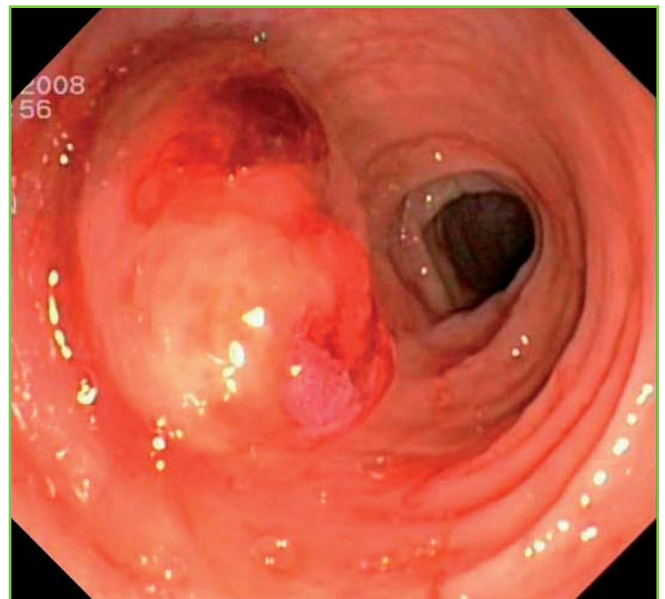


# LINFANGIOMA QUÍSTICO DE COLON

I. Fernández-Urién, M. Vicuña, M.R. Mercado<sup>1</sup>, D. Ruiz-Clavijo, J. Jiménez, J.M. Martínez-Peñuela<sup>1</sup>, F. Borda

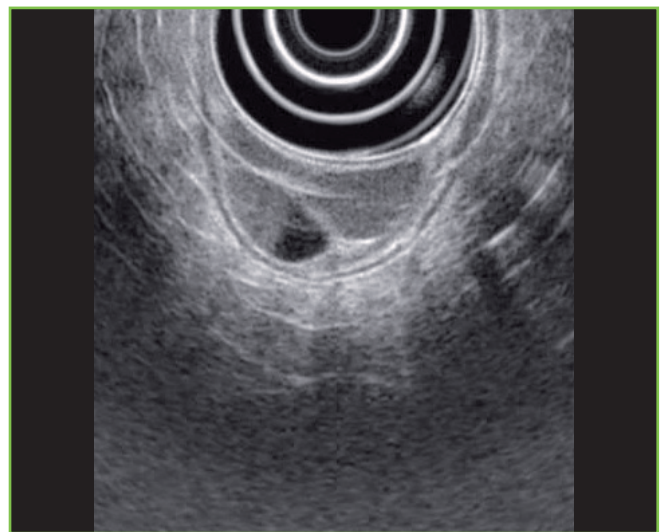
Servicios de Digestivo y Anatomía Patológica<sup>1</sup>. Hospital de Navarra. Pamplona. España.

Presentamos el caso de una mujer de 64 años, que en Junio de 2007 fue remitida a la consulta de digestivo por dolor abdominal. Entre los antecedentes personales destacaban una HTA y asma bronquial desde los 20 años. La paciente refería dolor en hemiabdomen superior, tipo cólico y de aproximadamente un año de evolución. El dolor se acompañaba de náuseas sin vómitos ni otra sintomatología añadida. La exploración física era normal, salvo por ser una paciente con obesidad mórbida (IMC de 42 Kg/m<sup>2</sup>), y presentar dolor a la palpación en mesogastrio, sin defensa ni masa palpable. Inicialmente se hizo un análisis de sangre con hemograma, coagulación, ionograma y bioquímica con marcadores tumorales (CEA y Ca 19,9), estando todos los valores dentro de la normalidad. Seguidamente se hizo una gastroscopia que mostraba una ligera gastritis que se confirmó histológicamente y una ecografía que presentaba una esteatosis hepática difusa (no se objetivó colelitiasis ni otras alteraciones). Se inició tratamiento con Buscapina compositum® y se completó el estudio con un enema opaco que mostraba una imagen polipoidea en colon descendente. Seguidamente se hizo una colonoscopia en la que se objetivaron varios pólipos de entre 3-5 mm que se resecaron con histología de pólipos adenomatosos e hiperplásicos. Además, se confirmó la presencia en colon descendente de una imagen polipoidea de unos 2,5 cm de diámetro, de implantación sésil y base ancha, umbilicada en su centro, friable y de consistencia muy blanda (**Imagen 1**). Con el fin de caracterizar mejor la lesión se introdujo un ecoendoscopio radial, observando que se trataba de una lesión quística, tabicada y que se situaba en la capa submucosa (**Imagen 2**). Ante estos hallazgos, se volvió a introducir el colonoscopio y se reseco la lesión con un asa de polipectomía, sin incidencias. En el estudio histológico se pone de manifiesto edema en la submucosa, apreciándose además una dilatación quística de los vasos linfáticos (**Ima-**



**Figura 1**

Lesión polipoidea en colon descendente de aspecto friable.



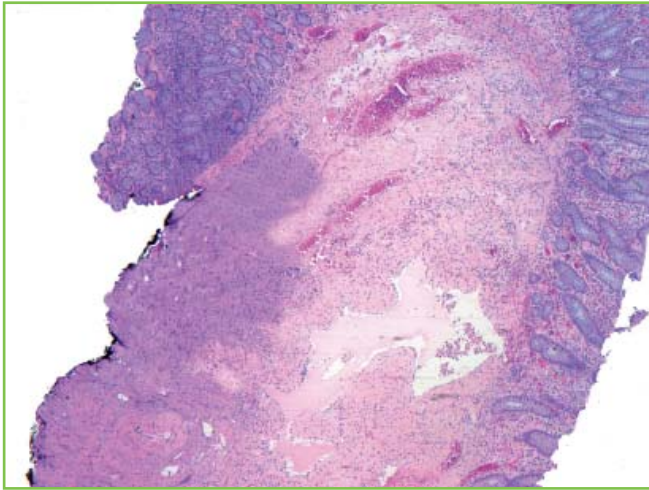
**Figura 2**

Ecográficamente, la lesión se sitúa en la submucosa y presenta áreas quísticas.

### CORRESPONDENCIA

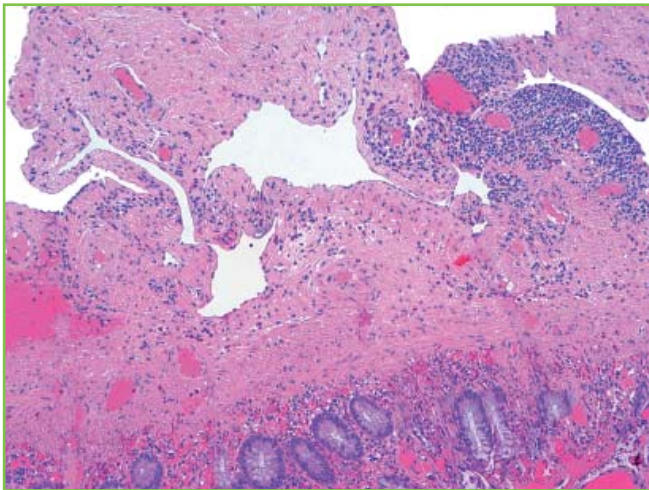
I. Fernández-Urién  
Servicio de Digestivo/Gastroenterología.  
Clínica de Navarra. Universidad de Navarra.

ifurien@unav.es



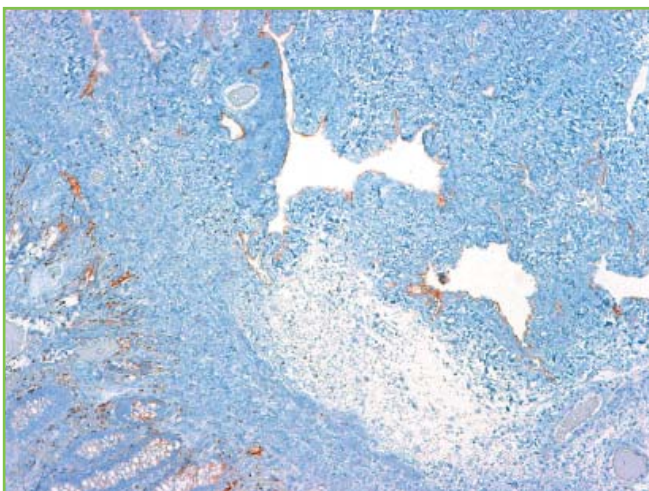
**Figura 3a**

Dilatación quística submucosa constituida por vasos linfáticos dilatados (H y E 10x).



**Figura 3b**

Vasos linfáticos dilatados y revestidos por una capa de epitelio simple plano de células endoteliales cuyas paredes están constituidas por músculo liso (H y E 20x).



**Figura 4**

Inmunohistoquímica para D2 40 muestra inmunoreactividad para endotelio de revestimiento vascular linfático (D2 40 20x)

**gen 3a y 3b).** En la inmunohistoquímica, se observa inmunoreactividad para endotelio de revestimiento vascular linfático (**Imagen 4**). Con estos hallazgos, el diagnóstico final fue de linfangioma quístico de colon. La paciente evolucionó de forma favorable, no presentando síntomas un año después de la resección endoscópica. El linfangioma quístico es una tumoración benigna caracterizada por la presencia de vasos linfáticos muy dilatados y rodeados de células endoteliales de aspecto benigno. Este tipo de lesión puede encontrarse en cualquier parte del cuerpo humano aunque la localización más frecuente es el cuello, la zona axilar y aquellas regiones donde abundan los vasos linfáticos. La localización a nivel del tracto digestivo es rara aunque con el desarrollo de las técnicas endoscópicas se van observando cada vez más casos<sup>1-3</sup>. En la mayor parte de las ocasiones, el diagnóstico de este tipo de lesiones es fortuito ya que no suele producir síntomas. En caso de hacerlo, puede producir síntomas como dolor abdominal, hemorragia e incluso síntomas derivados de una obstrucción intestinal<sup>4,5</sup>. En el diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones habría que incluir otras lesiones submucosas como el lipoma, hemangioma, leiomioma y quistes de duplicación, para lo cual resulta de vital importancia la información que aporta la realización de una ecoendoscopia. El tratamiento puede ser conservador puesto que estas lesiones no malignizan aunque cuando son sintomáticas, puede optarse por una resección endoscópica o la cirugía si ésta no es posible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hatada T, Ikeda H, Tanigawa A, Fujiwara Y, Hanada Y, Yamamura T. Lymphangioma of the colon: a case report and review of the Japanese literature. *Acta Gastroenterol Belg* 2000; 63: 239-241.
2. Kuramoto S, Sakai S, Tsuda K, Kaminishi M, Ihara O, Oohara T, Jinbo S, Murakami T. Lymphangioma of the large intestine. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 900-905.
3. Irisawa A, Bhutani MS. Cystic lymphangioma of the colon: endosonographic diagnosis with through-the-scope catheter miniprobe and determination of further management. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1040-1042.
4. Zilko PJ, Laurence BH, Sheiner H, Pollard J. Cystic lymphangioma of the colon causing protein-losing enteropathy. *Am J Dig Dis* 1975; 20: 1076-1080.
5. Tae Oh Kim, Jung Hyun Lee, Gwang Ha Kim, Jeong Heo, Dae Hwan Kang, Geun Am Song, Mong Cho. Adult intussusception caused by cystic lymphangioma of the colon: A rare case report. *World J Gastroenterol* 2006; 12(13):2130-2132.