

**PRESENTACIÓN DE CASO**

## **Linfangioma mesentérico**

### **Mesentery lymphangioma**

**Dr. Pedro López Rodríguez, Dr. Pablo Pol Herrera, Dra. Olga León González,  
Dr. Jorge Satorre Rocha, MSc. Dr. Juan Ramón Cruz Alonso, Dr. Hiram  
Rodríguez Blanco**

Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

---

#### **RESUMEN**

El linfangioma representa el 6 % de los tumores benignos, y su localización más frecuente es la región cervical, seguida de la axila en el 95 % de los casos. Solo un 5 % tiene localización en otro sitio. Dentro de estos, los abdominales representan entre el 2 y el 5 %, y los más frecuentes son los del mesenterio. Se presenta el caso de una paciente de 45 años con el diagnóstico de metrorragia disfuncional, que a pesar del tratamiento hormonal, aumentó en intensidad. Se le practicó un legrado diagnóstico, cuyo resultado fue hiperplasia adenomatosa con ligera atipia, y se le indicó una histerectomía abdominal, que se realizó sin dificultad. En el transcurso de esta intervención se llevó a cabo la extirpación de un tumor del mesenterio del yeyuno, cuyo diagnóstico histológico definitivo fue linfangioma mesentérico.

**Palabras clave:** linfangioma, hiperplasia adenomatosa con atipia, histerectomía, tumor mesentérico.

---

#### **ABSTRACT**

The lymphangioma accounts for the 6 % of the benign tumors and its more frequent location is the cervical region, followed by the axilla in the 95 % of cases. Only the 5 % is located in other site including the abdominal ones accounting for the 2 and the 5 % and the more frequent are those of mesentery. This is the case of a patient aged 45 diagnosed with dysfunctional metrorrhagia that despite the hormonal treatment increased its intensity. A diagnostic curettage was made whose result was an adenomatous hyperplasia with a slight atypia prescribing an abdominal hysterectomy carried out without problem. During this intervention a yeyunal mesenteric tumor was removed with a definitive histological diagnosis of mesenteric lymphangioma.

**Key words:** lymphangioma, atypical adenomatous hyperplasia, hysterectomy, mesenteric tumor.

---

## INTRODUCCIÓN

El linfangioma es un tumor benigno de origen linfático, caracterizado por vasos linfáticos quísticamente dilatados. Representa el 6 % de los tumores benignos, y están localizados, en su mayoría, en la región cervical, seguida de la axila, y solo un 5 % están distribuidos por todo el cuerpo. Dentro de estos, los linfangiomas abdominales representan entre el 2 y 5 %, y son los más frecuentes los del mesenterio.<sup>1,2</sup> Debido a su baja incidencia y benignidad son muy pocos conocidos. La importancia clínica del linfangioma del mesenterio radica en que puede comprometer la vida del paciente, al dar origen a complicaciones graves como hemorragias, obstrucción intestinal y perforaciones de vísceras huecas, entre otras.<sup>1,3</sup>

*Beneviene* fue el primero en describir un quiste mesentérico en una autopsia en el año 1507. Posteriormente *Tillaux* los estudió y operó en el año 1880.<sup>2</sup> Se han publicado en la literatura mundial alrededor de 900 casos desde 1507, que muestran una incidencia de hasta 1 cada 250 mil ingresos.<sup>3</sup> La etiología del linfangioma aún es desconocida, y es la más aceptada la embrionaria o congénita.<sup>2</sup>

*Barnett* y *Branch* resumieron el origen del linfangioma en 4 grupos:<sup>4</sup>

1. Retención: esta teoría intenta explicar que la base en la formación del linfangioma es un problema de presión mecánica.
2. Trastornos en la función secretora endotelial de los vasos o trastornos de la permeabilidad endotelial.
3. Origen inflamatorio.
4. Origen embrionario.

Otras etiologías incluyen falla en la fusión de las hojas del peritoneo o degeneración localizada de los linfocitos y el trauma abdominal.<sup>4</sup> El principal método de estudio diagnóstico para la realización de este trabajo fue el examen macroscópico y el estudio histológico de la pieza quirúrgica en el laboratorio de anatomía patológica (AP).

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente del sexo femenino, de 45 años de edad, con el antecedente de hiperplasia endometrial diagnosticada hace 3 años, para lo cual lleva tratamiento hormonal con medroxiprogesterona. En el último año los sangrados vaginales han aparecido en la etapa intermenstrual, por lo que se le realizó un examen físico completo, incluyendo el tacto vaginal, que no arrojó datos de interés, salvo las molestias que este produce. Además, las mucosas estaban hipocoloreadas y la tensión arterial entre límites normales. Se indicaron exámenes complementarios de laboratorio, cuyos resultados fueron: hemoglobina 10,5 g/L y un hematócrito de 0,33 %, el cuagulograma y el conteo de plaquetas estaban entre límites normales, y el coágulo era retráctil. La glicemia, la radiografía de tórax y el electrocardiograma fueron normales.

Se indicó un ultrasonido abdominal en el que se observó en el anejo izquierdo una imagen quística de 22 mm. También se realizó un legrado diagnóstico, cuyo resultado fue hiperplasia adenomatosa con ligera atipia. Por tal motivo, se decidió su ingreso y tratamiento quirúrgico. Fue operada de forma electiva, y se constató el diagnóstico planteado: se le realizó una histerectomía total con conservación de los ovarios. En la exploración del abdomen se halló un tumor del mesenterio del intestino delgado (asa yeyunal) de aproximadamente 10 cm de diámetro. Se realizó una resección intestinal de aproximadamente 20 cm y anastomosis término terminal.

Se envió la pieza de intestino resecado con un segmento de mesenterio correspondiente, donde se encontraba el tumor ([Figs. 1, 2 y 3](#)) al laboratorio de AP, y el resultado de este fue: mucosa bien plegada con conservación de sus vellosidades, rodeando el segmento se observa un área que corresponde al tejido adiposo del mesenterio y de los apéndices epiploicos de aspecto tumoral, francamente hemorrágico. A los cortes seriados a nivel de esta lesión adiposa, se observan múltiples espacios quísticos dilatados ocupados por sangre que remedan paredes vasculares. El diagnóstico histológico fue linfangioma del mesenterio. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta a los 7 días.



**Fig. 1.** Segmento de intestino delgado con un tumor de mesenterio.



**Fig. 2.** Segmento de intestino delgado abierto. El tumor compromete la pared intestinal.



**Fig. 3.** Corte longitudinal del tumor de mesenterio. Se observa contenido hemorrágico.

## DISCUSIÓN

El linfangioma del mesenterio es una enfermedad rara, de baja incidencia, aparentemente benigna, debido a lo cual es poco conocido. La mayoría de los autores coinciden en que el cuadro clínico es muy variado, pudiendo ser muy difuso con aumento de volumen del abdomen, presentar signos de abdomen agudo y de obstrucción intestinal, o manifestaciones compresivas de órganos vecinos. Un número importante de casos han sido diagnosticados de manera casual, por estudios imaginológicos preoperatoriamente, y en el resto el diagnóstico se ha realizado en el transoperatorio por otras causas, como sucedió en nuestra paciente.<sup>1-3</sup>

La mayor parte de los estudios mencionan que esta afección es más frecuente en el sexo masculino (en proporción de 2 a 3 con respecto al sexo femenino).<sup>2</sup> Otros estudios, en cambio, consideran que tienen la misma frecuencia.<sup>1,5</sup> La enfermedad es más frecuente en los niños, antes de los 3 o 5 años, y el resto en los adultos, como lo fue en nuestro caso.<sup>2,3</sup> Los autores sostienen que el linfangioma en el adulto se origina por traumas abdominales, obstrucción linfática, procesos inflamatorios, cirugía y radioterapia; mientras que en la edad pediátrica se debe a un defecto congénito (teoría más aceptada).<sup>5</sup> Nuestra paciente no precisó tales antecedentes.

El diagnóstico diferencial de estas lesiones, tanto por pruebas de imagen como durante el acto quirúrgico, debe establecerse con otras lesiones quísticas de la cavidad abdominal, tales como quistes de ovario, del uraco, riñones multiquísticos, pseudoquistes del páncreas, quistes esplénicos, entre otros, así como aneurismas de aorta, tumores carcinoides, mesenteritis esclerosante, metástasis mesentérica de otros tumores, o ascitis. El diagnóstico diferencial anatomopatológico se realiza con el mesotelioma quístico.<sup>1,6</sup> El linfangioma está revestido de endotelio aplanado, y puede tener músculo liso y tejido linfoide. El mesotelioma quístico posee un revestimiento de

células planas, cuboidales o columnares, y su pared es fibrosa, carecen de fibras musculares lisas o de tejido linfoide. Por inmunohistoquímica también existen diferencias entre ambos grupos, ya que los quistes de origen linfáticos son positivos para vimentina, marcador general; ocasionalmente para marcadores vasculares como CD34 y CD31, anticuerpos monoclonales que pueden inmunomarcas células endoteliales de vasos sanguíneos. El CD34 es una glicoproteína transmembranosa con un amplio espectro de reactividad, en especial en el endotelio vascular normal y tumoral, y específicamente, para marcadores de endotelio linfático (D240). Los de origen mesotelial suelen ser positivos para vimentina, pero también expresan marcadores epiteliales (citoqueratina y otros).<sup>1</sup>

Los linfangiomas abdominales se caracterizan por ser lesiones quísticas, generalmente loculadas, con un contenido lechoso o hemorrágico, el 5 % de ellos presentan fenómenos de degeneración mixoide inflamatorio, hemorrágico o isquémico, y tejido de granulación.<sup>3</sup> Según la clasificación de *Wegner* (1887), el linfangioma abdominal con las características antes mencionadas, es considerado como higroma quístico.<sup>6</sup> Además, como quiste de origen linfático, según la clasificación de *Perrot* y otros, atendiendo a su origen.<sup>1,3</sup>

Siempre que el tamaño y la localización lo permitan, el tratamiento de elección es el quirúrgico, con extirpación completa del tumor, incluyendo la resección del intestino delgado.<sup>2,6</sup> Se plantea que la resección incompleta puede llevar a la recurrencia de la lesión, incluso varios años más tarde con un riesgo de recidiva de 10 a 15 %. Si el tumor se encuentra infectado, la cirugía deberá posponerse por 3 meses.<sup>2</sup> Si la resección no es posible se trata con argón, inyección esclerosante con bleomicina u OK-432 (picibanil), ácido acético<sup>3,6</sup> o la marsupialización.<sup>2</sup> Se ha demostrado que la punción y vaciado genera gran número de recidivas, por lo que no es recomendada.<sup>1,3</sup> El láser, aspiración, drenaje e irrigación del linfangioma dan pobres resultados.

Otros autores consideran como primera opción el tratamiento laparoscópico (siempre que esté disponible), en casos de cirugía programada, ya que añade a los buenos resultados del tratamiento quirúrgico las conocidas ventajas de esta técnica.<sup>1</sup> Después del tratamiento quirúrgico es de vital importancia el seguimiento clínico y ecográfico.<sup>7</sup>

Se concluye que el linfangioma del mesenterio es un tumor benigno de baja frecuencia, por lo que es poco conocido. Afecta mayormente al sexo masculino. Presenta un cuadro clínico muy variado, desde un aumento del perímetro abdominal con síntomas difusos, hasta los más graves, producto de sus complicaciones. La mayoría de estos tumores se diagnostican casualmente por estudios imaginológicos, y el resto, en el transoperatorio por otras causas. El tratamiento del linfangioma del mesenterio es quirúrgico, y consiste en la exéresis completa del tumor y del segmento de asa intestinal comprometida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Ramos D, Rodríguez Pereira C, Escrigos J, Pellicer Castell V, Miralles Tena JM, Salvador Sanchis JL. Quiste mesentérico: experiencia en 4 casos. Rev Cubana Cir [serie en internet]. 2005 [citado 13 de noviembre de 2010];44(4). Disponible

en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932005000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

2. Fontirroche Cruz R, González Dalmau L, Barroetabeña Riol Y, Araujo Mejias M. Linfangioma quístico abdominal. *Mediciego* [serie en internet]. 2010 [citado 22 de enero de 2011]; 16(Supl. 1). Disponible

en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16\\_supl1\\_10/casos/t-14.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/casos/t-14.html)

3. Sosa Hernández R, Sánchez Pórtela C, Simón Rodríguez L. Quiste del mesenterio: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cubana Cir* [serie en internet]. 2007 [citado 13 de noviembre de 2010]; 46(4) Disponible

en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932007000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

4. Reyes I, Roseen G, Pacheco A, Parada X, Casanova M. Linfangioma de intestino delgado. *Rev Chilena de Cirugía*. 2004; 56(1): 66-70.

5. Yáñez R, Parada X, Da Venecia M, Valdivia L, Gamboa C, Martínez J. Linfangioma mesentérico multiquístico como causa de vólvulo intestinal. *Rev Chilena de Cirugía*. 2009; 61(3): 285-9.

6. Lara C, Borrero J, Porras V, De JA. de la Rosa JA, Expósito F. Linfangiomatosis mesentérica. *Archivo Español de Urología*. 2006; 59(5): 542-4.

7. Torres V, Zunzunegui J, Castellón J, Benveniste S. Linfangioma quístico mesentérico asociado a vólvulo intestinal crónico (caso clínico). *Rev Ped Elec* [serie en internet]. 2009 [citado 13 de noviembre de 2010]; 6(3). Disponible

en: <http://www.revistapediatrica.cl/vol6num3/pdf/cirugia120.pdf>

Recibido: 26 de abril de 2011.

Aprobado: 22 de julio de 2011.

*Pedro López Rodríguez*. Hospital Docente "Enrique Cabrera". Aldabó, reparto Altahabana, municipio Boyeros. La Habana. Cuba. Correo electrónico: [lopezp@infomed.sld.cu](mailto:lopezp@infomed.sld.cu)