

Servicio del Prof. Dr. P. Larqhero Ybarz — Hospital Pasteur

QUISTE LINFÁTICO DEL MESENTERIO ORIGINANDO UN SÍNDROME DE OCLUSIÓN INTESTINAL (*)

Dr. Luis M. Bosch del Marco

En el año 1945 presentamos en esta Sociedad un trabajo sobre quiste linfático del mesenterio, en el cual analizábamos una observación clínica y realizábamos el estudio del tema recogiendo, además, los datos bibliográficos extranjeros. Hasta aquel momento no habíamos encontrado publicación alguna nacional al respecto.

Con posterioridad, son varias las publicaciones que han surgido, con referencias clínicas sobre ese particular.

Nosotros hoy queremos enriquecer nuestra casuística, relatando la siguiente observación clínica.

Historia clínica 348. 5 de diciembre de 1944.

H. W. O., 6 años.

Enfermedad actual: Ingresó a sala 23 horas 10' por síndrome agudo de vientre, datando del día anterior, pero con 2 días antes de retortijones de abdomen poco intensos, repetidos dos o tres veces al día.

Ayer a las 11 a.m. comenzó con dolores intensos en región umbilical y vómitos biliosos. Continuó todo el día y la noche con dolores de retortijón periumbilicales y vómitos biliosos abundantes (unos 200 c.c. por vez). Cada dos o tres minutos se repetían los dolores, pero los vómitos aparecían más espaciados.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 26 de Setiembre de 1951.

El masaje suave del vientre lo aliviaba. No se calmó con hielo, no durmió en la noche por los dolores. Ninguna evacuación de materias ni gases

El 1º de enero crisis semejante, que duró hasta la tarde y la noche; al día siguiente no quedaban rastros del incidente.

Cada 20 ó 30 días tenía algunos dolores de vientre, que calmaban al poco rato. Ningún antecedente de crisis anteriores.

Examen clínico. Mal aspecto, ojeroso, rasgos estirados, sudorosos. Se

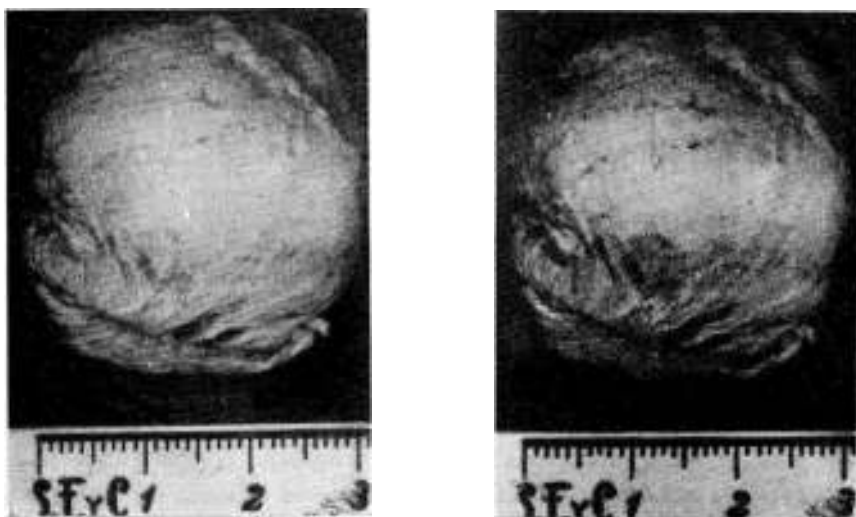


FIG. 1. — Fotografía de la pieza anatómica extirpada

queja de dolores intermitentes violentos y durante esas crisis vómitos biliosos; el aspecto del vientre es de una moderada distensión hipogástrica.

La fosa ilíaca derecha es depresible y vacía no dolorosa.

Dolor subumbilical predominante a derecha, con músculo recto en discreta vigilancia, pero no hay contractura.

Tacto rectal: Douglas ocupado, distendido, netamente doloroso.

Se decide operar con diagnóstico de apendicitis, pero con reservas, dada la depresibilidad del vientre.

Exámenes de Laboratorio. Urea 21 gr. %. Densidad 1.030. Cloruros. 1 gr. 17 %. Anormales: no contiene. No se logró practicar estudio radiológico.

Operación. Cirujano: Prof. Larghero, Ptes. Casamayou y Fortunato.

Mac Burney. Líquido citrino muy flúido, libre, abundante. Peritoneo de aspecto normal. Aparecen de inmediato asas delgadas dilatadas, de color rojizo, con manchas equimóticas subserosas, en una zona del tamaño de una moneda de un peso.

Se trata de una oclusión intestinal; para buscar la causa se agranda el Mac Burney, seccionando hacia abajo la vaina del recto paralelamente al borde externo del músculo.

Se encuentra caído en la pelvis (era lo que se tocaba por tacto rectal) un tumor quístico del mesenterio, del tamaño de un gran puño, de color amarillento, con tensión moderada, translúcido.

El quiste ha sufrido una torsión de vuelta entera, alrededor del pedículo constituido por las asas que llegan y salen de él y su mesentefio. Este

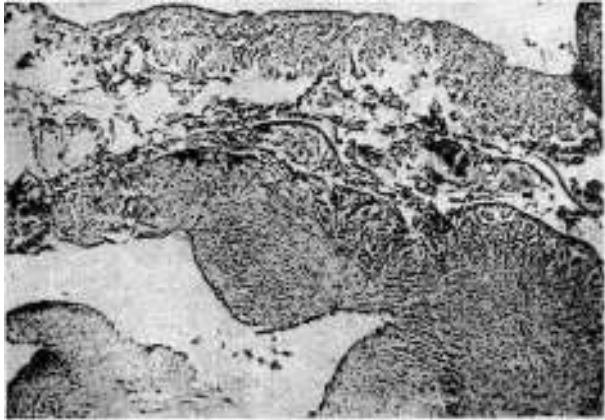


FIG. 2. — Microfotografía. Pequeño aumento. (Ver texto).



FIG. 3. — Microfotografía. Mayor aumento. (Ver texto).

pedículo está tenso por el peso del quiste, pero la torsión no es apretada. (Ver en la historia las crisis de torsión). Se exterioriza, se destuerce y se examina el tumor por sus caras.

El tumor está incluido en el mesenterio y hace fuerte saliente en una de sus caras; en ésta, la superficie es lisa polilobulada, con bridas que mantienen los surcos y en la parte más periférica corren sobre la superficie, vasos del mesenterio que vuelven después de contornear el tumor, a terminar en el borde mesentérico.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Por la otra cara el intestino aparece como aplicado sobre el quiste, achatado y existe una pequeña zona del mesenterio avascular, por donde el quiste hace hernia.

Incisión y evacuación de líquido amarillo, flúido, con abundantes cristales de coleslerina.

Resección de toda la pared quístico mesentérica, entre los vasos que se respetan.

Se empuja la pequeña zona avascular de la cara opuesta, invirtiéndola como dedo de guante y se sutura con un punto a los bordes de la franja de pared porta vasos.

Es decir, que el quiste queda abierto por falta de una gran parte de la pared.

No se busca el apéndice. Cierre de la pared por planos.

Indicaciones: suero fisiológico 2 litros.

Post-operatorio.

7-12-44. Descansó. Orinó espontáneamente. No tuvo vómitos. Temperatura axilar. 38 grados 4/10. Pulso regular de 132 p.m.

8-12-44. Pasó muy bien. Orinó espontáneamente. Temperatura axilar. 37 grados 4/10. Abdomen algo distendido, expulsó pocos gases.

10-12-44. Estado general bueno. Temperatura axilar: 26 grados 3/5. Lengua húmeda. Se le hizo enema evacuador, expulsó pocas materias.

Terapéutica.

6-12-44. Suero fisiológico: 2 litros. Cloruro de sodio al 20 % 10 c.c. dos veces.

7-12-44. Agua, té, jugos. Cloruro de sodio al 10 % c.c. dos veces.

8-12-44. Enema evacuador.

9-12-44. Enema evacuador.

Alta en condiciones satisfactorias.

Evolución alejada sin particularidades.

Examen de la pieza: Tumoración redondeada, de unos 8 centímetros de diámetro, amarillenta, translúcida y a tensión moderada. Polilobulada con bridas que mantienen los surcos de separación y con un arborizado vascular en su periferia. El contenido era el de una masa líquida amarilla y flúida, con abundantes restos de coleslerina.

El estudio microscópico de la pared quística revela que está constituida de la siguiente manera:

- 1º Por fuera una fina capa conjuntiva laxa, con elementos adiposos de sobrecarga.
- 2º Más adentro una pared fibromuscular, formando primordialmente la estructura tumoral. Regular cantidad de vasos sanguíneos y elementos linfoides.
- 3º Como recubrimiento interno una capa epitelial plana, dispuesta por zonas en estratos.

Consideraciones

Es de interés señalar en la referida observación clínica, su expresión sintomática de crisis oclusivas severas y repetidas, más o menos graves, que conducen en término final a una intervención de carácter urgente, que permite apreciar la existencia de una torsión intestinal impuesta por un quiste linfático del mesenterio.

En segundo término, insistir en la conducta operatoria que permitió la exéresis del mismo, sin necesidad de recurrir a la resección intestinal.

Destácase en la historia clínica la predominancia de los accidentes agudos abdominales; es la sintomatología de oclusión electiva en los niños (observación: Vannuci, 3 años de edad; Pliteric, 14 años; Kamnicker, 6 años; Reinecke, 6 años; Pulsen, 7 años).

El diagnóstico a menudo no surge de los síntomas propios de la enfermedad y sí de sus complicaciones. El diagnóstico de síndrome oclusivo ofrece otras causas más habituales; el diagnóstico es operatorio. Ello no impide que, cada vez que se plantea la causa de una oclusión intestinal, y si se trata en especial de niños o jóvenes, se piense menos raramente en los linfangiomas de mesenterio. Es la impresión recogida en las publicaciones que con más frecuencia hemos podido apreciar en la literatura en estos últimos cinco años.

BIBLIOGRAFIA

- 1) MACNAB, IAN; ME ZIES, T. — The British Journal of Surgery. 1950. Vol. XXXVII. 294.
- 2) LEONETTI, M. Memoire de l'Academie de Chirurgie. Vol. 79. 1949. Marzo. 263.
- 3) BLOCK, F. — Anales de Cirugía. Vol. 7. 1948. Julio. 1443.
- 4) BRINDLEY, G. V. — Anales de Cirugía. Vol. 7. 1948. Mayo. 921. Vol. XXVII. 294.