

Cuando se da el alta hospitalaria al paciente, está asintomático.

Tras un año de seguimiento por parte de Medicina Interna y Cirugía en consultas externas, al paciente se le da el alta.

Ante un absceso hepático en un paciente autóctono debemos tener en cuenta la amebiasis, todavía infrecuente en nuestro medio, pero con número de casos en aumento. En España, el número de casos notificados según fuentes del Boletín Epidemiológico del Centro Nacional de Epidemiología entre los años 1999 y 2007 fue de 165, número menor al real si consideramos que la amebiasis no se encuentra dentro de las enfermedades de declaración obligatoria. Aunque la intervención quirúrgica no es el tratamiento de elección, en nuestro caso, dado el estado séptico del paciente tras el tratamiento antibiótico de amplio espectro y el drenaje percutáneo<sup>6</sup> junto con el gran tamaño del absceso y su localización en el LHI con el consiguiente riesgo de rotura a pericardio<sup>7,8</sup>, consideramos indicado el tratamiento quirúrgico y el establecimiento posterior, una vez identificado el agente, del tratamiento específico<sup>9</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz de Gopegui E, Serra T, Leyes M, Delibes C, Salvá F, Pérez JL. Absceso hepático amebiano: observaciones sobre siete pacientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004;22:526-8.
2. Díaz-González E, Manzanedo-Terán B, López-Vélez R, Drona F. Absceso hepático amebiano autóctono: caso clínico y

revisión de la literatura médica. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23:179-82.

3. Khanna S, Chaudhary D, Kumar A, Vij J. Experience with aspiration in cases of amebic liver abscess in an endemic area. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2005;24:428-30.
4. Randall Radin D, Ralls PW, Colletti PM, Halls JM. CT of amebic liver abscess. *AJR.* 1988;150:1297-301.
5. Mortelé KJ, Segatto E, Ros PR. The infected liver. Radiologic-pathologic correlation. *Radio Graphics.* 2004;24:937-55.
6. Ortiz Sanjuán MO, Devesa Jordá F, Ferranco Ginestar J, Ferrando I, Borghol A, Gutiérrez J. Absceso hepático amebiano: ¿tratamiento farmacológico o punción-aspiración? *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:399-401.
7. Severi C, Zippi M, Baccini F, Gentile G, Bezzi M, Fiocca F, et al. Amebic liver abscess, Mirizzi syndrome, and acute hepatic failure. *Digestive Disease and sciences.* 2004;49.
8. Nushijima Y, Ishida H, Watanabe Y, Nakaguchi K, Nakanishi K, Hoshida Y, et al. Amebic liver abscess rupturing into the lesser omentum space. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2006;13:252-5.
9. Akgun Y, Tacyildiz I, Celik Y. Amebic liver abscess: Changing trends over 20 years. *World J Surg.* 1999;23:102-6.

Isabel Martínez Lema\*, Alejo Fernández Muinelo, José María Couce Santiago, David Iglesias Diz y Francisco José Gómez Lorenzo

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iml66@hotmail.com (I. Martínez Lema).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.04.013

## Linfangioma quístico cervical en el adulto

### Cervical cystic lymphangioma in adults

El estudio diagnóstico de una masa cervical varía en los pacientes pediátricos respecto a los adultos, sobre todo por las diferencias en la etiología. En el caso de los niños, generalmente corresponden a procesos inflamatorios (infección vírica de vías respiratorias altas, adenitis bacteriana, escrófula o tuberculosis, enfermedad de arañazo de gato) o a anomalías congénitas (linfangiomas, quistes dermoides, etc.). Menos del 10% de las masas cervicales pediátricas persistentes que se extirpan son malignas, sin embargo, pueden llegar al 80% en los adultos. La localización exacta orienta en el diagnóstico: las masas de línea media son quistes de conducto tirogloso, nódulos tiroideos, lipomas, tumores dermoides, etc., mientras que las masas laterales son ganglios benignos o malignos aumentados de tamaño, glomus carotídeo, linfangiomas, quistes branquiales o sebáceos, etc.

El linfangioma es una enfermedad rara, benigna, que comprende afectaciones congénitas y adquiridas de los vasos linfáticos. Se piensa que representan segmentos aislados y

secuestrados del sistema linfático que mantienen la capacidad de producir linfa; a medida que aumenta el volumen de ésta, se produce el crecimiento del tumor. Una gran parte de los linfangiomas está presente en el momento del nacimiento y se llega a identificar hasta un 95% dentro de los 2 primeros años de vida.

Presentamos el caso de una mujer de 77 años, sin alergias medicamentosas y con antecedentes de hipertensión arterial e intervención de prolapso uterino. Acude a nuestras consultas porque nota desde hace 6 meses un bulto indoloro en el cuello, de crecimiento lento pero constante. No cuenta disfonía, disnea ni disfagia. En la exploración se aprecia una tumoración en la región posterolateral del cuello, de unos 12 cm de diámetro, blanda, de compresión fácil, indolora y no pulsátil. La piel que lo recubre no muestra alteraciones y las cifras analíticas son normales, con marcadores negativos. Se realiza tomografía computarizada (TC) que informa de «tumor cervical multiloculado con contenido líquido, homogéneo, sin infiltrar estructuras vasculares ni musculares». El

resultado de la punción aspirativa con aguja fina (PAAF) es compatible con linfangioma. Se intervino a la paciente bajo anestesia general y se realizó la exéresis total de la tumoración por cervicotomía externa, siguiendo el borde posterior del esternocleidomastoideo. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y se le dio de alta al sexto día. El diagnóstico final anatomopatológico fue de linfangioma quístico.

La localización más frecuente de los linfangiomas es en el tejido subcutáneo de cabeza y cuello; menos veces se encuentran en la axila y la cavidad abdominal, también se han descrito en mediastino y cavidad torácica, retroperitoneo y extremidades<sup>1</sup>. Hay 3 subtipos histológicos: a) capilar (compuesto por finas paredes capilares); b) cavernoso (con espacios linfáticos dilatados y adventicia), y c) quístico o higroma quístico (compuesto de quistes delimitados por una capa de endotelio). A veces, varios de estos tipos coexisten en una misma lesión. El cavernoso es más frecuente donde predomina el músculo, por ejemplo en el suelo de la boca, mientras que el quístico se presenta en territorios de tejido laxo donde puede expandirse con facilidad. Según el tamaño de los espacios se clasifican en macroquísticos, microquísticos o mixtos.

Describimos este caso de linfangioma quístico cervical (LQC) por la rareza que implica su presentación en la edad adulta. Se presenta en el triángulo cervical posterior y, si es de aparición brusca, se relaciona frecuentemente con un antecedente traumático o con procesos infecciosos de las vías respiratorias altas. En nuestra paciente no hubo antecedentes, por lo que lo consideramos de etiología desconocida. La sintomatología que presentó fue la habitual del LQC del adulto: una masa de crecimiento progresivo, fluctuante, multilocular, blanda, compresible e indolora. Son raras la disfagia o la obstrucción de la vía aérea.

Para el diagnóstico por imagen se utiliza la TC, que determina a la vez la extensión de la lesión y su relación con las estructuras circundantes (fig. 1); la resonancia magnética es menos usada y tiene gran rendimiento en los linfangiomas difusos<sup>2</sup>. La PAAF presenta alta sensibilidad para el diagnóstico, y en el caso descrito su resultado coincidió con el informe anatomopatológico definitivo. Tiene una exactitud del 85% en el estudio de masas cervicales malignas y hasta del 95% en masas cervicales benignas<sup>3</sup>. El diagnóstico de certeza nos lo da finalmente la histología de la pieza.

Se considera que la primera opción terapéutica es la escisión quirúrgica, que debe ser completa para evitar recidivas. Esto es difícil cuando los linfangiomas infiltran estructuras importantes vasculares o nerviosas, además de que las complicaciones y secuelas tras estas cirugías son altas<sup>4,5</sup>. Pueden ser necesarias varias intervenciones quirúrgicas para obtener resultados satisfactorios. Como tratamiento alternativo se ha utilizado la inyección intralesional de sustancias esclerosantes: sellantes de fibrina, triamcinolona, OK-432 (picibanil) y bleomicina<sup>6-8</sup>. La tercera opción es una técnica mixta: uso de agentes esclerosantes para conseguir una remisión parcial del linfangioma que facilite la cirugía



**Figura 1 – Tomografía computarizada del cuello que muestra la imagen de un linfangioma quístico (flecha).**

posterior, o bien se inyectan esas sustancias si se produce recidiva<sup>4</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. La Torre G, Cianci P, Mancino G. Voluminous cystic lymphangioma of the retroperitoneum in an adult. A case report. *Chir Ital.* 2006;58:383-7.
2. Sermon A, Gruwez JA, Lateur L, De Weber I. The importance of magnetic resonance imaging in the diagnosis and treatment of diffuse lymphangioma. *Acta Chir Belg.* 1999;99:230-5.
3. Amedee RG, Dhurandhard NR. Fine-needle aspiration biopsy. *Laryngoscope.* 2001;111:1551-7.
4. Raji A, Essaadi M, Mahtar M, Roubal M, Chekkoury IA. Cervicofacial lymphangioma in adults (10 case reports). *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 2002;123:27-32.
5. Cavaliere D, Ghinolfi D, Tommasi GV, Panaro F, Di Domenico S, Miggino M, et al. Cystic lymphangioma of the adult: Our experience and review of literature. *G Chir.* 2004;25:283-6.
6. Emran MA, Dubois J, Laberge L, Al-Jazaeri A, Butter A, Yazbeck S. Alcoholic solution of zein sclerotherapy for treatment of lymphangiomas in children. *J Pediatr Surg.* 2006;41:975-9.
7. Alonso J, Barbier L, Álvarez J, Romo L, Martín J, Arteagoitia I, et al. Eficacia del OK-432 en un linfangioma cervical quístico del adulto. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005;10:362-6.
8. Baskin D, Tander B, Bankaoglu M. Local bleomycin injection in the treatment of lymphangioma. *Eur J Pediatr Surg.* 2005;15:383-6.

M. José Valenzuela Martínez, M. Pilar Santero,  
M. Dolores Arribas, Elena Córdoba y Fernando Martínez

Servicio de Cirugía General, Hospital Comarcal de Alcañiz, Alcañiz,  
Teruel, España

Correo electrónico: mjvalenzuelam@hotmail.com  
(M.J. Valenzuela Martínez).