



P-472 - LINFANGIOMA QUÍSTICO COMO HALLAZGO CASUAL INTRAOPERATORIO, UNA ENTIDAD MUY POCO FRECUENTE QUE PUEDE DISTORSIONAR LA ANATOMÍA QUIRÚRGICA

Trinidad, Anna¹; Lobo, Nicolak¹; Raga, Esther¹; Vives Espelta, Margarida¹; Paris Sans, Marta¹; Hernández, Mercedes¹; Sabench Pereferrer, Fatima²; del Castillo Déjardin, Daniel¹

¹Hospital Universitari Sant Joan, Reus; ²Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus.

Resumen

Introducción: Los linfangiomas o higromas quísticos son [tumores](#) benignos muy infrecuentes, representan el 6% de los tumores benignos. Nacen del sistema linfático en la región cervical, [mediastino](#) y retroperitoneo, siendo la primera su localización más frecuente. El 80% se diagnostican en la infancia y únicamente el 5% se localiza intraabdominal. La clínica es muy heterogénea. A veces los síntomas son secundarios a la compresión o desplazamiento de estructuras adyacentes y provocan con más frecuencia dolor abdominal. También puede darse náuseas o vómitos, incluso obstrucción intestinal. Otras veces los síntomas se deben a las complicaciones como torsión del quiste o ruptura, con o sin infección secundaria y peritonitis. Presentamos un caso de linfangioma quístico como hallazgo casual intraoperatorio.

Caso clínico: Mujer de 45 años con los antecedentes de: Obesidad mórbida grado IV (IMC: 59,09 Kg/m²), hipertensión arterial, síndrome de apnea hipopnea del sueño portadora de CPAP, síndrome de ovario poliquístico y vasculitis leucocitoclástica. En julio de 2020 se interviene de forma programada realizando una gastrectomía vertical laparoscópica sin incidencias. El tránsito gastro-duodenal, la ecografía abdominal y la ecoendoscopia preoperatorias no mostraron lesiones, ni hernia de hiato ni reflujo gastroesofágico. Durante el seguimiento en consultas externas presentó reflujo gastroesofágico clínico importante. Se realizó una fibrogastroscoopia a los 8 meses de la intervención evidenciando lesiones por reflujo a nivel cardial sugestivas de esofagitis tipo A de los Ángeles, sin hernia de hiato. En estómago, a nivel del cuerpo gástrico, se objetiva marcada angulación del mismo, sin estenosis y un vaciamiento gástrico enlentecido. En el tránsito esófago-gastro-duodenal se demuestra un buen paso de contraste sin reflujo gastroesofágico. Se inician medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas reduciendo parcialmente la clínica. Tras 15 meses operada, por persistencia de síntomas se decide cirugía de revisión y conversión. En febrero de 2022 con un IMC actual de 41,9 kg/m² se interviene de forma programada. En la cirugía la paciente presenta una tumoración de 55 × 30 mm polilobulada y pseudoquística paraesofágica derecha en contacto con el borde superior del páncreas, vena cava inferior y segmento I hepático. Esta lesión distorsionó la anatomía y dificultó la disección quirúrgica por lo que se decidió resear preservando estructuras. Se identificó una pequeña hernia de hiato tipo 1 que se reparó y se continuó, sin incidencias, con el *bypass* gastroyeyunal en Y de Roux tipo Mc-Lean-Gagner.