

Linfangioma quístico de mesenterio en colon sigmoides. Informe de un caso

RESUMEN

Introducción: el linfangioma quístico de mesenterio es un tumor intraabdominal benigno poco común, más observado en niños que en adultos; su incidencia es de uno entre 160 mil personas.

Caso clínico: mujer de 25 años de edad con cuadro clínico sugestivo de quiste de ovario derecho y aumento del perímetro abdominal. En la exploración física se identificó tumor abdominal, móvil, con dolor a la palpación profunda. La imagen por ultrasonido abdominal fue sugestiva de quiste gigante de ovario derecho. En la cirugía se encontró tumor quístico dependiente de mesenterio de 18 × 11 cm, que involucraba colon sigmoides. La paciente fue programada para segunda cirugía dos días después. Se practicó resección del quiste y hemicolectomía de colon sigmoides con anastomosis término-terminal, con buena evolución y alta a los ocho días. El examen histopatológico indicó linfangioma quístico de mesenterio en sigmoides. No hubo recidiva a seis meses de seguimiento.

Conclusiones: al momento de este informe se han documentado 49 casos de quistes de mesenterio en México, de los cuales 21 fueron linfangiomas, con rango de presentación de uno a 73 años de edad. El tratamiento es quirúrgico.

SUMMARY

Background: cystic lymphangioma of the mesentery is an uncommon tumor; its incidence is 1:160 000. Our objective was to present the case of a patient with cystic lymphangioma of mesentery located at the colon.

Clinical case: female 25 years, attending consultation with a clinical picture suggestive of right ovarian cyst and increased abdominal perimeter. On physical examination abdominal painful tumor was identified, with deep palpation and mobilization. Abdominal ultrasound findings suggested giant right ovarian cyst. Laparotomy showed a cystic mass (18 × 11 cm size) depending mesentery and involving sigmoid colon, surgical intervention was done after two days for bowel preparation. Resection of the cyst, and colon section involving sigmoid colon with termino-terminal anastomosis, was performed. The pathological report was: cystic lymphangioma of sigmoid mesentery. There was no recurrence at six month follow up.

Conclusions: cystic lymphangioma of the mesentery is a benign abdominal tumor, which occurs frequently in children but in adults is rare; We found 49 cases of mesenteric cysts reported in Mexico, of which 21 were lymphangiomas with a range of 1 to 73 years of age.

Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 23, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hidalgo del Parral, Chihuahua, México

Comunicación con:
Miguel Ángel
Ramírez-Ortega.
Tel: (62) 7523 6668;
(62) 7111 9903.
Correo electrónico:
miguel.tauro.70@hotmail.com

Introducción

El quiste mesentérico es un tumor intraabdominal poco frecuente, de difícil diagnóstico, que puede ser asintomático o manifestarse como abdomen agudo y de tamaño variable.

El mesenterio está formado por dos hojas peritoneales que fijan las asas del intestino a la pared posterior del abdomen, donde se encuentran tejido conectivo y adiposo, vasos sanguíneos y linfáticos,

fibras musculares lisas, nervios y restos embrionarios, estructuras consideradas como posibles orígenes de los tumores del mesenterio.¹

La incidencia informada en la literatura varía de uno entre 26 794 a uno entre 25 000 admisiones hospitalarias, y de uno en 200 000 admisiones en niños.¹

El quiste mesentérico fue descrito por primera vez por el anatomista Beneviene en 1507 en una autopsia de un niño de ocho años;² en 1880, Tiliaux realizó la primera resección exitosa.³

Palabras clave

linfangioma quístico
mesenterio
colon sigmoides

Key words

lymphangioma, cystic
mesentery
colon, sigmoid

En 1979, Mennemeyer y Smith dividieron los quistes mesentéricos en seis grupos según sus características histopatológicas y parámetros inmunohistológicos.⁴ La mayoría de los quistes mesentéricos es de naturaleza benigna y solo 3 % es maligno.⁵

Los quistes del mesenterio pueden localizarse desde el duodeno hasta el recto, 67 % se ubica en el mesenterio del intestino delgado (con mayor frecuencia en el segmento ileal) y 33 % en mesocolon.⁶

El linfangioma quístico de mesenterio (linfangioma quístico de mesenterio) forma parte de la clasificación de los quistes de mesenterio y es un tumor benigno. Los linfangiomas se clasifican en tres grupos:⁷

- Simples o capilares*, compuestos por vasos linfáticos pequeños de paredes delgadas.
- Cavernosos*, que consisten en grandes canales linfáticos de paredes gruesas.
- Quísticos (higromas)*, que presentan grandes espacios quísticos rodeados por colágena, tejido linfóide y escaso músculo liso.

El objetivo de este informe es presentar el caso clínico de una paciente con linfangioma quístico de mesenterio localizado en colon sigmoides. Se analiza la presentación clínica, manejo quirúrgico y se lleva a cabo una revisión de los informes en México.

Caso clínico

Mujer de 25 años de edad, casada, que acudió por tumoración intraabdominal sin antecedentes de importancia. Datos ginecoobstétricos: menarca a los 12 años de edad, gestaciones 2, partos 1, abortos 1, cesáreas 0, sin método de planificación familiar.

Se realizó ultrasonido abdominal de manera incidental que indicó quiste de ovario derecho. A la exploración física se observó aumento de perímetro abdominal y se palpó tumor en fosa iliaca derecha, móvil y doloroso a la palpación profunda. Presión arterial de 120/70 mm Hg, frecuencia cardíaca de 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, temperatura de 36.7 °C, peso de 75 kg. En nuevo ultrasonido abdominal se observó quiste gigante de ovario derecho. Los resultados de los exámenes de laboratorio fueron normales. Se practicó cirugía mediante bloqueo subdural, en la que se encontró tumor desplazado hacia la derecha, dependiente de mesenterio, que involucraba la pared de colon sigmoides, de contenido líquido seroso y de pared delgada (figuras 1 y 2). Se realizó resección intestinal de un tumor de 18 × 11 cm y de segmento de colon sigmoides, con anastomosis término-terminal (figuras 3 y 4). La evolución fue satisfactoria y la paciente fue dada de alta al octavo día del posoperatorio.

El informe histopatológico fue linfangioma quístico de mesenterio que involucraba parte del colon sigmoides. Los márgenes quirúrgicos proximal y distal estaban libres de lesión (figuras 5 y 6).

La paciente se encontraba asintomática a seis meses de seguimiento.

Discusión

Los quistes mesentéricos son tumores intraabdominales poco frecuentes, sobre cuya etiología y clasificación aún existe controversia. Con la microscopía electrónica se han identificado dos tipos de células en ellos: endoteliales y mesoteliales. Con base en esto se dividen en dos grupos: los de origen vascular (quiste



Figura 1. Tumor quístico en colon sigmoides que involucra su pared



Figura 2. Tumor quístico dependiente de mesenterio



Figura 3. Quiste mesentérico resecado con hemicolectomía de colon sigmoides

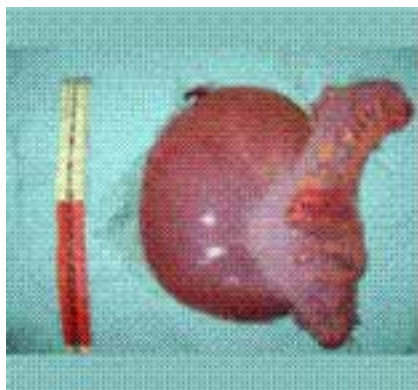


Figura 4. Tumor de 18 cm de diámetro longitudinal y 11 cm de diámetro transversal, con resección de segmento de colon sigmoides

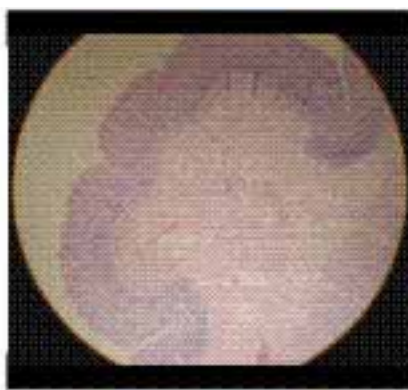


Figura 5. Corte histológico que muestra mucosa, submucosa y capa muscular interna de colon, con características histológicas normales

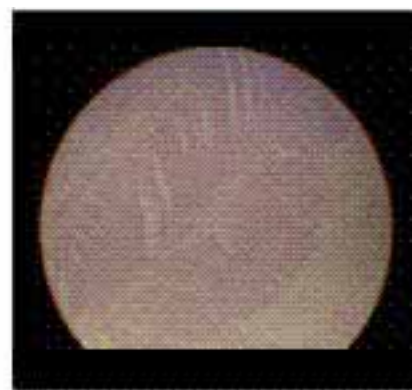


Figura 6. Espacios vasculares linfáticos revestidos por endotelio delgado, sostenidos por un estroma de tejido conectivo laxo con nódulos de tejido

linfático simple y linfangioma) y los de origen mesotelial (quiste mesotelial simple, mesotelioma quístico benigno y mesotelioma quístico maligno).

De acuerdo con su origen y los parámetros inmunohistológicos se dividen en linfáticos (endotelial), mesoteliales, entéricos, urogenitales, teratoma quístico maduro y pseudoquiste (cuadro I).^{3,8,9}

Los quistes pueden ser únicos o múltiples y multiloculados o uniloculados y las características del líquido (seroso, fibrinoso, quiloso o hemático) dependen de la localización de éstos.¹ El volumen puede variar de 2 mL a 12 L.

El linfangioma quístico de mesenterio es más observado en niños y es muy raro en adultos; su incidencia es de uno entre 160 mil personas,¹⁰ predomina en el sexo masculino con una relación 2-3:1¹¹ y es el tipo histológico más frecuente de los quistes de mesenterio.¹ Se han establecido básicamente tres formas de presentación clínica:^{1,12}

- a) Hallazgo incidental.
- b) Cuadro crónico o recurrente de dolor abdominal.
- c) Síndrome de abdomen agudo secundario a complicaciones (hemorragia intraquística, ruptura o infección del quiste, obstrucción intestinal y compresión de vasos mesentéricos).

Un porcentaje importante de adultos no presenta síntomas, a diferencia de lo que se observa en los niños. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal (82 %), masa palpable (61 %), náusea y vómito (45 %), constipación o estreñimiento (27 %) y diarrea (6 %).^{1,9,12}

La paciente que describimos acudió por probable quiste de ovario sin más sintomatología y en la exploración física solo se identificó aumento de

tamaño abdominal y palpación de masa dolorosa, como se informa en la literatura (61 %).

Por su baja frecuencia es difícil establecer el diagnóstico definitivo incluso con estudios diagnósticos de alta tecnología, por lo que es frecuente el diagnóstico preoperatorio de quiste ovárico.¹²

Se debe hacer diagnóstico diferencial con otras lesiones abdominales como pseudoquiste pancreático, hidrocolecisto, tumores retroperitoneales pediculados, leiomiomas pediculados de útero, aneurismas de aorta, apendicitis complicada con absceso apendicular, invaginación intestinal.

Mediante ultrasonido puede sospecharse el diagnóstico preoperatorio de linfangioma quístico (o quiste de mesenterio), sin embargo, puede ser necesaria la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética para identificar la localización más exacta y su relación con órganos intraabdominales

Cuadro I **Clasificación de los quistes mesentéricos según sus características histopatológicas**

1. Quistes de origen endotelial	a) Quistes linfáticos simples b) Linfangiomas
2. Quiste de origen mesotelial	a) Quiste mesotelial simple b) Mesotelioma quístico benigno c) Mesotelioma quístico maligno
3. Quiste de origen entérico	a) Quiste de duplicación entérica b) Quistes entéricos
4. Quiste de origen urogenital	
5. Teratoma quístico maduro (quiste dermoide)	
6. Pseudoquistes no pancreáticos	a) Origen traumático b) Origen infeccioso

Fuente: Mennemeyer R y De Perrot M, referencias 4 y 10

Cuadro II

Características generales de pacientes con linfangioma de mesenterio informados en publicaciones médicas en México

Ref.	Año	Edad (años)	Sexo	Síntomas	Tamaño (cm)	Localización	Diagnóstico previo	Tratamiento	Diagnóstico definitivo
14	1993	3	M	Constipación, dolor abdominal	Sin reporte	Mesenterio de íleon	Apendicitis aguda	Resección completa, resección íleon, anastomosis término-terminal	Linfangioma quístico de mesenterio
17	2000	17	M	Dolor fosa iliaca, náusea, vómito, fiebre	14 x 8	Colon derecho, duodeno, yeyuno proximal y cabeza	Apendicitis aguda	Pancreatoduodenectomía, exéresis completa y hemicolectomía derecha	Linfangioma quístico de mesenterio
18	2001	11	M	Dolor abdominal	3.5	Duodeno, páncreas y aorta	Tumoración abdominal	Exéresis completa	Linfangioma quístico con degeneración mixoide
21	2002					8 casos sin especificaciones de sus características			Linfangiomias
23	2003	48	F	Fiebre, ataque estado general, náuseas, vómito	Sin reporte	Mesocolon transverso	Isquemia intestinal	Resección completa	Linfangioma multifocal
23	2003	73	F	Distensión abdominal, náusea y vómito	4.5 x 3	Mesosigmoides	Vólvulos sigmoides	Sigmoidectomía, colostomía y bolsa de Hartmann	Linfangioma
23						Menciona 3 casos no publicados			Linfangiomias
11	2005	1	M	Constipación y diarrea, dolor abdominal y vómito	10 x 7	Mesenterio de yeyuno e íleon proximal	Malrotación intestinal y colon redundante	Resección completa y resección de íleon, anastomosis término-terminal	Tumor multiquístico correspondiente a linfangioma
11	2005	14	M	Dolor abdominal, vómito, distensión abdominal	10 x 15	Mesenterio de íleon	Abdomen agudo	Resección completa	Tumor uniloculado correspondiente a linfangioma quístico
11	2005	3	M	Aumento de perímetro abdominal	11 x 12	Mesenterio	Quistes intraabdominales	Resección 95 % (un año después se realizó laparoscopia para resear múltiples quistes dependientes de mesenterio)	Quistes multiloculados correspondientes a linfangioma quístico abdominal
35	2008	46	M	Dolor abdominal intermitente de 10 años de evolución	10	Hilio esplénico, epiplón y cola de páncreas	Nódulos quísticos cavidad abdominal	Pancreatectomía distal, esplenectomía y omentectomía	Linfangioma quístico en hilo esplénico, epiplón y cola de páncreas
	2008	25	F	Aumento de perímetro abdominal	18 x 11	Mesenterio colon sigmoides	Quiste ovario	Resección completa, hemicolectomía, anastomosis término-terminal	Linfangioma quístico en mesenterio a nivel sigmoides

F = femenino, M = masculino

adyacentes, que permitan la preparación adecuada del paciente y de la estrategia quirúrgica.¹

También puede ser necesaria la aspiración de la masa (en caso de duda) o la angiografía (que muestra la irrigación del quiste). La laparoscopia puede ser una alternativa antes de cualquier procedimiento.⁸

En una revisión de la literatura médica publicada en México se encontró que han sido informados 49 casos, de los cuales 10 fueron quistes de mesenterio, 21 linfangiomas, dos mesoteliomas, 11 mesoteliomas malignos, un mesotelioma quístico peritoneal benigno, un teratoma de la raíz del mesenterio, un quiste entérico, un quiste de mesoapéndice y un leiomiomasarcoma de mesenterio de bajo grado.^{3,12-28} Se excluyeron los quistes de epiplón y retroperitoneales.

Se revisaron las características generales de los 21 pacientes con diagnóstico confirmado de linfangioma de mesenterio, incluyendo el caso que presentamos. En relación con la edad se encontró desde uno hasta 73 años, con diagnóstico previo de apendicitis aguda en dos casos, tumor abdominal o quiste intraabdominal en dos, quiste de ovario en uno, isquemia intestinal en uno, abdomen agudo en uno, vólvulus de sigmoides en uno, malrotación intestinal, colon redundante en uno y nódulos quísticos abdominales en uno (cuadro II). En 11 pacientes no se dispuso de la información relativa a las características generales.^{11,19,29-34}

El linfangioma quístico de mesenterio se presenta por lo general en la edad pediátrica (60 %),³⁰ en adultos es muy raro y casi siempre benigno. El diagnóstico definitivo se realiza mediante citología e histología e inmunohistoquímica (determinación de factor VIII, CD31, queratina total, vimentina y antígeno epitelial de membrana).

El tratamiento curativo del linfangioma quístico (y de los quistes de mesenterio) es la escisión y enucleación completa, para evitar su transformación maligna o las complicaciones. Si se realiza únicamente la aspiración del contenido o la resección parcial existe alta probabilidad de recidiva.^{1,3,9}

Dado que en ocasiones el quiste comparte íntimamente su irrigación con algún segmento del intestino es necesaria la resección del segmento intestinal involucrado, como sucedió en nuestra paciente; si se encuentra adherido a órganos vecinos irresecables se sugiere la marsupialización.^{1,19}

El tratamiento quirúrgico puede ser agresivo dependiendo de la localización y relación con órganos intraabdominales, para lo cual se requiere que el equipo quirúrgico planee el manejo, cuando sea posible, o, en caso de hallazgo incidental, valore una

segunda intervención hasta que el paciente se encuentre en condiciones adecuadas si es necesaria la resección intestinal.

Nosotros decidimos realizar una segunda intervención quirúrgica y planeamos la resección quirúrgica del tumor y del segmento de colon involucrado; se preparó el intestino para la reconexión término-terminal y no se dejó una colostomía, que hubiera sido incómoda para la paciente y, además, hubiera requerido otro procedimiento quirúrgico para la reinstalación del tránsito intestinal.

A seis meses de seguimiento, la paciente se encontraba asintomática sin complicaciones; en el ultrasonido abdominal de control no se habían identificado datos de recidiva.

La morbilidad oscila entre 2 % en los casos con enucleación y 25 % en las grandes resecciones. Por su parte, la mortalidad es de 5 a 19 % cuando no se requiere resección intestinal y de 10 a 20 % cuando es necesaria.³⁵

Se recomienda el seguimiento cada seis meses mediante exploración física y ultrasonografía para corroborar que no exista recidiva.¹⁶

Conclusiones

El linfangioma quístico de mesenterio predomina en la infancia pero debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de los padecimientos con datos de abdomen agudo o masa abdominal en la edad adulta.

Dado que es un tumor benigno, en la mayoría de los casos la extirpación quirúrgica confirma el diagnóstico, evita las complicaciones y es curativa.

Referencias

1. Valdivia-Gómez GG. Quiste de mesenterio. Revisión. *Rev Gastroenterol Mex* 2003;68(3):235-238.
2. Beahrs OH, Judo ES, Dockerty MB. Symposium on abdominal surgery; chylous cysts of the abdomen. *Surg Clin North Am* 1950;30(2):1081-1096.
3. Reyes-Zermeño MG, Mora-González J, Altamirano-Castillo E, Espino-Cortés H, Abdo-Francis M, Siu-Moguer A. Quiste mesentérico (QM), reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Mex* 2003;68(Supl 3):157-158.
4. Mennemeyer R, Smith M. Multicystic, peritoneal mesothelioma: a report with electron microscopy of a case mimicking intraabdominal cystic hygroma (lymphangioma). *Cancer* 1979;44(2):692-698.
5. Liew SC, Glenn DC, Storey DC. Mesenterio cyst. *Aust N Z J Surg* 1994;64:741-744.

Ramírez-Ortega MA
et al.

Linfangioma quístico
mesentérico

6. Saviano MS, Fundaro S, Gelmini R, Begossi G, Perrone S, Farinetti A, et al. Mesenteric cystic neoplasms: a report of two cases. *Surg Today* 1999; 29(2):174-177.
7. Wegner G. Ueber lymphangiome. *Archiv für klinische Chirurgie* 1887;20:641.
8. Epstein HS, Berman R. Mesenteric and pancreatic lymphangioma presenting as a right anexal mass. *Am J Obst Gynecol* 1975;121(8):1117-1118.
9. Rivas-Moreno LM, Asensio JA, Forno W, Petrone P, Roldán G, García W. Quistes mesentéricos. *Cir Gen* 2002;24(1):61-65.
10. De Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg* 2000;17(4):323-328.
11. García-Buenrostro N, Sánchez-Sosa S, Martínez-Carreño U. Linfangioma quístico abdominal. Experiencia en un hospital pediátrico. *Rev Mex Cir Pediatr* 2005;12(1):33-38.
12. Soto-Granados M, Valencia-Rosenberg J, López-Olivares R. Quiste mesentérico. Una causa de dolor abdominal recurrente. Reporte de un caso. *Rev Sanid Milit Mex* 2003;57(1):31-33.
13. Ángeles NE, Aranda RA. Quiste de mesenterio. Reporte de un caso. *Prensa Med Mex* 1971;36:463-464.
14. Calderón-Garcidueñas AL, Padrón-Treviño M, Holguín-Aragón J, Valdéz-Borroel R. Linfangioma quístico de íleon: informe de caso. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;48(4):267-270.
15. Sundbland AS, Paz RA, Ghiondi NS, Barrutia MV. Mesotelioma maligno. Revisión de 11 casos. *Patología* 1991;29(3):141-144.
16. Sánchez-Fernández P, Mier y Díaz J, Blanco-Benavides R, Martínez-Ordaz JL. Quiste de mesenterio. Informe de un caso. *Cir Ciruj* 1999;67(4):143-146.
17. Candanedo-González F, Luna-Pérez P. Linfangioma quístico del mesenterio. Análisis clínico, radiológico y morfológico. *Rev Gastroenterol Mex* 2000; 65(1):6-10.
18. Fernández-Pérez J, Morán-Penco JM, Pimentel JJ, Sanjuán-Rodríguez S. Linfangioma quístico retroperitoneal en la infancia. *Cir Pediatr* 2001; 14:41-43.
19. Pérez-García R, Torres-López E, Ruiz-Ovalle JL. Quiste mesentérico: descripción de un caso. *Cir Gen* 2001;23(2):109-112.
20. Baños-Paz FG, De la Rosa-Bayón FJ, López-Cordero E, Flores-Rivera A. Teratoma de mesenterio. Presentación de un caso. *Rev Mex Cir Pediatr* 2002;9(4):224-228.
21. Bracho-Blanchet E, Trujillo-Ponce A, Nieto-Zermeño J, Reyes-Retana Valdes R, Tovilla-Mercado JM, Dávila-Pérez R, et al. Factores de riesgo para recidiva postquirúrgica de linfangiomas en niños. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2002; 59(5):274-281.
22. Dueñas-García OF, Kerckhoff-Villanueva H, Rico-Olvera H, Lira-Plascencia J. Mesotelioma quístico peritoneal benigno como diagnóstico diferencial de tumor dependiente del ovario. Comunicación de un caso y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(2):111-114.
23. Valdivia-Gómez GG, Alonso-Avilés V. Quiste de mesenterio como causa de abdomen agudo. A propósito de tres casos. *Gac Med Mex* 2003;139(5):505-507.
24. Padilla-Rodríguez AL, Hernández-González M, Alcántara-Vázquez A. Mesotelioma multiquístico benigno peritoneal. Informe de un caso. *Rev Fac Med UNAM* 2004;47(3):125-128.
25. Montiel-Jarquín AJ, Romero-Morales LE, Enríquez-Adalid MR, Mendoza-García AV, Reyes-Páramo P, López-Colomo A. Quiste de mesoapéndice. Informe de un caso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46(5):551-552.
26. Rivera-Montes AM, Angélica-Barrera Y, Basavilvaso-Rodríguez MA, Hernández-Valencia M. Quiste mesentérico. Informe de un caso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46(4):423-426.
27. De la Parra-Márquez M, Ibarra-Prado J, Delgado-Gaona M, Arzoz-Gálvez R, López-Martínez H. Quiste gigante de epiplón: informe de un caso en sujeto preescolar. *Cir Gen* 2004;26(1):55-57.
28. Caropreso PR. Mesenterio cyst: a review. *Arch Surg* 1974;108(2):242-246.
29. Margarito-Castro J. Quiste simple de mesenterio a nivel de íleon. Reporte de un caso y revisión de literatura. *Cir Gen* 2008;30(Supl 1):81.
30. Perea-Lara HC, Sepúlveda GEM, Bastida SA, Parra PP, Reyes EJ. Quiste mesentérico. Reporte de un caso. *Cir Gen* 2008;30(Supl 1):81.
31. Arteaga-Torres R, Hernández GL, Lerma AR, López AE, Castellanos. Quiste mesentérico. Reporte de caso. *Cir Gen* 2008;30(Supl 1):81.
32. Ávila-Vázquez J, Gómez LJ, Hernández CJ. Quiste de mesenterio. *Cir Gen* 2008;30(Supl 1):81-82.
33. Torres-Trejo A, Sánchez MR, Mora FJR, Gutiérrez BG, Valdivieso CJA, Gaytán FOF, et al. Quiste mesentérico; una causa poco frecuente de abdomen agudo. *Cir Gen* 2008;30(Supl 1):82.
34. Meza-Díaz RA, Arteaga TR, Aburto FMC, Lerma AR, Álvarez MOA, Córdoba CC. Vólvulo de intestino delgado causado por un quiste mesentérico; reporte de un caso. *Cir Gen* 2008; 30(Supl 1):102.
35. López-García S. Linfangioma multiquístico intra-abdominal. Presentación inusual en adulto. *Cir Gen* 2008;30(Supl 1):18-19.