

Resección laparoscópica de linfangioma quístico retroperitoneal. Relato de un caso y revisión de la literatura

Laparoscopic resection of retroperitoneal cystic lymphangioma. Case report and literature review

Gonzalo Vitagliano, Carlos Ameri, Juan E. Paterlini, Juan G. Fernández Long

Servicio de Urología, Hospital Alemán, Buenos Aires.

Los linfangiomas quísticos retroperitoneales son malformaciones congénitas hamartomatosas del sistema linfático que se caracterizan por aparecer en la infancia y raramente en adultos. Reportamos el caso de una paciente de 47 años a quien se le realizó una resección laparoscópica completa de un linfangioma quístico retroperitoneal con una excelente evolución. El abordaje laparoscópico debería ser considerado como una opción terapéutica válida para la resolución quirúrgica de esta patología infrecuente.

PALABRAS CLAVE: Tumor retroperitoneal, linfangioma quístico, laparoscopia.

Retroperitoneal cystic lymphangiomas are congenital malformations of the lymphatic system that usually appear early in life and are rarely seen in adults. We report the case of a 47 year old woman who underwent complete laparoscopic resection of a retroperitoneal cystic lymphangioma. Laparoscopic approach should be considered as a valid option for the surgical treatment of this pathology.

KEY WORDS: Retroperitoneal tumor, cystic lymphangioma, laparoscopy.

Aceptado en Febrero de 2011
Conflictos de interés: ninguno

Accepted on February 2011
Conflicts of interest: none

Correspondencia
Email de Gonzalo Juan Vitagliano: gonzalovitagliano@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los tumores retroperitoneales primarios constituyen una entidad clínica infrecuente oscilando entre el 0,15 y 0,2% de todas las neoplasias¹. El origen es variado, pudiendo proceder de tejido neural, mesodérmico, cresta urogenital o restos embrionarios. La mayoría son de carácter maligno con una frecuencia de entre un 70 y 80%, siendo el resto benignos². Los linfangiomas, tumor retroperitoneal benigno, son malformaciones congénitas hamartomatosas del sistema linfático que se caracterizan por aparecer en la infancia y raramente en adultos. Su presentación es a modo de grandes masas a nivel de partes blandas con tendencia a crecer, a no ser que se extirpen de forma completa en sus etapas iniciales^{2,3}.

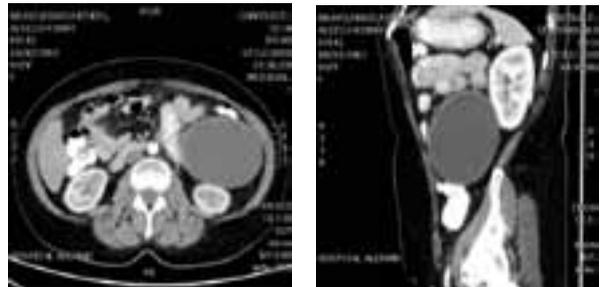
CASO CLÍNICO

Una paciente de sexo femenino de 47 años de edad, con antecedentes de colecistectomía y ooforectomía izquierda consultó al servicio de Gastroenterología por distensión postprandial de una semana de evolución asociada a palpación de tumoración en hipocondrio izquierdo. Al examen físico el abdomen era blando, depresible, con la palpación de una masa indolora en hipocondrio y flanco izquierdo, la puño percusión renal bilateral era negativa. Se solicitó tomografía axial computada con contraste endovenoso que evidenció formación quística en hipocondrio y flanco izquierdo de 10 x 12 cm de contenido homogéneo, sin realces patológicos, con engrosamiento de su pared anterior. La misma tomaba contacto con los vasos gonadales izquierdos y el anexo homolateral (**Figuras 1 y 2**). La paciente fue remitida al servicio de Ginecología que solicitó ecografía transvaginal donde se demostró el proceso quístico conocido en hipocondrio y flanco izquierdo sin presentar relación con la región anexial correspondiente. Se observaba contacto con valva renal anterior y cola del páncreas. La paciente fue derivada al servicio de Urología, se decidió la exploración quirúrgica por medio de abordaje laparoscópico con diagnóstico presuntivo de quiste renal o quiste de cola del páncreas. Se realizó una completa y satisfactoria resección laparoscópica del mismo (ver técnica quirúrgica). La paciente evolucionó favorablemente dándose de alta a las 24 horas. El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico reveló un linfangioma quístico retroperitoneal.

Técnica quirúrgica:

Bajo anestesia general, luego de la colocación de sonda orogástrica y sonda vesical, se posiciona al paciente en decúbito lateral derecho. Se realiza profilaxis antibiótica con una cefalosporina de segunda generación. Utilizando aguja de Veress se logra un pneumoperitoneo de 12 mmHg. La distribución de los trócares es en forma de triángulo, ubicando el trocar de 10 mm para la cámara en forma pararectal a la altura del ombligo y dos trócares de 5 mm y 10 mm en hipocondrio y fosa ilíaca izquierda respectivamente (**Figura 2**). Fácilmente se movilizan el bazo y la cola del páncreas en forma completa hacia la línea media, no obstante el colon descendente se encuentra adherido a la masa retroperitoneal. Se disecciona un plano de la cápsula de la masa el cual permite rebatir el colon completamente. Tras la movilización completa del colon izquierdo y el bazo, se observa que la masa presenta una gruesa pared anterior nacarada. Se vacía su contenido mediante una pequeña incisión en su pared más débil y luego se procede a la remoción total de la masa liberando la misma de su contacto con la cara anterior de la aorta, con el músculo psoas y con el plano muscular posterior. La pieza quirúrgica se extrae utilizando una bolsa operatoria (Endocatch, Ethicon Endo Surgery). Se evacúa el pneumoperitoneo y se retiran los puertos operatorios.

El tiempo operatorio fue de 120 minutos con un sangrado de 50 ml.



Figuras 1 y 2. Tomografía computada evidenciando lesión quística.



Figura 3. Disposición de trócares.

DISCUSIÓN

El linfangioma quístico, también denominado higroma quístico, constituye una variante de linfangioma, además del capilar y el cavernoso⁴. Aunque la etiopatogenia aún es poco clara, existe la hipótesis de que se debe a un insuficiente drenaje de los vasos linfáticos hacia el sistema venoso, secundario a la atresia o bien a la insuficiencia de los canales eferentes^{3,4}.

La localización más común es a nivel de la cabeza, el cuello y la axila; las menos habituales son mediastino, región escrotal y retroperitoneo^{4,3,5}. A pesar de ser consideradas lesiones benignas, en su gran mayoría asintomáticas, los linfangiomas suelen progresar (pudiendo generar un comportamiento agresivo si llegan a infiltrar estructuras vecinas), recidivar (sobre todo si se realizaron intervenciones quirúrgicas incompletas) o incluso pueden infectarse (pudiendo generar un cuadro de abdomen agudo)⁶. En urología, los principales síntomas son dolor, hematuria, disuria y desplazamientos de todo el aparato urinario superior, así como obstrucción del tracto urinario³.

El higroma quístico retroperitoneal aislado es una patología infrecuente diagnosticada a menudo de manera incidental. Ocasionalmente son sintomáticos en consecuencia a la compresión de estructuras vecinas, a episodios de infección o a episodios de hemorragia. El diagnóstico de esta entidad suele hacerse mediante pruebas imagenológicas, siendo la ecografía, la tomografía y la resonancia las técnicas de elección⁷. La ecografía permite diferenciar la naturaleza de la lesión, habitualmente quistes de paredes delgadas con septos y ecos internos⁸. La tomografía y la resonancia magnética nos dan información del tamaño, la extensión y la relación de la lesión respecto a las estructuras adyacentes. Se debe establecer un diagnóstico diferencial con patologías malignas del retroperitoneo como: los

tumores quísticos pancreáticos, las metástasis ganglionares, sarcomas y teratomas, así como otras entidades benignas, hematomas, linfocelos secundarios a cirugías previas o abscesos. El diagnóstico definitivo se obtendrá mediante el estudio anatomopatológico, o incluso inmunohistoquímico, como en nuestro caso, de la pieza quirúrgica³.

El tratamiento de elección es la exéresis completa, aunque siempre debe ser conservadora pues la benignidad de estas lesiones no justifica el sacrificio de estructuras vitales adyacentes^{2,3}. Al realizarse cirugías conservadoras, muchas veces éstas pueden ser incompletas, lo que genera en consecuencia que la tasa de recidivas sea elevada. Actualmente, la vía de abordaje laparoscópica en pacientes seleccionados es de elección. La laparoscopia permite realizar un procedimiento idéntico al que se efectúa a cielo abierto, brindando una menor convalecencia y superiores resultados cosméticos.

El papel de la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) es discutible, ya que el rendimiento de esta técnica es escaso y la posibilidad de diseminación y complicaciones antes reseñadas deben ser tenidas en cuenta, sobre todo considerando que la realización de una extirpación quirúrgica va a ser conducida casi con toda seguridad. El llevar a cabo esta prueba podría aumentar la morbilidad de forma innecesaria^{2,8}. Es por ello que se han probado técnicas como la radioterapia y la escleroterapia percutánea para el tratamiento de estas lesiones. La escleroterapia es la que ha dado mejores resultados, aunque se han usado múltiples sustancias esclerosantes y aún se debate cuál debe ser el agente de elección^{9,10}.

CONCLUSIÓN

El linfangioma quístico retroperitoneal se presenta infrecuentemente en adultos. Actualmente, la resección completa de la lesión es el standard de oro terapéutico. El abordaje laparoscópico debe considerarse efectivo y seguro para la resección de masas quísticas retroperitoneales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Segura Martín M, Lorenzo Romero JG, Hernández Millán I, y cols. Mesotelioma y linfangioma quísticos retroperitoneales. *Actas Urol Esp*. 1998; 22:253-256.
2. Gómez Pascual JA, Martín Morales A, Bonilla

- Parrilla R, y cols. Linfangioma quístico retroperitoneal. Una patología silente en adultos. *Actas Urol Esp.* 2002; 26 (5):356-360.
3. Arzoz Fábregas M, Ibarz Servio LI, Areal Calama J, y cols. Linfangioma quístico. Nuestra experiencia. *Actas Urol Esp.* 2006; 30(7):723-727.
 4. Singh S, Baboo ML, Pathak IC. Cystic Lymphangiomas in children: report of 32 cases including lesions at rare sites. *Surgery* 1971; 69(6):947-951.
 5. Hurwitz RS, Shapiro E, Hurbert WC, y cols. Scrotal cystic lymphangioma: The Misdiagnosed scrotal mass. *J Urol.* 1997;158 (3 pt 8): 1182-1185.
 6. Ruiz-Tovar J, Ripalda E, Martin T, Beni R, Nuño J. *Rev Chil Cir.* 2010; 62 (2):169-171.
 7. Bonhomme A, Broeders R, Oyen H, y cols. Cystic lymphangioma of the retroperitoneum. *Clin Radiol.* 2001; 56(2):156-158.
 8. Breidahl WH, Menddelson RM. Retroperitoneal Lymphangioma. *Australasian Radiol.* 1995; 39:187-191.
 9. Fujino A, Moriya Y, Morikawa Y, Hocino K, Watanabe T, Shimojima N, y cols. A Role of cytokines in OK-432 injection Therapy for cystic lymphangioma: An approach to the mechanism. *J Pediatr Surg.* 2003; 38(12):1806-1809.
 10. Won JH, Kim BM, Kim C, Park SW, Kim MD. Percutaneous sclerotherapy of lymphangiomas with acetic acid. *J Vasc Interv Radiol.* 2004; 15 (6):595-600.