



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TEMA:

Linfoangiomas quístico abdominal en niño, descripción de un caso

AUTOR

Landeta Cedeño Tatiana Katherine

Trabajo de titulación

Previo a la obtención de título de

LICENCIADO EN NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TUTORES

Dr. Ludwig Álvarez

Guayaquil, Ecuador

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTA DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Tatiana Katherine Landeta Cedeño, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Licenciado en Nutrición, Dietética y Estética.

TUTOR

Ludwig Álvarez

DECANO
DIRECTOR DE CARRERA

Dr. Martha Celi

COORDINADOR DE CARRERA

Guayaquil, a los 29 días del mes de Febrero del año 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Tatiana Katherine Landeta Cedeño

DECLARO QUE:

El trabajo de Titulación, “Linfoangioma quístico abdominal en niño, descripción de un caso”, previo a la obtención del título de Licenciatura en Nutrición, Dietética y Estética, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las paginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación de tipo “Linfoangioma quístico abdominal en niño, descripción de un caso”,

Guayaquil, a los 29 días del mes de Febrero del año 2016

Tatiana Katherine Landeta Cedeño



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Tatiana Katherine Landeta Cedeño

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: "Linfoangioma quístico abdominal en niño, descripción de un caso, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 29 del mes de Febrero del año 2016

Tatiana Katherine Landeta Cedeño

AGRADECIMIENTO

A Dios que me permitió terminar este trabajo con éxito, que en todo momento ha sido mi fortaleza y mi amparo.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por darnos las herramientas necesarias durante la formación académica.

A mis padres que son mi mayor ejemplo de perseverancia, honestidad, amor sin cuya ayuda hubiera sido imposible terminar esta carrera.

A mis hijas que son mi razón de existir cada día, el motor que mueve mi vida, les agradezco por su paciencia y su comprensión por aquellos momentos que como madre no pude estar a su lado debido a las exigencias académicas.

A mis estimados profesores que a lo largo de la carrera nos brindaron todo su conocimiento y excelencia académica.

A todas aquellas personas que de forma indirecta me ayudaron en esta investigación.

Tatiana Landeta Cedeño

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios que me ha dado día a día la fuerza necesaria para seguir adelante y no me ha desamparado nunca.

A mis padres por su ayuda económica y emocional por depositar su confianza en mí y alentarme a seguir cada día.

A mis hijas que fueron mi principal razón para continuar a pesar de los problemas y las dificultades. Porque que verlas todos los días es la energía necesaria para continuar.

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. Ludwig Álvarez
PROFESOR GUÍA O TUTOR

Dr. Carlos Moncayo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL 1

Ing. Luis Calle
MIEMBRO DEL TRIBUNAL 2

Dra. Martha Celi
DIRECTOR DE CARRERA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

CALIFICACIÓN

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**Dr. Ludwig Álvarez
PROFESOR GUÍA O TUTOR**

**Dr. Carlos Moncayo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL UNO**

**Ing. Luis Calle
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DOS**

INDICE GENERAL

<i>AGRADECIMIENTO</i>	<i>V</i>
<i>DEDICATORIA</i>	<i>VI</i>
<i>INDICE GENERAL</i>	<i>IX</i>
<i>ÍNDICE DE TABLAS</i>	<i>X</i>
<i>ÍNDICE DE GRAFICOS</i>	<i>XI</i>
<i>RESUMEN:</i>	<i>1</i>
<i>ABSTRACT:</i>	<i>2</i>
<i>INTRODUCCIÓN:</i>	<i>3</i>
<i>PRESENTACIÓN DEL CASO:</i>	<i>6</i>
<i>DISCUSIÓN:</i>	<i>8</i>
<i>CONCLUSIÓN:</i>	<i>11</i>
<i>BIBLIOGRAFÍA:</i>	<i>12</i>
<i>ANEXOS:</i>	<i>15</i>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los quistes.	9
Tabla 2. Exámenes de laboratorio.	24
Tabla 3. Alimentos ricos en hierro	25

ÍNDICE DE GRAFICOS

Figura 1. Radiografía de tórax	15
Figura 2. Ecografía	16
Figura 3. Tomografía contrastada frontal	17
Figura 4. Tomografía contrastada lateral	18
Figura 5. Imagen del eco doppler a color	19
Figura 6. Electrocardiograma	20
Figura 7. Fotografía macroscópica del quiste	20
Figura 8. Imagen de la tumoración de aspecto quístico	21
Figura 9. Imagen del quiste posterior a la extracción	22
Figura 10. Biopsia	23

RESUMEN:

Los quistes mesentéricos son tumoraciones de preferencia benignas poco frecuentes entre las que se encuentran los linfoangiomas. El tres por ciento llega a malignizarse. Estas lesiones pueden ocurrir a cualquier edad pero un tercio de ellos se presentan en edad pediátrica. Su presentación clínica es variable, pero generalmente el 50% de los casos se presenta con dolor abdominal agudo y el 40% de los casos como un hallazgo incidental. Presentamos el caso de un paciente de 3 años y 3 meses que ingresa al servicio de urgencias con cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada, deposiciones diarreicas en número de 3 cada 24 horas y signos de deshidratación moderada. A la exploración física se palpa abdomen globuloso y distendido, poco depresible, los exámenes de laboratorio indican anemia e hipoalbuminemia, los exámenes de imagen, la tomografía de contraste indica un quiste de mesenterio. El tratamiento fue la excéresis del quiste y el diagnóstico anatomopatológico fue de linfoangiomas quístico mesentérico. Se envía dieta hiperprotéica posterior a la operación con una molécula calórica de 1.400 kcal.

Palabras claves: linfoangiomas, quiste mesentérico

ABSTRACT:

Mesenteric cysts are benign tumors of preference rare among those found lymphangioma. Three percent reaches malignant these injuries can occur at any age but a third of them occur in childhood. Its clinical presentation is variable, but generally 50% of cases occur with acute abdominal pain and 40% of the cases as an incidental finding. We report the case of a patient of 3 years and 3 months admitted to the emergency department with clinical symptoms of 4 days of evolution characterized by rising thermal unquantified, diarrheal stools in number every 24 hours and 3 signs of moderate dehydration. Physical examination global shaped and distended abdomen, slightly depressible laboratory tests indicate anemia and hypoalbuminemia, examinations, palpate hire tomography indicates a cyst mesentery. The treatment was exeresis of the cyst and the pathological diagnosis was mesenteric cystic lymphangioma. High protein diet subsequent to the operation is sent with a caloric molecule 1,400 kcal.

Key Worlds: mesenteric cyst, lymphangioma

INTRODUCCIÓN:

El linfoangioma abdominal es una extraña tumoración benigna que se incluye entre los quistes mesentéricos. Son tumores de etiología desconocida. El tres por ciento puede malignizarse. El quiste mesentérico es una patología poco frecuente, varía de 1 por 20.000 a 250.000 ingresos hospitalarios, de ello un tercio pertenece a la edad pediátrica, su importancia ha sido menospreciada en múltiples ocasiones en la literatura médica. Su baja incidencia y la creencia errónea de que se trata de una enfermedad benigna y asintomática han contribuido a su escaso conocimiento. 1,2,3,4

En 1852 *Gairdne* reportó el primer caso de quiste mesentérico. La primera intervención quirúrgica se realizó en 1880, y se describió el primer caso en la literatura moderna en Italia en 1907, por el anatomista *Benevieni*, en la autopsia de una niña de 8 años. 5

Se pueden presentar con los siguientes síntomas: 1) sintomatología no específica (obstrucción intestinal, dolor abdominal crónico difuso, masa abdominal no dolorosa), 2) como hallazgo incidental, 3) como abdomen agudo. El 50% de los casos se presenta con dolor abdominal agudo y el 40% de los casos como un hallazgo incidental.

La cavidad peritoneal está recubierta por una capa de tejido conectivo y células epiteliales, juntas forman una capa visceral y parietal, que se refleja sobre sí misma dando lugar al mesenterio. Los mesenterios del tubo digestivo son serosas cubiertas por mesotelio con un centro de tejido conectivo que contiene un número variable de adipositos, además de vasos sanguíneos, nervios y vasos linfáticos 6. Este fija el yeyuno e íleon, junto a sus estructuras vasculares, neurales, linfáticas y tejido mesenquimáticos a la pared abdominal posterior. Su raíz se extiende por quince centímetros oblicuamente de izquierda a derecha, desde el ángulo duodenoyeyunal hasta la región

ileocecal. De esta manera, la cavidad abdominal queda dividida en distintos espacios virtuales 7

Debido a su relación con las estructuras descritas, en el mesenterio pueden surgir procesos neoplásicos, primarios o secundarios, quistes y otro tipo de lesiones

Las lesiones quísticas del epiplón y el mesenterio son trastornos relacionados, que podrían derivar ya sea de inclusiones peritoneales o degeneración de las estructuras linfáticas. Los quistes de epiplón son menos comunes que los mesentéricos y pueden presentarse como una masa asintomática en el abdomen o causar dolor, con o sin presencia de masa palpable o distensión abdominal. En la exploración física se descubre una masa intraabdominal que se mueve con libertad. La CT y la ecografía del abdomen muestran una lesión quística en masa, bien circunscrita que proviene del epiplón mayor. El tratamiento incluye resección de todos los quistes epiploicos sintomáticos. Es posible resecar con facilidad estas lesiones benignas con técnicas laparoscópicas. 8

Los tumores primarios de epiplón son raros. Las neoplasias benignas del epiplón incluyen lipomas, mixomas y tumores desmoides. Los tumores malignos primarios del epiplón se consideran tumores estromales derivados del mesoderma, en los que se han descrito algunas características histoquímicas relacionadas con los tumores estromales gastrointestinales, incluida la respuesta inmunitaria positiva *c-kit*. Son muy comunes los tumores metastásicos que afectan el epiplón, y el cáncer de ovario es el que lo afecta con más frecuencia. Los tumores malignos de estómago, intestino delgado, colon, páncreas, vías biliares, útero, y riñones pueden asimismo metastatizar el epiplón. 9

Los quistes epiploicos son uniloculares o multiloculares, contienen líquido seroso y obedecen, al parecer a la obstrucción congénita o adquirida de los conductos linfáticos del epiplón. Están revestidos de un endotelio linfático parecido al de los linfoangiomas quísticos. En general los quistes epiploicos se descubren en la infancia o en la primera fase de la vida adulta. Los quistes

pequeños son, casi siempre sintomáticos y se detectan durante una laparotomía motivada por otro problema, mientras que los quistes mayores se manifiestan, a veces, por una masa abdominal palpable. 9

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de sexo masculino de 3 años y 3 meses de edad con antecedentes familiares de hipertensión arterial. D. M. Ingresa al servicio de urgencias con fecha 14 de octubre del 2013 con cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada, deposiciones diarreicas en número de 3 cada 24 horas y signos de deshidratación moderada. A la exploración física: cabeza, cuello y tórax sin alteraciones, abdomen globuloso y distendido, poco depresible, doloroso a la palpación, ruidos hidroaereos ausentes, ombligo protruido. Perímetro abdominal inicial de 53.3 y final de 60 cm con referencia a la cicatriz umbilical y 61 cm en región subcostal. Se hace imposible realizar una buena evaluación nutricional del paciente ya que no se lo tallo ni se realizaron medidas antropométricas sin embargo de acuerdo al peso, 15 kilogramos, se lo ubica en el percentil 75 considerado como eutrófico o normopeso. Se realizaron exámenes complementarios, los exámenes de laboratorio mostraron hemograma cuyo reporte fue de neutrófilos elevados al 63%, linfocitos disminuidos al 27.8%, con claros signos de anemia eritrocitos $3.73 \times 10^6/\text{ul}$, hemoglobina 9.3 g/dl, hematocrito 27,5%, MCV 73,3 fl, MCH24,4pg, plaquetas elevada $598 \times 10^3/\text{ul}$, linfocitos atípicos $514 \times 10^3/\text{ul}$. Con valores bioquímicos alterados creatinina 2 mg/dl, albumina 3.1g/dl y globulina 3.8 g/dl. La proteína C reactiva se la encontró elevada 43 mg/L. Se realiza interconsulta con el médico nutricionista y se prescribe albumina al 20% intravenosa cada 12 horas por 4 días. Paciente inicia dieta líquida el 18 de octubre después de 4 días de estar en NPO.

El 17 de octubre se realiza interconsulta con nutrición se indica dieta hiperproteica, Prosoy 2 cucharadas diarias en leche o yogurt tras detectar hipoalbuminemia 3.1 g/dl, las proteínas totales con ligera desviación a la izquierda 6.9 g/dl y globulina de 3.8 g/dl

Paciente es atendido por el cardiólogo, los resultados radiológicos muestran cardiomegalia, al examen físico sin signos de bajo gasto, cuello sin ingurgitación yugular, rscs rítmicos, frecuencia cardiaca 98 l x segundos, CsPs ventilados, en extremidades superiores latidos presentes 4/4.

Se realiza intervención quirúrgica al paciente, la cirugía practicada fue laparotomía y exceresis de quiste, evisceración del quiste de epiplón menor (epiplón gastro- cólico), al separar el quiste se observó que consta de varios lóbulos adheridos al estómago y colon transverso, se realizó disección prolija del quiste ligando todas las adherencias, extracción completa de quiste, lavado y aspirado de la cavidad abdominal, los procedimientos fueron bien tolerados por el paciente .Se envía pieza a patológica

El 08 de noviembre el anatomopatologo remite los resultados de la biopsia de tumor de epiplón menor cuyos resultados son: microscopía: tumoración de aspecto quístico que mide 7 x 7 cm color pardo, semiduro, al corte se aprecian cavidades de hasta 2 cm con liquido lechoso, 3 cortes, se tiñe con HE; microscopia: los cortes muestran acúmulos de vasos linfáticos de luz agrandadas redondeados de tejido fibroso, hay edemas, vasos sanguíneos llenos de hematíes y un amplio infiltrado de linfocitos. El diagnostico final es tumor de epiplón menor: linfoangioma.

DISCUSIÓN:

La etiología de los linfoangiomas aún es motivo de discusión. Son parte de la clasificación de los quistes mesentéricos. Son considerados una displasia congénita del tejido linfático, cuyo origen sería un anormal desarrollo de los vasos linfáticos durante la vida fetal, produciendo un secuestro localizado de tejido linfático a este nivel. Sin embargo, existen algunas teorías que involucran a factores desencadenantes del anormal desarrollo linfático, tales como trauma, obstrucción linfática, procesos inflamatorios, cirugía y radioterapia. 10,11

Los linfoangiomas mesentéricos son extremadamente raros, siendo el motivo de hospitalización en 1:20.000 a 1:250.000 de las admisiones hospitalarias. Del total de linfangiomas, sólo un 5% se presentan bajo el diafragma, en un 63% de los casos involucrando el lado izquierdo del cuerpo. En el abdomen involucran principalmente el retroperitoneo, mesenterio y mesocolon, junto con algunos órganos sólidos (bazo e hígado). Dentro de su localización intraperitoneal, afectan mayormente al mesenterio del intestino delgado en un 70% de los casos, siendo la ubicación ileal la más frecuente con un 50 a 60% de los casos. La afectación del mesenterio puede ser focal o difusa 10, 12, 13,

Los linfoangiomas quísticos son más comunes en los niños, que los quistes simples de mesenterio y epiplón. En la génesis de un quiste se ven involucrados más de un mecanismo etiológico. Algunos se han visto como componente del síndrome de nevo celular basal. Se los ha encontrado ubicados desde el mesenterio duodenal hasta el rectal, observándose con más frecuencia en el mesenterio ileal.

Los quistes pueden presentarse de las siguientes tres formas: 1) sintomatología no específica (obstrucción intestinal, dolor abdominal crónico difuso, masa abdominal no dolorosa), 2) como hallazgo incidental y 3) como abdomen agudo. En el 50% de los casos se presenta como abdomen agudo y en el 40% de los casos se presenta como un hallazgo incidental que aparece

durante las exploraciones complementarias o cirugías realizadas por otros motivos.

Existen diversos sistemas para clasificar estos quistes, basados tanto en aspectos etiológicos como en patológicos. Beahrs y col., en 1950, propusieron una clasificación según su etiología, que clasifica estos quistes en embriológicos, traumáticos, degenerativos o infecciosos. La clasificación propuesta por Perrot, en 2000, es más exacta y clara, porque es una clasificación desde los puntos de vista histopatológico. 15

Tabla 1 Clasificación de los quistes mesentéricos

Origen	Subtipo
1. Linfático	Quiste linfático simple Linfangioma
2. Mesotelial	Quiste mesotelial simple Mesotelioma quístico benigno/maligno
3. Entérico	Quiste de duplicación entérica Quiste entérico
4. Urogenital	
5. Teratoma quístico maduro	(Quiste dermoide)
6. Pseudoquistes no pancreáticos	Origen infeccioso Origen traumático

Clasificación quistes mesentéricos según De Perrot¹⁶.

Los quistes mesentéricos son lisos y redondos, tienen una pared delgada y contienen un líquido seroso similar al plasma, o un líquido lechoso, especialmente si se encuentran cerca al yeyuno, como es el caso del paciente. La mayoría de los quistes tienen su génesis en los vasos linfáticos y son parte de la línea celular endotelial.

Independiente del tipo de quiste el tratamiento debe ser la exceresis quirúrgica del quiste, incluso en los casos asintomáticos ya que la posibilidad de que crezca el tumor como en el caso del paciente que inicia con un perímetro abdominal de 53 y termina en 60 cm es elevada así como de complicaciones graves.

La mortalidad va de 0 a 8% cuando se realiza enucleación del quiste y del 13 al 15% cuando se realiza resección intestinal.

El seguimiento de estos pacientes se realiza con ultrasonido seriado cada 6 meses para poder detectar recurrencias. Se ha comprobado que cuando la exceresis quirúrgica es completa el pronóstico de los quistes es bueno y las recidivas muy poco frecuentes, por lo que se puede considerar un tratamiento curativo.

CONCLUSIÓN:

Los linfoangiomas son quistes mesentéricos extremadamente raros y pocos frecuentes, su incidencia es de 1 por cada 20.000 o cada 250.000 ingresos hospitalarios. Ocurren a cualquier edad pero son más comunes en los niños de edad pediátrica con un ligero predominio en el sexo femenino.

Su etiología es desconocida aunque una de las teorías más aceptadas es la del origen embrionario, asociada con anomalías en el desarrollo de los vasos linfáticos y apoyada por su elevada incidencia en la infancia: más del 65% están presentes en el nacimiento y un 60% se diagnostican antes de los 5 años. Como en el caso de nuestro paciente que tiene 3 años de edad. Otras posibles etiologías incluyen el sangrado o inflamación de canales linfáticos que producen obstrucción y posterior formación del linfoangiomas, aunque esta teoría no es aceptada por algunos autores.¹⁸

Los linfoangiomas quísticos son más comunes en los niños y se presentan como una masa abdominal palpable. Pueden llegar a afectar estructuras como el peritoneo, mesenterio, mesocolon y órganos sólidos como bazo e hígado. La afectación del mesenterio puede ser focal o difusa.

La presentación clínica es variable: no existe un patrón clínico constante, los síntomas dependen de la presencia de la masa quística abdominal, de su localización, ubicación y, secundariamente, de las complicaciones que pueda provocar. Pueden ser asintomáticos durante años y la forma más frecuente de presentación es la de una masa blanda y palpable en abdomen, siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal y también las náuseas y/o vómitos. En niños es más común que puedan aparecer síntomas agudos debido a complicaciones. Se han descrito casos de oclusión intestinal, peritonitis, infección, sangrado intraquístico, vólvulo intestinal o pueden confundirse con cuadros de apendicitis aguda o torsión de quiste anexial^{18, 19}.

El diagnóstico de sospecha se realiza por ultrasonografía y la tomografía de contraste da el diagnóstico definitivo. La biopsia guiada preoperatoria no es útil debido a la dificultad de obtención de una muestra por la localización del tumor y a la posible diseminación tras la punción de la masa¹⁸

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pérez G, Torres L, Ruiz O. Quiste mesentérico: descripción de un caso. *Cirujano General* [revista en internet] 2001 [citado 2016 ene 15]; 23(2):109-111. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-cirgen/e-cg2001/e-cg01-2/er-cg012g.htm>
2. Martínez R, Rodríguez C, Escrig J, Pellicer V, Miralles J, Salvador J. Quiste mesentérico: experiencia en 4 casos. *Rev Cubana Cir.* [revista en la Internet] 2005 dic. [citado 2016 ene 15]; 44(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400006&lng=es
3. Iglesias G, Flores A, Fernández E. Quiste de mesenterio gigante: reporte de un caso en el Hospital Provincial Estatal de Bengo, República Popular de Angola. *Rev Ciencias Médicas.* [revista en la Internet] 2010 Sep. [citado 2016 ene 15]; 14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942010000300010&script=sci_arttext
4. *Ana María Caballero Arévalo, Roberto Carlos Ríos García, David Carlos Ramírez López.* Quiste mesentérico como causa de abdomen agudo. *Gaceta Médica Boliviana.* [revista en la Internet] 2007. [citado 2016 ene 15]; 30(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662007000100012
5. J López , M Durán , A Bustos , S González , B Vargas, V González , A Vivanco. Quiste gigante retroperitoneal. Informe de 3 casos. *Revista Médica del Hospital general de México.* [revista en la Internet] 2014 Sept. [citado 2016 ene 15]; 77(03). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-quiste-gigante-retroperitoneal-informe-3-90358582>
6. A Ham, H D Cormarck. *Histología de Ham.* 9na ed. México: Editorial Mexicana; 2003

7. F Riquelme, L Vega , A O'Brien S. masas Mesentéricas: evaluación por tomografía computada. Revista chilena de radiología. [revista en la Internet] 2009. [citado 2016 ene 15]; 15(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-93082009000500003&script=sci_arttext
8. Schwartz. 9na edición. México: Mc Graw Hill; 2011
9. Townsendm C, R. Beauchamp, Evers M, Mattox K. Sabiston Tratado de cirugía. 18a edición. Barcelona: Elsevier; 2009
10. León F, Pérez G, Méndez G, Bolados C. Linfangiomatosis mesentérica como causa de abdomen agudo en la tercera edad. Revista chilena de cirugía. [revista en la Internet] 2012 agt. [citado 2016 ene 15]; 64(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000400009
11. Gontijo D, Nunes N, Rabelo N, Aratake S. Mesenteric cyst: abdominal lymphangioma. ABC Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. [revista en la Internet] 2014 jun. [citado 2016 ene 15]; 27(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202014000200160
12. Hwan s, Park S, Choi H. Cavernous mesenteric lymphangiomatosis mimicking metastasis in a patient with rectal cancer: A case report. World J Gastroenterol. [revista en la Internet] 2009 Agt. [citado 2016 ene 15]; 15(31). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2731261/>
13. Morales E, González N, Cubero M, Trelles L. Quiste mesentérico en el recién nacido. Revista cubana de pediatría. [revista en la Internet] 2009 Sept. [citado 2016 ene 15]; 81(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312009000300010&script=sci_arttext&lng=pt
14. De la Parra M, Ibarra J, Delgado M, Gaona, Arzoz R, López H. Quiste gigante de epiplón: informe de un caso en sujeto pre-escolar. Cirujano General. [revista en la Internet] 2004 Mar. [citado 2016 ene 15]; 26(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2004/cg041i.pdf>
15. Mendoza G, Garaycochea O. Diagnostico insidental de un quiste mesentérico. Rev Soc Peru Med interna. [revista en la Internet] 2012

Sept. [citado 2016 ene 15]; 25(4). Disponible en: <http://www.medicinainterna.org.pe/pdf/parte7.pdf>

16. De Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? Dig Surg. 2000;17(4):323---8
17. Pérez G, Torres L, Ruiz O. Quiste mesentérico: Descripción de un caso. Cirujano General. [revista en la Internet] 2001. [citado 2016 ene 15]; 23(2). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=9616>
18. S Olivera, B De Escalante, A Morandeira, P Val-Carreres, M Castillo, T Castiella. Vólvulo yeyunal incompleto por linfangioma quístico mesentérico. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. [revista en la Internet] 2010 Dic. [citado 2016 ene 15]; 33(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000400010
19. H Facundo, C Rodríguez. Neoplasia mucinosa quística del mesenterio. Revista Colombiana de Cancerología. . [revista en la Internet] 2014 Oct. [citado 2016 ene 15]; 19 (4). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v18n4/v18n4a07.pdf>
20. I Palma, A Farran, D Cantos. Tabla de composición de alimentos por medidas caseras de consumo habitual en España. 1era ed. Barcelona. Mc Graw-Hill. 20

ANEXOS:

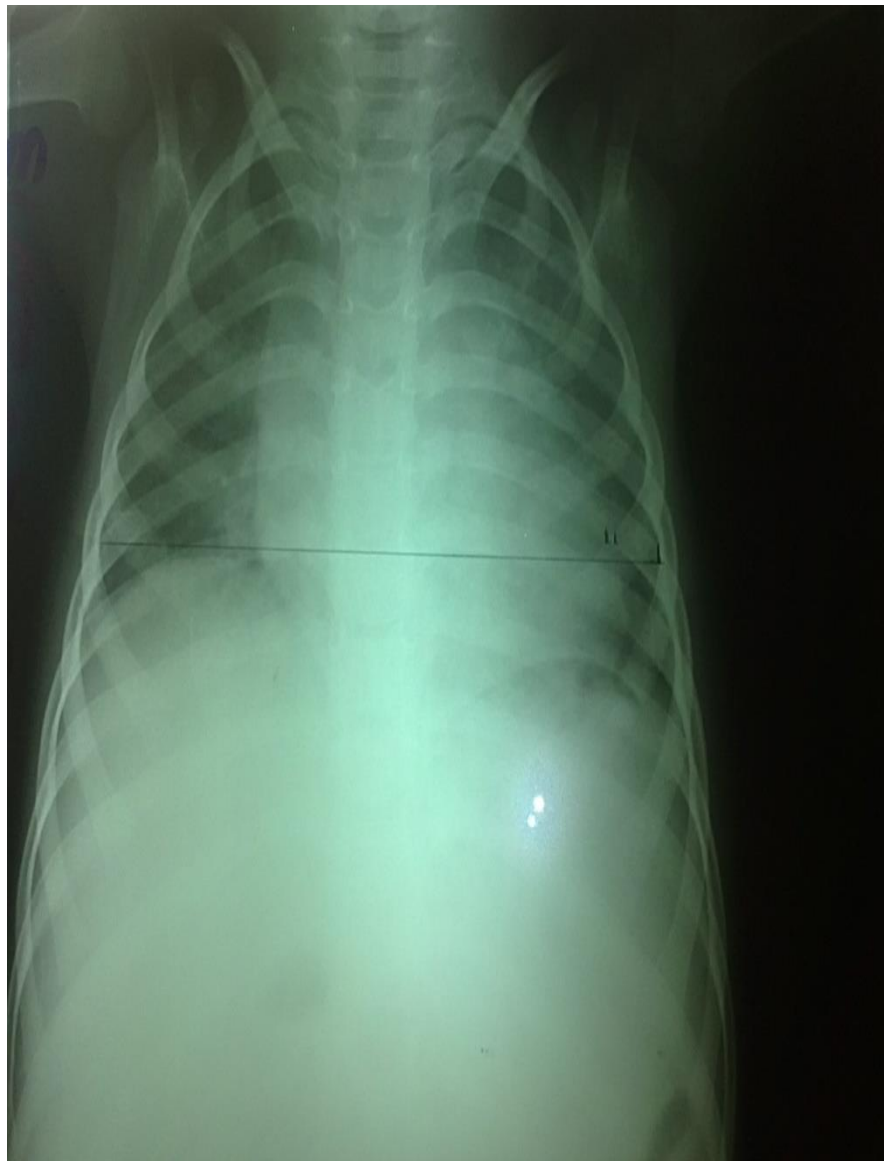


Figura 1. Imágenes de radiografía de tórax que reporta agrandamiento de la silueta cardíaca, trama pulmonar bilateral acentuada, tráquea desviada hacia la izquierda, opacifidad del abdomen.

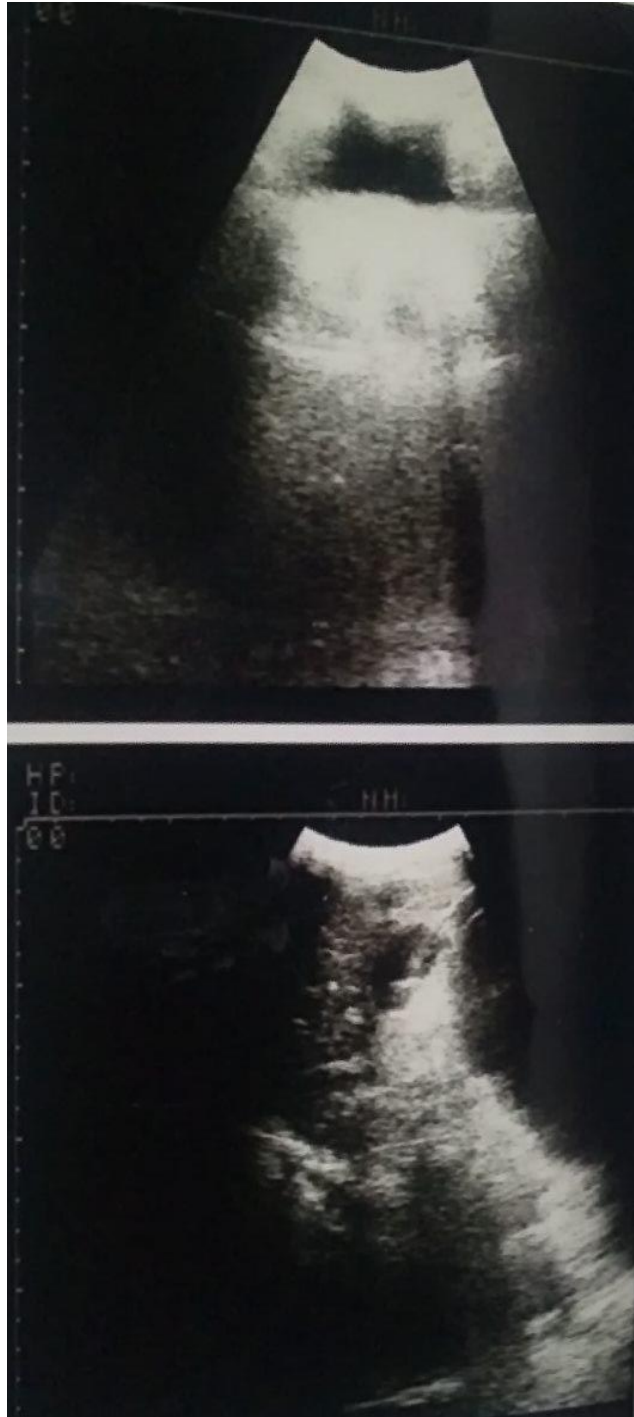


Figura 2. Imágenes de la ecografía donde se observa hipoecogenicidad tabicada en hipocondrio y flanco derechos que desplazan estructuras vecinas, abundantes gases en intestino, asas intestinales apelotonadas y edema; pancreas, hígado, vesícula y riñones normales; vías biliares no dilatadas.

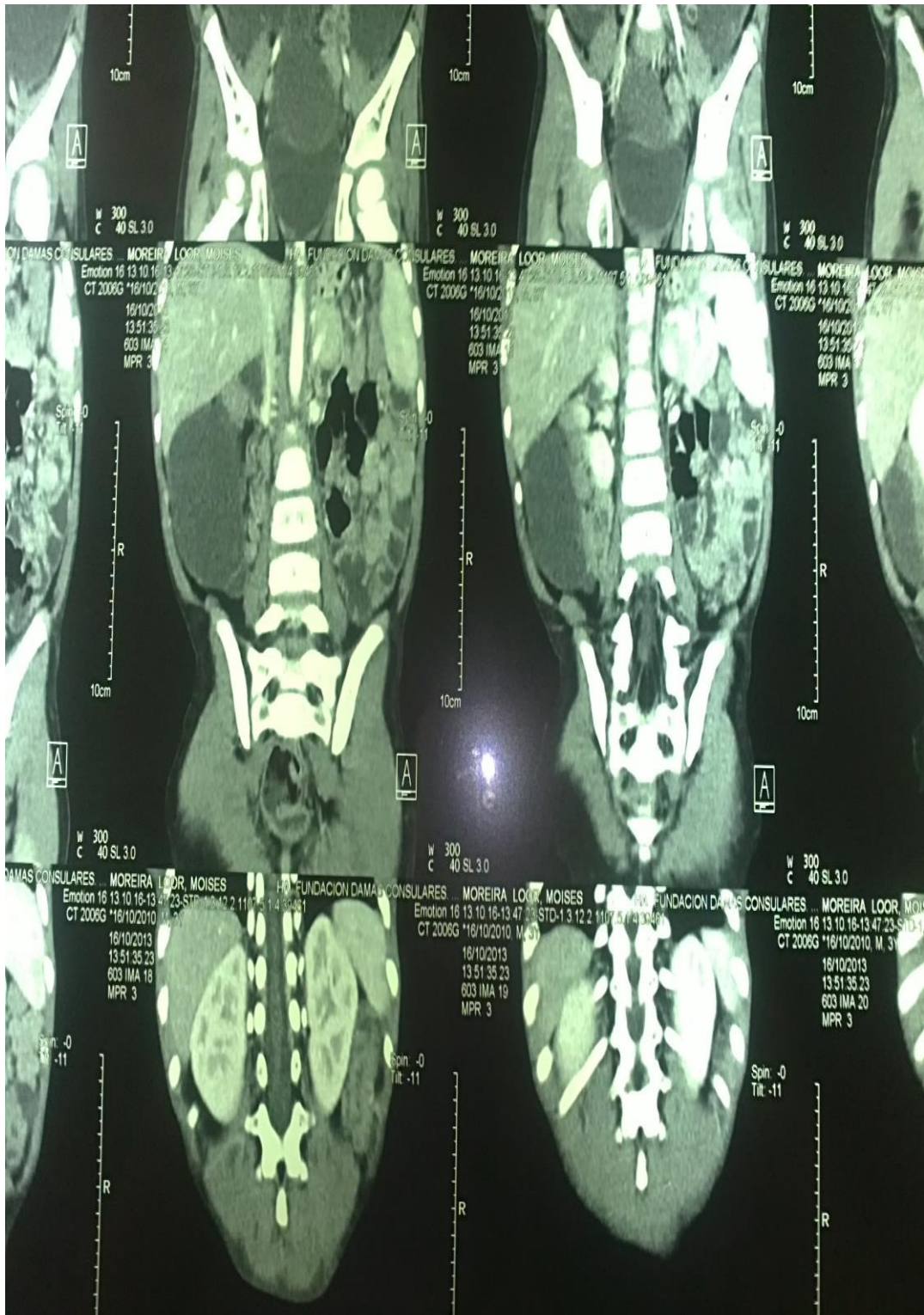


Figura 3. Tomografía contrastada con imagen hipodensa tabicada en cavidad abdominal que desplaza al intestino y está en relación a quiste mesentérico

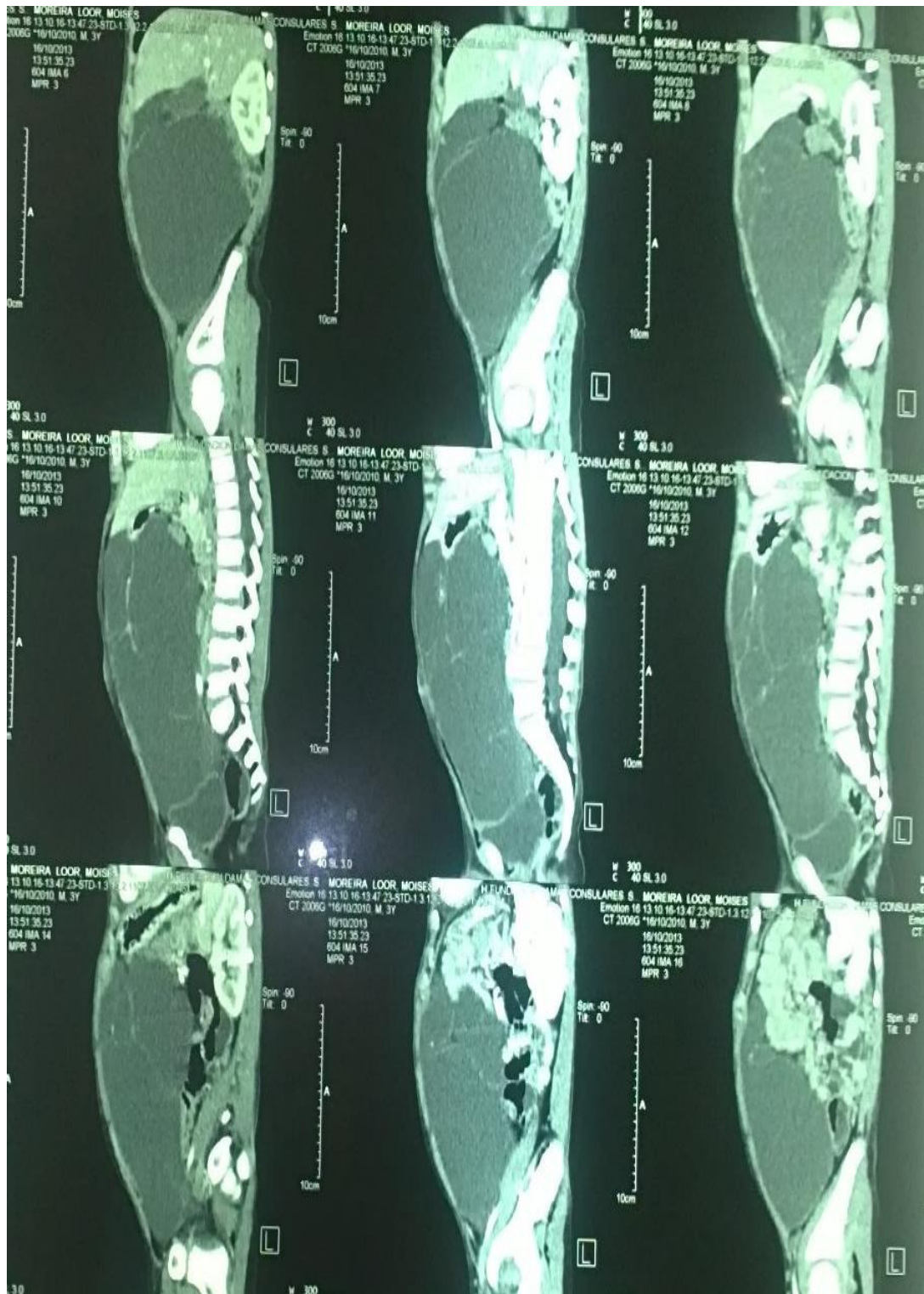


Figura 4. Tomografía contrastada que presenta abdomen globuloso con perímetro abdominal de 60 cm de diámetro.



Figura 5. Eco doppler color determina concordancia auricular, V-Art, correcto drenaje de venas pulmonares y arco aórtico a la izquierda, septum inter auricular e inter ventricular íntegros, cavidades izquierdas dimensión adecuadas. VI (Dd 2,8cm) AI (1,9 cm) con relación a la contractilidad miocárdica preservada.

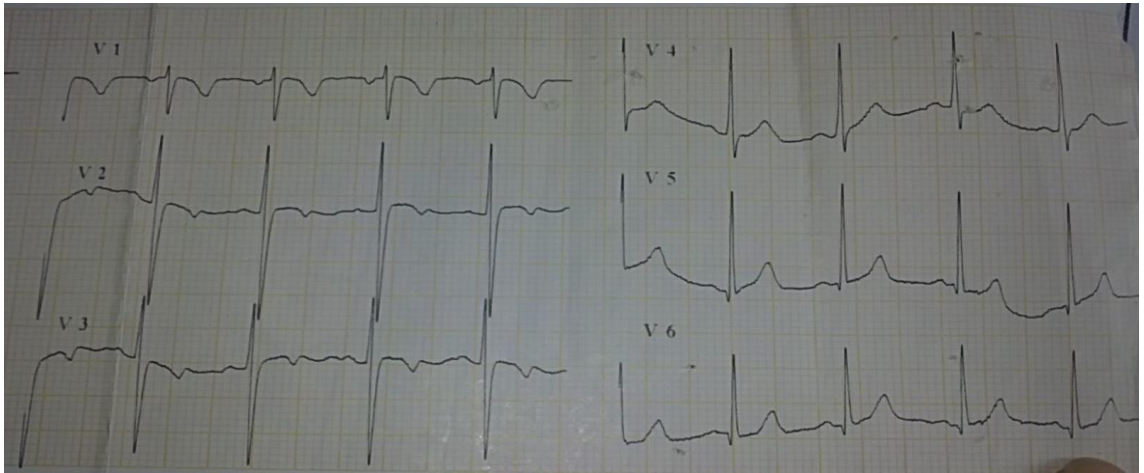


Figura 6. Electrocardiograma Eje + 5°, entre límites normales para la edad.

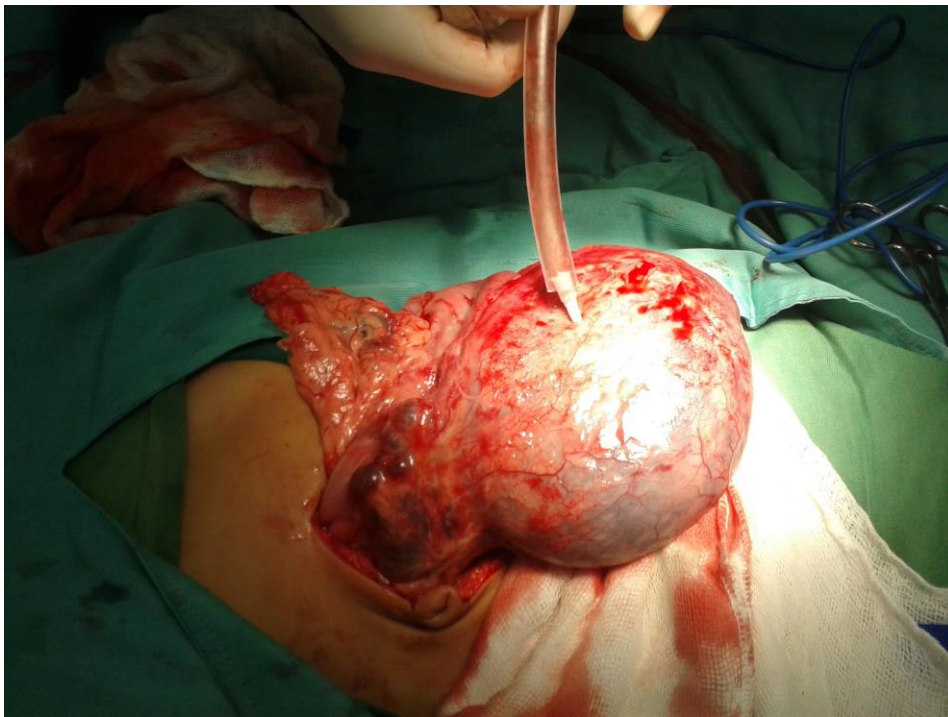


Figura 7. Fotografía macroscópica del quiste durante la operación.

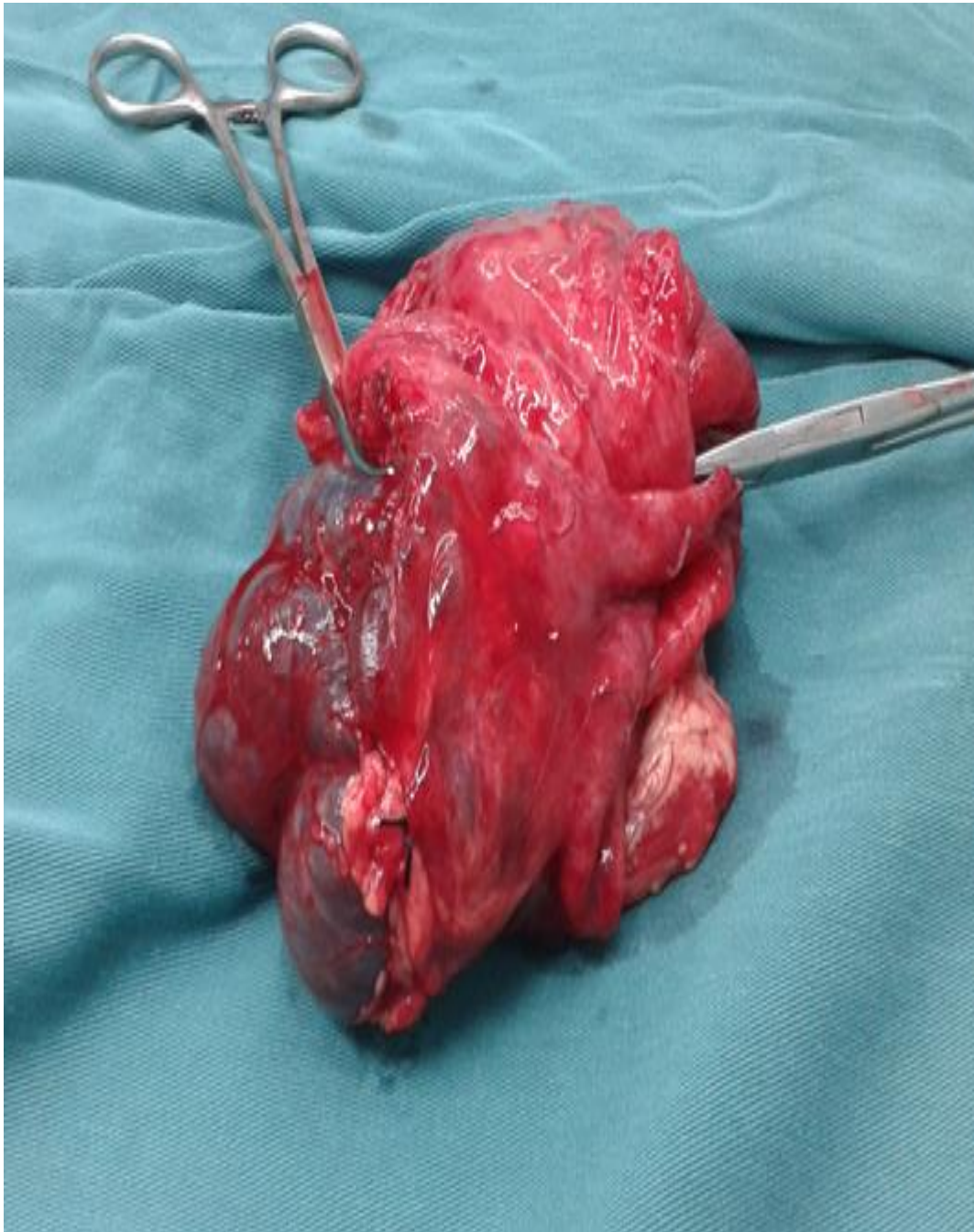


Figura 8. Imagen de la tumoración de aspecto quístico que mide 7 cm x 7 cm color pardo gris, semiduro.



Figura 9. Imagen del quiste posterior a la extracción de 1.000 cc de líquido lechoso.



Figura 10. Biopsia, al corte muestra cavidades de hasta 2 cm con liquido lechoso, 3 cortes, se tiñen con HE, además se pueden observar acúmulos de vasos linfáticos de la luz agrandadas rodeados de tejido fibroso, hay edemas y vasos sanguíneos llenos de hematíes y un amplio infiltrado de linfocitos, edema.

EXAMENES	14/10	15/10	17/10	20/10	21/10	24/10	04/11	07/11	
leucocitos	7.47	6.05	6.97	6.3		7.4	17.6	6.500	X 10 ³ /UL
neutrófilos	61.3 4.58	65.7 3.98	66.5 4.63	49 8.77		64.1	87.8	51.3	% X 10 ³
linfocitos	27.8 2.08	21.8 1.32	20.5 1.43	37 4.1		31.5	10.1	32.6	
monocitos	9.1 0.68	10.6 0.64	11.6 0.81	10 0.74		4.4	2.1	16.1	
eritrocitos	3.75	3.74	3.88	3.79		3.67	3.80	3.470	x10 ⁶
hemoglobina	9.3	9.4	9.5	10.8		10.3	9.2	8.4	g/dl
Hto	27.5	27.5	28.3	32.4		32.5	30.5	27.8	%
plaquetas	514	598	522	598			500	480	X 10 ³
cloro	99.5	99.0							Meq/l
potasio	4.6	4.7	4.7						
sodio	138.1	135.2							
PCR	43							12VSG50	Mg/dl
reticulocitos			0.9%						
creatinina			0.2						Mg/dl
urea			11.8						Mg/dl
Proteínas T.			6.9	8.0	8.2	8.6			G/dl
Albumina			3.1	4.3	4.6	4.7			
Globulina			3.8	3.7	3.6	3.9			
GPT			28						U/L
GOT			30						

Tabla 2. Exámenes de laboratorio.

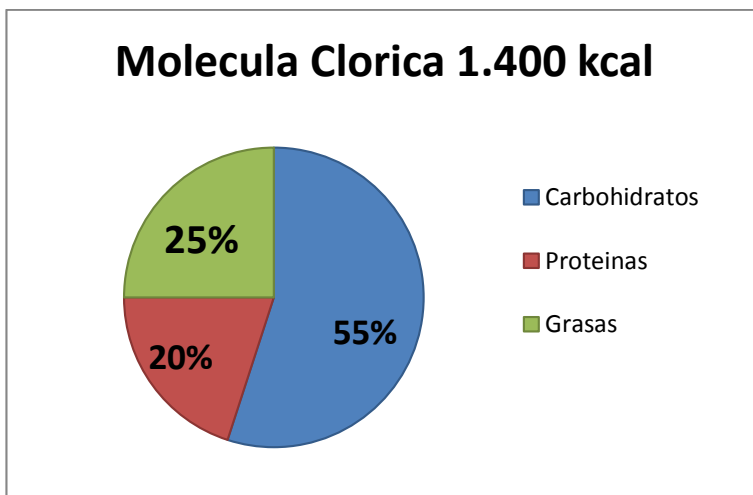


Figura 11. Molécula calórica de acuerdo al Gasto Energético Estimado del paciente.

ALIMENTOS RICOS EN HIERRO	
ALIMENTO	MG/100 GR
Almeja cruda	14.0
Cereales para el desayuno	9.3
Harina de soja	9.0
Semillas de sésamo (ajonjolí)	9.0
Germen de trigo	7.6
Mejillón hervido	7.4
Corazón de vaca	7.3
Pistacho tostado	7.0
Melocotón seco	6.8
Ostra cruda	6.0
Hígado de vaca, cordero y pollo	5,0
lenteja	3,3
Soja seca cocida	3.0
Sardina en lata	3,0
Filete de vaca	3,0
Garbanzo	2,8
Espinaca	2,7

Tabla 3. Alimentos ricos en hierro.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Landeta Cedeño Tatiana Katherine, con C.C: # 1305755900 autor/a del trabajo de titulación: Linfomangiomatosis quística abdominal en niño, descripción de un caso, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 29 de febrero de 2016

f. _____

Nombre: Landeta Cedeño Tatiana Katherine

C.C: 1305755900



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
<i>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</i>			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	<i>Linfoangiomas quístico abdominal en niño, descripción de un caso</i>		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	<i>Landeta Cedeño Tatiana Katherine</i>		
REVISOR(ES)/ TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	<i>Dr. Ludwig Álvarez</i>		
INSTITUCIÓN:	<i>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil</i>		
FACULTAD:	<i>Facultad de Medicina</i>		
CARRERA:	<i>Nutrición, Dietética y Estética</i>		
TÍTULO OBTENIDO:	<i>Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética</i>		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	<i>29 de febrero del 2016</i>	No. DE PÁGINAS:	<i>39</i>
ÁREAS TEMÁTICAS:	<i>Sistemas de Información, Desarrollo de Sistemas</i>		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	<i>Palabras claves: linfoangiomas, quiste mesentérico</i>		



Los quistes mesentéricos son tumoraciones de preferencia benignas poco frecuentes entre las que se encuentran los linfoangiomas. El tres por ciento llega a malignizarse. Estas lesiones pueden ocurrir a cualquier edad pero un tercio de ellos se presentan en edad pediátrica. Su presentación clínica es variable, pero generalmente el 50% de los casos se presenta con dolor abdominal agudo y el 40% de los casos como un hallazgo incidental. Presentamos el caso de un paciente de 3 años y 3 meses que ingresa al servicio de urgencias con cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada, deposiciones diarreicas en número de 3 cada 24 horas y signos de deshidratación moderada. A la exploración física se palpa abdomen globuloso y distendido, poco depresible, los exámenes de laboratorio indican anemia e hipoalbuminemia, los exámenes, la tomografía de contraste indica un quiste de mesenterio. El tratamiento fue la excéresis del quiste y el diagnóstico anatomopatológico fue de linfoangiomas quístico mesentérico. Se envía dieta hiperprotéica posterior a la operación con una molécula calórica de 1.400 kcal.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2001499 / 0991775229	E-mail: tatianalandetta@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Ludwig Álvarez	
	Teléfono: +593-4-2206951 / 0999963278	
	E-mail: ludwig.alvarez@cu.ucsg.edu.ec / drludwigalvarez@gmail.com	