatura médica y dada su naturaleza benigna generalmente son asintomáticos. Los síntomas más frecuentes son distensión abdominal, dolor abdominal perdida de apetito, diarreas, náuseas y vómitos. Otros síntomas como las melenas, rectorrágias e intususpección son menos frecuentes. El tratamiento de estas lesiones generalmente es la resección endoscópica aunque en tumoraciones mayores de 2 cm la recomendación es la extirpación quirúrgica.