

**37** Congreso  
Nacional  
CENTRO DE  
CONVENCIONES  
INTERNACIONALES

Barcelona  
22/25  
MAYO 2024

**seram**  
Sociedad Española de Radiología Médica

**FERM**  
Federación Española de Radiología Médica

**RC**  
Radiólogos de Catalunya

# Linfangiomas Mesentéricos una causa de dolor abdominal.

Juan Carlos González Matos, María Esther Gómez San Martín, Arturo  
Sebastián Gross González  
Complejo Asistencial de Segovia.

# Objetivo docente

- Revisar el linfangioma mesentérico dentro del espectro de lesiones quísticas y pseudoquísticas que se originan del mesenterio y el omento, su etiopatogenia y su apariencia en diferentes técnicas de imagen.

# Revisión del tema

A pesar de que las lesiones quísticas mesentéricas y omentales son poco frecuentes debemos estar familiarizados con a sus manifestaciones clínicas y en imagen.

El primer paso para diagnosticarlas es determinar el órgano de origen que en este caso no dependerá de una víscera sólida sino del mesenterio o el omento; al encontrarnos ante una masa quística mesentérica debemos considerar en el diagnóstico diferencial las entidades englobadas en el término quistes mesentéricos, que incluye cinco subtipos según su revestimiento histológico. El tipo más frecuente de ellos es el linfangioma, seguido de los pseudoquistes no pancreáticos, quistes de duplicación entéricos, quistes mesoteliales y quistes entéricos [1-2].

La diferenciación entre estos depende de las capas histológicas que los componen; el linfangioma tiene un recubrimiento endotelial, el quiste de duplicación entérico un doble recubrimiento muscular con elementos neurales además de la mucosa (capa entérica), el quiste entérico sólo mucosa sin capa muscular, el quiste mesotelial una capa mesotelial, y el pseudoquiste no pancreático no tiene recubrimiento, solo una pared fibrosa [1-2-4].

El linfangioma mesentérico también llamado linfangioma quístico, linfangioma cavernoso o linfangiomatosis, es una malformación proliferativa benigna del sistema linfático con secuestro del tejido linfático que queda excluido del resto del sistema de drenaje, dando lugar a la formación de masas quísticas, la mayoría ubicadas a nivel cervical o axilar (cerca del 90%) aunque pueden presentarse en otras ubicaciones tales como mesenterio, mediastino o retroperitoneo siendo la más frecuente de estas el mesenterio del intestino delgado [3].

La etiología más frecuente ocurre durante el desarrollo embriológico, lo que explica que se presente principalmente en niños; sin embargo también se ha sugerido que el trauma abdominal, la obstrucción linfática, procesos inflamatorios, cirugía o radioterapia puedan causar una formación secundaria este tumor.

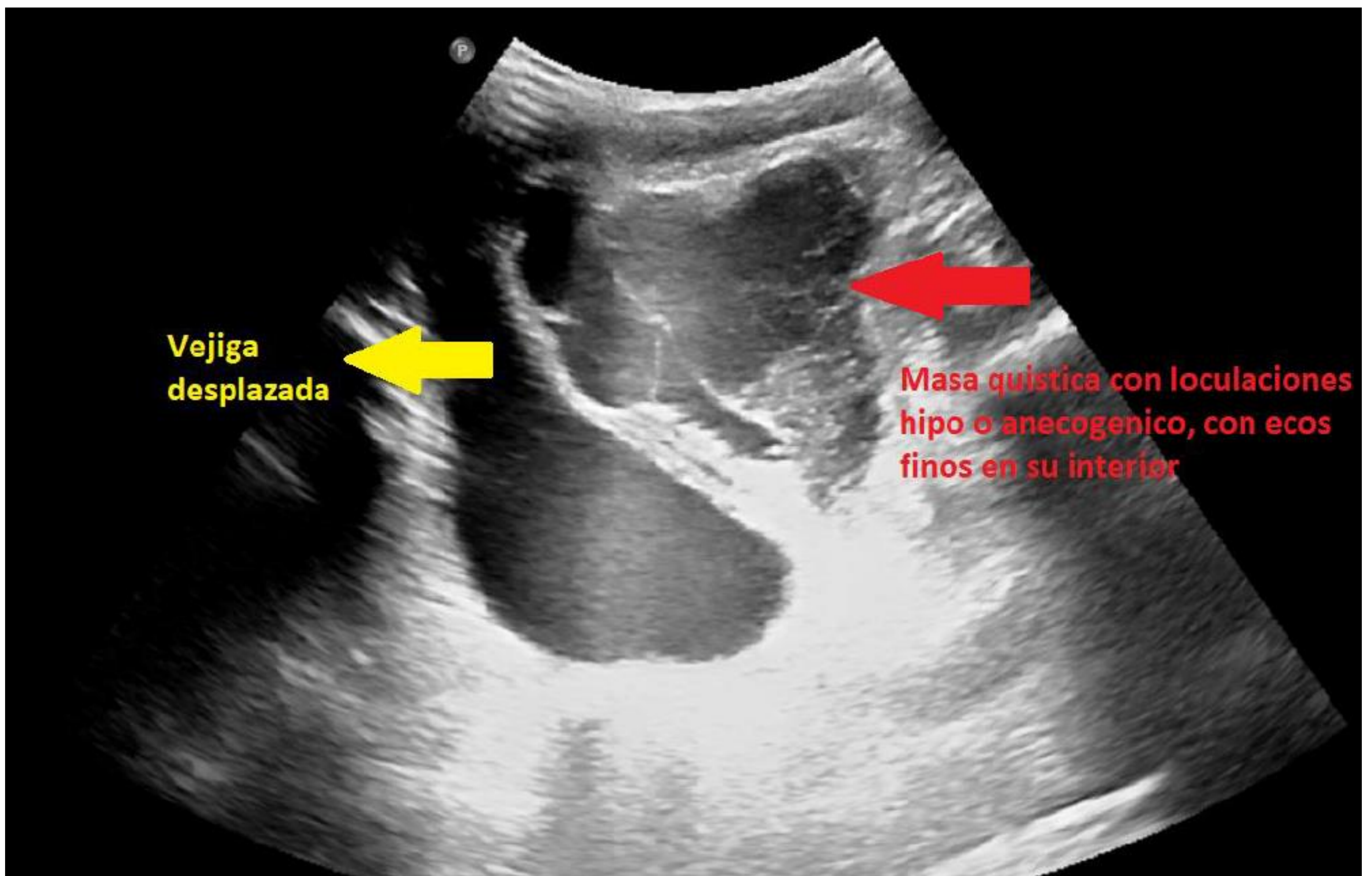
Gran parte cursa de forma asintomática pero pueden llegar a manifestarse con dolor abdominal subagudo por efecto de masa u obstrucción intestinal y complicarse con infección, hemorragia o perforación [5].

# CARACTERÍSTICAS DE IMAGEN

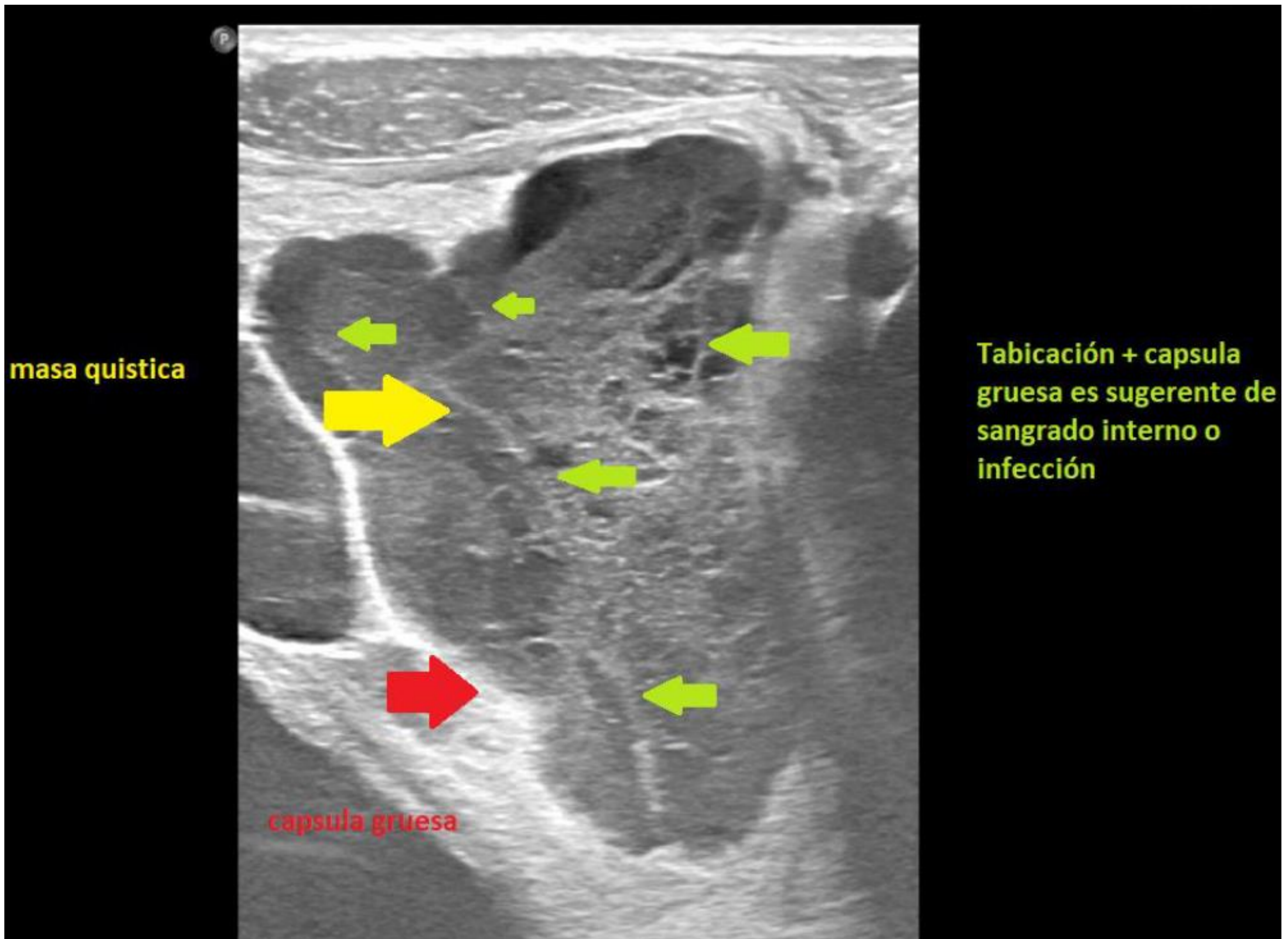
- Ecografía

En ecografía, aparecen como masas quísticas, generalmente grandes, bien definidas, de pared fina, multiloculadas.

El contenido de las loculaciones puede ser hipo o anecoico, identificándose en ocasiones finos ecos en su interior o niveles líquido-líquido por presencia de detritus; el hallazgo de contenidos ecogénicos, cápsula gruesa y tabicación indica complicación con sangrado interno o infección. Cabe recordar que la ecografía es superior a la TC en la demostración de la naturaleza interna de los quistes [1-3-4].



- Figura 1. Ecografía que señala una masa quística tabicada con loculaciones hipo y anecoicas, con ecos finos en su interior, que desplaza la vejiga.

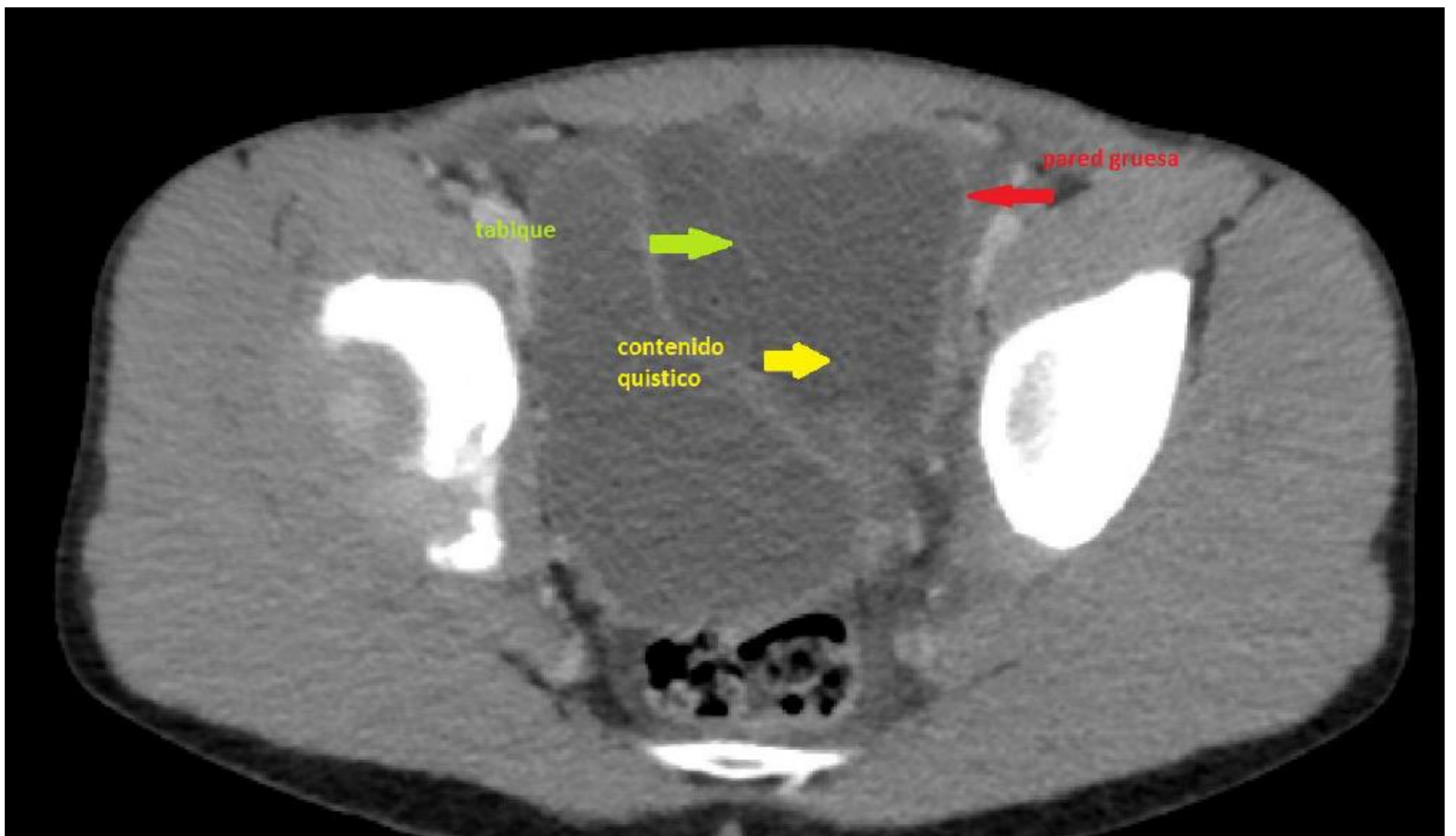


- Figura 2. Ecografía que muestra masa quística con cápsula gruesa, multitableada sugerente de sangrado interno o infección.



- Tomografía

En la TC se identifican como masas quísticas con UH que varía desde el rango de atenuación del agua (si el contenido es seroso) a graso (contenido quiloso); cuando se complican y presentan contenido hemorrágico o purulento, tienden a presentar aumento de los niveles atenuación. La pared y los septos muestran realce tras la administración de contraste aunque los tabiques pueden ser imperceptibles muchas veces por esta técnica debido a su escaso grosor [1-3-4].



- Figura 3. TC corte axial. Vejiga desplazada por colección quística de pared gruesa (flecha roja) con múltiples septos (flecha amarilla).

- RM

La RM es útil para determinar el origen mesentérico además de permitir la diferenciación de la naturaleza del contenido quístico y ser de gran ayuda la planificación quirúrgica sobre todo en los casos en los que no se pueda administrar contraste. Típicamente es hiperintensa en T2 e hipointensa en T1, por características propias del contenido seroso; aquellos con contenido graso o hemorrágico aparecen hiperintensos en T1 y T2 [2].

# Conclusiones

- A pesar de no tratarse de una entidad muy frecuente de dolor abdominal, conocer apropiadamente las características imagenológicas del linfangioma mesentérico nos permite realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre las posibles etiologías de masas quísticas mesentéricas.

# Bibliografía

1. Ros PR, Olmsted WW, Moser RP Jr, Dachman AH, Hjermsstad BH, Sobin LH. Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. *Radiology* 1987; 164:327–332.
2. Siegel M, Glazer HS, St Amour TE, Rosenthal DD. Lymphangiomas in children: MR imaging. *Radiology* 1989; 170:467–470.
3. Konen O, Rathaus V, Dlugy E, et al. Childhood abdominal cystic lymphangioma. *Pediatr Radiol* 2002; 32:88–94.
4. Lugo-Olivieri CH, Taylor GA. CT differentiation of large abdominal lymphangioma from ascites. *Pediatr Radiol* 1993; 23:129–130.
5. Alqahtani A, Nguyen LT, Flageole H, Shaw K, Laberge JM. 25 years' experience with lymphangiomas in children. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 1164–1168.