

Reporte de Caso

Hemangioma Cavernoso del Mesocolon Transverso. Reporte de un Caso Clínico Radiológico

Cavernous Hemangioma of the Transverse Mesocolon. A Clinical Radiological Case Report.

Estigarribia Mallada R^{*}, Peralta Ocampos A, Alonso Gutiérrez R

Cátedra y Servicio de Medicina en Imágenes del Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

RESUMEN

El hemangioma, descrito por vez primera en 1829, es una malformación vascular congénita benigna que raramente afecta al intestino grueso, y cuando lo hace, asienta por lo general en el rectosigmoides y el canal anal, pudiendo causar hemorragia digestiva baja, que se presenta como un sangrado rectal indoloro. Según Head et al. hasta 1973 únicamente han sido descritos en la literatura mundial 50 casos de hemangiomas confinados al colon. No se ha descrito ningún caso de afectación del mesocolon en nuestro medio. La ocurrencia del primer caso de hemangioma del mesocolon en nuestro medio y la nula estadística e información sobre esta patología nos ha motivado a dejar constancia de tal hecho y aprovechar la ocasión para efectuar una revisión sobre el tema de la literatura asequible.

Se presenta el caso de una mujer de 20 años, con tumoración a nivel de mesocolon transverso, tratada quirúrgicamente. El estudio histopatológico reveló un Hemangioma Cavernoso. Se analizan los aspectos más relevantes de este tipo de tumor, con énfasis en el diagnóstico por imágenes.

Palabras clave: Hemangioma Cavernoso; Mesocolon Transverso; Diagnóstico por imágenes.

ABSTRACT

The hemangioma was first described in 1892. It is a benign congenital vascular malformation that rarely affects the large intestine and when it does, it usually settles in the rectosigmoid and anal canal. It may cause lower GI bleeding which is presented as a painless rectal bleeding. According to Head et al, until 1973, only 50 cases of hemangioma confined to the colon had been described in the literature. No case of mesocolon compromise has been reported in our environment. The occurrence of the first case of hemangioma of the mesocolon in our environment and the lack of statistics and information about this disease has prompted us to inform about this fact and take the opportunity to review on the subject with the available information.

Here is a case of a 20 year old woman with a tumor at the level of the transverse mesocolon, treated surgically. The histopathological examination revealed a cavernous hemangioma. The most important aspects of this type of tumor is discussed with emphasis on imaging.

Key words: Cavernous hemangioma; Transverse mesocolon; Diagnostic Imaging.

^{*}*Autor correspondiente:* **Dra. Rafaela Estigarribia Mallada.** Cátedra de Medicina en Imágenes. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. E-mail: maestig@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Aunque las malformaciones vasculares han sido encontradas virtualmente en toda estructura humana, los hemangiomas del colon son poco comunes. Desde 1829 Phillips (1) describió lo que se considera el primer caso de hemangioma colónico en un sirviente que tuvo tres severas hemorragias procedentes de un tumor rectal del tamaño de una nuez. Más de un siglo después, Hunt (2) en 1941 solamente encontró 20 casos adicionales a los 15 hemangiomas cavernosos del ano, recto o sigmoides informados en 1932 por Bensaude. En 1949, Gentry et al. (3) revisaron 1.400.000 historiales y 10.000 autopsias de la Clínica Mayo, encontrando 94 tumores vasculares del tracto gastrointestinal, de los cuales solo 31 estaban ubicados en el colon. Según Head et al. (4) hasta 1973 únicamente han sido descritos en la literatura mundial 50 casos de hemangiomas confinados al colon. El hemangioma cavernoso está constituido por vasos grandes, de paredes delgadas, cuyo estroma de soporte tiene poco tejido conectivo y muy escaso tejido muscular; existen dos tipos, uno difuso y otro localizado, pudiendo este último ser o no polipoideo.

Head et al. (4) clasifican los hemangiomas benignos en tres categorías, a saber: I. Capilar (simple, generalmente único) II. Mixto III. Cavernoso. Aured y Spencer (5) clasifican los hemangiomas del colon en dos categorías: hemangioma capilar y hemangioma cavernoso, que es una clasificación similar a la propuesta por Obendorfer y popularizada por Kaiser en 1936.

La radiología puede ser de utilidad por medio de un enema baritado. Nos demostrará un defecto de relleno en determinado sitio pero infrecuentemente dará un diagnóstico etiológico. Hellstrom et al. enfatizan que la constatación de flebolitos en sitios diferentes a los de los plexos venosos pélvicos deben hacer nacer la sospecha de hemangiomas y que en niños tienen mayor significado que en adultos. Aseguran que la presencia de flebolitos en asociación con un defecto de relleno intraluminal submucoso

debe considerarse como casi diagnóstico (6).

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica. Los otros medios terapéuticos no son aceptables en la actualidad (substancias esclerosantes, congelamiento, radioterapia de alto voltage y aplicación local de radium) (7).

El objetivo de este trabajo es presentar y resaltar la rareza del caso, desde el punto de vista imagenológico, cotejando con la revisión bibliográfica.

CASO CLINICO

Paciente sexo femenino, de 20 años de edad. No presenta antecedentes de patologías de base ni cirugías anteriores. Consulta por cuadro de 3 meses de evolución de dolor tipo cólico en epigastrio que irradia a hipocondrio derecho, se acompaña de nauseas sin vómitos. Niega ictericia, coluria y acolia. Al examen físico se constata abdomen doloroso en hipocondrio derecho, sin defensa ni irritación peritoneal, resto del examen físico sin particularidades. Signos vitales y laboratorio normales. Se realiza estudio ecográfico que informa formación quística multitabuada entre el borde inferior del hígado y el riñón derecho, redondeada, bien delimitada, anecoica, que mide 120 por 90 mm de diámetro longitudinal y transversal respectivamente, con múltiples tabiques distribuidos sobre todo en su porción superior (figura 1), y ecos puntiformes móviles en su interior; se evidencia áreas hipoecogénicas gruesas adheridas a la pared que podría corresponder a coágulos (figura 2).

Se realiza Tomografía Axial Computarizada de Abdomen con contraste oral y endovenoso, que informa: lesión quística tabuada con contenido líquido de diferente densidad ,con nivel líquido-líquido ,la misma mide 106 por 102 mm, bien delimitada, realiza la periferia en la fase contrastada, por el tamaño desplaza la vena cava inferior a la altura del tronco celiaco hacia la izquierda y está en íntimo contacto con la primera y segunda porción duodenal, no se ve ascitis ,adenomegalias ni cambios patológicos en hígado, páncreas , bazo y riñones (figura 3). El tratamiento fue quirúrgico, la operación realizada fue laparotomía exploradora, en donde se realizó la resección tumoral. Diagnóstico por anatomía patológica fue: Hemangioma cavernoso del mesocolon transverso (figura 4).



Figura 1. Imagen ecográfica quística multitabicada.

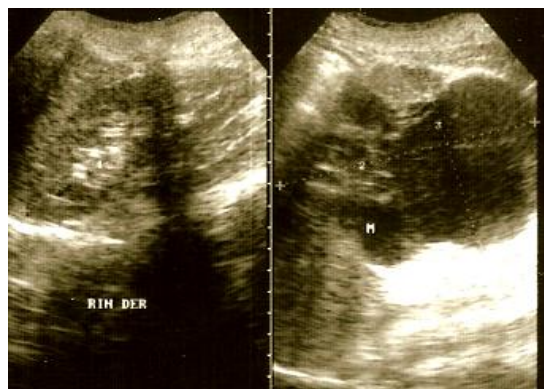


Figura 2. Áreas hipo-ecogénicas gruesas adheridas a la pared.



Figura 3. Corte tomográfico axial

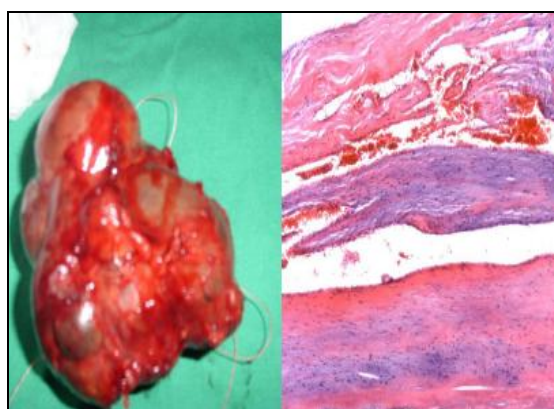


Figura 4. Imagen macro y microscópica.

DISCUSIÓN

Los hemangiomas son malformaciones vasculares poco frecuentes que cuando asientan en el colon, cursan con rectorragias como sintomatología principal, en general auto-limitadas (8). Otros síntomas vienen derivados de la posible compresión o invasión de estructuras adyacentes, como dolor abdominal (como se presento en nuestro caso) o perianal, metrorragias, hematuria, etc. Las lesiones de gran tamaño pueden acompañarse de trastornos de la coagulación como resultado del consumo de los mismos, así como de la destrucción de plaquetas, secundaria a fenómenos de coagulación intravascular ocurridos en el interior de la lesión (9).

La colonoscopia es sin duda la técnica diagnóstica de elección, la cual permite determinar la localización, morfología y extensión total de la lesión, siendo la imagen característica la de una lesión mamelonada, nodular, de coloración rojo-violácea, con gran congestión vascular (10). En nuestro caso no sería muy útil, pues el tumor compromete el mesocolon. De acuerdo con la opinión de la mayoría de los autores, no es aconsejable la toma de biopsias durante la colonoscopia, dado que las técnicas de imagen son suficientes para llegar a un diagnóstico correcto, y que el riesgo de sangrado al manipular esta lesión no es nada despreciable (10).

La TAC, y sobre todo, la RMN dada su alta precisión para delimitar la lesión y su relación con las estructuras adyacentes, son las técnicas complementarias de elección en esta patología (11). En este sentido, la resonancia magnética es, hoy en día, casi obligada antes de decidir cualquier acción quirúrgica (11).

Otras técnicas radiológicas como los estudios baritados (enema opaco, tránsito intestinal) pueden servir de complemento, aunque no proporcionan por lo general más información. La arteriografía selectiva puede detectar estas lesiones, aunque rara vez es imprescindible para el diagnóstico. Además, en la mayoría de los pacientes será normal dada la existencia de trombosis en espacios vasculares dilatados en el interior del hemangioma. Recientemente se ha sugerido la posibilidad de que los estudios de isótopos, concretamente la gammagrafía con Tecnecio-99, tenga un papel en el estudio de extensión de estas lesiones a nivel del tracto gastrointestinal. Una vez establecido el diagnóstico, debe recomendarse la extirpación de la lesión (12).

La primera prueba de imagen que debe realizarse es la ecografía abdominal, ya que muestra una masa quística unilobulada o multilobulada, con o sin tabiques y contenido líquido, como ocurrió en nuestro paciente. La TAC posterior demostrará la presencia del tumor quístico y determinará, con mayor precisión, su origen y localización, lo cual confirmará la independencia o no del quiste con respecto a órganos digestivos o genitales cercanos (13).

Como diagnóstico diferencial del hemangioma cavernoso quístico multilobulado podemos considerar el quiste del mesenterio, el linfangioma quístico, el mesotelioma multiquístico y las neoplasias del tracto gastrointestinal. Otros diagnósticos diferenciales de estas lesiones, tanto por pruebas de imagen como durante el acto quirúrgico son quistes ováricos, quistes del uraco, riñones multiquísticos, pseudoquistes del páncreas, quistes esplénicos, etc., así como aneurismas de aorta, tumores carcinoides, mesenteritis esclerosante, metástasis mesentéricas de otros tumores o ascitis (14).

De esta forma, se analizan las características imagenológicas de la tumoración, se revisan los medios auxiliares de diagnóstico y se reporta el primer informe de hemangioma cavernoso del mesocolon transverso ocurrido en nuestro servicio y no hallando, además, ningún reporte similar en la literatura, se comprueba por consiguiente, que mundialmente es una lesión muy rara.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harry I. Schenk. Diffuse Cavernous Haemangioma of the Rectum and Rectosigmoid. Calif Med 1957;87(2):111-113.
2. Martin f, Mamel j, Brady P. A case of a giant colonic hemangioma presenting as iron deficiency anemia. Gastrointest Endosc 2007; 65:1079-1080
3. Gentry, R.W., Dockerty, M.B. yClagett, O.T.: Vascular malformations and vascular tumors of the gastrointestinal tract. Int. Abstr. Surg. 1949; 88:281
4. Head, H.D., Baker, J.Q. y Muir, R.W.: Hemangioma of the Colon. The Amer. Journ. ofSurg. 1973;126:619 .
5. Allred Jr., H.W. y Spencer, R.J.: Hemangiomas of the Colon, Rectum, and Anus. Mayo Clin. Proc. 1974;49:739
6. Hellstrom, J., Hultborn K.F. y Engstedt, L.: Diffuse Cavernous haemangiomas of the rectum. Acta Chir.Scand 1955;109:277.
7. Pradhan, D.J.: Gastrointestinal Hemangiomas. Arch Surg. 1972;104:704.
8. Lyon DT, Mantia AG. Large bowel hemangiomas. Dis Colon Rectum 1984; 27: 404-14.
9. Dachman AH, Ros PR, Shekitka KM, Buck JL, Olmsted WW, Hinton CB. Colorrectal hemangioma: radiologic findings. Radiology 1988; 167: 31-4.
10. Tanaka N, Onda M, Furukawa K, Kumazaki T. Diffuse Cavernous Haemangioma of the Rectum. Eur J Surgery 1999; 165: 280-3.
11. Bell GA, McKenzie AD, Emmons H. Diffuse cavernous hemangioma of the rectum: report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 1972; 15: 377-82.
12. Malone PS, Kiely EM, Spitz L. Diffuse cavernous haemangioma of the rectum in childhood. Br J Surgery 1990; 77: 338-9.
13. Sheth S, Horton KM, Garland MR, Fishman EK. Mesenteric neoplasms: CT appearances of primary and secondary tumours and differential diagnosis. RadioGraphics. 2003;23:457-73.
14. Simeone DM, Prankoff T. Mesenteric cyst. NEJM. 1999;341(9):659.