

Linfangioma abdominal infectado por *Salmonella enteritidis*

Sr. Editor:

El linfangioma quístico abdominal es una malformación del sistema linfático de carácter benigno que en ocasiones se puede infectar manifestándose como dolor abdominal. Presentamos el caso de un varón de 3 años de edad que consulta por fiebre, vómitos y dolor abdominal y fue diagnosticado de gastroenteritis aguda por *Salmonella enteritidis*. Tras empeoramiento clínico se descubre la existencia de un linfangioma quístico infectado por el mismo germen. El interés de este caso radica en el hallazgo del germen causal y la posible vía de infección, hecho poco usual en la literatura médica revisada.

Varón de 3 años que consulta por dolor abdominal, vómitos y fiebre de 40 °C de pocas horas de evolución. A la exploración llama la atención el malestar general del paciente, así como un abdomen globuloso, doloroso a la palpación, con importante defensa voluntaria que dificulta la palpación de masas o visceromegalias y con signo de descompresión dudoso. El peristaltismo estaba ligeramente aumentado.



Figura 1. Ecografía abdominal. Se puede observar formación quística que ocupa gran parte del hemiabdomen derecho.

Se realiza analítica que muestra 12.300 leucocitos (83% neutrófilos y 13% linfocitos) con una proteína C reactiva de 5,8 mg/dl y ecografía abdominal en la que se descarta apendicitis y se observa una estructura redondeada con diferentes densidades ecogénicas en su interior que es orientada en un principio como una distensión de asa intestinal. Posteriormente el paciente inicia deposiciones diarreicas, con lo que el caso se diagnostica de gastroenteritis aguda, manteniéndolo en observación con tolerancia oral.

Al persistir la fiebre alta y la afectación del estado general se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona intravenosa a las 48 h del ingreso. Al quinto día de ingreso, ante el empeoramiento del estado general junto con aumento de la distensión abdominal, se realiza ecografía abdominal urgente que muestra estructura quística septada de gran tamaño en hemiabdomen derecho (fig. 1) y tomografía computarizada (TC) abdominal donde se observa una gran masa abdominal de densidad líquido que desplaza el resto de estructuras abdominales (fig. 2). La analítica en este momento muestra una proteína C reactiva de 32,5 mg/dl con un hemograma y fórmula similar a la analítica del ingreso.

Dado el rápido crecimiento de la masa se decide intervención quirúrgica encontrando una masa de 15 x 7 x 4 cm adherida íntimamente a colon ascendente con contenido purulento en su interior. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de linfangioma abscesificado, con un contenido en el que crece posteriormente *S. enteritidis*. En el coprocultivo se observa crecimiento de *S. enteritidis*. El postoperatorio discurre sin incidencias, dando de alta al paciente afebril y continuando el tratamiento con cefixima oral.

El linfangioma es una malformación hamartomatosa benigna del sistema linfático, habitualmente de estructura quística. La localización intraabdominal, ya sea retroperitoneal o mesentérica, es poco frecuente y únicamente se da en el 2-8% de los casos^{1,2}. La mayoría de los linfangiomas abdominales están situados en el mesenterio, pero pueden extenderse al retroperitoneo. Existe en la literatura médica cierta confusión al hacer referencia a los términos linfangioma abdominal y quiste mesentérico^{3,4}. Los linfangiomas abdominales son quistes simples con un revestimiento de células endoteliales y paredes con músculo liso, mientras que los quistes mesentéricos están revestidos por células columnares y paredes que carecen de músculo liso. A pesar de esta diferencia en la literatura médica se habla indistintamente de linfangioma o de quiste mesentérico^{3,4}.

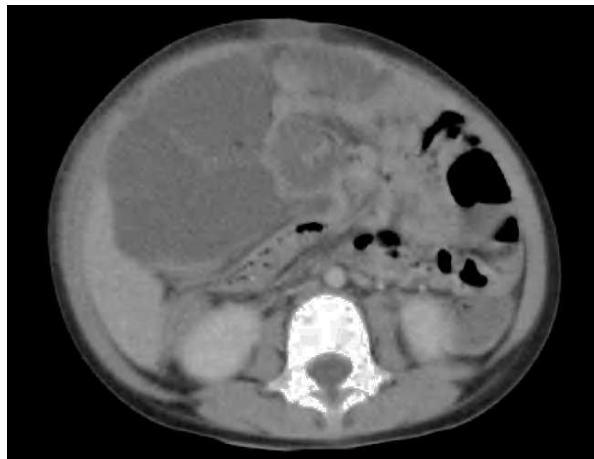


Figura 2. TC abdominal que muestra estructura de contenido líquido con septos que desplaza estructuras vecinas y provoca distensión abdominal.

Los quistes mesentéricos son una enfermedad rara, siendo su incidencia de 1 por cada 105.000 hospitalizaciones⁵. Aproximadamente un tercio de los casos se dan en menores de 15 años^{5,6}, la edad media de presentación es de 5 años⁶. En la infancia se suelen manifestar como masa abdominal palpable con obstrucción parcial^{3,4}, aunque también se puede presentar como abdomen agudo en relación a una complicación como puede ser la infección, la obstrucción o la rotura³⁻⁵. Como ocurre en nuestro caso, el dolor abdominal es una manifestación frecuente en niños⁶.

La infección de un linfangioma quístico es una complicación infrecuente⁷. Entre los casos de infección descritos en la literatura médica encontramos como agentes causales *Escherichia coli*^{7,8}, *Streptococcus pneumoniae*⁸, *Staphylococcus aureus*^{8,9}, *Mycobacterium tuberculosis*⁸, *S. enteritidis*⁸ y, más recientemente, *Campylobacter jejuni*¹⁰. En la mayoría de estos casos el mecanismo de infección es desconocido^{8,10}.

Creemos que en nuestro caso el mecanismo probable de infección es la diseminación linfática o hematogena de *S. enteritidis* a partir de una gastroenteritis aguda en un paciente portador de un linfangioma quístico abdominal. La existencia de una pared en todo quiste dificulta la penetración del antibiótico, pudiendo ser ésta la causa de la evolución tórpida del cuadro y el aumento rápido de la masa pese a estar recibiendo el tratamiento antibiótico correcto.

J. Pérez Sánchez, V. Pineda Solas,

I. Loverdos Eserverri y M. Vilà de Muga

Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell.

Institut Universitari Parc Taulí. Barcelona. España.

Correspondencia: Dr. J. Pérez Sánchez.

Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell.

Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona. España.

Correo electrónico: jperezs@cspt.es; jacobops@auna.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Hurtado I, Bregante J, Mulet Ferragut JF, Moron Canis JM. Linfangioma abdominal quístico. Cir Pediatr. 1998; 11:171-3.

2. Kosir MA, Sonnino RE, Gauderer MW. Pediatric abdominal lymphangiomas: A plea for early recognition. *J Pediatr Surg.* 1991;26:1309-13.
3. Richard R. Ricketts: Mesenteric and omental cysts. En: Keith W, editor. *Pediatric Surgery.* Ashcraft. 3rd ed. Saunders; 2000.
4. Egozi EI, Ricketts RR. Mesenteric and Omental Cysts in Children. *Am Surg.* 1997;63:287-90.
5. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric, and omental cysts. *Arch Surg.* 1984;119:838-42.
6. Bliss DP Jr, Coffin CM, Bower RJ, Stockmann PT, Ternberg JL. Mesenteric cysts in children. *Surgery.* 1994;115:571-7.
7. Kubota A, Yonekura T, Kuroda D, Yasuda T, Kato M, Oyanagi H, et al. Giant Purulent mesenteric cyst. *Pediatr Surg Int.* 1995; 11:45-6.
8. Mouthon L, Melin Y, Girard T, Enjolras M, Mainardi JL. Intra-abdominal macrocystic lymphatic malformation (lymphangioma). Infected with *Salmonella enteritidis*: Case Report and Review. *Clin Infect Dis.* 1997;25:751-2.
9. Iuchtman M, Soimu U, Amar M. Peritonitis caused by a ruptured infected mesenteric cyst. *J Clin Gastroenterol.* 2001;32: 452-3.
10. Garrido M, Quilis J, Ledesma L, Peiró JL, Santos S, Culubret M. Linfangioma quístico abdominal infectado: una causa poco frecuente de abdomen agudo. *An Esp Pediatr.* 2002;57:274-5.