

Revista

26

TUMOR UNICO DE MESENTERIO COMO FORMA DE PRESENTACION DE LINFOMA REPORTE DE UN CASO

Dres. GUSTAVO FRANCO V.,* ERIKA SANTANA,* CAROLINA MAMAN A.,*
NIKOLAOS ANTONIADIS,** y GUSTAVO BENITEZ P.*

*Departamento de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. **Departamento de Cirugía. Hospital "Miguel Pérez Carreño".

RESUMEN

Se presenta un caso de tumor único de mesenterio. El diagnóstico histológico definitivo reveló que se trataba de un linfoma de células grandes. Se ofrece así mismo una revisión de la literatura relacionada con tumores únicos de mesenterio, resaltando la importancia de los métodos diagnósticos disponibles, así como las opciones terapéuticas.

Palabras claves: Tumor de mesenterio. Linfoma.

ABSTRACT

UNIQUE MESENTERIC TUMOR LYMPHOMA PRESENTED AS A LYMPHOMA REPORT OF ONE CASE

A case of unique mesenteric tumor is presented. The histologic diagnosis showed it was a great-cells lymphoma. A revision of the literature is made, highlighting the importance of the diagnostic methods and the therapeutic options.

Key words: Mesenteric tumor. Lymphoma.

Los tumores únicos de mesenterio (TUM) son infrecuentes, al punto que existen pocas series en la literatura que arrojen información concreta en lo que respecta a su incidencia general, origen y estirpe histológica.

A continuación presentamos el caso clínico de un paciente con linfoma cuyo único hallazgo fue la presencia de masa en abdomen, y en quien aunque los es-

tudios diagnósticos fueron orientadores, fue sólo a través de la laparotomía exploradora como pudo obtenerse el diagnóstico definitivo y la aplicación inmediata la terapéutica correspondiente.

CASO CLINICO

Un paciente masculino de 64 años de edad consultó por presentar dolor en epigastrio, continuo, difuso, de leve intensidad, irradiado a región umbilical; así como masa palpable en dicha zona, que aumentó progresivamente de tamaño en los 8 meses previos a su ingreso, momento para el cual refirió además sensación de llenura postprandial y pérdida de peso de 10 kg. en ese lapso.

Como antecedentes de importancia se encontró hipertensión arterial mal controlada y hábito tabáquico moderado.

El examen físico de ingreso reveló un abdomen globuloso, blando, deprimible, doloroso a la palpación en epigastrio y mesogastrio, con masa palpable de consistencia firme, de aproximadamente 20 cms. de diámetro, desplazable por palpación a ambos flancos del abdomen. Ruidos hidroaéreos auscultables. Tacto rectal: esfínter tónico, paredes lisas, ampolla vacío, sin evidencia de tumoración. Los pulsos periféricos estaban presentes y simétricos. No se detectaron adenomegalias.

Sus valores de laboratorio: Hb: 10,6g%; Hto: 34%; Leucocitos: 8600/mm³, Seg: 80%, Lin: 20%; Plaquetas: 320000/mm³; VSG: 50 mm en la 1ª hora.

Urea: 38,7mg%; Creatinina: 0,92mg%; Acido úrico: 5,25mg%; Glicemia: 96mg%; Colesterol: 163,2mg%; Triglicéridos: 395mg%; Albúmina: 3,52gr%; Globulinas: 3,34gr%; Fosfatasa alcalina: 58,88U/L; Amilasa: 52US; TGO: 13IU/L; TGP: 61U/L. Bilirrubina Total: 0,84mg%; Bilirrubina Directa: 0,38mg%. Gasometría arterial: pH: 7,45; pO₂: 72mmHg; pCO₂: 35,7mmHg; HCO₃⁻: 25mEq/L; EB: 2; SatO₂: 95%.

En el ecsonograma abdominopélvico se observó una masa de forma ovalada, de 167 mm en su diámetro mayor, de ecogenicidad mixta, con predominio de áreas hipocogénicas, de bordes nítidos y difícil delimitación, que no permitió visualizar el páncreas. Resto sin alteraciones.

Se le practicó una tomografía axial computarizada (TAC) abdomino-pélvica en la cual se encontró una lesión de ocupación de espacio, de bordes definidos, lobulada, de aspecto heterogéneo, localizada en hemiabdomen superior, siendo sus dimensiones: 19 x 14 x 18 cms, en sus ejes transversal, anteroposterior y longitudinal, respectivamente. Esta masa no parecía guardar relación con la aorta abdominal y parecía corresponder a un proceso neoproliferativo.

Se apreció discreta cantidad de líquido perihepático. Las asas intestinales parecían rechazadas por la lesión descrita. Se apreció también un discreto engrosamiento pleural bilateral (Fig 1).

El paciente fue sometido a una laparotomía exploradora, con un diagnóstico preoperatorio de tumor intraabdominal, probablemente de origen mesentérico. Como hallazgo intraoperatorio se obtuvo una lesión sólida, de 20 cms de diámetro, que se originaba en la raíz del mesenterio, inmersa en éste y en íntima relación con el ángulo de Treitz y la arteria mesentérica superior, razón por la cual se catalogó la lesión como irreseccable (Fig 2).

Se procedió a la toma de biopsia incisional de la lesión en cuatro sitios diferentes, observándose en algunas de estas zonas un aspecto necrótico.

El estudio histopatológico reveló que se trataba de un linfoma difuso con predominio de células grandes hendidas y esclerosis focal.

El curso postoperatorio fue satisfactorio. Posteriormente se le administró quimioterapia con base en Ciclofosfamida, Doxorubicina y Vincristina; no obstante la respuesta fue pobre, falleciendo el paciente, debido a esta enfermedad, 8 meses después.

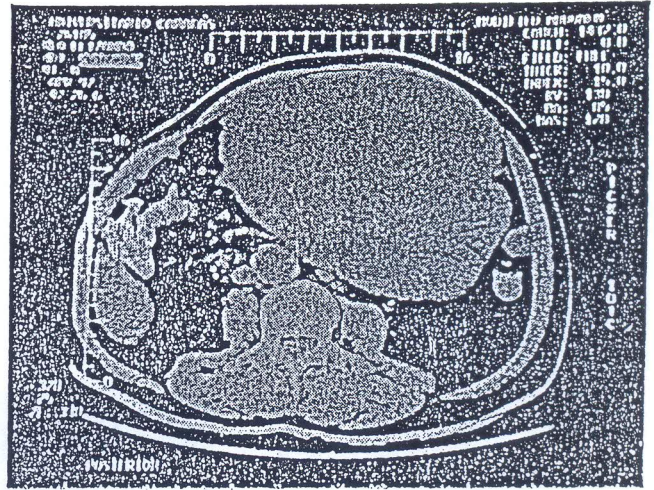


Figura 1. TAC donde se aprecia la lesión.

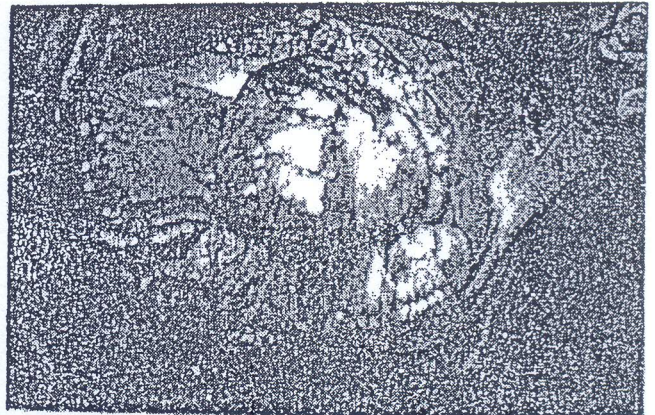


Figura 2. Aspecto del tumor de mesenterio encontrado en laparotomía.

DISCUSION

Aun cuando los tumores de mesenterio no son frecuentes y su incidencia no se ha establecido definitivamente con cifras objetivas, se puede apreciar que involucran un espectro que comprende patologías primarias en esta estructura o que forman parte, bien sea como primera manifestación o como complicación, de otras patologías, entre las cuales se han descrito: Poliposis Adenomatosa Familiar;¹ Tumor de células foliculares-dendrítico;² metástasis;³ Tumor carcinoide;⁴ linfangiomas;⁵⁻⁶ hamartomas;⁷ tumores desmoides;⁸ linfomas,⁹ fibromas y lipomas, estos dos últimos derivados en muchos casos de células de las paredes de los vasos mesentéricos.¹⁰⁻¹²

En una revisión de 68 casos registrados desde 1960 hasta 1993, Vasilescu et al⁹ señalan que el tumor más frecuente en mesenterio correspondía a fibroma y lipoma (n=18), encontrando al linfoma como tumor único en este sitio en 17 de los casos de esa serie. Por su parte Giordano et al¹⁰ afirman que son los tumores de músculo liso las neoplasias más frecuentes en mesenterio.

Cuando la única manifestación de la lesión es la presencia de masa el diagnóstico suele ser difícil. No obstante, son de valor el uso de la TAC, estudio que ha sido el más utilizado⁹⁻¹⁰ y la angiografía mesentérica, sobre todo si se sospecha del origen vascular del tumor.¹⁰ La Resonancia Magnética (RM) se ha empleado con resultados variables.¹³⁻¹⁴ La Laparoscopia como procedimiento diagnóstico se ha empleado con éxito, pero principalmente en casos de búsqueda de recidivas.¹⁵

En el caso particular del diagnóstico definitivo de linfoma en mesenterio, debe tenerse presente que en ocasiones es preciso establecer el diagnóstico diferencial con otras patologías, incluyendo: liposarcomas mal diferenciados,¹⁶ enfermedad de Castleman¹⁶⁻¹⁷ y Pseudotumor inflamatorio,¹⁶ sin embargo las técnicas histológicas de inmunohistoquímica establecen el diagnóstico de certeza en más del 90% de los casos¹⁶ en que esto se necesite.

La terapéutica de estas lesiones se enfoca en primera instancia en la resección total de las mismas.^{9,18} No obstante la reseccabilidad sólo se puede determinar al evaluar la relación entre la masa tumoral y los vasos mesentéricos superiores, en pocos casos el otro criterio lo constituye la presencia de metástasis hepáticas múltiples.⁹

El segundo aspecto en la terapéutica lo conforma la administración de agentes quimioterápicos específicos según la histología de la lesión, en los casos de lesión maligna estos se administran independientemente de la cantidad de tumor residual, siendo por tanto la única opción para lesiones irresecables.⁹ La radioterapia intraoperatoria ha sido reportada con éxito en un caso de recidiva mesentérica de Linfoma No Hodgkin.¹⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Maroy B. Tumeur desmoïde sensible au tamoxifène/ Desmoid tumor sensitive to tamoxifen. *Presse Med* 1997; 26(32): 1520-2.
2. Moriki T, et al. Follicular dendritic cell tumor of the mesentery. *Pathol Res Pract* 1997; 193(9): 629-39.
3. Kiefer T, Wertzel H, Freudenberg N, Hasse J. Long-term survival after repetitive surgery for malignant hemangiopericytoma of the lung with subsequent systemic metastases: case report and review of the literature. *Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 45(6): 307-9.
4. Pantongrag-Brown L, Buctow L, Carr NJ, Lichtenstein JE, Buck JL. Calcification and fibrosis in mesenteric carcinoid tumor: CT findings and pathologic correlation. *Am J Roentgenol* 1995; 164(2): 387-91.
5. Vara C, Salvi M, Toscano R, Herrains R. Linfangiomas quísticos intestinales/Intestinal cystic lymphangiomas. *Rev Esp Enferm Dig* 1994; 86(4): 764-6.
6. Tsuda K, et al. Lymphangioma of the mesentery and small intestine: a case report showing a solid tumor with a cystic component on US and CT. *Radiat Med* 1994; 101(1): 42-7.
7. Manger T, Meyer F, Malferttheiner P, Lippert H. Venous angiomatous hamartoma of the mesenteric root. Therapy of chylous ascites and chylothorax—case report. *Chirurg* 1997; 68(2): 168-73.
8. Maldjian C, Mitty H, Garten A, Forman W. Abscess formation in desmoid tumors of Gardner's syndrome and percutaneous drainage: a report of three cases. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1995; 18(3): 68-71.
9. Vasilescu C, Popa C, Ionescu M. Tumori solide primitive de mesenter / Primary solid tumors of the mesentery. *Chirurgia (Bucur)* 1995; 44(4): 55-64.
10. Giordano P, Cozzolino M, Vigorito R, Caliendo RA. Leiomiosarcoma della radice del mesentere. Presentazione di un caso clinico. / Leiomyosarcoma of the mesenteric root. A case report. *Minerva Chir* 1995; 50(6): 595-7.
11. Cianchi F, Perigli G, Pucciani F, Nesi G, Amorosi A. Fibromatosi mesenterica gigante: osservazione di un caso / Giant mesenteric fibromatosis: a case report. *Ann Ital Chir* 1995; 66(4): 533-5.
12. Maconi G, et al. Clinical, ultrasonographic and tomographic features on the natural evolution of primary mesenteric fibromatosis: a case report. *Hepato-gastroenterology* 1998; 45(23): 1663-6.
13. Kim T, et al. CT and RM imaging of abdominal liposarcoma. *Am J Roentgenol* 1996; 166(4): 829-33.
14. Ramboer K, Moons P, De Breuck Y, Van Hoe L, Baert AL. Benign mesenteric schwannoma: MRI findings. *J Belge Radiol* 1998; 81(1): 3-4.