

HAGA SU DIAGNOSTICO

Dres. L. A. Piaggio*, G. Del Bianco**, D. Filippo***, M. Martínez Ferro****

CASO CLINICO

Un paciente de 6 años, previamente sano, consultó por guardia con dolor abdominal y vómitos de 48 hs de evolución. El mismo era cólico, penetrante, de localización epigástrica e irradiado a zona periumbilical. Los vómitos, al principio de contenido gástrico fueron aumentando en frecuencia y se hicieron biliosos. Presentaba como antecedente dudoso un traumatismo abdominal y una ingesta copiosa dos días previos al comienzo de los síntomas. El resto del interrogatorio fue irrelevante. Al examen físico se observaba regular estado general y posición antiálgica. El abdomen era plano, blando, con dolor y defensa en hemiabdomen superior y leve reacción peritoneal. No se objetivaron masas ni visceromegalias. Los ruidos hidroaéreos estaban ausentes. El resto del examen físico no presentaba particularidades.

Se practicó radiografía de abdomen (Figura 1) y hemograma: glóbulos blancos 12.400/ml; Hb 14,1 g/dl; Hto 42%; Plaquetas 409.000/ml. Se complementó el estudio con US abdominal (Figura 2) que informó la existencia de una gran colección líquida en hemiabdomen derecho desde el espacio subhepático hasta la fosa ilíaca derecha con dos tabiques visibles y ecos en su interior; asas intestinales distendidas en el hemiabdomen izquierdo. El páncreas no pudo ser evaluado debido al aire intestinal interpuesto. Por dicho motivo y para de-

finir mejor las relaciones anatómicas de la masa se solicitó TAC de abdomen con contraste oral y endovenoso (Figuras 3 y 4). Los hallazgos de esta última se confirmaron en la laparotomía exploradora.



Figura 1: Rx digital: Asas intestinales dilatadas en el cuadrante superior izquierdo. Ausencia de aire distal.

* Médico residente de Cirugía Pediátrica.

** Médica residente de Clínica Pediátrica.

*** Médico asistente del Servicio de Radiología.

**** Médico asistente del Servicio de Cirugía.

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.



Figura 2: US abdominal: gran masa con contenido líquido con partículas en flanco derecho.

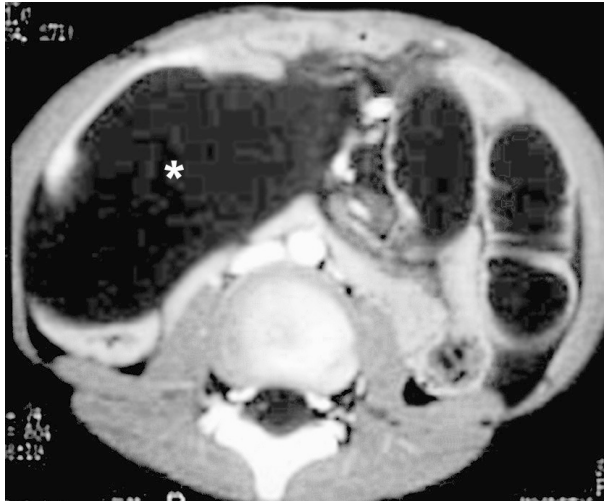


Figura 3: TAC: Gran masa quística (asterisco) que desplaza las vísceras abdominales.



Figura 4: TAC: La arteria mesentérica superior (flecha fina) se encuentra rodeada de tejido (flecha gruesa) que impresiona como vólvulo de la raíz del mesenterio.

HAGA SU DIAGNOSTICO

LINFANGIOMA QUISTICO MESENTERICO CON VOLVULO DE INTESTINO DELGADO

El linfangioma quístico es la masa quística de mesenterio más frecuente¹. Es un tumor mesenquimático, poco común, derivado de las estructuras del sistema linfático. La incidencia se calcula en 1 de cada 20.000 (1 en 4142-34.375) admisiones en un hospital pediátrico y 1 en 100.000 admisiones en un hospital de adultos^{1,3,4}. Son tumores usualmente grandes y sintomáticos, benignos, de crecimiento lento, con pared fina, multiloculares y contenido que varía de seroso o francamente quiloso con altas concentraciones de linfocitos y triglicéridos. Pueden presentar sangre si ocurre hemorragia dentro del quiste luego de un traumatismo. Su pared, cubierta de células endoteliales, está formada por tejido conectivo laxo, grasa, linfáticos dilatados y fibras musculares lisas aisladas que no llegan a formar una capa definida. El 60 % se diagnostican antes de los cinco años y la mayoría se presentan en la primera década de vida⁴. La relación varón mujer es de 3/1⁴. Los quistes mesoteliales en cambio, suelen presentarse en mujeres adultas, su incidencia es menor, son más pequeños y uniloculados y habitualmente asintomáticos¹.

Los linfangiomas quísticos se localizan 75% en cuello, 20 % en axila y 5% en otros sitios incluyendo el abdomen⁴. En esta última localización suelen presentarse en el mesenterio del íleon terminal, y menos frecuentemente en el mesenterio del yeyuno, epiplón, mesocolon, retroperitoneo¹. También han sido reportadas localizaciones más raras (intraparenquimatosas) como hígado, bazo, intestino, pulmones y hueso⁴. Las teorías más aceptadas con respecto a su origen son: desarrollo embrionario anormal de vasos linfáticos sin comunicación con el sistema central, u obstrucción de los vasos linfáticos, inducida por inflamación.

Los linfangiomas abdominales se presentan con signos clínicos no específicos o son asintomáticos (son descubiertos incidentalmente). El dolor abdominal es el síntoma de presentación más común, seguido por distensión abdominal o masa, anemia, anorexia, pérdida de peso y fiebre^{1,2,3}. Pueden ser causa de dolor abdominal recurrente debido a la compresión visceral^{3,4}. Si son muy extensos pueden presentarse con diarrea prolongada y enteropatía perdedora de proteínas⁶. Sin embargo la mayoría de las veces se presentan en la emergencia³. Cuando se presenta como abdomen agudo (dolor abdominal agudo sin peritonitis) suele ser el resultado de una complicación como hemorragias intraquísticas, infección, torsión o ruptura. La obstrucción intestinal, como en el caso presentado, puede resultar de la compresión del intestino por el crecimiento rápido de la masa (hemorragia) o vólvulo². Debido a que la masa es blanda y algo móvil, es difícil de palpar².

La radiografía simple de abdomen muestra un patrón de distribución de aire irregular debido a que las asas intestinales están desplazadas por una masa homogénea. En el perfil pueden observarse con ubicación anterior si el quiste es mesentérico, y con ubicación posterior cuando este se ubica en el epiplón mayor. Aunque raro, pueden verse calcificaciones. La ecografía muestra una masa anecoica, con múltiples tabiques, con ecos internos si su contenido es hemorrágico o cuando poseen alta concentración de lípidos. La TAC muestra una masa multiseptal de contenido fluido, en la que la pared no se alcanza a discernir y pocas veces aporta mayores datos que la ecografía para el diagnóstico. En el caso presentado permitió hacer diagnóstico de una complicación. Los diagnósticos diferenciales son: pseudoquistes pancreáticos, duplicación intestinal, quistes mesoteliales, quistes de ovario, mesotelioma quístico, hamartoma quístico, teratoma quístico, leiomioma y leiomiomas con degeneración quística⁴. También pueden confundirse con ascitis cuando la única manifestación es la distensión abdominal⁶. Algunos autores agrupan los quistes mesoteliales junto con los linfangiomas quísticos de mesenterio en una denominación más genérica de "quistes mesentéricos" que sólo ha llevado a la confusión⁴. Su diferenciación es importante dado a que su presentación clínica, anatomía patológica y comportamiento son diferentes y tiene implicancia en su tratamiento⁴.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa. Muchas veces es necesario realizar resección intestinal debido a la íntima relación de la masa con el borde mesentérico de este órgano (Figura 5) y con los vasos que lo irrigan. Hecho que puede darse hasta en la mitad de los casos². Sin embargo suele encontrarse un plano de tejido areolar que permita su separación con disección roma⁶. En los casos en los que el linfangioma compromete el mesenterio de todo el intestino o el retroperitoneo en forma difusa puede requerirse la marzupialización del quiste y el drenaje transitorio. Cuando no se efectúa la resección completa la recidiva es más frecuente, aunque no la regla².

En el caso presentado se abordó por una incisión transrectal derecha supraumbilical hallando una gran masa quística de contenido quiloso, con líquido libre de iguales características, en el mesenterio del yeyuno proximal (20 cm del ángulo de Treitz). La misma producía un vólvulo de 360°

de todo el intestino delgado en la raíz de la arteria mesentérica superior (Figura 4). No había compromiso vascular por lo que se procedió a desvolvular el intestino y reseca la masa junto con 15 cm de intestino delgado. El paciente evolucionó sin complicaciones en el postoperatorio y fue dado de alta a las 72 hs con buena tolerancia a la vía oral. Al mes se realizó una ecografía de abdomen que fue normal. La anatomía patológica informó linfangioma quístico de mesenterio.

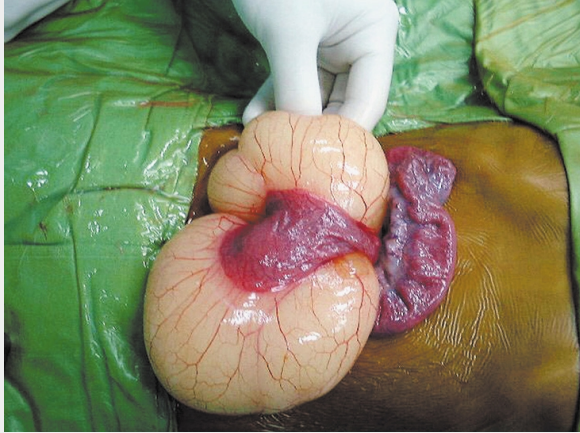


Figura 5: Acto operatorio: Se observa por transparencia el aspecto quiloso del líquido y la estrecha relación con el intestino delgado que se encuentra desplazado hacia arriba por el efecto de masa.

REFERENCIAS

1. Mark I. Rowe et al. Surgery, Operative- in infancy and childhood. Disorders of the Peritoneum and Peritoneal Cavity. 1995. Chap 50: 463-64.
2. Keith T. Oldham, Paul M. Colombani, Robert P. Foglia. Surgery of Infantas and Children. Mesenteric, omental and retroperitoneal cysts. 1997. Chap 79: 1273-74.
3. M.A. Chung, M.L. Brandt, D. St-Vil, and S.Yazbewck. Mesenteric Cyst in Children. Journal of pediatric Surgery. 1991; 11: 1306-1308.
4. R.M. Roumen, M. Pruszczynski, P.N.M.A. Rieu, J.van den Staak. Intra-Abdominal Cystic Lynphangiomas in Children. Eur J. Surg.1996; 162: 831-836.
5. T. Scheye, B. Aufauvre, G. Vanneville, G. Vincent, R., Goddon, P. Dechelotte. Lynphangiomes kystiques abominaux chez l'enfant. A propos de six observations. J. Chir. 1994; 131, n° 1:27-33.
6. John G. Raffensperger. Swenson's Pediatric Surgery. Cystis higroma, Lynphangioma and lymphedema. 1990. Chap 21:172.