

## LINFANGIOMA QUISTICO DEL MESENTERIO (\*)

DIRCEU FALCÃO

Cirujano del INPS y de la Clínica Maceió. Titular de la Sociedad Brasileña de Angiología y del Colegio Brasileño de Cirujanos. Fellow of the Scientific Council of International College of Angiology.

ANTENOR TEIXEIRA LEAL

Jefe de Patología del Servicio de Anatomía Patológica del Estado de Alagoas y de la Clínica Quirúrgica de Maceió.

Maceió-Alagoas (Brasil)

### Introducción

Los quistes linfáticos del mesenterio son muy raros en el amplio campo de la patología intestinal. Aunque muchos autores aceptan una incidencia del 1:100.000 admisiones hospitalarias, **Vaughn** (12) admite que sea del orden de 1:750.000 internados.

En nuestra intensa actividad profesional, en 18 años de práctica quirúrgica y revisando más de 20.000 fichas quirúrgicas de nuestro Servicio, hemos comprobado que éste es el primer caso.

Si bien el primer caso publicado de tumor del mesenterio lo fue por **Beneviene** (3) en 1507, el número de publicaciones internacionales es relativamente pequeño, tanto en descripciones necrópsicas como de hallazgos quirúrgicos. En la literatura nacional el número de trabajos revisados es pobre, encontrando apenas 8 casos de quistes linfáticos del mesenterio en las publicaciones indígenas.

El primer caso publicado en Brasil se debe a **Gesta** (6), quien en 1950 halló un quiste linfático del mesenterio en un paciente de 56 años de edad, tratado con éxito por cirugía. En 1966, **Kunzle** (7) expone el segundo caso en una mujer de 40 años de edad, tratado también con éxito operatoriamente. **Leonardi** (8) en 1972 relata 7 casos de quiste mesentérico, de los cuales 5 eran linfáticos, uno de ellos calcificado y otro con obstrucción intestinal, todos ellos tratados quirúrgicamente. Por último, tenemos el trabajo de **Lopes** (9) quien, tras una revisión de la literatura, añade un caso más de linfangioma quístico del mesenterio aparecido en una niña de 9 años de edad, vista en 1974.

---

(\*) Trabajo efectuado en la «Clínica Cirúrgica de Maceió (Serviço do Dr. Dirceu Falcão). Maceió-Alagoas, Brasil. (Traducido del original en portugués por la Redacción.)

### Patología y clínica

De incidencia preferente por el sexo femenino y por edades entre los 20 y 50 años, se presentan con más rareza entre la raza negra. La sintomatología es variable y depende del volumen, localización y movilidad tumoral. Los signos y síntomas más frecuentes son: dolor, náuseas y vómitos, constipación y despeños diarreicos. Las complicaciones más a menudo observadas son la obstrucción intestinal, roturas quísticas, infecciones y necrosis.

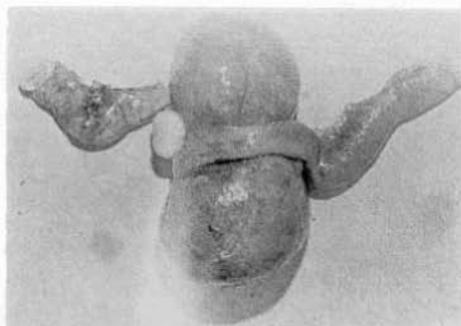


Fig. 1: Tumor mesentérico formando cuerpo con el asa yeyunal, la cual presenta lesiones tróficas.

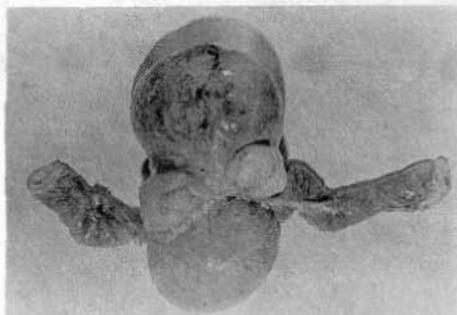


Fig. 2: Pieza operatoria vista por su borde mesentérico, donde se observan numerosos quistes conteniendo linfa.



Fig. 3: Cavidad quística abierta mostrando líquido quiloso y hemorrágico.

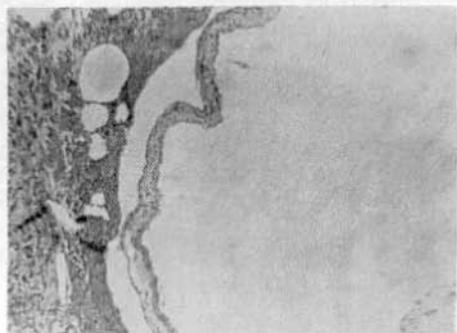


Fig. 4: Microscopía de la pared del quiste mostrando la naturaleza endotelial de su revestimiento interno.

Aunque existen numerosas clasificaciones de los quistes mesentéricos, en nuestro Servicio adoptamos las más simples, entre las cuales la establecida por **Edwig** (4) en 1940 vino a simplificar los propios estudios. Así, este autor consideró los quistes mesentéricos verdaderos o primarios como tumores embriogénicos benignos y los dividió en cuatro tipos: Quiste linfático o quiloso; quiste enterogénico, quiste urogenital y quiste dermoide teratoide.

También en 1940, **Peterson** (10) siguiendo la misma sistemática diferenció los quistes embriogénicos de los secundarios a procesos infecciosos, malignos e hidatídicos.

El diagnóstico diferencial de estos quistes es asequible a través de un cuidadoso examen histológico. Así, la presencia de elementos cutáneos (epidermis y anejos) y el hallazgo de restos de elementos mesonéfricos, metanéfricos o esbozos de glomérulos proporciona la certeza diagnóstica de quistes dermoideos o urogenitales, respectivamente.

Los mayores problemas diagnósticos se presentan cuando se trata de diferenciar el quiste enterógeno del linfangioma quístico. El anatomopatólogo reconoce en el quiste enterógeno una pared muscular lisa bien diferenciada, con dos capas de células formando una lámina sin solución de continuidad; mientras en los quistes linfáticos descritos en la literatura las miocélulas se hallan dispersas en el tejido conectivo y el revestimiento interno de la pared del quiste es de naturaleza endotelial. Estas diferencias histológicas quedan bien resaltadas en los trabajos de **Ford** (5), **Thomson** (11) y **Lopes** (9).

En algunos casos los quistes linfáticos pueden llevar a la obstrucción intestinal por volvo del asa adyacente al quiste, como en los casos de **Baker** (1) y **Leonardi** (8).

Aunque la circulación de los quistes linfáticos sea independiente de la del intestino, no somos tan radicales en la conducta quirúrgica como **Barua** y **Sen** (2) que en 1965 preconizan la enucleación sólo en los quistes linfáticos, reservando las enterectomías para los casos de quistes enterógenos.

### Observación clínica

J. C. S., niña de 4 años de edad, mestiza. Registro 3.841, prontuario 3.542. Ingresó en nuestro Servicio en 17-V-67 con un cuadro clínico de obstrucción intestinal. Preparación preoperatoria breve, seguida de celiotomía exploradora de urgencia.

A la exploración de la cavidad abdominal observamos un voluminoso tumor de mesenterio, que hacía cuerpo con un sector del yeyuno, el cual aparecía torcido sobre su eje y con alteraciones tróficas. Enterectomía del intestino delgado, interesando todo el tumor mesentérico. Anastomosis término-terminal en dos planos. Apendicectomía. Buen curso postoperatorio inmediato. Alta del hospital el 23-V-67.

Examen histológico: Voluminoso tumor multilocular con numerosas cavidades quísticas conteniendo linfa, ocupando un gran sector y haciendo cuerpo con el asa del delgado a través de su borde mesentérico. Asa yeyunal de 50 cm. y con alteraciones tróficas (figs. 1, 2 y 3). Microscópicamente se ven las cavidades quísticas con tejido conjuntivo fibroso ricamente vascularizado. Estructuras lacunares en otras áreas, conteniendo material amorfo y cristales de colesterol en su interior, revestidas por células achatadas. Intestino con alteraciones de necrosis (fig. 4).

Diagnóstico: Linfangioma.

Seguida durante siete años, en el curso de los cuales se efectuaron numerosas radiografías de tórax, abdomen y tubo digestivo, fueron normales en absoluto (figs 5, 6, 7 y 8), exámenes que se practicaron con la única finalidad de

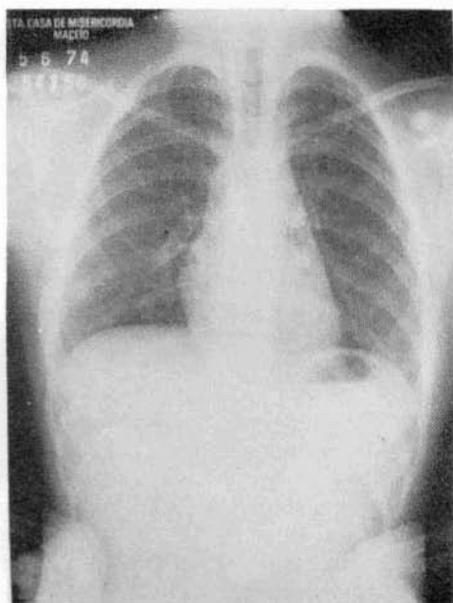


Fig. 5: Tórax y abdomen sin alteraciones.



Fig. 6: Esófago y estómago, normales.

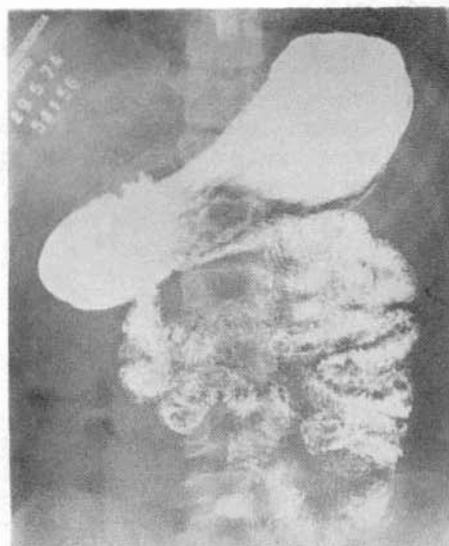


Fig. 7: Intestino delgado sin lesiones orgánicas. Numerosas imágenes de ascaris lumbricoides.

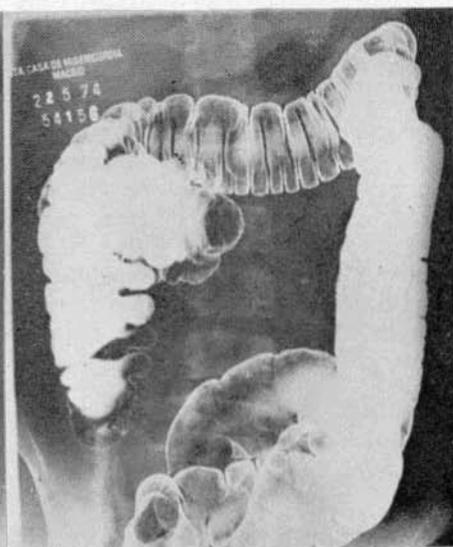


Fig. 8: Clister opaco normal.

excluir posibles recidivas tumorales en el tubo digestivo y para documentar mejor nuestro estudio clínico.

En la actualidad la paciente se halla en óptimas condiciones tróficas y con su desarrollo físico y psíquico completamente normal (fig. 9).

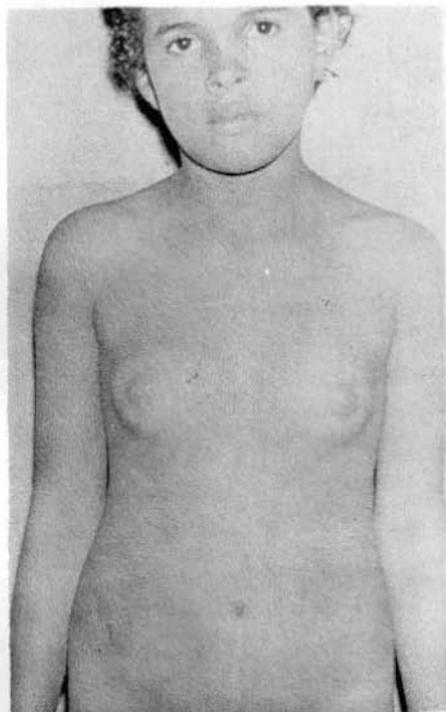


Fig. 9: Estado de la niña siete años después de la operación.

### Comentario

Por el estudio de la clínica y de los hallazgos quirúrgicos, ratificados por un competente examen histológico, acreditamos haber observado el noveno caso en la literatura brasileña de linfangioma quístico del mesenterio. Lo exponemos no sólo por su rareza en patología intestinal sino también por los aspectos clínicos y patológicos y por el buen resultado obtenido con el tratamiento quirúrgico.

### RESUMEN

Se presenta un bien documentado caso de linfangioma quístico de mesenterio con obstrucción intestinal, sucedido en una niña de 4 años de edad. Se exponen los datos clínicos y patológicos de la lesión, su diagnóstico diferencial y su evolución. Se trata del noveno caso presentado en la literatura brasileña.

### SUMMARY

A well documented case of mesenteric cystic lymphangioma in a female child of four years old is presented. It was complicated of intestinal obstruction. Clinical and pathological study of the lesion is made, and the rarity of the observation is emphasized.

### BIBLIOGRAFIA

1. Baker, A. H.: Developmental mesenteric cysts. «Br. J. Surg.», 48:534, 1961.
2. Barua, D. L. & Sen, S.: Cyst of the mesentery. «J. Indian Med. Ass.», 44:615, 1965.
3. Benevieni, A.: De abditis nomullis ac mirandis morborum e sanationum causis. In «Singer, C. J.», Springfield, Ill, pg. 81, Charles C. Thomas, 1954.
4. Ewing, J.: «Neoplastic disease». Philadelphia, 4.º ed., pg. 1062, W. B. Saunders Company, 1940.
5. Ford, J. R.: Mesenteric cysts. Review of the literature with a report of an unusual case. «Am. J. Surg.», 99:878, 1960.

6. **Gesta, O.:** Considerações sobre um caso de cisto do mesentério. «Rev. Bras. Cir.», 20:979, 1950.
7. **Kunzle, J. E.; Velludo, J.; Janólio, O.; Fronzaglia, M. & Boruchowski, H.:** Linfangioma policístico do mesentério e intestinos - apresentação de um caso. «Rev. Ass. Med. Brasil.», 12:300, 1966.
8. **Leonardi, L. S.; Mantovani, M.; Medeiros, R. R.; Vieira, R. W.; Saad, F. A. & Brandalise, N. A.:** Cistos mesentéricos-revisão da literatura e apresentação de sete casos. «Rev. Ass. Med. Brasil.», 18:441, 1972.
9. **Lopes, E. R.; Speranzini, M. B.; Portillo, D. U.; Bartolomucci, A. C.; Hashimoto, T. & Rocha, A.:** Linfangioma cístico do mesentério. «Rev. Ass. Med. Brasil.», 20:13, 1974.
10. **Peterson, E. W.:** Cysts of mesentery. «Ann. Surg.», 112:80, 1940.
11. **Thompson, G. C. V. & Chambers, C. H.:** Chylangioma of the mesentery with a report of a case and a brief discussion of mesenteric cysts. «Med. J. Aust.», 1:210, 1946.
12. **Vaughn, A. M.; Lees, W. M. & Henry, J. W.:** Mesenteric cysts. A review of the Literature and a report of a calcified cyst of the mesentery. «Surgery», 23:306, 1948.