Reporte de Casos

1. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Escuela. Tegucigalpa, Honduras.
a. Médico residente de quinto año, Posgrado en Cirugía Pediátrica.
b. Médico Especialista en Cirugía Pediátrica.

Recibido: 26/01/2025

Aprobado: 29/04/2025

Correspondencia:

Luis Enrique Sánchez-Sierra

luensasi90@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5430-4136

Citar como:

Sánchez-Sierra LE, Ordóñez A, Tome E. Linfangioma quístico intestinal como causa infrecuente de invaginación intestinal en una lactante: reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(2): 126-131. DOI 10.56239/rhcs.2025.112.972

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.

Linfangioma quístico intestinal como causa infrecuente de invaginación intestinal en una lactante: reporte de caso

Intestinal Cystic Lymphangioma as an Uncommon Cause of Intussusception in an Infant: A Case Report

Luis Enrique Sánchez-Sierra[1,2a], Arlin Ordoñez [2a], Enrique Tome [2a]

Resumen

Los linfangiomas son malformaciones vasculares linfáticas benignas; alrededor del 80 % se diagnostica antes de los 6 años. La localización intraabdominal es poco frecuente y puede presentarse con obstrucción, ocasionalmente como punto guía de invaginación. **Presentación del caso:** Lactante femenina de 15 meses con 24 horas de evolución de cuadro obstructivo, vómitos, ruidos intestinales hipoactivos e irritación peritoneal. La radiografía abdominal mostró patrón obstructivo. En laparotomía exploratoria se identificó una invaginación intestinal cuyo punto invaginante correspondió a un linfangioma quístico intestinal. Se practicó resección intestinal segmentaria con anastomosis. **Discusión:** El linfangioma quístico intraabdominal (mesentérico/intestinal) es raro en pediatría y puede actuar como punto invaginante. La resección completa de la lesión con resección segmentaria intestinal, cuando corresponde, es el tratamiento de elección y suele asociarse con evolución favorable. **Conclusiones:** Debe considerarse el linfangioma quístico dentro del diagnóstico diferencial de invaginación intestinal con punto guía en lactantes. El reconocimiento oportuno y la intervención quirúrgica adecuada permiten una resolución completa del cuadro.

Palabras clave: Linfangioma quístico; Invaginación intestinal; Obstrucción intestinal; Lactante; Resección intestinal. (Fuente: DECS-BIREME)

Abstract

Lymphangiomas are benign lymphatic vascular malformations; approximately 80% are diagnosed before 6 years of age. Intra-abdominal locations are rare and may present with obstruction, occasionally serving as a lead point for intussusception. **Case presentation:** A 15-month-old girl presented with a 24-hour history of intestinal obstruction, vomiting, hypoactive bowel sounds, and peritoneal irritation. Abdominal radiography showed an obstructive pattern. Exploratory laparotomy revealed an intussusception whose lead point was an intestinal cystic lymphangioma. Segmental intestinal resection with primary anastomosis was performed. **Discussion:** Intra-abdominal (mesenteric/intestinal) cystic lymphangioma is rare in pediatrics and can function as a pathological lead point for intussusception. Complete excision of the lesion with segmental resection, when indicated, is the treatment of choice and is usually associated with favorable outcomes. **Conclusions:** Cystic lymphangioma should be considered in the differential diagnosis of intussusception with a lead point in infants. Timely recognition and appropriate surgical management enable full resolution.

Key Words: Lymphangioma, Cystic; Intussusception; Intestinal Obstruction; Infant; Intestinal Resection. (Source: NLM-MeSH)

1. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Escuela. Tegucigalpa, Honduras.
a. Médico residente de quinto año, Posgrado en Cirugía Pediátrica.
b. Médico Especialista en Cirugía Pediátrica.

Recibido: 26/01/2025

Aprobado: 29/04/2025

Correspondencia:

Luis Enrique Sánchez-Sierra
luensasi90@gmail.com
ORCID: 0000-0002-5430-4136

Citar como:

Sánchez-Sierra LE, Ordóñez A, Tome E. Linfangioma quístico intestinal como causa infrecuente de invaginación intestinal en una lactante: reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(2): 126-131. DOI 10.56239/rhcs.2025.112.972

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.

Introducción

Los linfangiomas son tumores benignos de vasos linfáticos, actualmente clasificados como malformaciones linfáticas dentro del espectro de malformaciones vasculares[1]. Aproximadamente 80 % se diagnostica antes de los 6 años y su localización más frecuente es cervical y axilar (≈95 %)[2].

La presentación intraabdominal (conformando quistes mesentéricos/intestinales) es poco frecuente; en la literatura internacional se han descrito menos de 1 000 casos. En la mayoría, las lesiones son benignas y asintomáticas, aunque en menor proporción ocasionan síntomas intestinales[3]. En pediatría representan una causa infrecuente de hospitalización (≈1:250 000)[4].

La invaginación intestinal es una de las emergencias quirúrgicas más comunes en menores de 3 años, con una incidencia cercana a 0,33/1 000 niños/año[5]. Se caracteriza por la telescopación de un segmento intestinal proximal dentro de otro distal y, en muchos casos, existe un punto guía que desencadena el proceso[5,6].

Dentro de la cavidad abdominal, los linfangiomas constituyen < 5 % de los casos en edad pediátrica; su localización más habitual es el mesenterio (≈45 %)[7]. Clínicamente pueden ser asintomáticos o manifestarse como masa abdominal, oclusión intestinal o irritación peritoneal[8].

Presentamos el caso de una lactante con linfangioma quístico mesentérico que actuó como punto invaginante, con el objetivo de describir el abordaje diagnóstico, quirúrgico y la evolución posoperatoria, e incorporar esta entidad al diagnóstico diferencial de la invaginación intestinal en pediatría.

Reporte de caso

Lactante femenina de 15 meses, procedente de zona rural de Honduras, sin antecedentes personales patológicos, que acude a emergencia pediátrica por rechazo a los alimentos, intolerancia a la vía oral, seis episodios de vómitos de contenido gástrico y cuatro deposiciones diarreicas mucosanguinolentas con aspecto de “jalea de grosella”, además de somnolencia. Al examen físico se encontró paciente hipoactiva, con periodos de irritabilidad alternados con tranquilidad, mucosas deshidratadas y llanto sin lágrimas. El abdomen estaba distendido, con timpanismo, ruidos hidroaéreos ausentes, dolor a la palpación profunda en el cuadrante inferior derecho, defensa involuntaria y dolor a la percusión digital. El tacto rectal evidenció heces con aspecto de “jalea de grosella”.

En los estudios de imagen, la radiografía simple de abdomen en bipedestación mostró signos de obstrucción intestinal **(Fig. 1)**. La ecografía abdominal evidenció, en corte transversal, imagen compatible con invaginación intestinal (signo de la diana) y, en corte longitudinal, signo del “pseudoriñón” con longitud de 2,2 cm, localizado en la fosa ilíaca derecha **(Fig. 2)**.

1. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Escuela. Tegucigalpa, Honduras.
a. Médico residente de quinto año, Posgrado en Cirugía Pediátrica.
b. Médico Especialista en Cirugía Pediátrica.

Recibido: 26/01/2025

Aprobado: 29/04/2025

Correspondencia:

Luis Enrique Sánchez-Sierra

luensasi90@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5430-4136

Citar como:

Sánchez-Sierra LE, Ordóñez A, Tome E. Linfangioma quístico intestinal como causa infrecuente de invaginación intestinal en una lactante: reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(2): 126-131. DOI 10.56239/rhcs.2025.112.972

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.

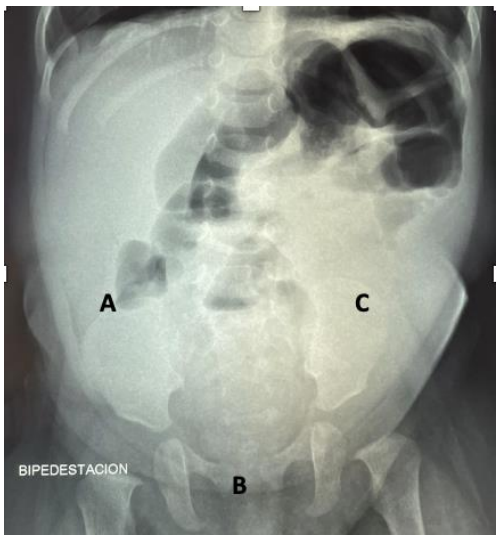


Figura 1. Radiografía simple de abdomen: **A.** Niveles hidroaereos, **B.** Ausencia de gas dista. **C.** Radio opacidad mostrando líquido libre en cavidad peritoneal.

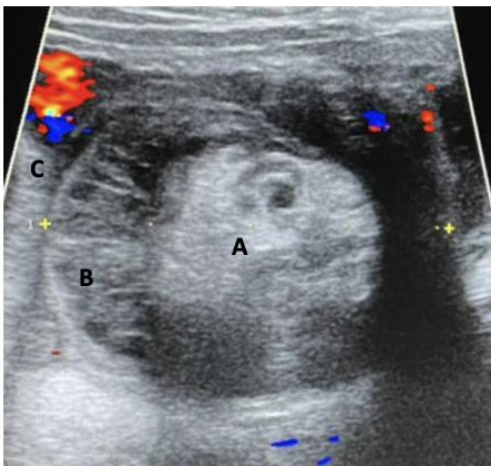


Figura 2. Ultrasonido doppler abdominal en corte transversal **A.** Imagen en diana con presencia de una asa intestinal sin peristaltismo y doble pared. **B**. Grasa mesentérica en su interior con diametro de 2.7 x 1.5 cm. **C.** Vascularidad conservada.

Se practicó una laparotomía exploratoria mediante incisión transversa supraumbilical derecha y disección por planos hasta la cavidad peritoneal. Se identificó una invaginación íleo-ileal de aproximadamente 10 cm de longitud, que se redujo manualmente. El asa afectada presentaba equimosis reversibles sin signos de isquemia. Como punto invaginante se observó una masa que infiltraba el mesenterio y el borde mesentérico del íleon, con reducción luminal ≈40 %, localizada a 60 cm de la válvula ileocecal **(Fig. 3)**. La lesión medía 8 × 4 cm, de consistencia blanda, color amarillento y con comunicación con la luz intestinal, hallazgos macroscópicos sugestivos de linfangioma, acompañados de adenopatías mesentéricas.

Se realizó resección de la masa en bloque con un segmento ileal de 10 cm, dejando márgenes de 2 cm en cada extremo, seguida de anastomosis término-terminal íleo-ileal en monoplano y sutura continua con ácido poliglicólico 5-0. La paciente inició vía oral y presentó evacuación a las 48 horas del postoperatorio, con evolución favorable.



Figura 3. El círculo muestra el Linfangioma con infiltración a pared Intestinal y mesenterio de ileón. Actuó como punto de anclaje para la invaginación intestinal.

Estudio anatomopatológico: Los hallazgos fueron compatibles con linfangioma quístico mesentérico.

Macroscopia: formación irregular de aspecto fungoide adherida a la pared intestinal, con aumento de la vascularidad. La mucosa intestinal se observó edematosa con aplanamiento de pliegues. Se identificaron múltiples cavidades quísticas con contenido mucoide gelatinoso.

1. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Escuela. Tegucigalpa, Honduras.
a. Médico residente de quinto año, Posgrado en Cirugía Pediátrica.
b. Médico Especialista en Cirugía Pediátrica.

Recibido: 26/01/2025

Aprobado: 29/04/2025

Correspondencia:

Luis Enrique Sánchez-Sierra
luensasi90@gmail.com
ORCID: 0000-0002-5430-4136

Citar como:

Sánchez-Sierra LE, Ordóñez A, Tome E. Linfangioma quístico intestinal como causa infrecuente de invaginación intestinal en una lactante: reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(2): 126-131. DOI 10.56239/rhcs.2025.112.972

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.

Microscopia: lesión multiquística revestida por células endoteliales; la pared mostró capa de músculo liso y tejido fibroso laxo, compatibles con vasos linfáticos dilatados. No se evidenció atipia de los componentes celulares y los márgenes quirúrgicos se informaron libres de lesión.

Discusión

El linfangioma quístico mesentérico (LQM) es una entidad benigna e infrecuente, con mayor prevalencia en la infancia y una relación aproximada de 3 varones por cada 2 mujeres[7,9]. Alrededor del 60 % se diagnostica en los primeros cinco años de vida[10,11]. Nuestra paciente, lactante mayor y de sexo femenino, se ubica en el rango etario esperado, aunque pertenece al sexo menos frecuentemente reportado[7,10,11].

La etiopatogenia del LQM es heterogénea. Se han propuesto varias teorías: una de origen idiopático y otra que plantea el fracaso del desarrollo embriológico de la red linfática en torno a la quinta semana de gestación—con alteraciones en la comunicación y drenaje entre los sistemas linfático y venoso—que condicionaría obstrucción del flujo linfático; a ello podrían sumarse desencadenantes como trauma, infección o neoplasia[7,10].

La presentación intraabdominal es rara y representa < 5 % del total de linfangiomas descritos. En el tracto gastrointestinal suelen ser asintomáticos y, en ocasiones, manifestarse como obstrucción, sangrado o invaginación intestinal[4]. La obstrucción suele ser secundaria a compresión, angulación o vólvulo del asa adyacente[10] y, con menor frecuencia, a invaginación[12].

El sangrado puede resultar de erosión o rotura de las paredes quísticas[10]. Hamdi y cols. describen cuatro formas de presentación clásicas: cuadro pseudoapendicular (58 %), tumoración abdominal (21 %), síndrome pseudoascítico y compresión digestiva o urinaria[13]. En nuestro caso, el LQM se presentó como obstrucción intestinal secundaria a invaginación íleo-ileal, actuando como punto guía; el hallazgo se confirmó intraoperatoriamente tras la reducción manual, una asociación poco frecuente en la literatura[4,12,13].

El diagnóstico definitivo es histopatológico. Los linfangiomas se clasifican en simple, cavernoso y quístico; este último exhibe múltiples espacios linfáticos dilatados revestidos por endotelio plano, con fascículos finos de músculo liso en la pared y sin continuidad con los vasos linfáticos normales adyacentes[4,14,15]. Estos rasgos concuerdan con los hallazgos de nuestra muestra.

El tratamiento de elección del LQM intraabdominal es la exéresis quirúrgica completa. La técnica depende de la extensión y de la infiltración de estructuras vecinas; en ocasiones se requiere resección intestinal con anastomosis primaria[10]. La resección parcial es controvertida por el riesgo de recurrencia (10–15 %)[15]. En la paciente se realizó exéresis total con resección segmentaria y anastomosis término-terminal, con evolución favorable,

reduciendo el riesgo de recidiva.

En conclusión, el linfangioma quístico mesentérico es una causa poco frecuente de invaginación intestinal en pediatría; no obstante, debe considerarse en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo y de la invaginación con punto guía en lactantes. El reconocimiento temprano y la resección completa de la lesión, cuando corresponde, con resección intestinal, favorecen una evolución posoperatoria satisfactoria y disminuyen el riesgo de recurrencia.

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés.

Referencias Bibliográficas

1. Wassef M, Blei F, Adams D, et al. Vascular anomalies classification: recommendations from the International Society for the Study of Vascular Anomalies. Pediatrics. 2015;136(1):1–14. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26055853/
2. Alvite Canosa M, Alonso Fernández L, Seoane Vigo M, et al. Linfangioma quístico abdominal en una adolescente. Rev Esp Enferm Dig. 2008;100(8):515–22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000800016
3. Ruiz Santiago ER, Rojas Concepción AA, Díaz Falcón Y. Quistes del mesenterio en niños como causa de abdomen agudo. Rev Cienc Méd. 2020;24(6):e4338. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000600018
4. Zagaceta Torres W, Ramírez García JF, Chávez Rosell MA. Linfangioma quístico de recto-sigmoides en un hospital público de Lima, Perú: reporte de caso. Rev Gastroenterol Peru. 2020;40(1):64–8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000100064
5. Kelley-Quon L, Arthur LG, Williams RF, et al. Management of intussusception in children: a systematic review. J Pediatr Surg. 2021;56(3):587–96. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33158508/
6. Vo N, Sato T. Intususcepción en niños. Revisión de la literatura. UpToDate [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/intussusception-in-children
7. Espinosa Arévalo M, Fernández Álvarez MB, Pérez Pedrosa A, et al. Linfangioma quístico mesentérico: a propósito de un caso de abdomen agudo. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14:e1–14. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000300009
8. Kim SH, Kim HY, Lee C, et al. Clinical features of mesenteric lymphatic malformation in children. J Pediatr Surg. 2016;51(4):582–7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27106580/
9. Weeda VB, Booij KA, Aronson DC. Mesenteric cystic lymphangioma: a congenital and an acquired anomaly? Two cases and a review of the literature. J Pediatr Surg. 2008;43:1206–8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18558209/
10. Cabo RV, Suárez VJS, Villa VSG, et al. Mesenteric lymphangioma in the pediatric ages. Rev Cubana Pediatr. 2019;91(1):1–10. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=86021

1. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Escuela. Tegucigalpa, Honduras.

a. Médico residente de quinto año, Posgrado en Cirugía Pediátrica.
b. Médico Especialista en Cirugía Pediátrica.

Recibido: 26/01/2025

Aprobado: 29/04/2025

Correspondencia:

Luis Enrique Sánchez-Sierra

luensasi90@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5430-4136

Citar como:

Sánchez-Sierra LE, Ordóñez A, Tome E. Linfangioma quístico intestinal como causa infrecuente de invaginación intestinal en una lactante: reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(2): 126-131. DOI 10.56239/rhcs.2025.112.972

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.

1. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Escuela. Tegucigalpa, Honduras.
a. Médico residente de quinto año, Posgrado en Cirugía Pediátrica.
b. Médico Especialista en Cirugía Pediátrica.

Recibido: 26/01/2025

Aprobado: 29/04/2025

Correspondencia:

Luis Enrique Sánchez-Sierra

luensasi90@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5430-4136

Citar como:

Sánchez-Sierra LE, Ordóñez A, Tome E. Linfangioma quístico intestinal como causa infrecuente de invaginación intestinal en una lactante: reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(2): 126-131. DOI 10.56239/rhcs.2025.112.972

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.

11. Rojas CL, Molina GA. Lymphangioma cavernous of the small bowel mesentery: an infrequent cause of acute abdomen in adult. J Surg Case Rep. 2018;2018(2):1–3. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5811846/
12. Arago P, Alos R, Flors C, et al. Peritonitis due to a spontaneous rupture of a mesenteric cyst lymphangioma. Cir Esp. 2010;87(1):46–58. Disponible en: https://www.scielo.br/j/abcd/a/CK3JyKn8V87h4XbJysx8QCN/
13. Hamdi A, Nouri A, Selmi M, et al. Abdominal cystic lymphangioma in children. Ann Chir. 1993;47:553–6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8215185/
14. Piriz Momblant A, Figueras Torres B. Revisión sobre linfangioma quístico visceral: a propósito de tres casos. Rev Inf Cient. 2015;94(6):1427–40. Disponible en: https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/171/1429
15. García León L, Jaramillo Samaniego J, Véliz Lazo B. Abdomen agudo quirúrgico secundario a linfangioma quístico abdominal. Rev Med Hered. 2017;28:178–81. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2017000300007