

elementos mesodérmicos presentes en vasos, tejido fibroso y fibras nerviosas del epiplón³. Este trabajo describe un caso de sarcoma del epiplón mayor descubierto tras una laparotomía por un abdomen agudo.

Presentamos el caso de un varón de 38 años de edad, que acudió al servicio de urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal localizado en la fossa ilíaca derecha, de 48 h de evolución, con aumento progresivo en intensidad y sin otra clínica acompañante. A la exploración presentaba dolor selectivo en la fossa ilíaca derecha, con defensa muscular localizada y signo de Blumberg positivo. El hemograma y la radiología de tórax y abdomen fueron normales.

Con el diagnóstico de presunción de apendicitis aguda fue intervenido quirúrgicamente, hallándose apéndice cecal normal y una discreta cantidad de sangre. Ante este hallazgo se realizó laparotomía exploradora, encontrándose un pequeño hematoma en el epiplón mayor, por lo que se realizó resección del segmento de epiplón afectado más apendicectomía. Fue dado de alta a la semana sin complicaciones.

El informe histológico demostró una neoformación hemorrágica de 2,5 cm, situada en el centro de la pieza, y que correspondía a un tumor fusocelular de alto índice mitótico. El inmunofenotipo era acorde con un origen mesodérmico y hábito fibroblástico: sarcoma fusocelular de alto grado.

Tras comentar el caso con los servicios de oncología y anatomía patológica se decidió, si se confirmaba su origen primario, omentectomía y quimioterapia según hallazgos.

Tras realizar un estudio de extensión tumoral y no hallar otros focos tumorales se reintervino quirúrgicamente al paciente, no observándose otros hallazgos macroscópicos, y se hizo la omentectomía. El informe anatopatológico no halló restos tumorales.

Seis meses después, tras realizar TC de control, se encontraron 3 masas intraabdominales, en fossa ilíaca y vacío derechos. La biopsia ecodirigida de la masa de fossa ilíaca informó de citología maligna para tumor mesodérmico peritoneal.

Se inició tratamiento quimioterápico, administrándose un ciclo mensual durante 4 meses de ifofosfamida. La TC posterior demostró la persistencia de las 3 masas, aunque con importante disminución de su tamaño. La radiología de tórax fue normal.

Tras el cuarto ciclo de quimioterapia se decidió cirugía, que se realizaba un año después de la omentectomía, hallándose 3 pequeños nódulos de 2-3 cm, situados en el hemiabdomen derecho. La anatomía patológica no detectó signos de malignidad. Se administraron posteriormente dos nuevos ciclos de quimioterapia siguiendo la misma pauta. En la TC posterior de control no se objetivaron lesiones nodulares.

El paciente presentó nueva recidiva 5 meses después de finalizar el tratamiento quimioterápico, en forma de masa que infiltraba y dependía de pared anteroinferior del antró y el cuerpo gástrico, de crecimiento gastrocólico, y otras dos de pequeño tamaño en ileon, no siendo resecables quirúrgicamente, por lo que se inició tratamiento de segunda línea con adriamicina, apareciendo posteriormente metástasis hepáticas. El paciente falleció 2 años después del diagnóstico inicial.

Los tumores del epiplón mayor son extremadamente raros y habitualmente de estirpe maligna, sarcomas de distintos tipos histológicos. Macroscópicamente distinguimos una forma circunscrita, irregular e hipervasculizada y una forma difusa, nodular⁴.

Estos tumores pueden aparecer a cualquier edad, pero son más frecuentes por encima de los 40 años, no existiendo apenas diferencias entre sexos¹.

Las lesiones de pequeño tamaño no suelen tener traducción clínica¹. Sólo los tumores de cierto volumen se acompañan de cierta sintomatología. Los síntomas son habitualmente dolor abdominal y una masa palpable, superficial y periumbilical. En ocasiones puede existir distensión abdominal, ascitis, pérdida de peso e incluso edema de miembros inferiores^{1,5}.

El tratamiento debe consistir en la omentectomía total, porque existe la posibilidad de que existan metástasis microscópicas^{1,3}. La quimioterapia puede ser una terapéutica coadyuvante, en particular en las formas indiferenciadas.

En conjunto, el pronóstico de estos tumores es malo. Las metástasis a distancia son raras¹. Las metástasis locales peritoneales son más frecuentes⁴ y van ligadas generalmente a una siembra en el momento de la intervención inicial; ellas justifican actos quirúrgicos iterativos que en ocasiones son coronados con éxito. La supervivencia media es del 10-20% a los 2 años de la escisión quirúrgica¹. La razón de este grave pronóstico no está clara, porque sólo una minoría de los pacientes tiene metástasis en el momento del diagnóstico.

**E. Hernando Almudí, F.J. Blanco González,
J.L. García Calleja, C. Ballester Cuenca y F. del Río Marco**

Servicio de Cirugía General B.
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Bibliografía

1. Schwartz RW, Reames M, McGrath PC, Letton RW, Applegay G, Kennedy DE. Primary solid neoplasm of the greater omentum. *Surgery* 1991; 109: 543-549.
2. Stout AP, Cassel C. Hemangiopericytoma of the omentum. *Surgery* 1942; 11: 578-581.
3. Mahon DE, Carp NZ, Goldhahn RT, Schmutzler RC. Primary leiomyosarcoma of the greater omentum: case report and review of the literature. *Am Surg* 1993; 59: 160-163.
4. Siksik JM, Wind PH, Cugnenc PH, Francoual GN. Pathologie du gran epiplon - Editions Techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Estomac - Intestin, 9039 A¹⁰, 10-1990, 4p.
5. Okajima Y, Nishikawa M, Ohi M, Fukumoto Y, Kuroda K, Shimomukai H. Primary liposarcoma of the omentum. *Postgrad Med J* 1993; 69: 157-158.

Linfangioma quístico de epiplón menor

Sr. Director:

El linfangioma debe ser considerado como el análogo linfático del hemangioma. Se localiza con preferencia en el triángulo posterior del cuello, tras el músculo esternocleidomastoideo, y es aparente en el momento del nacimiento o dentro de los primeros 2 años de vida¹. Después del predominio de la localización cervical (75%), pueden encontrarse en axila (20%), y el 5% restante se desarrolla en otras regiones como el mediastino, el retroperitoneo, la cavidad pélvica y la ingle². Su frecuencia real en localización abdominal está probablemente subestimada, a pesar de que el número de casos detectados en la actualidad.



Fig. 1. Pieza operatoria.

dad está en aumento, especialmente con la ecografía rutinaria en el período prenatal³.

Al comprobar la rareza de nuestro caso, e incitados por la publicación de algunos más en los últimos números de *CIRUGÍA ESPAÑOLA*^{4,5}, consideramos interesante su comunicación.

Presentamos el caso de una mujer de 23 años, sin antecedentes de interés, en que tras acudir al ginecólogo por molestias inespecíficas, se objetiva en ecografía de control una tumoración quística intrabdominal. A la exploración se detecta un discreto aumento de volumen abdominal, asimétrico, con sensación de masa hipogástrica. La ecografía abdominal informa de una lesión quística ovalada, de 16 cm, parcialmente tabicada, y la TC describe una tumoración pélvica de carácter quístico, de 5 × 8 × 20 cm, que parece depender de epiplón mayor, así como lesión omental de 3 × 4 × 6 cm adyacente a la curvadura menor gástrica.

Mediante laparotomía supra e infraumbilical, se halla una gran tumoración quística multilobulada que depende del ligamento gastrohepático. Se diseña a lo largo de la curvadura menor hasta su origen yuxtacardial, con exéresis completa de la misma (fig. 1).

El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias, siendo alta hospitalaria al quinto día de la intervención. Reingresa una semana tras el alta por cuadro de vómitos y deshidratación con fracaso renal prerrenal, que cede con reposo digestivo y suero-terapia. Tras 2 años de evolución la paciente se encuentra asintomática y reincorporada a su vida laboral desde el primer mes postoperatorio.

El linfangioma es una tumoración blanda, multilocular, que contiene un líquido claro. Sus paredes están compuestas por tejido fibroso, linfático, vasos sanguíneos y músculo liso, y su pared interior tapizada por endotelio. Las manifestaciones clínicas dependen de su tamaño, localización y movilidad y, en la mayoría de los casos, se detecta durante un examen rutinario, como en nuestra paciente. Suele presentarse en adultos jóvenes, y se relaciona con molestias abdominales periódicas difusas previas, sensación de plenitud o de presión en el abdomen sobre todo después de ingerir alimentos, que aparecen más pronto cuando el tumor está situado cerca del intestino, así

como masa palpable abdominal. En algunos casos se ha descripto abdomen agudo por volvulación y dolor por hemorragia o inflamación del quiste^{3,6}.

Las radiografías de contraste son útiles para el diagnóstico cuando la masa produce compresión y desplazamiento visceral. La calcificación es sugestiva de dermoide o un teratoma. Las técnicas de imagen son, en la actualidad, los medios más útiles para el diagnóstico. Mediante ecografía se puede apreciar la naturaleza quística del tumor, y su carácter tabicado. La TC determina, como en nuestro caso, con más exactitud el tamaño, situación y relaciones de la masa, y en ocasiones la naturaleza del contenido. La resonancia magnética demuestra en la mayoría hipointensidad en T1 (similar o inferior al músculo adyacente) e hiperintensidad en T2, por el contenido líquido. En algunos casos la aparición de hiperseñal en T1 y T2 así como la alternancia de hiper-hiposeñal en T2 sugiere la presencia de hemorragia intraquística. Los septos aparecen como bandas hipointensas en T2^{7,8}. Algunos autores preconizan el uso de la laparoscopia diagnóstica, basándose en que, incluso mediante ella, se puede llegar a la exéresis más completa del quiste^{9,10}.

La escisión quirúrgica es el único tratamiento. Se extirpan mediante enucleación o excisión local. A menudo es necesaria la resección en continuidad con el intestino adyacente, o la exéresis parcial debido a adherencias a grandes vasos. El pronóstico es excelente¹⁰.

J.C. Gómez Rosado, M.C. Delgado Jiménez, E. Gordillo Urízal, J. Ayarra Jarne, L. Gómez Bujedo y J.M. Sánchez Blanco

Servicio de Cirugía General y Digestiva
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Bibliografía

1. Gimeno-Aranguez M, Colomar Palmer P, González Medeiro Y, Ollero Caprani JM. Aspectos clínicos y morfológicos de los linfangiomas infantiles: revisión de 145 casos. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 25-28.
2. Pérez C, Martín E, Ellacuría F, Sabas JA. Linfangiomas quísticos retro-peritoneales. *Cir Esp* 1997; 61: 133-135.
3. Scheye T, Aufauvre B, Vanneuville G, Vincent G, Goddon R, Dechelotte P. Lymphangiomes kystiques abdominaux chez l'enfant. A propos de six observations. *J Chir* 1994; 131: 27-33.
4. Martín Fernández J, López Pérez R, López Buenadicha A, Ramírez Ángel JM, Cubo Cintas T, Hernández Calvo J. Linfangioma esplénico. *Cir Esp* 1999, 66: 473-474.
5. Souto JL, Frieyro O, Díaz-Miguel M, Ramos F, Turrión F, San Román Terán JM. Dos casos de linfangioma quístico de localización e inicio extraórgano. *Cir Esp* 1999; 66: 564-565.
6. Ronning G, Eide TJ, Lindal S. Cystic lymphangioma of the mesentery. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994; 114: 793-794.
7. Ito K, Murata T, Nakanishi T. Cystic lymphangioma of the spleen: MR Findings with pathologic correlation. *Abdom Imaging* 1995; 20: 82-84.
8. Iyer R, Eftekhar F, Varma D, Jaffe N. Cystic Retroperitoneal lymphangioma: CT, ultrasound and MR Findings. *Pediatr Radiol* 1993; 23: 305-306.
9. Takeuchi Y, Fujinami S, Kitawaka S, Shiro T, Fujii T, Fukui Y et al. Laparoscopic observations of retroperitoneal cystic lymphangioma. *J Gastroenterol Hepatol* 1994; 9: 198-200.
10. Vara-Thorbeck C, Salvi Martínez M, Toscano Méndez R, Herrainz R. Linfangiomas quísticos intestinales. *Rev Esp Enferm Dig* 1994; 86: 764-766.