

Cartas al Director



Abdomen agudo por linfangioma quístico multilocular

Sr. Director:

Tras leer el artículo de Bardají et al¹ sobre el linfangioma quístico y abdomen agudo, creemos interesante aportar este caso clínico por su singularidad en el diagnóstico.

Se trata de un varón de 5 años sin antecedentes de interés, con dolor abdominal de 18 h de evolución, sin náuseas, vómitos ni alteración del ritmo deposicional, con una importante defensa muscular voluntaria que imposibilitaba su valoración. Analíticamente, sólo destacaba una leucocitosis de 14.000 sin desviación. Radiológicamente, no se visualizaba gas en el intestino delgado, pero sí en el colon y la ampolla rectal. Con el diagnóstico de abdomen agudo, por posible apendicitis aguda o por invaginación intestinal, se indicó una intervención urgente. Tras la inducción anestésica se valoró una masa palpable en el mesogastrio que se desplazaba sin dificultad. Se procedió a practicar una laparotomía media infraumbilical, observándose una tumoración mesentérica quística multilocular con unas formaciones quísticas de paredes delgadas, en número de 5 o 6, rellenas de líquido serohemático, que producía un vólvulo de intestino delgado en un segmento de 20 cm aproximadamente (fig. 1). Dado el compromiso intestinal, se practicó una resección de dicha tumoración y el segmento intestinal afectado con posterior anastomosis manual terminoterminal. El postoperatorio cursó sin alteraciones, siendo el paciente dado de alta hospitalaria al quinto día. El diagnóstico histológico fue de linfangioma quístico multilocular en el mesenterio del intestino delgado.

Lo más relevante del caso clínico expuesto se centra en dos aspectos: en primer lugar, el diagnóstico de una masa tumoral intraabdominal tras la inducción anestésica de un niño con abdomen agudo; en segundo lugar, la volvulación del linfangioma quístico como causa de abdomen agudo, en un paciente sin antecedentes previos de dolor abdominal.

Los linfangiomas abdominales son tumores poco frecuentes, mayoritariamente benignos, que afectan de modo preferente en la edad pediátrica^{1,2}. Clínicamente, son asintomáticos, aunque pueden producir dolor abdominal e incluso una obstrucción intestinal³⁻⁵. La ecografía es el método diagnóstico de elección³. Su tratamiento es quirúrgico y raramente remite con la exéresis completa^{1,3,4}. El seguimiento posterior con ecografía o TC, entre los 6 meses y 5 años tras la intervención, deberá descartar la recidiva.

En conclusión, la presencia de una masa palpable móvil en un niño debe hacer pensar en la presencia de un linfangioma intestinal como posibilidad diagnóstica, y obliga a realizar una ecografía abdominal, que proporcionará el diagnóstico, y practicar posteriormente una intervención quirúrgica electiva. En caso de abdomen agudo, se planteará una laparotomía urgente y la exéresis con-



Fig. 1. Pieza quirúrgica correspondiente al segmento intestinal resecado con linfangioma quístico mesentérico donde se aprecia la desestructuración del mesenterio por esta tumoración.

servadora o una resección intestinal según el grado de afección. El diagnóstico de certeza se establecerá únicamente con el examen histológico de la pieza.

Roger Cabezali, Jesús María Elizalde^a, Carlos Emparan, Daniel Huerga, Pablo Soriano, María Caridad Garijo^b y Carmen Cristóbal^b

Unidades de Cirugía, ^aAnatomía Patológica y ^bPediatría. Fundación Hospital de Calahorra. La Rioja.

Bibliografía

1. Bardají M, Puig A, Margarit J, Roset F, Sant F, Badal J, et al. Linfangioma quístico y abdomen agudo. *Cir Esp* 1999;65:77-9.
2. Daniel S, Lazarevic B, Attia A. Lymphangioma of the mesentery of the jejunum: report of a case and a brief review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1983;78:726-9.
3. Merrot T, Chaumoitre K, Simeoni-Alias J, Alessandrini P, Guys JM, Panuel M. Abdominal cystic lymphangiomas in children. Clinical, diagnostic and therapeutic aspects: apropos of 21 cases. *Ann Chir* 1999;53:494-9.
4. Melcher GA, Ruedi T, Allemann J, Wust W. Cystic lymphangioma of the mesenterial root as a rare cause of acute abdomen. *Chirurg* 1995;66:229-31.
5. Moreno Sanz C, Marcello Fernández M, Hernández García-Gallardo D, Jiménez Romero C, González Pinto I, Loinaz Seguro C, et al. Obstrucción intestinal por linfangioma quístico intestinal. *Rev Esp Enferm Dig* 1995;87:758-9.