

# LINFAGIOMA QUÍSTICO DE EPIPLÓN COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO PEDIÁTRICO. ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO: REPORTE DE CASO.

García Galo Fabián<sup>1\*</sup>, Siavichay Gerardo Mauricio<sup>2</sup>, Guillermo Andrea Priscila<sup>1</sup>,  
García Luis Fernando<sup>1</sup>, García Danny Renán<sup>3</sup>.



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 Internacional.

## OPEN ACCESS

1. Clínica Médica del Sur. Médico del Servicio de Cirugía Pediátrica. Cuenca, Ecuador.
2. Hospital Vicente Corral Moscoso. Médico del Servicio de Cirugía Pediátrica. Cuenca, Ecuador.
3. Universidad Católica de Cuenca. Unidad Académica de Salud y Bienestar. Carrera de Medicina. Cuenca, Ecuador.

## ORCID ID:

García Galo Fabián  
orcid.org/0000-0002-4039-6746  
Siavichay Gerardo Mauricio  
orcid.org/0000-0001-6276-7555  
Guillermo Andrea Priscila  
orcid.org/0000-0003-0746-4134  
García Luis Fernando  
orcid.org/0000-0003-4858-225X  
García Danny Renán  
orcid.org/0000-0002-8277-3845

## \* Corresponding author:

García Galo Fabián  
E-mail: cxgalogarciao@hotmail.com

**Article history:** Manuscript presented at the I Clinical Case Contest - Hospital Vozandes Quito, February 27, 2021.

**CARE 2017 Check List statement:** The authors have read the CARE 2017 Check List and the manuscript was prepared and revised according to the CARE 2017 Checklist.

**Conflict of interest:** All authors declared that there are no conflicts of interest.

**Financial disclosure:** The authors have no financial relationships relevant to this article to disclose.

**Forma de citar este artículo:** García GF, Siavichay GM, Guillermo AP, García LF, García DR. LINFAGIOMA QUÍSTICO DE EPIPLÓN COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO PEDIÁTRICO. ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO: REPORTE DE CASO. Rev Med Vozandes. 2021; 32 (1 Suppl 1): S5-S6

## Resumen

DOI: 10.48018/rmv.v32.i1.S3

**Introducción:** El linfagioma mesentérico es un tumor quístico congénito, benigno y raro de los vasos linfáticos, que se presenta entre 2-5% de los casos a nivel abdominal (75% cervical, 20% axilar), que se presenta con mayor frecuencia durante la infancia.

Se presenta con una incidencia de 1:250.000 durante la infancia (60% casos antes del año de edad), proporción de mujeres a hombres es de 2:1. Se localiza principalmente en el espacio subperitoneal, en el mesenterio (59% - 68%), epiplón (20% - 27%) y retroperitoneo (12% - 14%). Este se debe sospechar como diagnóstico diferencial de abdomen agudo y masas abdominales pediátricas.

Su escisión completa con márgenes microscópicos negativos, es el tratamiento de elección, ya sea por vía convencional mediante laparotomía exploratoria o mediante otras técnicas menos invasivas como la laparoscopia.

**Descripción del Caso:** Niño de 6 años, presenta cuadro de dolor abdominal y peritonismo. Examen físico: signo de rebote positivo. Paraclínicos: leucocitosis, neutrofilia. Ecografía evidencia abundante líquido libre en abdomen y pelvis. Paciente sometido a una laparotomía exploratoria, encontrándose una masa multiquística dependiente de epiplón mayor, se toma muestra de líquido peritoneal para citoquímico, bacteriológico, cultivo e histopatología. Se realiza exéresis completa del quiste más omentectomía parcial y apendicetomía incidental.

Paciente con evolución favorable tolera dieta a las 24 horas con progresión de líquida a blanda, cumple tratamiento antibiótico por 48 días en base a cefazolina (suspendida por cultivo negativo a las 48 horas y BARR negativo), con alta hospitalaria al cuarto día. Resultado de líquido peritoneal lleno de fibrina, trasudado e histopatología negativa para malignidad.

Informe de histopatología: Macroscópico: fragmento de tejido irregular que mide 10 x 6 cm, amarillo-grisáceo, áreas quísticas que miden 1.5 y 4 cm; al corte drena material mucinoso, el resto de las áreas irregulares amarillentas. Microscópico: tejido fibroadiposo con vasos congestivos e infiltrado inflamatorio mixto (linfocitos y polimorfonucleares), compatible con linfagioma quístico. Inmunohistoquímica positiva para marcador D 2-40.

Paciente con seguimiento a los 7 días; en los meses 1, 3, 6 y año con evolución favorable, se realiza ecografía de control al sexto mes y al año sin evidencia de recurrencia.

**Conclusión:** El linfagioma quístico mesentérico puede debutar con sintomatología de abdomen agudo. La resección completa es el tratamiento de elección, actualmente se realizan procedimientos mínimo invasivos con resultados favorables en niños, la ecografía es suficiente para realizar un seguimiento a largo plazo.

**Palabras clave:** Linfagioma quístico, mesenterio, epiplón, laparotomía, abdomen agudo.

## Abstract

### CYSTIC LYMPHAGIOMA OF THE OMENTUM AS A CAUSE OF PEDIATRIC ACUTE ABDOMEN. TREATMENT UPDATE: CASE REPORT.

**Keywords:** Lymphangioma Cystic, Mesentery, Omentum, Laparotomy, Abdomen Acute.

**Introduction:** Mesenteric lymphangioma is a rare, benign, congenital cystic tumor of the lymphatic vessels, which occurs in 2-5% of cases at the abdominal level (75% cervical, 20% axillary), which occurs more frequently during the childhood.

It occurs with an incidence of 1: 250,000 during childhood (60% cases before one year of age), the ratio of women to men is 2: 1. They are located mainly in the subperitoneal space, in the mesentery (59% - 68%), omentum (20% - 27%) and retroperitoneum (12% - 14%). This should be suspected as a differential diagnosis of acute abdomen and pediatric abdominal masses.

Its complete excision with negative microscopic margins is the treatment of choice, either by conventional means by exploratory laparotomy or by other less invasive techniques such as laparoscopy.

**Case description:** A 6-year-old boy presented with abdominal pain and peritonism. Physical exam: positive rebound sign. Paraclinical: leukocytosis, neutrophilia. Ultrasound shows abundant free fluid in the abdomen and pelvis. Patient undergoes an exploratory laparotomy, finding a multicystic mass dependent on the greater omentum, a sample of peritoneal fluid is taken for cytochemical, bacteriological, culture and histopathology. Complete excision of the cyst plus partial omentectomy and incidental appendectomy is performed.

Patient with favorable evolution tolerates diet at 24 hours with progression from liquid to soft, undergoes antibiotic treatment for 48 days based on cefazolin (suspended due to negative culture at 48 hours and negative BARR), with hospital discharge on the fourth day.

Result of fibrin-filled peritoneal fluid, transudate and negative histopathology for malignancy.

Histopathology report: Macroscopic: irregular tissue fragment measuring 10 x 6 cm, greyish-yellow, cystic areas measuring 1.5 and 4 cm; When cut, it drains mucinous material, the rest of the irregular yellowish areas. Microscopic: fibrofatty tissue with congestive vessels and mixed inflammatory infiltrate (lymphocytes and polymorphonuclear cells), compatible with cystic lymphangioma (Fig. 3). Immunohistochemistry positive for marker D 2-40.

Patient with follow-up at 7 days; In months 1, 3, 6 and year with favorable evolution, a control ultrasound was performed at the sixth month and at one year without evidence of recurrence.

**Conclusion:** Mesenteric cystic lymphangioma can present with symptoms of acute abdomen. Complete resection is the treatment of choice, minimally invasive procedures are currently performed with favorable results in children, ultrasound is sufficient for long-term follow-up