

Linfangioma mesentérico

Ana María García, Francisco José Conde, José Ángel Gómez, José Granados, Antonio Nevado, Antonio Uceda y Juan Diego Jaén

Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (Ephag). Andújar. Jaén. España.

Resumen

Los tumores primarios originados en las hojas mesentéricas constituyen una entidad poco frecuente en el adulto y se originan por un defecto en el desarrollo de los linfáticos mesentéricos, creando espacios cerrados en los que se acumula contenido linfático. Aproximadamente dos tercios de los tumores mesentéricos se localizan en el meso del intestino delgado y, con menos frecuencia, en el mesocolon transversal y en el mesosigma. Clínicamente se manifiestan como sensación de plenitud o dolor abdominal. El pronóstico de las tumoraciones quísticas tras una adecuada extirpación es excelente.

Presentamos el caso de un paciente varón que presentaba una gran tumoración centroabdominal.

Palabras clave: *Linfangioma. Mesenterio. Quiste.*

MESENTERIC LYMPHANGIOMA

Primary tumors originating from the leaves of mesentery are a rare entity in adults and are thought to arise from developmental defects in mesenteric lymphatics, creating closed spaces within which fluid accumulates. Approximately two-thirds of mesenteric tumors are located in the mesentery of the small intestine and they are less frequently located in the transverse or sigmoid mesocolon. Patients usually present with a sensation of fullness or abdominal pain. Prognosis after adequate excision of cystic tumors of mesentery is excellent. We report the case of a male patient with a giant central abdominal mass.

Key words: *Lymphangioma. Mesentery. Cyst.*

Introducción

El linfangioma abdominal es una malformación de los linfáticos mesentéricos o retroperitoneales, que pierden la comunicación con el resto del sistema linfático¹. Tillaux realizó por primera vez en 1880 la resección de una masa quística en el mesenterio².

Se localizan en cualquier región del mesenterio gastrointestinal, aunque con mayor frecuencia se presentan en el intestino delgado (en el íleon casi un 45%)³. Representan el 2% de las lesiones benignas del intestino delgado y muy raramente se transforman en malignos.

Con frecuencia son asintomáticos y suelen iniciarse con clínica inespecífica, como dolor abdominal, distensión o vómitos. En ocasiones se presentan como una masa abdominal palpable⁴.

El diagnóstico de elección es la ecografía⁵, en la que se determina su consistencia y contenido. El estudio debe ser completado con otras pruebas de diagnóstico mediante imagen, como TC o RMN, que nos proporcionan información de la localización, el tamaño y las relaciones con los órganos vecinos⁶. El tratamiento recomendado es la exéresis quirúrgica. Pueden ocasionar complicaciones, entre las que se incluyen obstrucción intestinal, hemorragia intraquística, infección, rotura o torsión.

Caso clínico

Varón de 46 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acudió a la consulta por cuadro de dolor y aumento del perímetro abdominal, sin otra sintomatología acompañante. En la exploración se detectaba una ocupación centroabdominal bien delimitada, no dolorosa a la palpación. Se le realizó una TC, que demostró una gran masa quística de 23 x 16 cm inframesocólica, que se extendía desde arteria mesentérica superior hasta la pelvis y que producía un desplazamiento lateral e inferior de las asas de intestino delgado y un desplazamiento craneal del colon transversal. La masa estaba delimitada por una pared fina y su densidad era homogénea (fig. 1). Tras el estudio preoperatorio, el paciente fue intervenido y se halló un quiste mesentérico ocupado por unos 2.500 ml de líquido quiloso, con base de implantación en el

Correspondencia: Dra. A.M. García Cabrera.
Isaac Peral, 17, 3.º C. 23700 Linares. Jaén. España.
Correo electrónico: anam.gc@terra.es

Aceptado para su publicación en mayo de 2003.

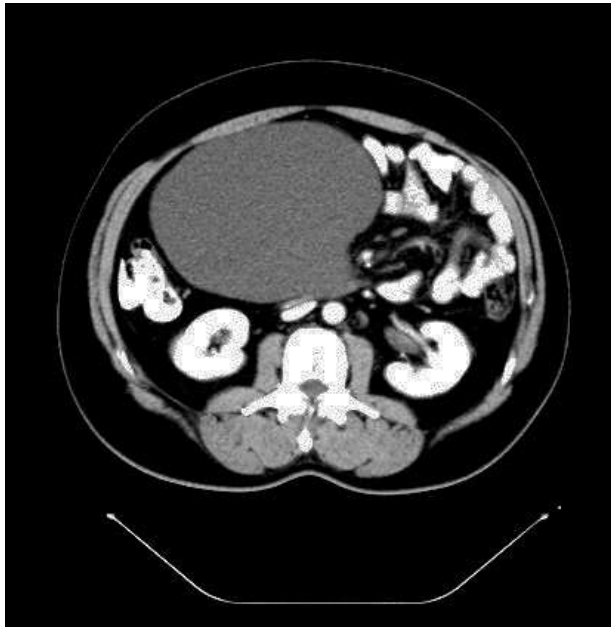


Fig. 1. Gran masa quística que contacta con la raíz de mesenterio produciendo un desplazamiento lateral de las asas del intestino delgado.

mesenterio del yeyuno. Se realizó una enucleación de dicha formación y cierre del peritoneo visceral que recubría el mesenterio. La evolución posquirúrgica fue favorable, siendo dado de alta hospitalaria al cuarto día postoperatorio. El diagnóstico anatomopatológico fue de linfangioma mesentérico. El estudio microscópico reveló unas cavidades recubiertas por endotelio aplanado rodeadas por fascículos de músculo liso y agregados linfoides.

Discusión

Los linfangiomas intraabdominales constituyen una patología poco frecuente que, en la mayoría de los casos, está presentes antes de los 5 años de edad, aunque en el 75% de las ocasiones se manifiestan en la edad adulta. De acuerdo con sus características histopatológicas y técnicas inmunohistoquímicas se pueden distinguir quistes de origen endotelial (predominan en niños menores de 12 años) y quistes mesoteliales (más frecuentes en adultos). Su incidencia se calcula en uno de cada 140.000 ingresos hospitalarios⁷.

El linfangioma quístico está compuesto de células endoteliales que forman paredes delgadas que contienen tejido linfático y músculo liso. Los quistes mesentéricos, por el contrario, carecen de músculo liso y espacios lin-

fáticos, siendo el epitelio de tipo columnar. En el diagnóstico diferencial debemos considerar otras formaciones quísticas localizadas en el ovario, el páncreas, el bazo, el riñón o el hígado, así como hidronefrosis o ascitis. En menos de un 10% de los casos las lesiones son difusas y presentan un aspecto similar a la carcinomatosis peritoneal. En la mayoría de las ocasiones pueden ser separados en su totalidad de las hojas mesentéricas, aunque a veces es necesario realizar una resección intestinal para asegurar que el aporte sanguíneo al intestino no esté comprometido⁸. Si la enucleación o la resección no son posibles debido a la situación anatómica del quiste, la tercera opción es la escisión parcial con marsupialización hacia la cavidad abdominal, con previa esclerosis con electrocauterio, solución de glucosa al 10% o doxiciclina⁹. La escisión parcial aislada no está indicada debido a la alta tasa de recurrencia. El linfangioma presenta una mayor tendencia a la recidiva y al crecimiento infiltrante que el quiste mesentérico, lo que condiciona el pronóstico de la enfermedad. Se han comunicado varios casos clínicos en los que se ha realizado con éxito el abordaje laparoscópico para la resección de este tipo de tumoraciones^{10,11}, aunque es imprescindible realizar el diagnóstico preoperatorio para evitar el riesgo de diseminación en caso de lesión maligna.

Bibliografía

1. Morger R, Bolliger B, Muller M. Abdominal lymphangioma in chilhood. Das abdominale Lymphangiom in Kindesalter. Case Report. *Pediatric Patol* 1990;26:31.
2. Millard ALJ, Tillaux PJ. Kyste du Mesentere chez un homme ablation par la gastrotomie. *Guerison Bull l'Acad Med Paris* 1880;17:831-40.
3. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg* 1986;203:109-12.
4. Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts. *Pediatr Surg* 1998; 1269-75.
5. Chou YH, Tiu CM, Lui WY. Mesenteric and omental cysts: an ultrasonographic and clinical study of 15 patients. *Gastrointestinal Radiol* 1991;16:311-4.
6. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. *Arch Surg* 1984;119:838-42.
7. Takiff H, Calabria R, Yin L. Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. *Arch Surg* 1985;120:1266-9.
8. Feins NR, Raffensperger JG. Cystic hygroma, lymphangioma and lymphedema. *Swenson's Pediatric Surgery*. 5th ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1990; p. 172-3.
9. Martinot V, Descamps S, Février P, Patenotre P, Breviere JM, Piette F, et al. Evaluation du traitement des lymphangiomes kistiques par injection percutanée d'Ethibloc® chez 20 patients. *Arch Pédiatr* 1997;4:8-14.
10. Mabrut JY, Grandjean JP, Henry L, Chappuis JP, Partensky C, Barth X, et al. Les lymphangiomes kistiques du mésentere et du mésocôlon. *Prise en charge thérapeutique. Ann Chir* 2002;(127):343-9.
11. Mason JE, Soper NJ, Brunt M. Laparoscopic Excision of mesenteric cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001;11:382-4.