



POLICLÍNICO
MODELO DE
CIPOLLETTI

Nº 419

LINFANGIOMA QUÍSTICO EN PEDIATRÍA REPORTE DE UN CASO

Jorgelina Belén Ibañez; Felicitas María Alsina; Melisa Verónica Bet
POLICLÍNICO MODELO DE CIPOLETTI.
Río Negro, Argentina.

Los autores declaran no presentar conflicto de interés.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 8 años de edad, consulta por dolor y distensión abdominal. Días previos a la consulta presentó un síncope aislado. Se realizan estudios de laboratorio donde se constata anemia. Se solicita RX y ecografía abdominal y se completan estudios con tomografía de abdomen con contraste y resonancia.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS:



Fig. 1: Rx de abdomen de pie:
sin alteraciones significativas.



Fig. 2: ecografía abdominal: imagen anecogénica, de contenido líquido, con fino tabique y áreas ecogénicas en la porción declive.

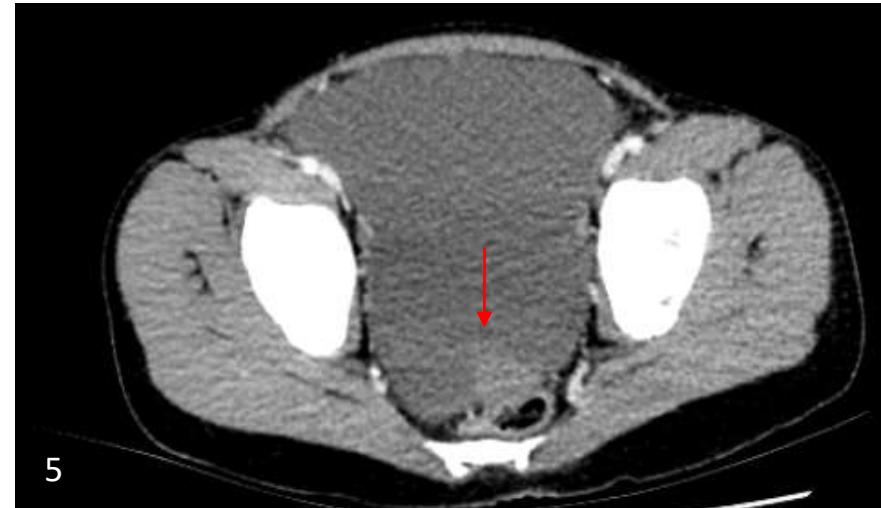


Fig. 3: ecografía abdominal en decúbito lateral: se observa que las imágenes ecogénicas se movilizan con el cambio de decúbito, sugestivas de coágulos hemáticos.

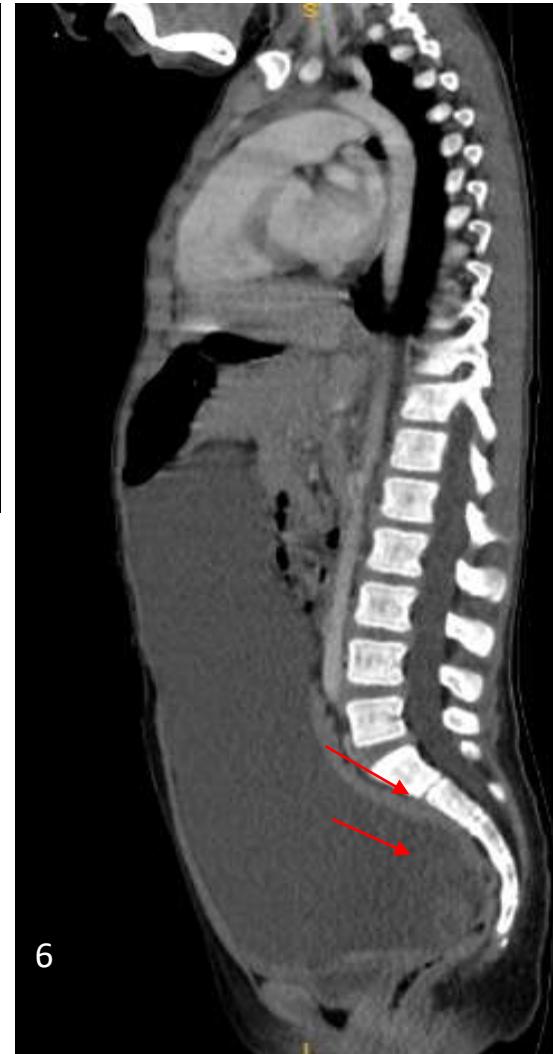
HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS:



4



5

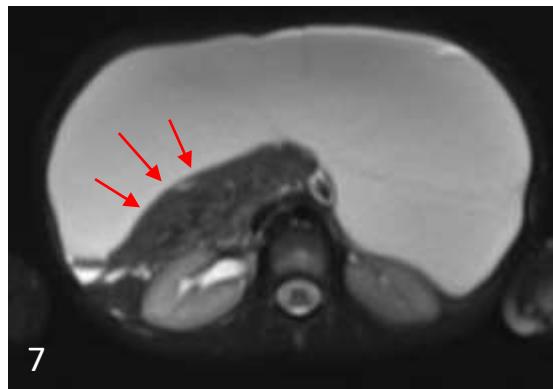


6

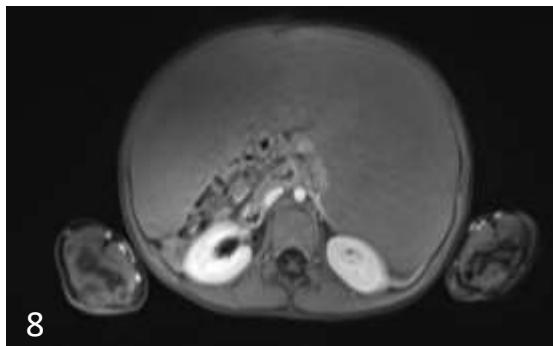
Fig. 4, 5 y 6: Tomografía con contraste endovenoso en cortes axiales y sagital: extensa masa con densidad líquida que ocupa la cavidad abdomino-pelviana, sin realce post-contraste endovenoso. En el sector declive de la formación quística se observan áreas densas ya conocidas compatibles con coágulos hemáticos (flechas) .

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS:

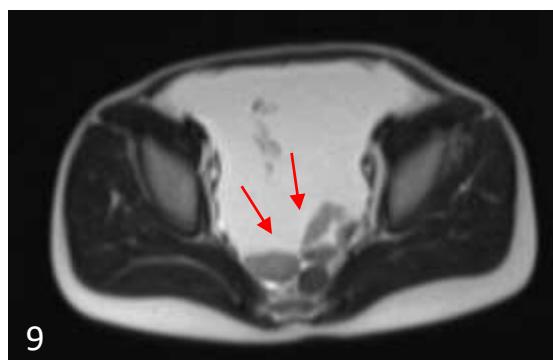
Nº 419



7



8



9

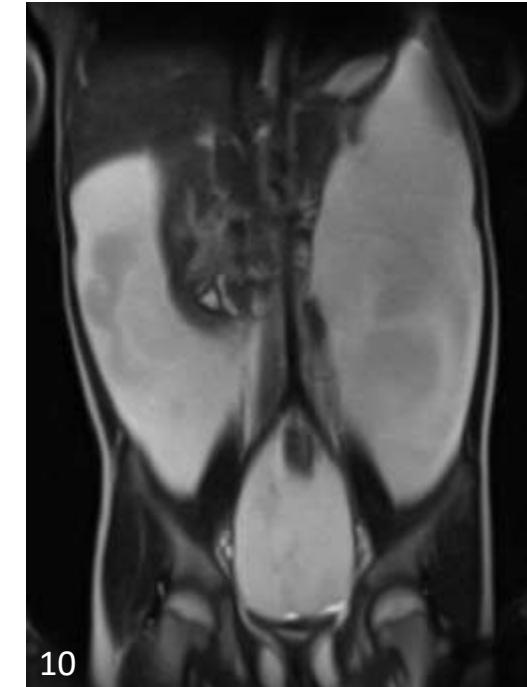
Fig. 7: RMN secuencia T2 HASTE: masa hiperintensa con finos tabiques, que ocupa la cavidad abdominal anterior. Desplaza y comprime asas de intestino delgado (flechas).

Fig. 8: RMN secuencia T1 con Gadolinio: masa ligeramente hipointensa, sin realce luego de la inyección de contraste.

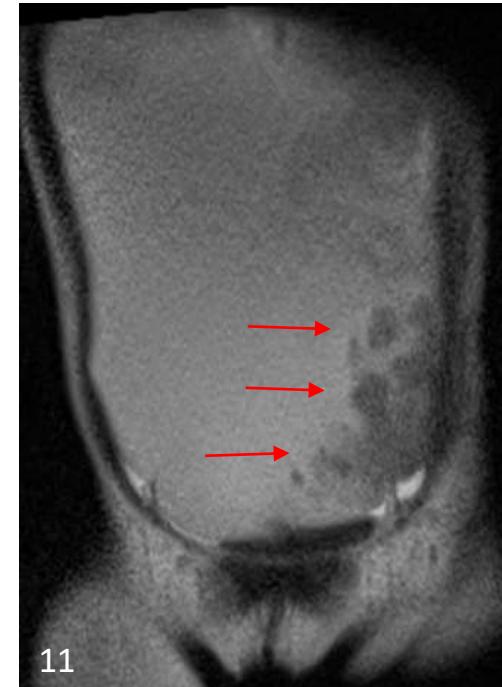
Fig. 9: RMN secuencia T2 HASTE a nivel de la pelvis: se observan áreas hipointensas compatibles con coágulos (flechas).

Fig. 10: RMN secuencia T2 HASTE corte coronal: se observa el desplazamiento y compresión de asas intestinales hacia posterior.

Fig. 11: RMN corte coronal en decúbito prono: se constata la presencia de coágulos móviles que se desplazan con el cambio de decúbito (flechas).



10



11



12

Fig. 12: macroscopia. Se realiza resección quirúrgica.

El estudio histopatológico demuestra que se trata de un linfangioma quístico benigno, con áreas de aspecto adiposo y coágulos.

DISCUSIÓN:

El linfangioma quístico intra-abdominal es un tumor congénito benigno poco frecuente, que se da casi exclusivamente en niños, y se produce por una falla de comunicación entre el tejido linfático mesentérico en desarrollo, con el sistema linfático central. Esto resulta en la formación de grandes masas de espacios linfáticos dilatados.

El cuadro clínico es inespecífico, caracterizado por dolor abdominal, aunque a veces pueden presentar náuseas, vómitos y diarrea, y raramente síntomas secundarios a la compresión de estructuras adyacentes.

Usualmente estas grandes masas están limitadas al mesenterio del intestino delgado (quiste mesentérico), y menos frecuentemente al omento mayor (quiste omental). Si bien pueden adherirse a los órganos adyacentes, no los invaden. El tratamiento de elección es quirúrgico.

La ***radiografía de abdomen*** puede mostrar una extensa masa no calcificada, que desplaza el intestino.

La ***ecografía*** es un método útil para demostrar que son multiloculados, pudiendo valorar los tabiques intraquísticos, que más comúnmente son finos. La ecogenicidad depende de las características del líquido, siendo con mayor frecuencia hipo o anecogénicos, pudiendo tener coágulos ecogénicos en las áreas declives, y raramente contenido purulento. Algunos linfangiomas complicados con hemorragia o infección, pueden aparecer como masas sólidas.

La ***tomografía con contraste*** muestra una gran masa de paredes finas, multiloculada, de densidad predominantemente líquida, aunque esto puede variar según las características del líquido, pudiendo mostrar densidad grasa o hemática. Las calcificaciones son raras. Además, nos da información del tamaño, la extensión y la relación de la lesión respecto a las estructuras vecinas.

La ***Resonancia*** es útil para evaluar las características del líquido, y corroborar la presencia de finos septos intraquísticos. Generalmente es hiperintenso en secuencia T2 e hipointenso en secuencia T1. No realza con Gadolinio.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico diferencial de masas quísticas abdominales de gran tamaño es limitado en pediatría, considerando el mesotelioma quístico benigno como uno de los principales diagnósticos diferenciales.

Con los hallazgos imagenológicos es posible hacer un diagnóstico presuntivo del linfangioma quístico, cuyo tratamiento es la resección quirúrgica completa. El diagnóstico definitivo lo aporta el análisis histopatológico. Si la resección es completa, el pronóstico es excelente, aunque pueden recidivar si la resección resulta incompleta.

BIBLIOGRAFIA:

- Retroperitoneal Cystic Masses: CT, Clinical, and Pathologic Findings and Literature Review. RadioGraphics 2004; 24:1353–1365
- Linfangioma quístico abdominal en una adolescente. Revista Española de enfermedades digestivas. Vol. 100, N.º 8, pp. 515-522, 2008
- Pediatric Case of the Day. RadioGraphics 1991; 11:1146-1148