

Linfangioma gigante de epiplon menor en el adulto

Giant lymphangioma of the lesser omentum

M. Echenique-Elizondo

Universidad del País Vasco. Departamento de Cirugía. Unidad Docente de Donostia-San Sebastián

Los linfangiomas abdominales son procesos patológicos congénitos que se manifiestan tanto en el recién nacido como en la edad adulta y que pueden plantear dificultades diagnósticas, evolutivas y terapéuticas de importancia, sobre todo si no son considerados en el momento de valorar de forma correcta procesos expansivos bien sean abdominales o de otra localización. Su origen es debido a la falta de drenaje por aplasia linfática congénita de alguna región corporal y posterior desarrollo de una cavidad quística de contenido serolinfático. El primer caso publicado lo fué en estudios autópsicos por Benevieni en 1507. Tillaux y Millard publicaron el primer caso de tratamiento quirúrgico en 1880. La marsupialización de un linfangioma mesentérico es debida a Pean en 1883. Fue Gierke quien en 1926 describió claramente el linfangioma quístico para diferenciarlo de otras formaciones quísticas, mediante la descripción de algunas fibras musculares aisladas en la pared tumoral (1)

Caso Clínico

Paciente varón de 37 años de edad sin antecedentes médicos de interés, que es valorado por presentar un cuadro de dispepsia inespecífica y distensión abdominal, fundamentalmente epigástrica. Los estudios analíticos, Rx torácica y ECG se encuentran dentro de la normalidad. Un estudio gastroduodenal así como una esófago-gastroscopia no de mostraron patología. La ecografía abdominal (Figura 1) permitió determinar la existencia de una gran

tumoración quística intrabdominal y de disposición epigástrica. Se indicó una laparotomía, comprobándose la existencia de una gran tumoración multilocular quística de contenido sero-quiloso situado a nivel del epiplon menor (Figura 2) que pudo ser extirpada en su totalidad. El estudio histopatológico demostró la existencia de un revestimiento endotelial de la formación quística lo que estableció el diagnóstico de linfangioma quístico. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, estando el paciente libre de enfermedad pasados 8 años de la intervención.

Se estima la incidencia de linfangiomas quísticos en 1/12000 nacimientos vivos. Son menos frecuentes a nivel abdominal que en otras localizaciones descritas: tórax, cuello (75%), axila (20%), retroperitoneo, intestino, páncreas, bazo, hígado, glándula suprarrenal, escroto (3%) (2-5). Menos del 1% se localizan a nivel mesentérico.

Panpendieck (6) estableció la clasificación de malformaciones congénitas linfáticas

que actualmente se encuentra en vigor. El linfangioma quístico se ha descrito asociado a diversos síndromes y anomalías congénitas tales como: S. De Turner, S. De Down, otras alteraciones cromosómicas, y S. De Roberts y también en embarazadas expuestas a agentes teratogénos. Los linfangiomas se diagnostican más comúnmente en la infancia y adolescencia, siendo raros de observar a partir de la tercera década de la vida. Actualmente y mediante la generalización de estudios ultrasonográficos de la gestante ha aumentado su diagnóstico en fases de desarrollo intrauterino (7). La mayoría son asintomáticos y pueden manifestarse en forma de una masa abdominal palpable dolorosa ante la presencia de complicaciones evolutivas: infección, obstrucción digestiva, hemorragia o ascitis asociada (8, 9). La radiología abdominal puede demostrar desplazamientos de imágenes gaseosas y partes blandas y ocasionalmente han sido descritos linfolitos en el interior de las mismas. Ecográficamente

Correspondencia:
M. Echenique-Elizondo
Profesor Titular de Cirugía
Universidad del País Vasco. UD Medicina
P. Dr. Begiristain, 105
20010 Donostia-San Sebastián
Tel.: +34 943 017319
Fax: +34 943 017330
Correo electrónico: gepecelm@sc.ehu.es

Enviado: 24-9-2002
Aceptado: 10-6-2003

Figura 1. US abdominal. Gran tumoración quística de contenido líquido.

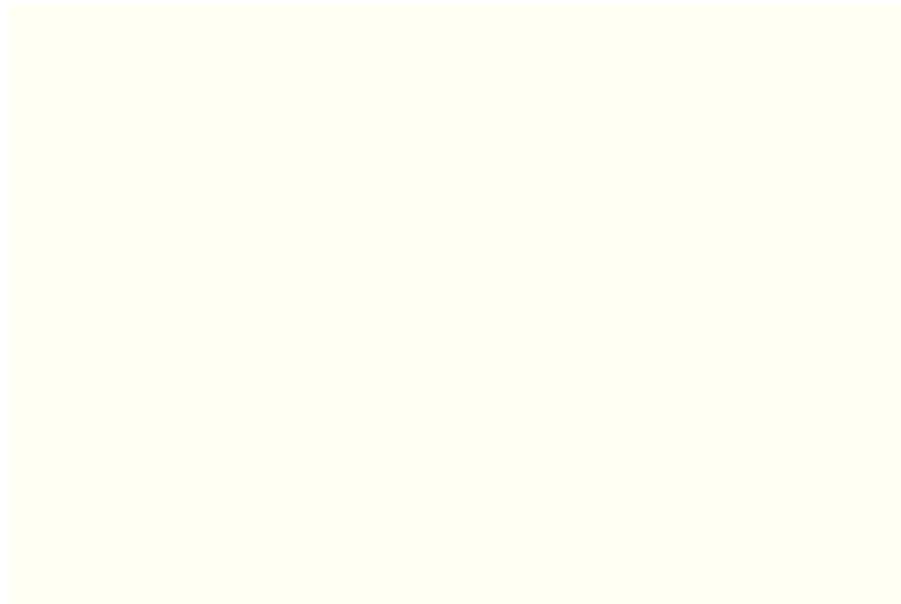


Figura 2. Campo operatorio. Linfangioma quístico localizado a nivel del epiplon menor.

se manifiestan como de formaciones septadas, multiloculadas, con imágenes ecogénicas en su interior si existe evidencia de restos tisulares (10). La tomografía axial computadorizada demuestra la existencia de masas quísticas con unidades de densidad Hounsfield que varía entre densidad agua y densidad grasa salvo en el caso de hemorragia intraquística en los que pueden presentar mayor valores de atenuación. Se ha descrito el valor de la resonancia magnética para diferenciar linfangiomas quísticos de localización mesentérica y su contenido y la naturaleza del contenido de los mismos. En casos de contenido seroso se muestra como hipodenso en imágenes T1W e hiperdensos en imágenes T2W (11).

Una vez demostrada su existencias debe individualizarse su tratamiento, valorando su lugar de asentamiento y afectación de las estructuras vecinas, en el sentido de determinar compresión desplazamiento o infiltración de las mismas, lo que puede

realizarse mediante combinación de ultrasonografía, tomografía axial computadorizada y resonancia magnética en el momento actual.

La exéresis completa debe ser el tratamiento de elección en el linfangioma quístico, con el fin de evitar recidivas, si bien el buen juicio quirúrgico debe valorar intraoperatoriamente los límites funcionales y vitales de la misma teniendo en cuenta las estructuras afectadas y el grado de participación de las mismas. Recientemente ha sido descrita la resección completa mediante técnicas laparoscópicas (12). La inyección de productos esclerosantes: alcohol, formol, debe ser rechazada en la actualidad y reservada para casos de difícil resección completa o en situaciones de recidiva en los que la reintervención puede suponer un riesgo elevado para el paciente (13).

Pensamos que el linfangioma quístico debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de procesos quísticos expansi-

vos intrabdominales, no solo en la infancia y la pubertad, sino también en la edad adulta.

Referencias bibliográficas

1. Ashcraft KW, Holder TM (eds): Pediatric Surgery. Philadelphia, WB Saunders Co, 2ª Ed, 1993.
2. Viola G, Frontera D, Bellantone R, Doglietto GB, Crucitti F. Lymphangiomas of the pancreas: a case report. *Pancreas*. 1997;14:207-10.
3. Russello D, Scala R, Di Stefano A, Failla G, Pontillo T, Cosentino NM, et al. Cystic lymphangioma of the retroperitoneum. A case report]. *G Chir*. 1993;14:421-4.
4. Vezzoli M, Ottini E, Montagna M, La Fianza A, Paulli M, Rosso R, et al. Lymphangioma of the spleen in an elderly patient. *Haematologica*. 2000;85:314-7.
5. Carpenter CT, Pitcher JD Jr, Davis BJ, Gomez R, Schofield TD, Youngberg RA. Cystic hygroma of the arm: a case report and review of the literature. *Skeletal Radiol*. 1996;25:201-4.
6. Papendieck, C.M. Lymphatic displasia in pediatrics: a new classification. *Int Angiol* 1999;18. 6 – 9.
7. Kozlowski KJ, Frazier CN, Quirk JG Jr. Prenatal diagnosis of abdominal cystic hygroma. *Prenat Diagn*. 1988 ;8:405-9.
8. Fundaro S, Medici L, Perrone S, Natalini G. [Cystic lymphangioma of the mesentery. A case of intestinal obstruction and a brief review of the literature]. *Minerva Chir*. 1998;53:939-42.
9. Moreno Sanz C, Marcello Fernandez M, Hernandez Garcia-Gallardo D, Jimenez Romero C, Gonzalez Pinto I, Loinaz Seguro C, et al. Intestinal obstruction by intestinal cystic lymphangioma]. *Rev Esp Enferm Dig*. 1995;87:758-9.
10. Ros PR, Olmsted WW et al. Mesentric and omental cysts: Histologic classification with imaging correlation. *Radiology* 1987; 164: 327-332.
11. Grainger RG, Allison DJ. Mesentric/Omental cysts. *Diagnostic Radiology. A Text book of Medical imaging*. 1997; Vol 2, 3ªEdition. 1069-1071.
12. Vara-Thorbeck C, Toscano Mendez R, Herrainz Hidalgo R, Mata Martin JM, Vara-Thorbeck R. Laparoscopic resection of a giant mesenteric cystic lymphangioma. *Eur J Surg*;163:395-6.
13. Stein M, Hsu RK, Schneider PD, Ruebner BH, Mina Y. Alcohol ablation of a mesenteric lymphangioma. *J Vasc Interv Radiol*. 2000;11:247-50.