

Cirujano General

Volumen
Volume **24**

Número
Number **1**

Enero- Marzo
January-March **2002**

Artículo:




Ruptura espontánea del bazo asociada a linfangioma esplénico de elementos pequeños. Informe de un paciente

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Ruptura espontánea del bazo asociada a linfangioma esplénico de elementos pequeños. Informe de un paciente

Spontaneous rupture of the spleen associated to a small-elements splenic lymphangioma. Report on one patient

Dr. Gustavo Leonardo Domínguez Jiménez,

Dr. Luis Eduardo Cárdenas Lailson,

Dr. Juan Manuel Mijares García,

Dr. Mauro Eduardo Ramírez Solís,

Dr. Eduardo Reyes Pérez,

Dr. Alberto Villanueva Egan

Resumen

Objetivo: Informar un caso de linfangioma esplénico de elementos pequeños asociado con hemorragia en una mujer joven.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Informe del caso: Mujer de 25 años que ingresó al hospital después de 14 horas con dolor abdominal opresivo en el hipogastrio y en la fosa iliaca izquierda, además de náusea, vómito de contenido gástrico, mareo y diaforesis. Tenía antecedente de retraso menstrual de seis semanas. Sus signos vitales mostraron tensión arterial de 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 18 por minuto. En la exploración física se observó palidez de tegumentos leve. El abdomen era doloroso a la palpación, con resistencia muscular e hipersensibilidad de rebote en hipogastrio y fosas iliacas, los ruidos intestinales disminuidos en intensidad y frecuencia, submatidez en el hemiabdomen inferior.

En la exploración genital, la vagina es elástica, húmeda y normotérmica; el cuello uterino es central, formado, blando y cerrado, con guía de dispositivo intraute-

Abstract

Objective: To report a case of small-elements splenic lymphangioma associated with hemorrhage in a young woman.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the case: Twenty-five years old woman, she was admitted to the hospital after 14 hours of oppressive abdominal pain in the hypogastrium and left iliac fossa accompanied by nausea, gastric content vomiting, dizziness, and diaphoresis, with a 6-weeks menstruating delay. Vital signs were: arterial blood pressure of 110/70 mmHg, cardiac frequency of 80 beats/min, and respiratory frequency of 18/min. Physical exploration revealed slight tegmental pallor. Abdomen was painful to palpation, with muscular resistance and rebound hypersensitivity in the hypogastrium and iliac fosse, intestinal noises were diminished in intensity and frequency, with slight flat sounds in the inferior hemiabdomen. Genital exploration, using an intrauterine guiding device through the external orifice, revealed an elastic, moist, and normothermal vagina; the uterine neck in central position, formed, soft and closed. Labo-

De las Divisiones de Cirugía Experimental, Cirugía General y Gineco-Obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" México, D.F.

Recibido para publicación: 21 de febrero de 2001.

Aceptado para publicación: 25 de mayo de 2001.

Correspondencia: Dr. Luis Eduardo Cárdenas Lailson. Unidad de Investigación Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Calzada de Tlalpan 4800, Colonia Toriello Guerra, 1400 México D.F.

Fax: 56 66 60 21, E-mail: cardenas-lailsomd@hotmail.com

rino a través del orificio externo. El laboratorio al ingreso incluyó una hemoglobina de 10.2 g/dl, leucocitos de 8,700, plaquetas de 164,000/mm³, tiempos de coagulación y química sanguínea normales. El US abdominal mostró líquido libre y miomatosis uterina. Se realizó laparotomía exploradora. Durante la cirugía el útero se observó con miomas y los anexos fueron normales, se encontró hemoperitoneo de aproximadamente 2000 ml y el bazo era de tamaño normal, con quistes a nivel del hilio, con hemorragia activa; se realizó esplenectomía. Después de la cirugía la paciente cursó sin complicaciones y fue egresada tres días después.

Conclusión: Se presenta un caso de linfangioma esplénico de elementos pequeños asociado con hemorragia en una mujer joven, que se resolvió mediante cirugía.

Palabras clave: Linfangioma esplénico, ruptura esplénica. *Cir Gen 2002;24: 57-60*

ratory tests at admittance reported 10.2 g/dl hemoglobin, 8,700 leukocytes, 164,000/mm³ platelets, normal coagulation time and blood chemistry values. The abdominal ultrasound revealed free liquid and uterine myomatosis. Exploratory laparotomy was performed. During surgery, the uterus showed myomas and normal annexes. A hemoperitoneum of approximately 2000 ml was found, the spleen was normally sized, with cysts at the hilum, and active hemorrhage; splenectomy was performed. No complications occurred during the postoperative period and the patient was released three days after surgery.

Conclusion: We present a case of small-elements splenic lymphangioma associated with hemorrhage in a young woman, which was resolved through surgery.

Key words: Splenic lymphangioma, splenic rupture. *Cir Gen 2002;24: 57-60*

Introducción

El linfangioma esplénico es una malformación benigna compuesta por quistes de revestimiento endotelial que contienen linfa. Se origina por una obstrucción congénita del flujo linfático que ocasiona dilatación de los canales linfáticos. De acuerdo al grado de dilatación, se clasifican en capilares, cavernosos y quísticos.

La linfangiomatosis es una entidad descrita por primera vez por Redenberg en 1828, y que abarca desde un tejido hasta varios órganos. Puede afectar cuello y axila (donde se le denomina higroma quístico);¹ es menos común en mediastino, retroperitoneo y extremidades (huesos, tejidos blandos), y sólo ocasionalmente hígado, bazo, riñón, colon y pene.^{1,2} La evaluación de la linfangiomatosis requiere la realización de ultrasonido (US) y tomografía axial computarizada (TAC) para determinar si se trata de una lesión única o múltiple, así como conocer su variedad patológica, ya que el tratamiento y pronóstico varía de acuerdo a estas condiciones.³

Informe del caso

Se trató de una mujer de 25 años, originaria de la ciudad de México que ingresó al hospital después de 14 horas con dolor abdominal opresivo en el hipogastrio y en la fosa iliaca izquierda, además de náusea, vómito de contenido gástrico, mareo y diaforesis. Tenía antecedente de tabaquismo, dos embarazos resueltos por cesárea (desproporción cefalo-pélvica) y retraso menstrual de seis semanas.

Sus signos vitales revelaron tensión arterial de 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto y temperatura de 36.5 grados centígrados. Al realizar la exploración física se observó palidez de tegumentos leve. La

cabeza, el cuello y las glándulas mamarias eran normales. Los ruidos cardíacos normales y los ruidos respiratorios se escuchaban disminuidos en la región subescapular izquierda. El abdomen doloroso a la palpación, con resistencia muscular e hipersensibilidad de rebote en el hipogastrio y las fosas iliacas, los ruidos intestinales disminuidos en intensidad y frecuencia, submatidez en el hemiabdomen inferior. Los signos de Kehr y Ballance estaban ausentes. En el tacto rectal, el tono del esfínter anal es normal y las paredes del recto se palpan lisas.

En la exploración genital, la vagina es elástica, húmeda y normotérmica; el cuello uterino es central, formado, blando y cerrado, con guía de dispositivo intrauterino a través del orificio externo. El laboratorio al ingreso incluyó una hemoglobina de 10.2 g/dl, leucocitos de 8,700 con 75% de segmentados, 0% de bandas y 21% de linfocitos, plaquetas de 164,000/mm³. Los tiempos de coagulación y la química sanguínea fueron normales. El US abdominal mostró líquido libre y miomatosis uterina. Se hizo el diagnóstico de embarazo ectópico roto y se realizó laparotomía exploradora. Durante la cirugía el útero era miomatoso y los anexos normales, se encontró hemoperitoneo de aproximadamente 2000 ml y el bazo era de tamaño normal, con quistes a nivel del hilio, con hemorragia activa; se realizó esplenectomía. Después de la cirugía, la paciente cursó sin complicaciones y es egresada tres días después.

El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue: Bazo de 75 gramos, con diámetros de 10x7x3 cm la superficie lisa, opaca, y de color café claro (**Figura 1**), el lecho quirúrgico con aspecto fibroadiposo, con zonas congestivas y múltiples quistes translúcidos subcapsulares que miden de 0.3 a 0.6 cm.



Fig. 1. Bazo, vista macroscópica, peso: 75 g, diámetros: 10x7x3 cm, superficie lisa y opaca de color café claro.

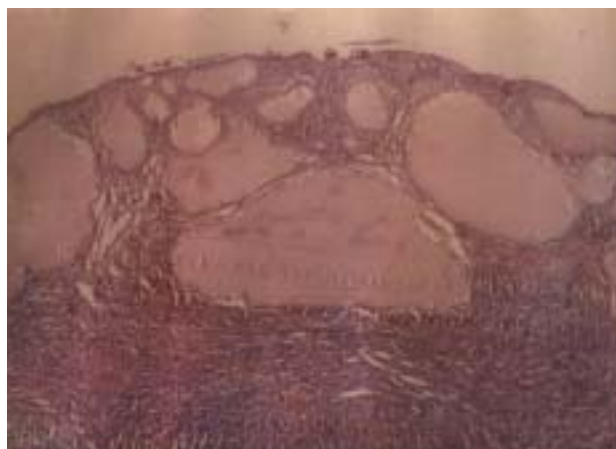


Fig. 3. Bazo, vista microscópica, al corte el parénquima es de color café claro, homogéneo y congestivo, los quistes contienen líquido de aspecto claro.

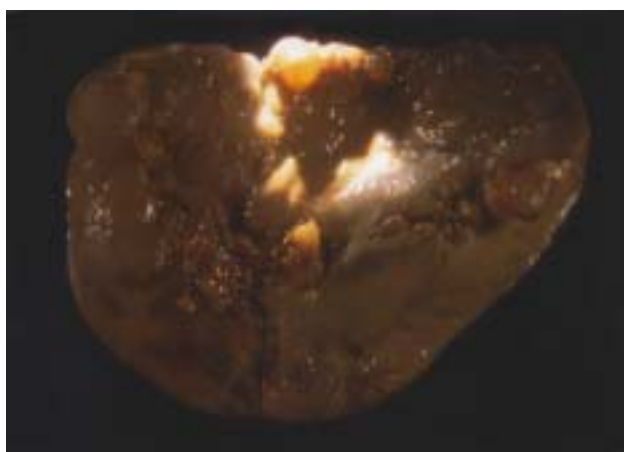


Fig. 2. Bazo, corte longitudinal, aspecto fibroadiposo, zonas congestivas, quistes translúcidos, subcapsulares, de 0.3 a 0.6 cm.

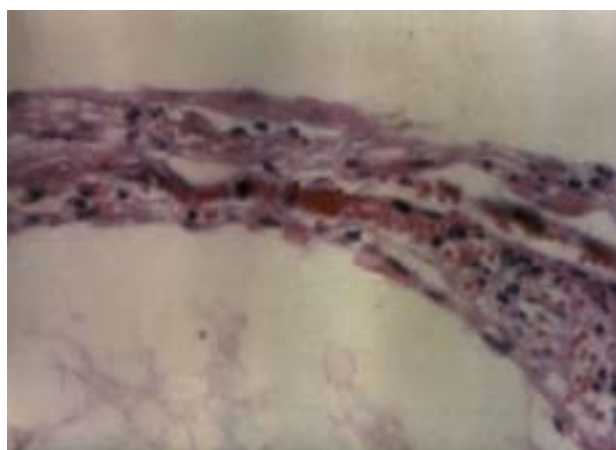


Fig. 4. Bazo, vista microscópica, quiste con revestimiento endotelial.

Al corte, el parénquima es café claro, homogéneo y congestivo; los quistes contienen líquido de aspecto claro y su pared es lisa, brillante y blanquecina (**Figuras 3 y 4**).

Diagnóstico final: Linfangioma subcapsular roto y hemoperitoneo secundario.

Discusión

El linfangioma esplénico es una enfermedad poco frecuente y el primero en describirlo fue Fink en 1885. El paciente con afección esplénica puede no manifestar síntomas y diagnosticarse durante una cirugía abdominal por otra causa, puede detectarse en el estudio anatomopatológico del bazo resecado, o bien puede ocasionar esplenomegalia o ser de elementos grandes. En el último de los casos puede complicarse con hemorragia, coagulopatía de consumo, hiperesplenismo e incluso hipertensión portal.^{4,5} Es común que el linfangioma sea único, pequeño y subcapsular, aun-

que también puede ser multiquístico. Para realizar el diagnóstico, además de la evaluación clínica, son útiles la radiografía simple de abdomen, el ultrasonido, el gammagrama y la tomografía computarizada.

En la radiografía simple de abdomen los datos son esplenomegalia, calcificaciones curvilíneas en la pared quística o efecto de masa en vísceras adyacentes. En el ultrasonido hay espacios hipoecoicos. El gammagrama puede mostrar múltiples defectos de captación y en la TAC hay lesiones de baja densidad, limitadas y de pared delgada. El diagnóstico diferencial debe hacerse con linfoma, infarto esplénico, embolia séptica, metástasis y quistes esplénicos.

Una vez que se ha determinado que la lesión esplénica es de tipo quístico se estrecha el diagnóstico diferencial. De acuerdo a la clasificación de Pearl-Nassar, hay sólo tres tipos de lesiones quísticas: los quistes parasitarios; los primarios con revestimiento epitelial (dermoides, epidermoides o transicionales) o

revestimiento endotelial (hemangioma o linfangioma) y los secundarios o quistes traumáticos que no tienen revestimiento epitelial.^{6,7} En esta paciente hubo datos clínicos de abdomen agudo y por ultrasonido de hemoperitoneo, por lo que no se realizó el diagnóstico preoperatorio. No hubo datos ultrasonográficos de lesiones quísticas, que orientaran el diagnóstico.

En la descripción del caso se enfatiza que no existió el antecedente de trauma abdominal y no hay informes de hemorragia esplénica espontánea secundaria a linfangioma de elementos pequeños.

El tratamiento del linfangioma esplénico sólo es necesario cuando existe esplenomegalia o linfangiomas grandes que ocasionan hemorragia, coagulopatía por consumo e hiperesplenismo. Este informe agrega una indicación: el linfangioma esplénico de lesiones pequeñas con hemorragia.

Referencias

1. Avigad S, Jaffe R, Frand M, Izhak Y, Roten Y. Lymphangiomatosis with splenic involvement. *JAMA* 1976; 236: 2315-7.
2. Chan KW, Saw D. Distinctive, multiple lymphangiomas of spleen. *J Pathol* 1980; 31: 75-81.
3. Ramani P, Shah A. Lymphangiomatosis. Histologic and immunohistochemical analysis of four cases. *Am J Surg Pathol* 1993; 17: 329-33.
4. Marymont JV, Knight PJ. Splenic lymphangiomatosis: a rare cause of splenomegaly. *J Pediatr Surg* 1987; 5: 461-2.
5. Morgenstern L, Bello JM, Fisher BL, Verham RP. The clinical spectrum of lymphangiomas and lymphangiomatosis of the spleen. *Am Surg* 1992; 58: 599-604.
6. Pistoia F, Markowitz SK. Splenic lymphangiomatosis: CT diagnosis. *Am J Roentgenol* 1988; 150: 121-2.
7. Rao BK, AuBuchon J, Lieberman LM, Polcyn RE. Cystic lymphangiomatosis of the spleen: a radiologic-pathologic correlation. *Radiology* 1981; 141: 781-2.