

## **Linfangioma esplénico. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía**

Armando Rivero León (1), Margis Núñez Calatayud (2), Constantino Echemendía Méndez (3), Alberto Rivero León(4).

### **RESUMEN**

Se presenta un paciente con un Linfangioma Quístico Capilar Esplénico, entidad muy poco frecuente. Se expone el estudio clínico y los exámenes complementarios realizados los que incluyeron, Humorales, Radiografías de Esófago, Estómago y Duodeno, Colon por Enemas, Ultrasonido Abdominal, Laparoscopia y la Laparotomía. Se describe la Técnica Quirúrgica empleada y el resultado histopatológico de la pieza extraída, se realiza una revisión de la Bibliografía y se exponen los criterios más importantes.

**Palabras claves:** LINFANGIOMA, BAZO.

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Instructor.
2. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica.
3. Especialista de Primer Grado en Cirugía General.
4. Residente de III Año Medicina General Integral.

### **INTRODUCCION**

Los tumores primitivos del Bazo son raros. El Linfangioma es el equivalente linfático del Hemangioma. Se denominan también higromas, esta palabra proviene del griego y su traducción literal quiere decir: tumor húmedo o hídrico, el diccionario de Darlin recoge la definición del higroma como un saco, quiste o bolsa distendida por líquido. (1).

El vocablo Linfangioma se forma por la unión de linfa con angioma (tumores de los vasos) lo que resulta un tumor producido por crecimiento de los vasos linfáticos. (2).

Las localizaciones más frecuentes son en el cuello y la axila y excepcionalmente en abdomen: Hígado, Bazo, Páncreas, Mesenterios y Tejidos Retroperitoneales (3,4). Pueden presentarse tanto en niños como en adultos y existen casos reportados en la edad de 3 a 54 años. El Linfangioma Quístico Capilar Esplénico es una entidad que aparece con muy poca frecuencia en la literatura, la multiplicidad sintomatológica de esta enfermedad hace difícil su diagnóstico clínico, por todo lo anterior y el hecho de haber tratado un paciente que presentaba esta afección, nos motivó a realizar este trabajo donde presentamos el caso clínico y revisamos la literatura respecto al texto.

### **PRESENTACION DEL CASO.**

Caso Clínico.

Paciente masculino, blanco de 61 años de edad, con antecedentes de salud, que hace un año comenzó a presentar dolor abdominal de moderada intensidad en epigastrio que se irradia a hipocondrio izquierdo, alrededor de la zona del Bazo, que se alivia con el reposo y se exacerba con el esfuerzo lo que motivo el ingreso.

Antecedentes Patológicos Personales: No refiere.

Exámen físico: Datos positivos.

Dolor espontáneo y a la palpación en hipocondrio izquierdo, no se palpa tumor.

Exámenes Complementarios:

Humorales: Dentro de límites normales.

Imagenológicos: Rx. de Esófago, Estómago y Duodeno normales, Rx. de Colon por Enemas, normales.

Ultrasonido Abdominal: Hígado normal, Vesícula sin litiasis, Riñones de tamaño normal sin pielocaliectasia, Bazo, se observan dos imágenes ecolúcidas en polo inferior, el mayor de 32 x 22 mm.

Laparoscopia: Bazo, se aprecia tumor en polo inferior multilobulado de color violáceo. Resto del abdomen normal.

Laparotomía Exploradora: Bazo, se constatan en ambos polos, procesos tumorales multilobulados, violaceos y renitentes a la palpación, con adherencias laxas a la pared abdominal las que se liberan fácilmente.

Estudio Histopatológico:

Descripción Macroscópica:

Se recibe Bazo que pesa 140g y mide 10.5x9.5x1.5cm, con cápsula y superficie nodular hacia los polos (superior e inferior), cavidad quística bien delimitada de 2 cm. ocupada por líquido rojizo.

Descripción Microscópica:

Muestra grandes canales linfáticos dilatados revestidos de células endoteliales y separados por escaso estroma de tejido conectivo (variedad quística) con áreas de pequeños conductos linfáticos, con linfa y no eritrocitos en su luz (variedad capilar).

## **DISCUSION**

El bazo es para el aparato circulatorio lo que los ganglios linfáticos son para el sistema linfático. Entre sus funciones está la de filtrar la sangre circulante de todas las partículas hemáticas caducas o dañadas, y la de participar en la respuesta inmunitaria contra todos los antígenos vehiculados por la sangre por lo que constituye un importante almacén de células mononucleares fagocíticas en la pulpa roja, y de células linfoides en la pulpa blanca (4,5,6).

El aumento de tamaño del bazo es a veces una pista diagnóstica importante que denuncia la existencia de una enfermedad subyacente. Cuando el bazo se agranda lo suficiente puede causar una sensación de pesadez u ocupación en el hipocondrio izquierdo del abdomen, y al comprimir el estómago provoca molestias después de comer. Este aumento de tamaño puede aparecer tras una infección por la sangre provocando una masa esplénica aguda, por congestión venosa crónica o persistente produciendo una esplenomegalia congestiva y finalmente las neoplasias del bazo que son raras en relación con otras estructuras del sistema hematolinfopoyético (7).

Se supone que los Linfangiomas son tumores que nacen como restos congénitos o Hamartomas y por ello están presentes desde el nacimiento, pero pueden ser muy pequeños y pasar inadvertidos. Se afectan por igual mujeres y hombres. Se han clasificado en simples (capilar), cavernosos y quísticos, aunque según Bill y Summer plantean que existen muchas formas intermedias, difíciles de clasificar (8). Estos tumores no son obligatoriamente lesiones pequeñas, pues pueden alcanzar en ocasiones hasta 15cm. de diámetro. Los síntomas de estos tumores son muy variados, dependen del desplazamiento que hagan de los órganos vecinos. Estos tumores pueden detectarse por síntomas digestivos, urinarios etc. También puede ser el hallazgo de una tumuración debido al exámen físico de un paciente que se consulta por otra sintomatología en ocasiones pueden debutar como un abdomen agudo (9,10,11). El diagnóstico preoperatorio resulta difícil, sólo es posible con el estudio histológico de la pieza.

En otras localizaciones intrabdominales pueden ser de gran utilidad el urograma descendente, el colon por enema, el neumorroteritoneo, el nefrotomograma, la ecografía, la arteriografía y la linfografía (10).

En nuestro caso la Esplenectomía clásica resolvió el problema sin complicaciones, Ortíz, plantea que el tratamiento quirúrgico es curativo y la mortalidad despreciable, el pronóstico siempre es bueno (12).

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Salomon Bacallao JM. Linfangioma amigdalár. Presentación de un caso. Rev Cub Cir.1986;25 (2): 138 – 143.
2. Gómez Rodríguez D, Ríos Ríos A, Puñal Rodríguez JA, Casal Rubio M, Beiras Torrado A, Barreiro Morandeira F et al. Linfangiomas quísticos abdominales. A propósito de un nuevo caso. Cirug Española 1987; XLI (6): 995-99.
3. Mendibur Morodo A, Caballero Belasquida B, Rodríguez Cárdenas J, Elizechea Hernández A. Tumores benignos en la primera infancia como causa frecuente de oclusión intestinal. Rev Cub Pediat. 1990; 62 (1): 70-76.
4. Weiss L.The red pulp of the spleen: structural basis of blood flow.Clin Haematol 12: 375, 1998.
5. Rosse WF: The spleen as a filter. N Engl J Med 317: 704, 1997.
6. Bishop MB, Lansing LS: The spleen: a correlative overview of normal and pathologic anatomy. Human Pathol 13: 334, 1996.
7. Calonge E, Fletcher CDM: Tumors of blood vessels and lymphatics.In CDM Fletcher (ed): Diagnostic Histopathology of tumors. New York, Churchill Livingstone, 43, 1995.
8. Fernández Fernández L, Martínez González S, Vaño Rufas J, Luengo R de Ledesma L. Linfangiomas quísticos abdominales. Cirug Española 1988;XLIV (6):994-97.
9. Suárez Flacón E, Ochoa Urdangarain O. Linfangioma quístico retroperitoneal: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Cub Cirg. 1983; 22(3): 273-75.
10. Juan Burgeño F, Hernández Giménez M, Martínez García M, Verdú Bellod J F. Linfangioma quístico gigante mesentérico. Contribución del US y TAC al diagnóstico. A propósito de un caso. Cirug Española. 1997;XLI (5): 794-797.
11. Cotran RS, Kumar V, Collins T: Patología estructural y funcional. 6ª ed. México: Interamericana, 718-721,1999.
12. Ortíz de Solorzano F J, García Gil A, Rubio Nacher M, Jiménez Bernardo A, García Casanova M. Lamata Hernández et al, Linfangiomas quísticos cervicales. A propósito de 15 casos intervenidos. Cirug Española.1996; XLIII (1); 74- 81.