

Abdomen agudo quirúrgico secundario a Linfangioma quístico abdominal

Acute abdomen due to abdominal cystic lymphangioma

Lisseth García Leon ^{1,a}, José Jaramillo Samaniego ^{1,2,c}, Betty Veliz Lazo ^{2,b}.

RESUMEN

Los linfangiomas quísticos abdominales son benignos y poco frecuentes, que se presentan mayormente en niños. Puede presentarse como molestias inespecíficas abdominales, hallazgo incidental o abdomen agudo. Por lo que se presenta el caso de una niña de 3 años que debutó con un cuadro de abdomen agudo.

PALABRAS CLAVE: Linfangioma quístico, quiste mesentérico, abdomen agudo, niños. (**Fuente:** DeCS BIREME).

SUMMARY

Abdominal cystic lymphangiomas are benign and infrequent conditions mostly seen in children. Clinical presentation is with non-specific manifestations or with an acute abdomen. We report here the case of a 3-year old girl presenting with an acute abdomen.

KEYWORDS: Lymphangioma cystic, mesenteric cyst, acute abdomen, child. (**Source:** MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Los linfangiomas quísticos de mesenterio son entidades benignas y raras, que se presentan frecuentemente en niños. Son considerados dentro de la clasificación de quiste de mesenterio, pero de origen linfático.

No existe un cuadro clínico característico, pero se han establecido tres formas de presentación: incidental, dolor abdominal crónico o abdomen agudo; este último se presenta en el 50% de los casos (1).

Por ser un caso el Linfangioma quístico causa poco frecuente de abdomen agudo quirúrgico se reporta el caso de una niña de 3 años de edad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Niña de 3 años de edad, que ingresó por el servicio de Emergencia por presentar dolor abdominal peri umbilical, náuseas y vómitos en 10 oportunidades de aspecto alimentario con mal olor, de 24 horas de evolución, agregándose, posteriormente, alza térmica. Quince días antes del ingreso había sido diagnosticada de infección del tracto urinario, recibiendo amikacina 500 mg por vía intramuscular como tratamiento.

Al examen físico: temperatura: 36,5°C; frecuencia cardiaca: 91 x minuto; frecuencia respiratoria 22 x minuto. Ingresó en regular estado general y signos de deshidratación, somnolienta, sin edemas ni adenopatías. Al examen preferencial de abdomen se

¹ Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud Del Niño. Lima, Perú.

^a Estudiante de la Escuela de Medicina;

^b Anatómo-patóloga;

^c Cirujano Pediátrico

REPORTE DE CASO / CASE REPORT



Figura 1. No signos de obstrucción intestinal.

encontró: presencia de ruidos hidroaéreos, doloroso a la palpación, poco depresible a predominio de fosa iliaca derecha, signo de Mc Burney y Blumberg positivo.

Los exámenes auxiliares mostraron: Hemograma: 12,600 leucocitos, 0% abastados, 93% segmentados; plaquetas, 276,000 x mm³; hematocrito, 28%; grupo sanguíneo O positivo. Radiografía de abdomen (Figura 1): No evidencia de neumoperitoneo. No se realizó ecografía, ni tomografía axial computarizada.

A las 6 horas de su internamiento ingresó a sala de operaciones con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico: apendicitis aguda. Se le realizó laparotomía exploratoria encontrándose apéndice de característica normal y líquido seroso libre aproximadamente 100 ml. Al encontrar el apéndice cecal de características normal, se exploró las asas intestinales, y se encontró una tumoración blanda multilobulada de aproximadamente 3 x 4 cm en mesenterio (Figura 2)

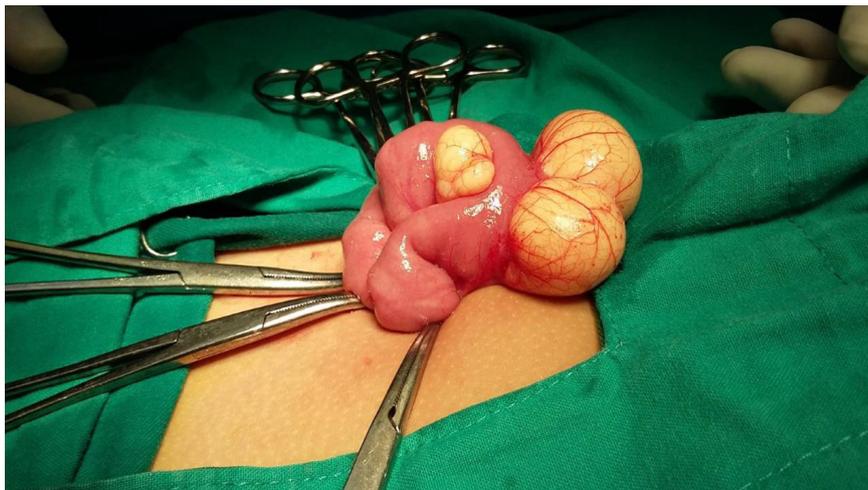


Figura 2. Linfangioma quístico abdominal, comprimiendo asa intestinal

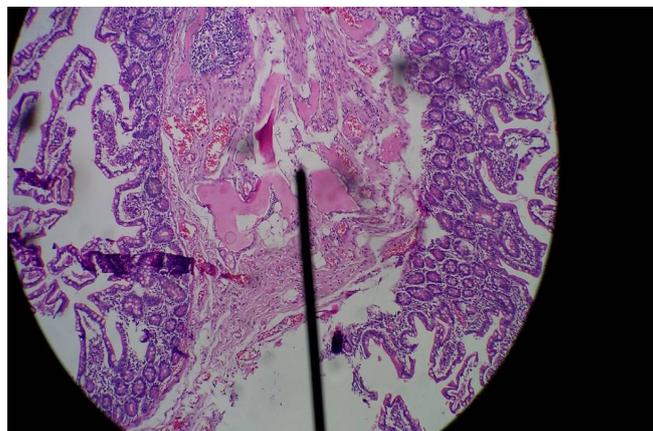


Figura 3. A partir de la submucosa se evidencia acúmulo de linfoide, linfangioma.

REPORTE DE CASO / CASE REPORT

adherido a íleon, a 30 cm de la válvula ileocecal. Se realizó resección intestinal y anastomosis terminal en un solo plano.

Se administró metronidazol y amikacina por vía endovenosa en el post operatorio, por el lapso de 5 días.

El resultado del estudio anatómico patológico fue de linfangioma (Figura 3).

Durante la evolución postoperatoria la paciente no presentó complicaciones, siendo dada de alta a los 6 días del post operatorio.

DISCUSIÓN

La etiología de los linfangiomas aún es desconocida; pero la teoría más aceptada en niños es la congénita (2), por afectación del desarrollo embrionario del tejido linfático (3-10). Otras teorías involucran factores desencadenantes en el desarrollo linfático anormal, como un traumatismo intestinal (11).

Las localizaciones más frecuentes del linfangioma en niños son el cuello y las axilas (95%), siendo la localización abdominal únicamente el 2-5% del total (12-15); los más frecuentes son los del mesenterio del intestino delgado (70.5%), seguido del mesocolon (26.2%) (16).

En niños, cerca de 90% pueden manifestarse antes de los tres años de edad, distribuyéndose igualmente en hombres y mujeres (17). En nuestro caso, la paciente estuvo en ese rango de edad.

No existe una sintomatología típica del linfangioma. Las manifestaciones clínicas dependen de su tamaño, localización, complicaciones y la presión que ejerce sobre estructuras vecinas (18); por lo que el diagnóstico preoperatorio es difícil.

Hamdi et al (7), describieron cuatro formas clásicas debut del linfangioma quístico abdominal: cuadro pseudo apendicular la más frecuente (58%), tumoración abdominal (21%), síndrome pseudo ascítico, comprensión digestiva o urinaria (7); como sucedió con la paciente reportada que simulaba una apendicitis aguda, debido a que la tumoración comprimía el intestino produciendo un cuadro obstructivo y dolor.

El diagnóstico es difícil con una radiografía simple de abdomen. La ecografía es el método de elección para diagnóstico y la tomografía axial computarizada nos indica la extensión (19-21); sin embargo, el diagnóstico definitivo es anatómico patológico (3,4,18,22). En nuestro caso el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico fue el que decidió la actitud quirúrgica, y se confirmó con el resultado anatómico patológico.

El tratamiento del linfangioma quístico abdominal es la resección completa, aun incluyendo órganos adyacentes (23,24). La resección parcial es discutible debido al riesgo de recidiva, que ocurre en 10 a 15% de los casos, y de malignización (23,24). En pacientes seleccionados es posible llevar a cabo la resección por vía laparoscópica (24-25). En nuestra paciente se realizó resección completa que incluyó intestino y el quiste.

Si bien es cierto, los linfangiomas abdominales son poco frecuentes, no deben ser dejados de tomarse en cuenta dentro de la valoración y diagnóstico diferencial en niños con abdomen agudo. El diagnóstico clínico es todo un reto para el médico de primer contacto y ante la duda, la ecografía es el examen auxiliar más importante de ayuda diagnóstica.

Declaración de conflictos de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de autoría:

LG, JJ y BV: Descripción y discusión del caso; redacción del artículo.

Correspondencia:

José Jaramillo
Correo electrónico: jojasa21@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán-Valdivia , Alonso-Avilés V. Quiste de mesenterio como causa de abdomen agudo. A propósito de tres casos. *Gac Méd Méx.* 2003; 139:505-507.
2. Yáñez R, Parada X , Da Venezia M , Valdivia L. y cols. Linfangioma mesentérico multiquístico como causa de vólvulo intestinal. *Rev Chilena de Cirugía.* 2009; 61(3):285-289.
3. Losanoff JE, Richman BW, El-Sherif A, Rider KD, Jones JW. Mesenteric cystic lymphangioma. *J Am*

REPORTE DE CASO / CASE REPORT

- Coll Surg. 2003; 196:598-603.
4. Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. *Arch Surg*. 1985; 120:1266-9.
 5. Gimeno Arangué M, Colomar Palmer P, González Medeiro I, Ollero Caprani JM. Aspectos clínicos y morfológicos de los linfangiomas infantiles: Revisión de 145 casos. *An Esp Pediatr*. 1996; 45:25-28.
 6. Fonkalsrud EW. Congenital Malformations of the Lymphatic System. *Sem Ped Surg*. 1994;3:62-69.
 7. Hamdi A, Nouri A, Selmi M, Zouari K, Belghith M, Nouri K, Bchir S, Tabk MA. Abdominal cystic lymphangioma in children. *Ann Chir*. 1993; 47:553-556.
 8. Scheye T, Aufauvre B, Vanneuville G, Vincent G, Goddon R, Dechelotte P. Lymphangiomes Kystiques abdominaux chez l'enfant. *J Chir*. 1994; 131:27-33.
 9. Hancock BJ, Dickens St-Vil, Luks FI, Di Lorenzo M, Blanchard H. Complications of Lymphangiomas in Children. *J Ped Surg*. 1992; 27:220-226.
 10. Fernández Valadés R, Herrera L, López E, Veintemilla G, Montero E, Sánchez C. Linfangioma de vejiga. A propósito de dos casos que debutaron como abdomen agudo. *Act Ped Esp*. 1996; 54:117-119.
 11. Espinosa Arévalo E, Fernández Álvarez MB, Pérez Pedrosa A, Rodríguez Álvarez D. Linfangioma quístico mesentérico: a propósito de un caso de abdomen agudo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012 (citado el 5 de mayo del 2017); 14: e1-e4. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v14n54/nota4.pdf>
 12. Alaqahtani A, Nguyen L.T, et al: 25 years' experience with lymphangiomas in children. *J Pediatr Surg*. 1999; 34:1164-8.
 13. Zgrabich C, Basso G, et al: Linfangioma quístico de mesenterio (a propósito de un caso). *Rev Argent Resid Cirug*. 1998; 1:14-5.
 14. Steyaert H, Guiitard J, et al : Abdominal cystic lymphangioma in children: benign lesions that can have a proliferative course. *J Pediatr Surg*. 1996; 31:677-80
 15. Pérez J.F, Morán J.M et al: Linfangioma quístico retroperitoneal en la infancia. *Cir Pediatr*. 2001; 14:41-3.
 16. Tsukada H, Takaori K, Ishiguro S, Tsuda T, Ota S, Yamamoto T. Giant cystic lymphangioma of the small bowel mesentery: report of a case. *Surg Today*. 2002; 32:734-737.
 17. Rieker RJ, Quentmeier A, Weiss C, Kretzschmar U, Amann K, Mechtersheimer G, et al. Cystic lymphangioma of the small-bowel mesentery: case report and a review of the literature. *Pathol Oncol Res*. 2000; 6:146-148.
 18. Konen O, Rathaus V, Dlugy E, Freud E. Childhood abdominal cystic lymphangioma. *Saudi Med J*. 2003; 24(10):1130.
 19. Narchi H. Special feature: radiological case of the month. Denouement and discussion: Omental cyst presenting as pseudoascites. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000; 154:957-8.
 20. Rieker RJ, Quentmeier A, Weiss C, Kretzschmar U, Amann K, Mechtersheimer G, et al. Cystic lymphangioma of the small-bowel mesentery: case report and a review of the literature. *Pathol Oncol Res*. 2000; 6:146-148.
 21. Seki H, Ueda T, Kasuya T, Kotanagi H, Tamura T. Lymphangioma of the jejunum and mesentery presenting with acute abdomen in an adult. *J Gastroenterol*. 1998; 33:107-111.
 22. Kably A, Moumen M, Raissouni N, Benjelloun N, Mehane M, Abi F, et al. Cystic lymphangiomas of the mesentery and the epiploon. About two cases. *Gynecol Obstet Fertil*. 2003; 31:136-138.
 23. Mabrut JY, Grandjean JP, Henry L, Chappuis JP, Partensky C, Barth X, et al. Mesenteric and mesocolic cystic lymphangiomas. Diagnostic and therapeutic management. *Ann Chir*. 2002; 127:143-149.
 24. Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. *Surg Endosc*. 1999; 13:937-9.
 25. Conlon KC, Dougherty EC, Klimstra DS. Laparoscopic resection of a giant omental cyst. *Surg Endosc*. 1995; 9:1130-2.

<p>Recibido: 15/05/2017 Aceptado: 28/06/2017</p>
--