

G. Barrientos Fernández, R. Luque Mialdea, J.A. Navascués del Río, R. Sánchez Martín, J. Cerdá Berrocal, R. Martín Crespo, J. Vázquez Estévez*

An Esp Pediatr 1999;50:175-176.

Caso clínico

Niña de 10 años de edad que ingresa por dolor abdominal de 48 horas de evolución, fiebre de hasta 40°C y vómitos biliosos. Como antecedentes presenta retraso ponderoestatural y episodios de diarrea que motivaron dos ingresos previos. El examen físico, analítica y estudios de imagen (radiología convencional y ecografía abdominal) no revelaron hallazgos patológicos.

Al ingreso presentaba en la analítica de sangre 5.300 leucocitos, 78% granulocitos, 22% linfocitos, hemoglobina 12,5 g/dl, hematócrito 36,3, 165.000 plaquetas, siendo nuevamente los estudios por imagen negativos. Ante el cuadro clínico se indicó laparoscopia exploradora. Se practicó laparoscopia abierta infraumbilical mediante introducción de trócar de Hasson. A continuación se hizo neumoperitoneo de 10mm de Hg e introducción de un segundo trócar bajo visión directa por un puerto de 5 mm en fosa ilíaca derecha. Los hallazgos mostraron un apéndice normal y la existencia de una gran masa lipomatosa íntimamente relacionada con todo el marco cólico y mesenterio del intestino ileal con signos inflamatorios locales. Ante el gran tamaño de la tumoración (Fig. 1) se decidió reconvertir el procedimiento laparoscópico realizándose laparotomía media infraumbilical (Fig. 2). Se practicó apendicectomía reglada y exéresis del lipoma mesentérico individualizándole de sus relaciones, tanto del marco cólico, como del mesenterio ileal, de donde provenía una profusa vasculatura al tumor. El informe anatomopatológico de la pieza fue de una masa de 550g y 20x13 cm de diámetro y cuyas células correspondían a una proliferación celular adiposa tipo adulto, surcada por tractos fibroconectivos y con abundante vascularización, correspondiendo esta descripción a lipoma mesentérico. El postoperatorio cursó favorablemente y la niña ganó 5 kilos de peso en el primer mes después de la operación, estando asintomática y libre de tumor un año y medio después de la cirugía.

Discusión

En la edad pediátrica la mayoría de los tumores mesentéricos son quísticos⁽¹⁾, siendo los de origen linfático (quistes qui-

Tumores mesentéricos sólidos primarios en la edad pediátrica: Aportación del abordaje laparoscópico en un caso de lipoma mesentérico



Figura 1. Aspecto que presentaba el lipoma mesentérico y muestra su gran tamaño.

losos) los más frecuentes^(2,3). Los tumores mesentéricos sólidos (TMS) pueden derivar de las diferentes y múltiples extirpes celulares: tejido conectivo, vascular, nervioso, muscular liso, etc. y la inmensa mayoría son benignos⁽⁴⁾. Dentro del carácter excepcional que constituyen los (TMS) en la edad pediátrica, los más frecuentes son los del tipo benigno (94%) y poco frecuentes los de carácter maligno (6%). El fibroma es con mucho el más frecuente de los TMS benignos⁽⁶⁾, siendo obligado en estos pacientes el descartar la neurofibromatosis múltiple. En se-

Unidad de Cirugía Laparoscópica. Servicio de Cirugía Pediátrica.

*Jefe de Servicio. HGU "Gregorio Marañón". Madrid.

Correspondencia: Dr. R. Luque- Mialdea. Unidad de Cirugía Laparoscópica. Servicio de Cirugía Pediátrica. HGU "Gregorio Marañón". Dr. Castelo, 39. 28009 Madrid.

Recibido: Abril 1998

Aceptado: Noviembre 1998



Figura 2. Imagen intraoperatoria en la que se observa la relación de la masa con los elementos del mesenterio.

gundo lugar, en incidencia hallamos los derivados de las células adiposas⁽³⁾; si se trata de elementos celulares maduros, como en nuestro caso, estamos ante un lipoma, por el contrario, si son células adiposas inmaduras se denomina lipoblastoma y lipoblastomatosis si es una proliferación generalizada; encontrándose estas dos entidades únicamente en la edad pediátrica⁽⁷⁾. En cuanto a su localización el 75% de los TMS dependen del mesenterio del intestino delgado, sobre todo del íleon y con gran frecuencia están adheridos al intestino adyacente⁽²⁾. La mayoría de los TMS son asintomáticos y se descubren en un examen de rutina como una tumoración (habitualmente en el cuadrante inferior derecho) o en una prueba diagnóstica de imagen. La sintomatología de los TMS se debe, en general, a su tamaño produciendo síntomas compresivos; aunque casi nunca ocasionan obstrucción intestinal completa, siendo muy raro que sufran hemorragias, torsión o necrosis. En cuanto a su diagnóstico se describe en la literatura una alta especificidad por métodos de imagen convencionales, radiología simple y ecografía, esta última considerada como método diagnóstico de elección en la edad pediátrica⁽⁸⁾. Métodos invasivos como la TAC y la RMN no aportan especificidad al diagnóstico, aunque si pueden ser de ayuda previos a la cirugía. En nuestra paciente se realizó estudio por radiología y ecografía que no fueron resolutivos, por el contrario, fue concluyente la visualización de la masa mesentérica mediante laparoscopia, no habiendo encontrado en la literatura por

nosotros consultada, otro caso igualmente diagnosticado. La utilización del abordaje laparoscópico en la urgencia quirúrgica y en aquellos casos de dolor recidivante abdominal quizás pueda aportar diagnósticos más frecuentes de este tipo de tumores en la edad pediátrica. Así mismo el abordaje laparoscópico nos puede servir para el diagnóstico diferencial de los TMS, encontrándose éste en relación con la localización del tumor y con patologías fácilmente objetivables por abordaje laparoscópico.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa, siendo en ocasiones necesario para ello la resección intestinal^(1,2,4,9,10).

En nuestra experiencia la laparoscopia ha sido útil para el diagnóstico de tumores mesentéricos y creemos que esta técnica es adecuada para tratar los de pequeño tamaño. En cuanto al pronóstico este es bueno con la escisión completa del tumor, aunque algunos de los TMS tienen tendencia a reproducirse y comportarse como tumores blastomatosos, siendo excepcional la malignización^(2,4,9-11).

Bibliografía

- 1 Snyder C, Holder T: Others tumors. Ascraft K: Pediatric Surgery. 2nd edition. Ed Mc Graw Hill. Philadelphia, 1993. pp. 925-950.
- 2 Adams JT: Abdominal wall, omentum, mesentery and retroperitoneum. Schwartz: Principles of surgery. 6 th edition. Ed Mc Graw Hill. Philadelphia, 1994. pp. 1485-1516.
- 3 Hertz R, Stryker S: Mesenteric tumefactions. *American Surg* 1980; **46**:525-527.
- 4 Fiorentino J: Lipoma gigante de epiplón mayor. *Rev Cir Inf* 1996; **6**:140-143.
- 5 Roig Vila J, Aragón Caro J, Morote Magán P, Moreno Torres E: Tumores primitivos de mesenterio. Revisión de la literatura a propósito de 7 nuevos casos. *Cirugía Española* 1981; **35**:113-117.
- 6 Pérez Cabañas I, Carmona Sáez A, Guarch Troyas R; Ortiz Hurtado H: Fibroma mesentérico. *Cirugía Española* 1988; **44**:150-154.
- 7 Kissane J: Pathology of infancy and childhood. Ed Mosby 1975. pp. 258-259.
- 8 Prando S, Wallace S, Marins J, Pereira RM, Oliveira E: Sonographic features of benign intraperitoneal lipomatous tumors in children. Report of 4 cases. *Pediatric Radiology* 1990; **20**:571-574.
- 9 Yannopolus K, Stout A: Primary solid tumors of the mesentery. *Cancer* 1963; **16**:914-918.
- 10 Marjorie M, Melvin D: Omental lipoblastoma. *J Pediatr Surg* 1993; **28**:1626-1627.
- 11 Hadjv C, Steven I: Pathology of soft tissue tumors. Lea and Febiger. New York, 1979. pp. 238-239.