

como el que describimos anteriormente, los síntomas de presentación son colapso hemodinámico, hemoperitoneo o hemorragia gastrointestinal.

Algunos factores en relación con el riesgo de rotura son: presentar múltiples aneurismas viscerales, etiología no arteriosclerótica, PAN o displasia fibromuscular y el tamaño aneurismático (≥ 2 cm)^{2,5}. Actualmente, no hay consenso respecto a las indicaciones de tratamiento.

En relación con el tratamiento quirúrgico^{3,6}, los aneurismas que se sitúan próximos a la arteria gastroduodenal pueden ser tratados mediante ligadura, exclusión y aneurismectomía con bajo riesgo de necrosis hepática. Sin embargo, cuando el aneurisma se sitúa distal a la arteria gastroduodenal, es necesario mantener el flujo arterial hepático por medio de material autólogo, anastomosis esplenohéptica, aortohepática o reimplantación de la arteria gastroduodenal.

Durante la cirugía es esencial mantener parte del flujo arterial hepático para mantener la viabilidad hepática. A través de la arteria gastroduodenal se consigue que sangre arterial procedente de la arteria mesentérica superior revascularice el hígado. En caso de aneurismas intrahepáticos, la hepatectomía de los segmentos afectados y la ligadura de las ramas arteriales son bien toleradas.

Una alternativa a la cirugía es la embolización percutánea. Riesenman et al⁴ describen el caso de una paciente de 78 años con múltiples aneurismas intrahepáticos rotos (el mayor de 2,3 cm) tratados de forma exitosa con embolización percutánea.

La embolización se describe como la técnica de elección en el tratamiento de aneurismas intrahepáticos y pacientes con alto riesgo quirúrgico y anestésico. Sin embargo, la técnica no está extenta de complicaciones y actualmente no hay estudios amplios.

En nuestro paciente, el tamaño del aneurisma > 7 cm y el colapso hemodinámico mantenido con hemoperitoneo > 8 l descartaban la posibilidad de tratamiento endovascular.

Los aneurismas de la arteria hepática presentan una baja incidencia, con gran riesgo de rotura. Pese al desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento percutáneo, la mortalidad continúa siendo muy elevada y, en los casos más graves, sólo 1 de cada 5 pacientes sobrevive.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esteban-García C, Pérez-Ramírez P, Martorell-Lossius A, et al. Aneurismas de las arterias viscerales. *Cir Esp.* 2005;78:246-50.
2. Puppo MA, Pareja F, Muñoz J, et al. Aneurisma de la arteria hepática. *Cir Esp.* 2006;81:348-50.
3. Arneson MA, Stephen Smith R. Ruptured hepatic artery aneurysm: case report and review of literatura. *Ann Vasc Surg.* 2005;19:540-5.
4. Riesenman RJ, Bower TC, Oderich GS, et al. Multiple hepatic artery aneurysm: use of transcatheter embolization for rupture. *Ann Vasc Surg.* 2006;20:399-404.
5. Abas M, Fowl RJ, Stone MW, Panneton JM, Odelburg WA, Bower TC, et al. Hepatic artery aneurysm: Factors that predict complications. *J Vasc Surg.* 2003;38:41-5.
6. Chirica M, Alkofer B, Sauvanet A, Vullierme MP, Levy Y, Belghiti J. Hepatic artery ligation: a simple and safe technique to treat extrahepatic aneurysms of the hepatic artery. *Am J Surg.* 2008;196:333-8.

M. José Cases-Baldó^{a,*}, M.^a Pilar Guillen-Paredes^a,
Alfredo Moreno-Egea^a, Silvia Torres-Del Río^b y Jose
Luis Aguayo-Albasini^a

^aServicio de Cirugía General y Digestivo, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

^bServicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjcases@yahoo.es
(M.J. Cases-Baldó).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.10.014

Peritonitis por rotura espontánea de linfangioma quístico mesentérico

Peritonitis due to a spontaneous rupture of a mesenteric cyst lymphangoma

El linfangioma quístico mesentérico es un tumor benigno de origen congénito, poco frecuente y de predominio en la edad pediátrica¹. Suele ser asintomático y se diagnostica, como hallazgo casual, en las pruebas de imagen realizadas por otra causa. En ocasiones, puede dar manifestaciones clínicas y

presentarse como masa abdominal palpable, oclusión intestinal o signos de irritación peritoneal².

Presentamos el caso de un varón de 19 años, alérgico a penicilinas y derivados, intervenido por estenosis hipertrófica de píloro en la infancia.

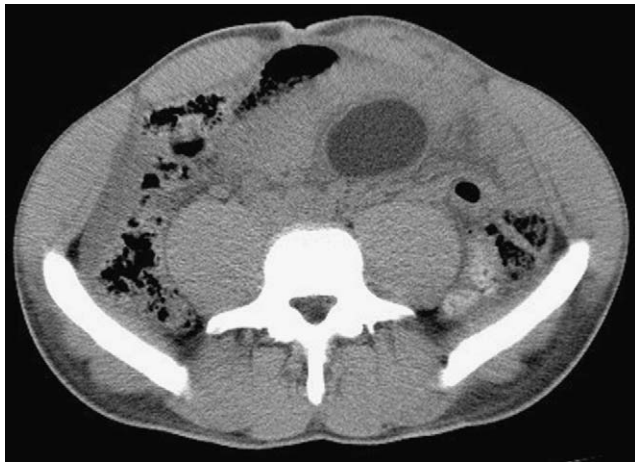


Figura 1 – Masa quística de 5 cm de densidad grasa.

El paciente acudió a urgencias con clínica de dolor abdominal intenso de 24 h de evolución y fiebre. A la inspección general impresiona de gravedad, y en la exploración presenta dolor abdominal difuso, más intenso en hipogastrio y fosa ilíaca derecha (FID), con defensa involuntaria y signos de irritación peritoneal. Los resultados de la analítica de urgencias se encuentran dentro de la normalidad. En la radiografía de abdomen no se aprecian signos de obstrucción o neumoperitoneo. En la tomografía computarizada (TC) se observa abundante líquido libre subhepático, en el canal paracólico derecho y FID. No se visualiza apéndice ni gas ectópico. Informan de una masa quística de 5 cm de diámetro, de paredes finas y densidad grasa. Se localiza entre asas yeyunales y es compatible con linfangioma quístico, que no parece estar complicado (fig. 1).

Con el diagnóstico de abdomen agudo de etiología no filiada, se decide realizar una laparoscopia exploradora, que se convierte a laparotomía porque la dilatación de asas de intestino delgado y un abundante líquido de aspecto lechoso impedían una buena visualización. Al inspeccionar la cavidad abdominal evidenciamos, además del líquido blanquecino, una tumoración quística perforada en un área pequeña de unos 0,5 cm, y adherida a un asa de yeyuno (fig. 2). Se realizó la exéresis completa del quiste, lavado de la cavidad abdominal con suero fisiológico y drenaje tipo Penrose en fondo de saco de Douglas. El postoperatorio del paciente cursó sin complicaciones, y se le dio el alta al quinto día.

Los linfangiomas quísticos mesentéricos son lesiones intraabdominales raras de etiología poco conocida. Su aparición es más frecuente en niños, lo que apunta a un origen congénito. Algunos autores opinan que se deben a errores en el desarrollo embriológico del sistema linfático y venoso con la aparición de *shunts* entre ambos^{3,4}. Sin embargo, otros piensan que no son congénitos y aparecen como consecuencia de traumatismo intestinal⁵, cirugía previa o radioterapia.

Si producen síntomas, suelen presentarse en la infancia como cuadros de oclusión intestinal por invaginación o vólvulo. En adultos, pueden dar síntomas en forma de distensión abdominal, masa palpable, cuadros suboclusivos de repetición u originar abdomen agudo por oclusión abdominal o rotura quística con los consecuentes signos de irritación peritoneal³.

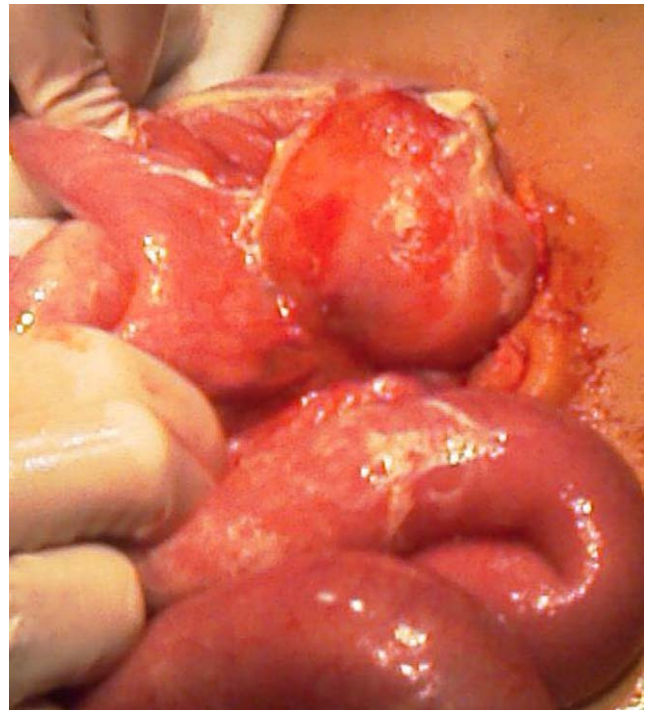


Figura 2 – Quiste mesentérico perforado.

Para su diagnóstico son muy importantes las pruebas de imagen como la ecografía o la TC, donde se describen las dimensiones, características del tumor y si hay alguna complicación concomitante, hecho que aconteció en nuestro caso. En ocasiones, se requiere una laparoscopia o una laparotomía exploradora para exéresis del linfangioma mesentérico y estudio anatomopatológico con el fin de filiar la etiología.

Aunque la mejor opción es la resección del linfangioma, en alguna ocasión se requiere de resección intestinal por estar infiltrada la pared o la vascularización del segmento digestivo de vecindad⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prabhakaran K, Patankar JZ, Loh DL, Ahamed Faiz Ali MA. Cystic lymphangioma of the mesentery causing intestinal obstruction. *Singapore Med J.* 2007;48:e265-7.
2. Weeda WB, Booij KA, Aronson DC. Mesenteric cystic lymphangioma: a congenital and an acquired anomaly? Two cases and a review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2008;43:1206-8.
3. Chen CW, Hsu SD, Lin CH, Cheng MF, Yu JC. Cystic lymphangioma of the jejunal mesentery in an adult: A case report. *World J Gastroenterol.* 2005;11:5084-6.
4. Morgan K, Ricketts RR. Lymphangioma of the falciform ligament—A case report. *J Pediatr Surg.* 2004;39:1276-9.
5. Ekç B, Ayan F, Gürses B, et al. Ruptured mesenteric cyst: a rare presentation after trauma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2007;13:74-7.
6. Rieker RJ, Quentmeier A, Weiss C, et al. Cystic Lymphangioma of the small-bowel mesentery. Case report and a review of the literature. *Pathol Oncol Res.* 2000;6:146-8.

Pablo Aragón^{a,*}, Rafael Alós^a, Carlos Flors^a, María Caballero^b y Félix Checa Ayet^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de Sagunto, Valencia, España

^bServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital la Fe, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pauara@gmail.com (P. Aragón).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.12.021

Cirugía radical de un timoma gigante de mediastino

Radical surgery of a giant mediastinal thymoma

Las neoplasias tímicas son los tumores más frecuentes del mediastino anterior en adultos. La resección quirúrgica completa es la clave del tratamiento. Sin embargo, en tumores de gran tamaño, localmente avanzados e infiltrantes, sigue existiendo controversia acerca del mejor esquema terapéutico. Presentamos el caso de un paciente de 40 años con un gran timoma en mediastino anterosuperior, en el que se logró una escisión tumoral completa sin necesidad de emplear circulación extracorpórea.

Varón de 40 años, sin antecedentes de interés, que consultó por cuadro catarral persistente, dolor torácico intermitente y disnea a grandes esfuerzos, de varios meses de evolución. En la exploración física destacaba un aumento de la circulación colateral torácica. Se realizó radiografía de tórax que evidenció una gran masa mediastínica. Tanto la tomografía computarizada con contraste intravenoso como la resonancia magnética de tórax (fig. 1) confirmaron la tumoración en el mediastino anterior que desplazaba grandes vasos y corazón, de estructura heterogénea e hipervascularizada. La vena cava superior se encontraba inmersa en la masa desde la desembocadura de la vena ácigos hasta el confluente yuguloclavio. Los análisis de laboratorio, incluidos los marcadores tumorales, fueron normales. Asimismo, la exploración funcional respiratoria fue normal. Se realizó una broncoscopia que evidenció una compresión extrínseca del tercio distal de la tráquea, carina y árbol bronquial derecho. La punción aspirativa transtorácica reveló un timoma tipo AB (clasificación de la OMS)¹.

Con esta información clínica, se remite al paciente a nuestra unidad, donde se indicó la resección quirúrgica como mejor tratamiento; el abordaje fue una toracotomía bilateral transesternal por cuarto espacio intercostal. Se objetivó una gran tumoración con adherencias densas al lóbulo superior derecho y al lóbulo medio, que englobaba la vena cava superior, el confluente venoso y la vena innominada. Tras la apertura del pericardio y comprobarse la integridad de la aurícula derecha, se realizó una cuidadosa disección de la vena cava superior (fig. 2), liberándola en toda su longitud; luego se extirpó la tumoración en bloque y sin necesidad de asistencia circulatoria. El análisis de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de timoma tipo AB, de 1.725 g de peso y superficie multinodular, completamente encapsulado y con bordes de resección libres de tumor (estadio I de Masaoka)². En el postoperatorio cabe destacar la aparición de

un episodio de fibrilación auricular sin insuficiencia hemodinámica, que revirtió mediante la administración de amiodarona.

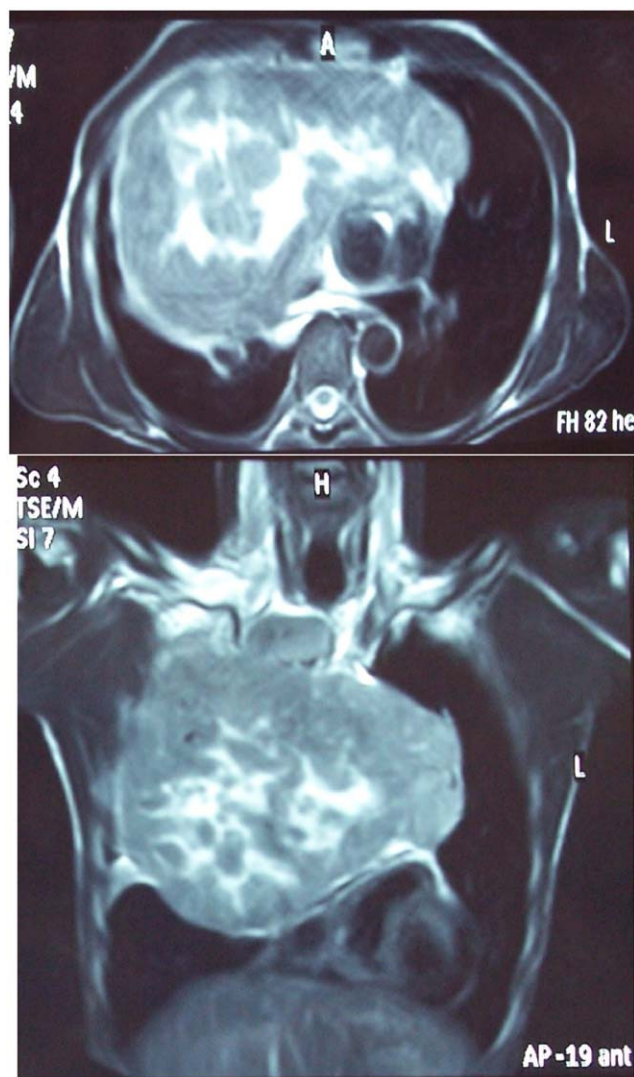


Figura 1 – Resonancia magnética de tórax: masa gigante en mediastino anterosuperior. La vena cava superior está englobada en el tumor, el cual tiene efecto masa en la silueta cardíaca.