

**LINFANGIOMA ABDOMINAL EN PEDIATRÍA:  
A PROPÓSITO DE UN CASO**

*ABDOMINAL LYMPHANGIOM IN PEDIATRY: APROPOS OF A CASE*

Arosqueta-Guzmán Carlos<sup>1</sup>, Zurita-Villazón Magaly<sup>2</sup>

Recibido para publicación / Received for publication: 10/03/2019

Aceptado para publicación / Accepted for publication: 25/06/2019

**RESUMEN**

Los linfangiomas son tumores benignos, de ubicación habitual en cabeza, cuello y axila, ocurriendo esporádicamente en tejido óseo, hígado y bazo. En cuanto a la localización del linfangioma abdominal, el lugar de mayor presentación es en mesenterio, seguido de epiplón, mesocolon y retroperitoneo. La etiología es desconocida, siendo la teoría más aceptada la congénita. La presentación clínica es variable, pudiendo pasar desapercibidos y como hallazgo a la palpación de una masa asintomática o presentarse como un abdomen agudo. El ultrasonido y la tomografía computada tienen un importante rol en su aproximación diagnóstica. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa del tumor. Se presenta el caso clínico de paciente de 2 años de edad, sexo femenino, que presentó una masa abdominal, realizándose exámenes de gabinete: ultrasonografía abdominal, TAC abdomino pélvica, ingresó a quirófano realizándose laparotomía exploradora más resección quirúrgica de la masa quística, el resultado histopatológico compatible con linfangioma quístico.

**Palabras Clave:** Linfangioma quístico; Niño.

**ABSTRACT**

Lymphangiomas are benign tumors, usually located in the head, neck and armpit, occurring sporadically in bone tissue, liver and spleen. As for the location of abdominal lymphangioma, the place of greatest presentation is in the mesentery, followed by the omentum, mesocolon and retroperitoneum. The etiology is unknown, the most accepted theory being congenital. The clinical presentation is variable, being able to go unnoticed and as a finding to palpation of an asymptomatic mass or present as an acute abdomen. Ultrasound and computed tomography play an important role in its diagnostic approach. The treatment of choice is the complete surgical removal of the tumor. The clinical case of a 2-year-old female patient is presented, presented an abdominal mass, performing cabinet examinations: abdominal ultrasonography, pelvic abdominal CT, entered the operating room performing exploratory laparotomy plus surgical cystic mass resection, the histopathological result compatible with cystic lymphangioma.

**Keywords:** Lymphangioma, cystic; Child.

<sup>1</sup>M.D. - Medico Cirujano Pediatra, Caja de Salud CORDES. Cochabamba, Bolivia.

<sup>2</sup>M.D. - Medico Pediatra, Caja de Salud CORDES. Cochabamba, Bolivia.

**espondencia / Correspondence:** Carlos Arosqueta Guzmán  
**e-mail:** arosguz@hotmail.com

Los linfangiomas son considerados por muchos autores como hamartomas vasculares o como disem-brioplasias del sistema linfático. (1). Son tumores benignos, de baja incidencia que ocurren principalmente en niños y habitualmente se encuentra en zonas de cabeza, cuello y axila. La ubicación intra-abdominal es menos frecuente, con incidencia de 1/160 000 individuos y 1/100 000 hospitalizados, en la literatura se describe de un 3-9,2% de todos los linfangiomas pediátricos, donde linfangiomas retroperitoneales representan menos de un 1% de los linfangiomas abdominales. (2)

En cuanto a la localización del linfangioma abdominal, el lugar de presentación más común en la edad pediátrica es en mesenterio, esta localización representa a un 45% de los casos, seguido por la localización en epiplón, mesocolon y retroperitoneo. (3)

La etiología del linfangioma abdominal es desconocida, siendo la teoría más aceptada la congénita, debido a una falla de comunicación entre los vasos linfáticos durante la vida fetal, los vasos ciegos se dilatan hasta formar un tumor quístico. (3) Aunque algunos autores refieren que aparecen como consecuencia de traumatismo intestinal, cirugía previa o radioterapia. (4)

Los linfangiomas abdominales histológicamente se caracterizan por un epitelio endotelial plano y pared conteniendo tejido linfoide, espacios linfáticos y músculo liso, describiéndose más frecuentemente los espacios linfáticos en la edad pediátrica. (3)

Los linfangiomas se clasifican, en general, en quísticos y cavernosos. Los linfangiomas son considerados por muchos autores como hamartomas vasculares.

Fisiopatológicamente ocurre al no existir una comunicación entre el tejido linfático retroperitoneal o mesentérico con vasos linfáticos mayores, resultando en la formación de una masa quística, blanda, habitualmente de crecimiento lento. (2)

La presentación clínica es variable, pudiendo pasar desapercibidos. La presentación habitual en niños es como hallazgo a la palpación de una masa asintomática, sin embargo, puede incluso llegar a presentarse como un abdomen agudo, 50% a 60% de los linfangiomas quísticos presentan síntomas antes del primer año de vida y un 90% a los 2 años. (2)

Puede haber síntomas crónicos poco específicos como distensión abdominal progresiva, dolor abdominal crónico o síntomas agudos como dolor, distensión, vómitos y peritonitis.

La masa tumoral abdominal puede causar obstrucción intestinal parcial, o desplazamiento del riñón, uréteres u otros órganos; cuando se inflama puede simular un abdomen agudo o causar un abdomen agudo verdadero por hemorragia intratumoral, perforación, vólvulo o ruptura traumática. (5-8)

Al examen físico pueden pasar desapercibidos dado el contenido flácido y móvil o pueden ser detectados a la palpación dependiendo de características tales como tamaño, localización, edad del paciente, etc.

La ecografía es un estudio muy sensible y bastante es-

pecíficos para evaluar una masa quística abdominal. Lo característico en la ecografía es encontrar una masa constituida por múltiples quistes de distintos tamaños separadas por finos tabiques. (2) En general el mayor aporte de la tomografía, es la extensión de la lesión, además de precisar su extensión y la anatomía de las estructuras circundantes. Es también de gran utilidad la resonancia magnética, la que presenta hallazgos similares a la tomografía computada. (2)

El diagnóstico confirmatorio del linfangioma abdominal es anatomopatológico. (3)

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa del tumor, con buen pronóstico para el paciente. (2)

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de 2 años de edad, sexo femenino, ingresa con un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, aumento de volumen, hiporexia, malestar general.

Al examen físico: mucosas ligeramente pálidas. Abdomen: Blando, globoso, timpánico, matidez en abdomen medio e inferior, a la palpación masa que compromete casi toda la cavidad abdominal.

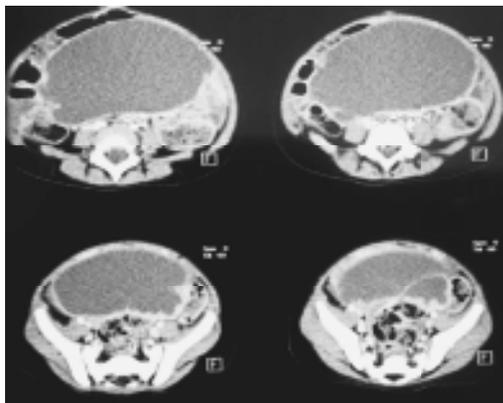
Se solicitó Ultrasonografía abdominopélvica identificándose en la mitad derecha del abdomen situada por debajo del hígado y por encima de la vejiga, una formación quística con paredes delgadas con algunas lobulaciones en su contorno que mide 8,6 x 10,1 x 4,9 cm. con un volumen de 224 cc. (Ver figura 1)



**Figura 1:** Ecografía abdominal de ingreso. Fuente: Resultados del estudio.

Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen y pelvis, identificándose una masa quística de paredes finas ocupando hemiabdomen inferior y estrecho superior de la pelvis, el contenido es líquido de densidad homogénea, de aproximadamente 8,4 x 7,6 x 11,9 cm. en los ejes sagital anteroposterior y transversal. (Ver figuras 2 y 3)

Biometría hemática compatible con anemia leve, leucocitosis, trombocitosis, tiempos de coagulación normal, CEA 10,7 ng/ml, iniciando tratamiento con sulfato ferroso a dosis establecidas. Posteriormente ingresó a quirófano realizándose laparotomía exploradora más resección quirúrgica de la masa quística, observándose tumoración blanda adherida a mesenterio de intestino delgado. Evolucionó favorablemente siendo dada de alta médica a los 2 días sin ninguna complicación.



**Figuras 2 y 3:** TAC abdominopélvica. **Fuente:** Estudio.

El estudio histopatológico mostró un quiste de 203 gramos y 9 centímetros de diámetro mayor exhibiendo una superficie blanquecina de bordes circunscritos, la cavidad unilocular conteniendo líquido claro y revestimiento liso con zonas trabeculadas y blandas. (Ver figura 4)



**Figura 4:** Pieza quirúrgica. **Fuente:** Resultados del estudio.

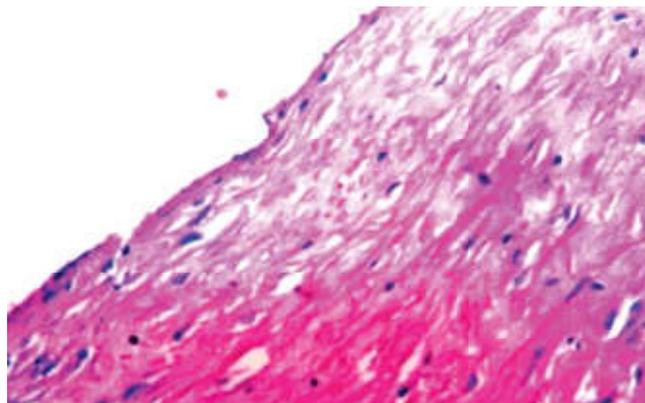
Los cortes histológicos muestran paredes de quiste formado por tejido fibroconectivo denso revestido por una delgada hilera de células endoteliales planas otras zonas presentan ocasionales linfocitos pequeños maduros. La excisión de lesión del mesenterio compatible con: linfangioma quístico de 9 cm. de diámetro. (Ver figura 5)

## DISCUSIÓN

Los linfangiomas abdominales representan menos del 5%, siendo la presentación más común en zonas de cabeza, cuello y axila. La ubicación intraabdominal es menos frecuente. Son más frecuentes en el sexo masculino y corresponden a una malformación primaria congénita del sistema linfático mesentérico y/o retroperitoneal.

Es de gran importancia el estudio con imágenes tanto para un correcto diagnóstico preoperatorio como para su

manejo. Este estudio otorga información sobre tamaño, localización, estructuras adyacentes y probables complicaciones.



**Figura 5:** Estudio Histopatológico. **Fuente:** Resultados del estudio.

En el caso clínico descrito, previamente a la cirugía cursó con anemia aguda asociada a trauma abdominal, requiriendo transfusión sanguínea y estabilización hemodinámica y además se detectó una masa abdominal. La excisión quirúrgica completa es el tratamiento de elección, con muy buen pronóstico si la resección es completa.

En conclusión, los linfangiomas abdominales son una patología muy infrecuente, de predominio en población infantil. Según su presentación clínica se determina el manejo que se realizará, sin embargo, siempre requiere de una buena evaluación preoperatoria con imágenes. El ultrasonido y la tomografía computarizada tienen un importante rol en su aproximación diagnóstica, pero a pesar de esto el diagnóstico diferencial generalmente requiere de estudio histológico.

**Potencial Conflicto de Intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses pertinentes a este artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gimeno Aranguez M, Colomar Palmer P, González Mediero I, Ollero Caprani JM. Aspectos clínicos y morfológicos de los linfangiomas infantiles: Revisión de 145 casos. Anales españoles de Pediatría. 1996;45(1):25-8.
- Torrealba I, Barbieri F. Linfangioma abdominal. Caso clínico. Rev Chil Pediatr. 2012;83(1):68-72.
- García-Buenrostro N, Sánchez-Sosa S, Martínez-Carreño U. Linfangioma quístico abdominal. Experiencia en un hospital pediátrico. Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica. 2005;12(1):33-8.
- Espinosa-Arévalo M, Fernández-Álvarez MB, Pérez-Pedrosa A, Rodríguez-Álvarez D. Linfangioma quístico mesentérico: a propósito de un caso de abdomen agudo. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14:e1-e4.
- Fontirroche-Cruz RP, González-Dalmau L, Barroetabeña-Riol Y, Araujo-Mejias M. Linfangioma quístico abdominal. A propósito de dos casos pediátricos. MediCiego. 2010;16(2).
- Díaz A, Ibañez R, Valenzuela M, Garrido M. Linfangioma Abdominal Complicado: Reporte de un caso. Rev. Ped. Elec. 2009;6(3).
- Uribe Restrepo FL, Arango Rave ME. Cirugía pediátrica. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2006.
- Aschraft KW, Murphy JP, Sharp RJ, Sigalet DL, Snyder CL, editors. Cirugía pediátrica. 2da. ed. México DF: Interamericana; 1995.