

2. Hillard P, Seeds J, Cefalo R. Disseminated herpes simplex in pregnancy: Two cases and a review. *Obstet Gynecol Surg*. 1982;37:449-53.
3. Farr RW, Short S, Weismann D. Fulminant hepatitis during herpes simplex virus infection in apparently immunocompetent adults: Report of two cases and review of the literature. *Clin Infect Dis*. 1997;24:1191-4.
4. Miyazaki Y, Akizuki S, Sakaoka H, Yamamoto S, Terao H. Disseminated infection of herpes simplex virus with fulminant hepatitis in a healthy adult: A case report. *APMIS*. 1991;99:1001-7.
5. Chase RA, Pottage Jr JC, Haber MH, Kistler G, Jensen D, Levin S. Herpes simplex viral hepatitis in adults: Two case reports and review of the literature. *Rev Infect Dis*. 1987;9:329-33.
6. Kaufmann B, Gandhi SA, Louie E, Rizzi R, Illei P. Herpes simplex virus hepatitis: Case report and review. *Clin Infect Dis*. 1997;24:334-8.
7. Lasserre M, Huguette C, Terno O. Acute severe herpes simplex hepatitis with virus-associated hemophagocytic syndrome in an immunocompetent adult. *J Hepatol*. 1993;18:256-7.
8. Tronconi GM, Mariani B, Pajno R, Fomasi M, Cococcioni L, Biffi V, et al. Acute liver failure due to human herpesvirus 6 in a infant. *Pediatr Med Chir*. 2012;34:229-33.
9. Catoggio C, Alvarez-Uría A, Fernandez PL, Cervera R, Espinosa G. Catastrophic antiphospholipid syndrome triggered by fulminant disseminated herpes simplex infection in a patient with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2012;21:1359-61.
10. Wind L, van Herwaarden M, Sebens F, Gerding M. Severe hepatitis with coagulopathy due to HSV-1 in an immunocompetent man. *Neth J Med*. 2012;70:227-32.

Cristina González-Puga, Antonio Palomeque-Jiménez\*, Pedro Luis García-Saura, Jesús García-Rubio y José Antonio Jiménez-Ríos

*Hospital Universitario San Cecilio, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Granada, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [apalomeque2002@hotmail.com](mailto:apalomeque2002@hotmail.com)

(A. Palomeque-Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.12.002>

## Linfangioma quístico mesentérico gigante como hallazgo incidental en adulto joven



### Giant mesenteric cystic lymphangioma as an incidental finding in a young adult

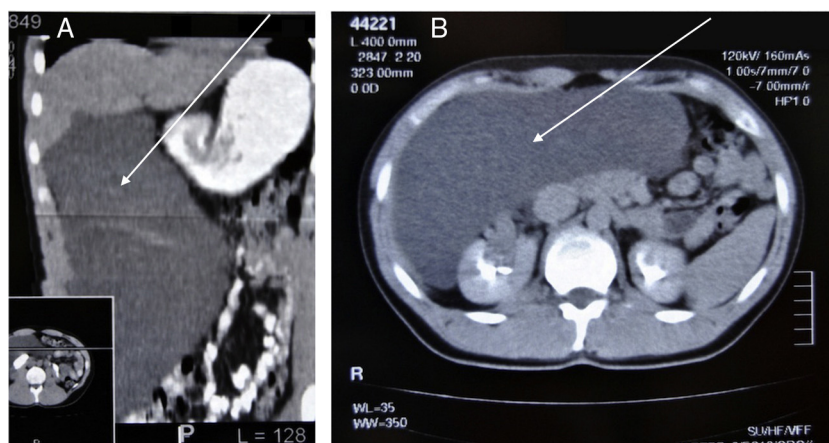
El linfangioma quístico es una neoformación benigna caracterizada por la proliferación del endotelio de los espacios linfáticos. Se trata de una malformación congénita más que de un verdadero tumor linfático, de ahí que se presente con mayor frecuencia en la edad pediátrica<sup>1</sup>. La localización abdominal es infrecuente, siendo más frecuente en la región cabeza-cuello y en la axila<sup>1,2</sup>.

Se presenta un caso de un varón de 24 años con antecedentes personales de cirugía por reflujo ureterovesical a los 5 años de edad que, estando totalmente asintomático

y tras realizarse una ecografía abdominal para un examen médico rutinario de empresa, se visualizó una colección líquida o formación quística de unos 25 cm de diámetro localizada en el espacio pararenal derecho, que cruza la línea media y se extiende hasta la zona pélvica. El estudio se completó con una urografía, que descarta un urinoma, y con una tomografía axial computarizada abdominal, que confirma la existencia de una cavidad quística gigante de 35 × 20 × 11 cm, sin septos internos, sugerente de linfocèle, linfangioma quístico o quiste mesentérico simple (fig. 1).

El paciente es intervenido por laparotomía media, realizándose exéresis total de dicha tumoración quística, que se origina del mesenterio y se encuentra íntimamente adherida a estructuras de los órganos y las estructuras vecinas.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones, siendo dado de alta los 5 días y permaneciendo asintomático al año y medio y sin recidiva en las pruebas de imagen realizadas.



**Figura 1** En la imagen TC se observa una gran lesión quística que desplaza el resto de estructuras intraabdominales.

El diagnóstico histológico definitivo fue de linfangioma quístico mesentérico.

El linfangioma quístico es una neoformación benigna congénita caracterizada por la proliferación del endotelio de los espacios linfáticos, lo que explicaría su mayor frecuencia en la edad pediátrica<sup>1</sup>. Se localiza generalmente en las regiones de la cabeza y del cuello durante los primeros años de la vida, siendo la localización en el mesenterio del intestino delgado algo excepcional (menos del 1% de los casos), así como su diagnóstico en la edad adulta<sup>2</sup>.

Muchos pacientes pueden ser asintomáticos, dependiendo del tamaño de la lesión, y ser diagnosticados incidentalmente durante un examen abdominal por otra causa, como ocurrió en nuestro caso. Nuestro caso es llamativo el que fuera asintomático por el gran tamaño que presentaba. En los casos sintomáticos la clínica suele ser anodina, con signos inespecíficos, o presentarse como un cuadro de abdomen agudo por complicación de la lesión (sangrado, perforación, infección) o secundario a compresión de estructuras abdominales adyacentes<sup>3-5</sup>.

De utilidad en el diagnóstico son la ecografía, la tomografía axial computarizada y la resonancia nuclear magnética de abdomen<sup>5</sup>.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras lesiones intraabdominales, como son el hemangioma cavernoso, mesoteliomas, tumores pancreáticos y ováricos e incluso el quiste hidatídico peritoneal<sup>6</sup>.

El tratamiento es siempre quirúrgico, realizándose la exéresis completa de la lesión, con buen pronóstico. En los casos en que la resección no ha sido completa, existe riesgo de recidiva<sup>7</sup>.

El diagnóstico definitivo se obtiene con el estudio histopatológico de la pieza de resección quirúrgica.

## Bibliografía

1. Konen O, Rathaus V, Dlugy E, Freud E, Kessler A, Shapiro M, et al. Childhood abdominal cystic lymphangioma. *Pediatr Radiol*. 2002;32:88-94.
2. Rygl M, Snajdauf J, Pycha K, Moravek J, Kodet R, Vondrichova H. Abdominal lymphangiomas in childhood. *Rozhl Chir*. 2000;79:600-12.
3. Hamrick-Turner J, Chiechi M, Abbitt P, Ros P. Neoplastic and inflammatory processes of the peritoneum, omentum and mesentery: Diagnosis with CT. *Radiographics*. 1992;12:1051-68.
4. Alvite Canosa M, Alonso Fernández L, Seoane Vigo M, Pérez Grobas J, Berdeal Díaz M, Bouzón Alejandro A. Linfangioma abdominal en una adolescente. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100:515-22.
5. Mesić M, Cigit I, Zganjer M, Cizmić A, Zupancić B, Madzar Z. Cystic lymphangioma of jejunal mesentery mimicking acute appendicitis: Case report. *Acta Clin Croat*. 2013;52:129-32.
6. De Vries JJ, Vogten JM, de Bruin PC, Boerma D, van de Pavordt HD, Hagendoorn J. Mesenteric lymphangiomatosis causing volvulus and intestinal obstruction. *Lymphat Res Biol*. 2007;5:269-73.
7. Fontirroche Cruz R, González Dalmau L, Barroetabeña Riol Y, Araujo Mejías M. Linfangioma quístico abdominal. A propósito de dos casos pediátricos. *Mediciego*. 2010;16 Supl 1:1-5.

Antonio Palomeque Jiménez\*,  
Francisco A. Herrera Fernández, Salvador Calzado Baeza  
y Montserrat Reyes Moreno

*U.G.C. Cirugía y sus especialidades, Hospital Santa Ana, Motril, Granada, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [apalomeque2002@hotmail.com](mailto:apalomeque2002@hotmail.com)  
(A. Palomeque Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.10.008>

## Tuberculosis pancreática: presentación en forma de pancreatitis con desarrollo de hipertensión portal



### Pancreatic tuberculosis: Presentation in the form of pancreatitis with portal hypertension

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad con alta prevalencia a nivel mundial, que está en aumento en países desarrollados en relación con la inmigración y el mayor uso de inmunosupresores. La TBC abdominal es una de las formas extrapulmonares más frecuentes; sin embargo, la afectación del páncreas es poco habitual y se presenta con manifestaciones inespecíficas que hacen de su diagnóstico un reto en una enfermedad curable con tratamiento farmacológico. Su diagnóstico precoz podría evitar intervenciones invasivas innecesarias, como la laparotomía, al poder simular otros procesos como pueden ser los de origen neoplásico.

Varón caucásico de 27 años de edad que comienza en 2009 con un cuadro de dolor abdominal agudo con hiperamilasemia, por lo que se inicia estudio etiológico ambulatorio

de pancreatitis aguda, descartándose litiasis, alcohol o tóxicos como causas más habituales, así como causas metabólicas, e incluso estudio genético de los genes SPINK1 y PRSS1. Con la realización de una tomografía computarizada (TC) como estudio de imagen, se objetiva un engrosamiento focal de la cabeza pancreática sin formación de clara masa, asociando cavernomatosis portal que parece estar en relación con una complicación del proceso agudo pancreático.

En el estudio de autoinmunidad destaca una determinación aislada de IgG4 de 14.793 UI/ml que en mediciones sucesivas resulta negativa, siendo sugestiva de un error de laboratorio. Sin embargo, ante la sospecha de una posible pancreatitis autoinmune se decide el inicio de un ciclo de corticoides, sin obtenerse franca respuesta clínica.

Con la realización de 2 ecoendoscopias se objetiva un engrosamiento de la cabeza pancreática sugestiva de origen inflamatorio, sin poder obtenerse material suficiente para su análisis histológico en ninguna de las ocasiones. Se realizó inmunohistoquímica de una muestra de mucosa de papila, siendo esta negativa para la determinación de IgG4.

Tras completar 2 ciclos de tratamiento esteroideo, el paciente presenta un empeoramiento del estado general,