

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Dr. E. Palma y del Dpto. de Anatomía Patológica. — Hospital de Clínicas. — Montevideo, Uruguay

LINFANGIOMA QUISTICO RETROPERITONEAL (*)

Dres. Hugo Delgado Pereira y Daoiz Mendoza

El linfangioma quístico retroperitoneal es un tumor sumamente raro. Pack y Tabah (1) en 1954, en una excelente monografía sobre 120 casos de tumores retroperitoneales, no encuentran un solo caso de este tipo de lesión.

Harrow en 1957 (2), estima que de los 800 casos de tumores retroperitoneales referidos en la literatura hasta 1954, solamente 14 de ellos pertenecen a la variedad quística linfática y eleva a 15 el número de los publicados en la literatura inglesa hasta esa fecha.

En nuestro país, Lockhart hace referencia de un caso en la discusión del trabajo presentado por Folle y Venturino (3) en la Sociedad de Cirugía (10-VIII-57) sobre tumores retroperitoneales primitivos.

En 1959, Rauch (4) agrega 2 casos más a esa pequeña casuística y realizando un estudio en conjunto de sus caracteres clínicos y anatomo-patológicos, insiste como los autores anteriores, en la rareza de este tipo de tumoración quística retroperitoneal.

Es en base a la excepcional rareza de esta lesión, que consideramos de interés la presentación de este caso.

Historia clínica. — M. D. de F. N° Reg. 68.825.

Enferma de 26 años, que ingresa al Servicio del Prof. Palma (Hospital de Clínicas) el 4/IV/58, presentando un cuadro doloroso abdominal, iniciado 5 días antes en forma brusca en epigastrio y luego irradiado a todo el abdomen y al dorso, con exacerbaciones que se acompañan de mareos y lipotimias. Distensión abdominal, varias deposiciones diarreicas y estado nauseoso. Chuchos de frío, orinas cargadas.

(*) Trabajo presentado en la 1/2 hora previa, en la Sociedad de Cirugía el día 23 de setiembre de 1959.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Como en las últimas horas el dolor se hace intolerable, la enferma ingresa al hospital.

Como antecedente a destacar, un cuadro doloroso similar al actual hace 2 años, pero de menor intensidad y que cede en 24 horas.

Constipada habitual, 2 embarazos con partos normales, apendicectomizada. No hay alteraciones menstruales, no hay antecedentes dispépticos.

Examen: Enferma dolorida, con buen estado de nutrición e hidratación, mucosas bien coloreadas, febril.

Abdomen distendido, se moviliza poco con la respiración a causa del dolor infraumbilical, donde la distensión es más evidente. Defensa generalizada, más acentuada en F. I. D.

Genital: vulva y vagina s/p. Cuello de consistencia normal, cuerpo



FIG. 1. — La pieza quirúrgica consiste en una tumoración ovalada y encapsulada recubierta parcialmente de peritoneo.

uterino difícil de palpar, movilización dolorosa. En el fondo de saco lateral derecho y anterior se logra palpar una tumoración quística muy dolorosa, cuyo polo superior se encuentra a nivel del ombligo. Resto del examen sin particularidad.

Los exámenes de laboratorio son normales, excepto una discreta albuminuria.

La radiografía de abdomen no aporta ningún elemento a destacar.

Se realiza tratamiento médico con calmantes (opiáceos), antiespasmódicos, antibióticos y hielo, con lo que cede el dolor, mejora la distensión abdominal y desciende la temperatura. El cuarto día, reaparece el dolor en forma intensa, por lo que se resuelve la intervención con el diagnóstico de tumoración quística pelviana, presumiblemente un quiste de ovario con sufrimiento por torsión.

Operación (8/IV/58. Dr. H. Delgado, Dr. J. Rodríguez. Pte. Amaya. Anestesia general. Incisión mediana; la exploración muestra la indemnidad

del aparato genital y la existencia de una tumoración quística retroperitoneal, ovoidea, a gran eje vertical de unos 25 cms., que emerge entre el colon ascendente y el mesenterio y cuyo polo inferior se introduce en la pelvis. Se incide el peritoneo parietal posterior y se reseca.

La evolución post-operatoria fue muy buena y es dada de alta el 14/IV/58.

Estudio anátomo-patológico. — Dr. D. Mendoza.

Masa tumoral ovalada y encapsulada, de 20 cms. por 14 cms. en sus diámetros mayores, de consistencia blanduzca y con áreas quísticas, cuya superficie blanquecina presenta adherencias laxas que se desprenden con facilidad. Al corte paralelo a su eje mayor, permite observar que el tumor está constituido por numerosas cavidades quísticas de tamaños muy variables, conteniendo en su interior un líquido claro y citrino.

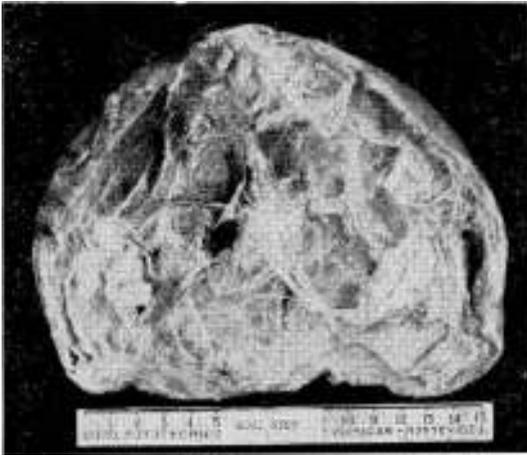


FIG. 2. — La superficie de sección muestra numerosas cavidades quísticas de tamaños variables y que en parte se encuentran recubiertas de fibrina.

Microscópicamente se observan varios fragmentos de un tejido tumoral caracterizado por la presencia de numerosas cavidades quísticas, cuyo estroma está constituido por fibras musculares lisas, vasos sanguíneos de aspecto embrionario y acúmulos de células linfocitarias, revestidas por un delicado mesotelio de células planas que en parte está sustituido por fibrina.

Por los caracteres histológicos señalados orientamos nuestro diagnóstico hacia un linfangioma poliquistico retroperitoneal.

CONSIDERACIONES GENERALES

Las neoformaciones derivadas de los canales linfáticos por trastornos del desarrollo de los mismos, evolucionan de displasias congénitas del tejido linfático y han sido clasificadas en tres tipos: linfangioma simple, cavernoso y quístico.

El linfangioma simple representa una neoformación de pequeños canales linfáticos, tapizados por un endotelio cuyos caracteres morfológicos son similares al de un angioma pero sin contenido sanguíneo.

El tipo cavernoso está constituido por cavidades mucho más desarrolladas que el anterior, comunicantes entre sí y separadas parcialmente por septas y tienen la característica de que sus quistes pueden estar comunicados con el sistema linfático adyacente.

El tercer tipo, el linfangioma quístico, está constituido de una o varias cavidades, de contenido seroso o quiloso, que a dife-

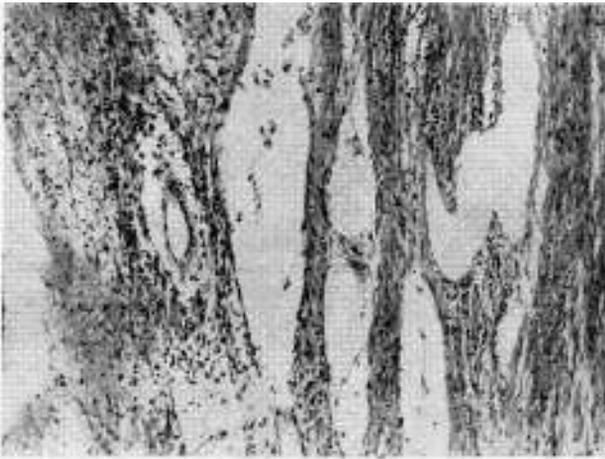


FIG. 3. — Microfotografía tomada en una zona de la pared de uno de los tabiques del tumor, que muestra numerosos espacios linfáticos situados en un estroma que presenta una infiltración linfocitaria intersticial difusa.

rencia de los otros no presenta conexión con los canales linfáticos normales vecinos.

Harrow (2) hace notar de acuerdo con otros autores, que el diagnóstico de quiste linfático debe hacerse en base a cuatro elementos: a) el revestimiento del quiste debe ser de tipo cuboidal o de epitelio columnar; b) en la pared de los quistes deben encontrarse pequeños espacios linfáticos, que en algunas áreas suelen ser muy numerosos; c) debe encontrarse tejido linfoide dispuesto difusamente o constituyendo cúmulos con los caracteres semejantes a nódulos linfoides; d) en algunas ocasiones pueden apreciarse además, células xantelásmicas situadas en el estroma de las paredes quísticas.

El caso observado por nosotros cumple estrictamente con las exigencias señaladas para realizar tal diagnóstico.

En el espacio retroperitoneal han sido observados solamente los tipos cavernosos y quísticos, no habiéndose mencionado que alguno de ellos tuvieran transformación maligna, de modo pues que deben ser considerados como neoformaciones que evolucionan siempre benignamente.

Desde el punto de vista de su incidencia, se observan a cualquier edad, sin predilección por el sexo; son habitualmente asintomáticos y se descubren en forma accidental, en exámenes de rutina del abdomen.

En algunos casos se han observado molestias abdominales difusas, y raramente presentan vómitos, diarreas o dolores por compresión de vísceras o pedículos vásculo-nerviosos vecinos.

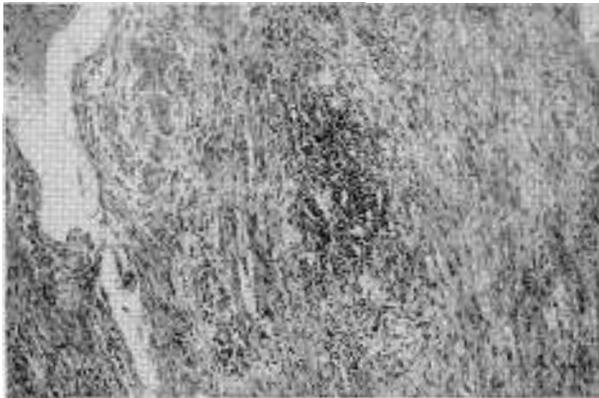


FIG. 4. — Zona de uno de los tabiques de un quiste en el que se observa una infiltración linfocitaria circunscrita, situada en el seno de un tejido conjuntivo cruzado por haces de fibras musculares lisas.

Radiológicamente se pueden hallar desplazamientos del colon, intestino delgado y en estudios pielográficos, pueden aparecer modificaciones urétero-piélicas.

Se encuentran en toda la zona retroperitoneal, a ambos lados de la línea media, siendo más frecuentes en la fosa lumbar derecha.

La observación que hemos relatado tiene de particularidad el haberse presentado como un cuadro agudo de vientre, sin antecedentes importantes que orientaran hacia el diagnóstico. El dolor intenso y los síntomas agregados (shock, diarreas, estado nauseoso, etc.), conjuntamente con los elementos semiológicos hallados en el examen genital, nos indujo al diagnóstico de tumoración quística pelviana, probablemente un quiste torcido de ovario.

Esta sintomatología se considera excepcional en el linfan-

gioma quístico retroperitoneal y nos inclinamos a pensar que debe ser atribuida a una distensión aguda del quiste, que habitualmente no se hallan a tensión y que esto, en un ambiente reflejogeno como es el retroperitoneo, haya desencadenado por mecanismo nervioso reflejo, los trastornos neurovegetativos y digestivos de esta enferma.

SUMARIO

Se presenta la observación de una tumoración quística retroperitoneal en una paciente de 26 años, con sintomatología clínica excepcional para este tipo de lesión, caracterizado por un cuadro agudo de vientre que motiva una intervención de urgencia y demostrando por el estudio anatomo-patológico que se trataba de un linfangioma poliquístico.

BIBLIOGRAFIA

1. PACK, G. T. and TABAH, E. — Primary Retroperitoneal Tumors. A study of 120 cases. *Internat. Abs. of Surg.* 99: 209 - 231, 313 - 341. 1954.
2. HARROW BENEDICT, R. — Retroperitoneal Lymphatic Cyts (Cystic Lymphangioma). *J. Urol.* 77 - 82: 89. 1957.
3. FOLLE, J. A. y VENTURINO, W. — Tumores Retroperitoneales Primitivos. *Bol. Soc. de Cir. Uruguay.* 28: 278 - 307. 1957.
4. RAUCH, R. F. — Retroperitoneal Lymphangioma. *Arch. of Surg.* 78: 45 - 49. 1959.