

LINFANGIOMA QUISTICO DEL MESENTERIO. VOLVULO DE INTESTINO DELGADO (*)

Dr. Eduardo Anavitarte

Colaboración Anatómo Patológica:

Dr. Alberto Aguiar

La siguiente observación corresponde a una enferma vista y tratada de urgencia en el Hospital Pereira Rossell y cuyos datos son los siguientes:

Historia. — N. C., de 3 ½ años, procedente de Colonia Valdense.

Enferma con cuadro oclusivo agudo enviada con el diagnóstico de invaginación intestinal que no mejora con el enema baritado a pesar de que el médico opinó que se trataba de una reinvasinación después de una reducción por un primer enema baritado.

El cuadro databa a su ingreso de 40 horas de evolución.

Febril, deshidratada, indiferente, con abdomen distendido con meteorismo localizado en hipocondrio izquierdo. Dolores cólicos intermitentes con ruidos hidroaéreos. Se palpa una masa de consistencia blanda que ocupa el flanco izquierdo y la región umbilical. El médico que la envía interpretó dicha masa como un "boudin" de invaginación. Tacto rectal: ampolla libre.

Viene barita en el extremo del dedo de un examen realizado en campaña.

Se realiza un examen radiológico de abdomen en posición de pie y acostada. En las placas se ve el colon ocupado por barita y una falta de relleno del ceco ascendente. Ansa dilatada en hipocondrio izquierdo.

Con el diagnóstico de oclusión intestinal y tumor abdominal se interviene de urgencia. Descartamos la posibilidad de un "boudin" de invaginación por el desusado tamaño y la biloculación del tumor.

Intervención. — 10 - I - 54, Dr. Anavitarte. Ptes. Weiss y Silvera.

Anestesia general. Incisión paramediana infraumbilical derecha. Líquido serofibrinoso en el peritoneo. A nivel de última ansa ileal enorme tumor de 28 cms. de diámetro, amarillo, de consistencia grasosa que ocupa el mesenterio estando la última ansa ileal cabalgando sobre él. El mesenterio presenta un piqueteado hemorrágico. Se extirpa el tumor y la última ansa ileal que se halla volvulada sobre la parte terminal de los vasos mesentéricos.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 30 de junio de 1954.

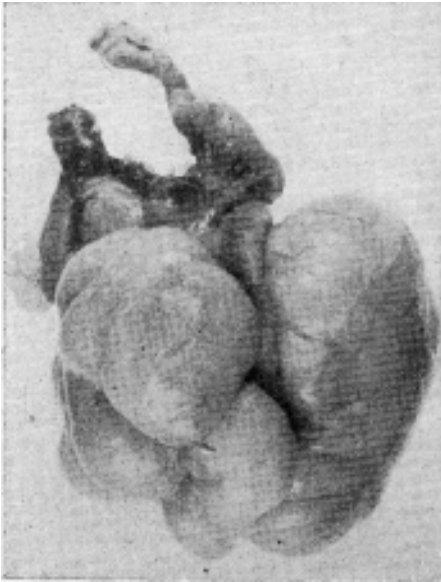


Fig. 1. — Aspecto macroscópico del tumor, visto por su cara anterior y englobado por el asa intestinal delgada.



Fig. 2.—Igual a la anterior, visto por su cara posterior.

En resumen: Tumor mesentérico y vólvulo parcial del delgado. Se hace resección del tumor y última ansa ileal haciendo una ileotransversostomía término-lateral. Cierre de la pared en 2 planos con lino. Dilatación del esfínter anal.

Se pasaron 200 grs. de plasma y 400 c. . de sangre total.

Esquema de la intervención.

Evolución postoperatoria sin incidencias. Alta a los 8 días.

Estudio Anatómo-Patológico. — Macroscópicamente, (Fotos 1 y 2), es una pieza constituida por un voluminoso tumor polilobulado, implantado

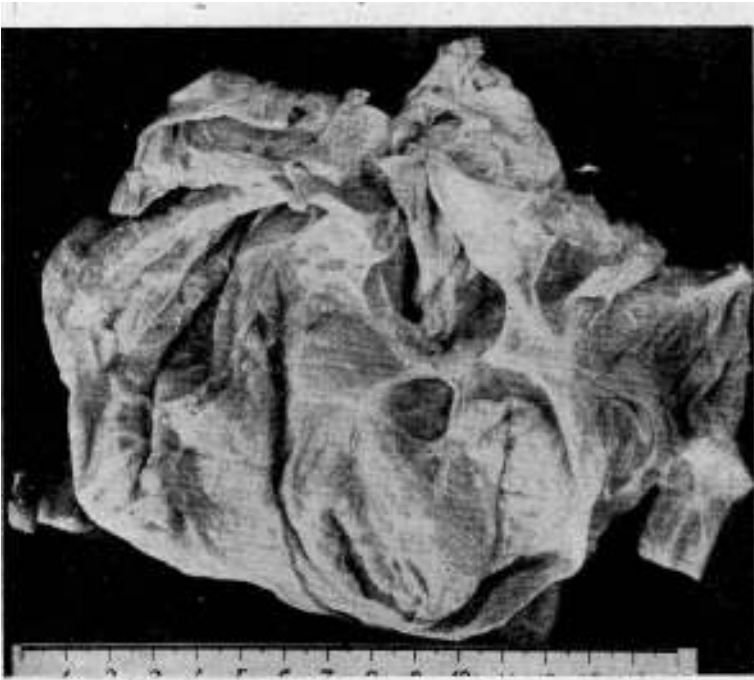


Fig. 3. — Aspecto de la cavidad quística, luego de seccionado el tumor.

y desarrollado en el mesenterio de un asa intestinal delgada, que lo rodea totalmente por su cara externa provocándole una incisura, asa delgada que ha sido resecada junto con el tumor. El color de éste es amarillento, como grasa y mide 25 cms. de diámetro. Consistencia renitente, quística. Peso: 800 grs. Al corte (Foto 3) se trata de un tumor quístico, multisacular a gruesa logia central mayor, por confluencia, parcialmente tabicada y varias logias independientes a su alrededor. El contenido es un líquido flúido, color amarillento, con algunas gotas de grasa que lo sobrenadan. Superficie interna lisa, brillante, de aspecto epitelial. Pared

de espesor muy pequeño, muy delgada en algunos sitios. Ocupa todo el mesenterio del asa y su pedículo viene de la base de ésta. El intestino aparece muy elongado, tenso como cuerda, en toda la cara externa del tumor y hacia la base presenta un color rojo negruzco que toma la pared

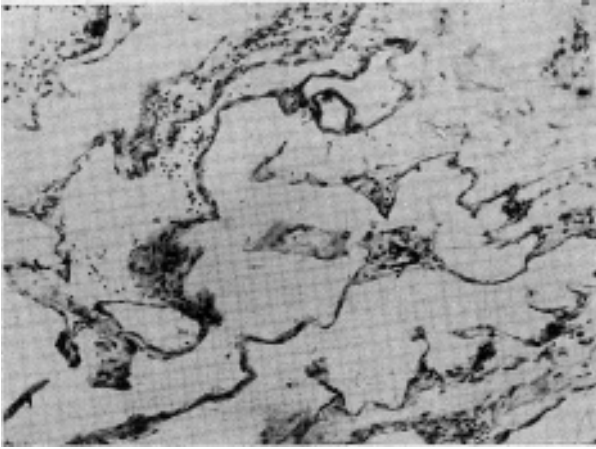


Fig. 4 — Mediano aumento. Estructura esponjosa. Cavidades formadas por pared laxa y revestidas por células alargadas, de aspecto endotelial.

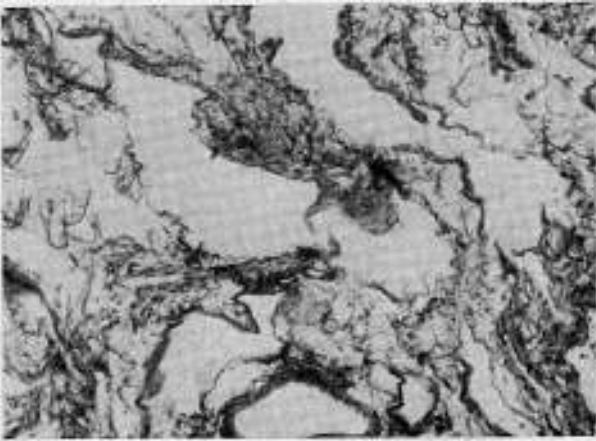


Fig. 5. — Igual a la anterior. Otro campo.

intestinal y el mesenterio inmediato vecino, con aspecto de tejido necrótico-hemorrágico.

No se observa en la pieza el vólvulo ya descrito, pero las alteraciones nutricias del asa y la hemorragia, son muy evidentes en su base.

Estudio histológico. — En los distintos fragmentos examinados se observa un tumor de estructura esponjosa, formado por delgadas láminas de tejido conjuntivo laxo, circunscribiendo gran cantidad de ca-

vidades de forma y dimensiones muy variables, sin contenido en su luz. Todas estas cavidades tienen una pared que la forma ese conjuntivo laxo, revestido en el interior por elementos celulares muy aplanados, filiformes, alargados, de aspecto endotelial (Fotos 4-5-6 y 7). En medio de

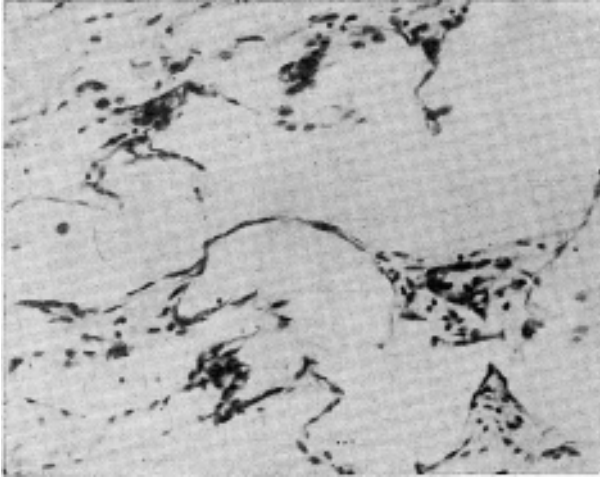


Fig. 6. — Mayor aumento. Tabiques tenues, muy delgados, laxos.

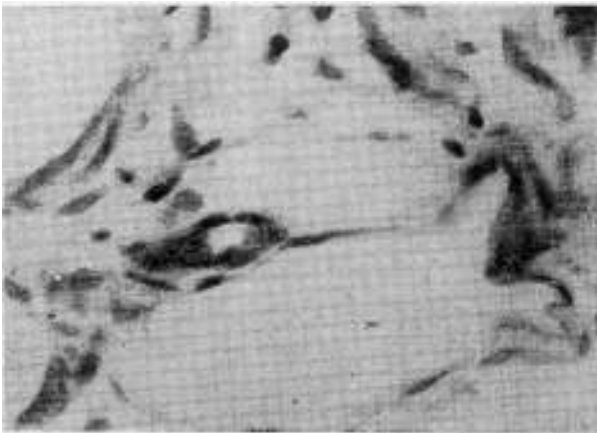


Fig. 7. — Mayor aumento. Cavidades revestidas por células alargadas, endoteliales.

los tabiques circulan delgados y escasos vasos arteriolares y venosos de pared bien constituida. En su espesor también se reconocen algunas fibras musculares lisas, muy segmentadas y acúmulos de tejido linfoide, en partes constituyendo verdaderos folículos linfoides.

No se reconocen elementos epiteliales y la tinción por el mucicarmin es negativa.

No hay en ninguno de los cortes examinados, elementos sospechosos de malignidad, ni se reconocen otros caracteres.

En los cortes de intestino y de mesenterio tomados en la raíz del asa, se observa intensa infiltración hemorrágica intersticial gran con-

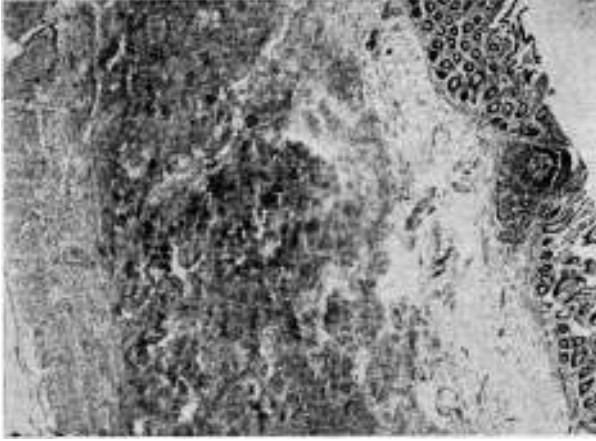


Fig. 8. — Topografía de pared intestinal y mesenterio. Gran infiltración hemorrágica. Necrosis y descamación de la mucosa

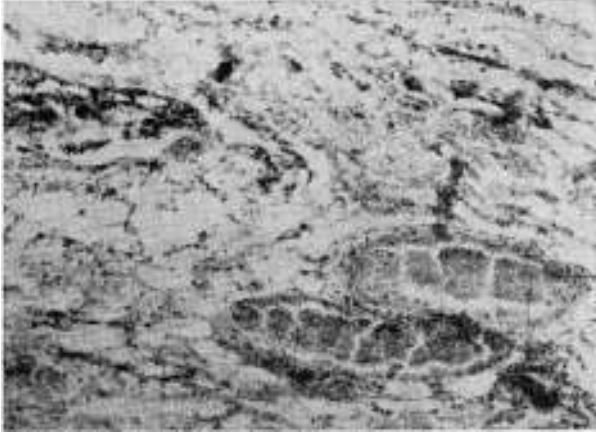


Fig. 9. — Medio aumento. Gran congestión y hemorragia intersticial en el mesenterio. Trombosis venosas.

gestión venosa y fenómenos de necrosis a nivel de la mucosa intestinal, con descamación en masa de la misma, en algunas zonas (Fotos 8 y 9).

Los caracteres macro y microscópicos del tumor permiten catalogarlo como un **linfagioma quístico** a implantación mesentérica, con elongación del asa englobada y fenómenos de necrosis hemorrágica intestino-mesentérica, en la base de la misma.

CONSIDERACIONES

La presente observación corresponde a un caso de linfangioma quístico del mesenterio, que presenta algunos caracteres clínicos y anatómicos que consideramos de importancia.

1º Del punto de vista clínico, la confusión que crea siempre la oclusión en el niño con la invaginación intestinal. La necesidad de un estudio clínico y radiológico completo del abdomen y la sospecha de la organicidad de los procesos oclusivos del niño.

2º Del punto de vista quirúrgico, la no conformidad del cirujano frente a la resolución de *todos* los procesos sospechados de invaginación por un procedimiento *muy útil como complementario* tal cual es el tratamiento por el enema baritado.

3º Del punto de vista anatómico no hay problema en cuanto al diagnóstico de la naturaleza del proceso, pudiéndose afirmar ésta y descartar otras posibilidades, como la duplicación de intestino, o formaciones del grupo de los enterocistomas. Plantea, en cambio, dos hechos interesantes:

a) Uno, la particular evolución del tumor, alcanzando un tamaño poco frecuente, en un enfermo de escasa edad y determinando un vólvulo de intestino, hecho que no hemos encontrado referido en la literatura. Willis cita un caso, similar al presente, en una enferma de 60 años, con fenómenos sub-occlusivos y elongación del asa englobada, determinados por un linfangioma quístico de unos 12 ctms. de diámetro, pero sin trastornos de la circulación mesentérica.

b) El otro hecho, es anatómico, especulativo si se quiere, y se refiere de una manera general al problema que plantean del punto de vista histogenético, todos los linfangiomas: es una malformación congénita desarrollada a expensas de los linfáticos regionales y determinada por cualquier trastorno mecánico o por simple vicio de desarrollo de este sistema vascular, o se trata por el contrario de un verdadero blastoma reproduciendo elementos canaliculares linfáticos, en este caso a evolución quística.

Importa el hecho además, del punto de vista pronóstico.

En el primer caso, el de una malformación, no es infrecuente su multiplicidad y sobre todo la presencia, en otros sectores del organismo, de otros vicios congénitos de desarrollo. Es éste un

viejo problema discutido en casi todos los tratados clásicos. No pretendemos nosotros plantear esta cuestión aquí y mucho menos resolverla, en el caso particular que estudiamos. Queremos sí destacar que en el estudio anatómico realizado, se encuentran presentes en este tumor una serie de elementos señalados clásicamente por la mayoría de los autores como signos que deben inclinar el diagnóstico de un verdadero blastoma de origen linfático. De ellos particularmente destacamos la presencia de fibras musculares lisas y de folículos linfoides en el espesor de los tabiques conjuntivos, como los que más jerarquía diagnóstica requieren.

Aplicando ese criterio clásico, clasificaríamos nuestro caso como un verdadero linfangioma, de origen tumoral, quístico, benigno, criterio que, sin poder afirmar que sea el exacto, encuadra a nuestro modo de ver dentro de las características anatómicas y evolutivas del tumor que estudiamos.

BIBLIOGRAFIA

- BLOCK, F. B. — Chylous Mesenteric Cyst. *Ann. Surgery.* 128: 158, 1948.
CARTER, R. M. — Cysts of the Mesentery. *Surgery, Gynecology and Obstetric.* 33: 544, 1921.
DOUVD, C. N. — Mesenteric Cysts. *Ann. Surgery.* 128: 158, 1948.
FLYNN, C. W. — Mesenteric Cysts, with report of a case of Cystic Lymphangioma. *Ann. Surgery.* 91: 505, 1930.
GALE, J. W. and KEELY, J. L. — Mesenteric Cysts Causes Intestinal Obstruction. *Ann. J. Surgery.* 40: 647, 1938.
WILLIS, R. A. — *Pathology of Tumours.* 2ª edition. I. BARBACCI. Tumori.

Dr. Rodríguez Juanotena. — En primer lugar quiero felicitar a los autores por la comunicación presentada y el completo estudio anatomopatológico de la misma. Sólo quiero referirme a un caso muy semejante que también tuve ocasión de operar el año pasado. Se trataba de un niño de 14 años operado también de urgencia, el que tenía un cuadro suboclusivo de seis días más o menos y desde hacía 48 horas tenía oclusión completa. Fué visto y se le sacó placas antes de la operación, donde mostraban simplemente niveles, que se interpretaron como del delgado; así que fué operado con diagnóstico de oclusión del delgado. Se hizo incisión mediana, supra e infra umbilical; apareció un enorme tumor quístico que ocupaba el mesenterio, de más o menos 30 cms. de diámetro y polilobulado y un asa delgada muy comprimida por el tumor. Creí al prin-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

cipio que era la causa de la oclusión; pensando que era un quiste del mesenterio y traté de decolarlo del mismo, lo que me fué completamente imposible. Entonces resequé el tumor con el ansa que estaba comprimida. Una vez despejado el abdomen, al extirparse esa masa que lo ocupaba totalmente, vi que había un vólvulo total del delgado, entonces realicé luego de destorsión del delgado y anastomosis término-terminal. El enfermo evolucionó bien, a los 8 o 10 días fué dado de alta. El estudio patológico de la pieza hecho por el Dr. Mautone mostró que era un quiste linfático del mesenterio, es un caso semejante al presentado, con la diferencia de que era vólvulo de todo el delgado, en vez de la última asa ileal.