

## TUMORES BENIGNOS EN LA PRIMERA INFANCIA COMO CAUSA INFRECUENTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE "SAN MIGUEL DEL PADRON"

*Dr. Avelino Mendibur Morodo,\* Dra. Bárbara Caballero Belasquida,\*\* Dr. Javier Rodríguez Cárdenas\*\*\* y Dr. Angel Elizechea Hernández\*\*\*\**

### RESUMEN

Se reportan 2 casos de oclusión intestinal en la primera infancia, determinada por tumores benignos. Uno de los pacientes presentó un linfangioma de intestino delgado (ileon), de gran tamaño. El otro niño mostró una fibromatosis congénita intestinal "localizada" al nivel del ileon terminal. Se destaca la infrecuencia de ambas causas de oclusión intestinal y la ausencia de reportes en nuestra literatura médica de ambas entidades que producen oclusión intestinal.

### INTRODUCCION

En la primera infancia la presencia de tumores benignos o malignos del tubo digestivo, que producen síntomas y signos de oclusión intestinal es poco frecuente. Los niños afectados por estos tumores presentan en ocasiones, antecedentes de episodios de dolores abdominales frecuentes de tipo cólico, acompañados en ocasiones de vómitos, distensión abdominal y cambios en el hábito intestinal.

El presente trabajo presenta 2 causas tumorales benignas del tubo digestivo que fueron diagnosticadas por mostrar manifestaciones clínicas de oclusión intestinal. La primera de ellas fue un linfangioma situado en el meso del intestino delgado (ileon), y la segunda, una fibromatosis congénita en el ileon terminal. La poca frecuencia del hallazgo de estos tumores en la primera infancia nos motivó a la realización de este reporte.

\* Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica. Asistente.

\*\* Residente de 2do. año en Pediatría.

\*\*\* Médico General Adjunto al Servicio de Cirugía Pediátrica.

\*\*\*\* Residente de 1er. año en Cirugía Pediátrica.

## MATERIAL Y METODO

Para la realización de este trabajo se analizaron, en nuestro hospital, las historias clínicas de los 2 pacientes con tumores benignos del tubo digestivo, que les producía oclusión intestinal en la primera infancia.

Además se revisaron las historias clínicas del Archivo del Hospital Pediátrico Docente "San Miguel del Padrón": no se encontró otro caso similar.

Por último, se revisó la literatura médica a nuestro alcance.

## RESULTADOS

Los tumores malignos o benignos del intestino delgado son muy raros.

En una revisión de 1 369 neoplasias benignas del intestino delgado, Rivers<sup>1</sup> halló 122 casos (5,9 %) en niños menores de 10 años. En este grupo etáreo, las neoplasias benignas encontradas con mayor frecuencia fueron los adenomas y los pólipos, también reportó tumores vasculares, que mostraron una notable tendencia a la hemorragia. No reportó ningún caso de fibromatosis o linfangioma abdominal.

Benson<sup>2</sup> reportó 7 niños con tumores benignos y buena evolución después de la operación, 3 pólipos solitarios, 2 hemangiomas y hemorragias, un paciente con un mioma del yeyuno y otro con una placa de mucosa gástrica ectópica, y que producían ambos, signos de obstrucción.

El término de fibromatosis congénita fue empleado por primera vez por Stout<sup>3</sup> en el año 1954, para describir una variedad característica de esta enfermedad, en la cual se aprecia la formación de múltiples nodulos compuestos ampliamente por células fusiformes inmaduras de colágeno, que incluyen tejido celular subcutáneo, músculos esqueléticos, huesos y diferentes órganos del recién nacido.

La fibromatosis,<sup>3-5</sup> es una entidad que puede tener un origen local o multicéntrico, invasivo y recidivante, que se presenta con mayor frecuencia en partes blandas y no en el intestino, con antecedentes familiares de procesos similares.

Los linfangiomas se denominan también higromas.<sup>6</sup> Esta palabra proviene del griego y su traducción literal quiere decir tumor húmedo o hídrico. El diccionario de Darlón recoge la definición del higroma como un saco, quiste o bolsa distendida por líquido. El vocablo linfangioma se forma por la unión de "línfo" con "angioma" (tumores de los vasos),<sup>7-9</sup> lo que resulta, un tumor producido por crecimiento de los vasos linfáticos. Es de destacar que el hallazgo de un linfangioma intraabdominal es raro y más aún determinando una oclusión intestinal.

## PRESENTACION DE LOS CASOS

### CASO 1

Paciente de 2 y medio años de edad, sexo masculino, de la raza blanca, con antecedentes de cuadros anteriores de dolor abdominal de tipo cólico.

distensión abdominal y vómitos. Ingresó por presentar distensión abdominal marcada, dolor abdominal, vómitos con restos de alimentos y constipación. En el examen le fue hallado abdomen distendido hacia el hipogastrio, doloroso, donde se palpa un tumor blando suave, de bordes poco precisos, superficie lisa y que a la compresión mantenida tiende a desaparecer.

La radiografía simple de abdomen, mostró aumento de la densidad abdominal en la región central del abdomen: en el ultrasonido se visualiza una gran imagen quística, tabicada, que ocupa el hemiabdomen superior.

Como hallazgo laparotómico se destaca formación tumoral quística, que mide 20 por 3 por 5 cm, multilobulada, de superficie lisa muy vascularizada, que envuelve y comprime un asa ileal de 20 cm de longitud. Peso del tumor: 4 100 g (figura 1).



FIGURA 1. Se observa la pieza extraída, el linfangioma gigante en el asa intestinal comprometida que hubo que resear.

Se resecó el tumor y el asa afecta en bloque y se restableció la continuidad intestinal, por medio de una anastomosis término-terminal en 2 planos.

Evolución posoperatoria: Sin complicaciones.

## CASO 2

Paciente de 2 meses de edad, sexo masculino, raza blanca, de 3 400 g de peso, con antecedentes de deposiciones líquidas, amarillas con flemas de sangre, vómitos y deshidratación ligera, con hallazgo de amebas histolíticas y E. Coli: 0.26.

Posteriormente presenta distensión abdominal, vómitos y el hallazgo de un tumor pequeño, doloroso, paraumbilical derecho movable.

Radiografía simple de abdomen: Radioopacidad hacia flanco derecho.

Colon por enemas: marco cólico íntegro.

Después de estos exámenes mejoró el cuadro clínico y disminuyó la distensión abdominal, y se decidió realizar radiografía de tránsito intestinal dilatada paraumbilical derecha, con pase escaso de contraste al colon.

Se efectúa laparotomía y se detecta una pequeña zona de ileon terminal tumefacta, dura, de aspecto tumoral, y por detrás asa ileal dilatada con aspecto de colon (figuras 2 y 3).

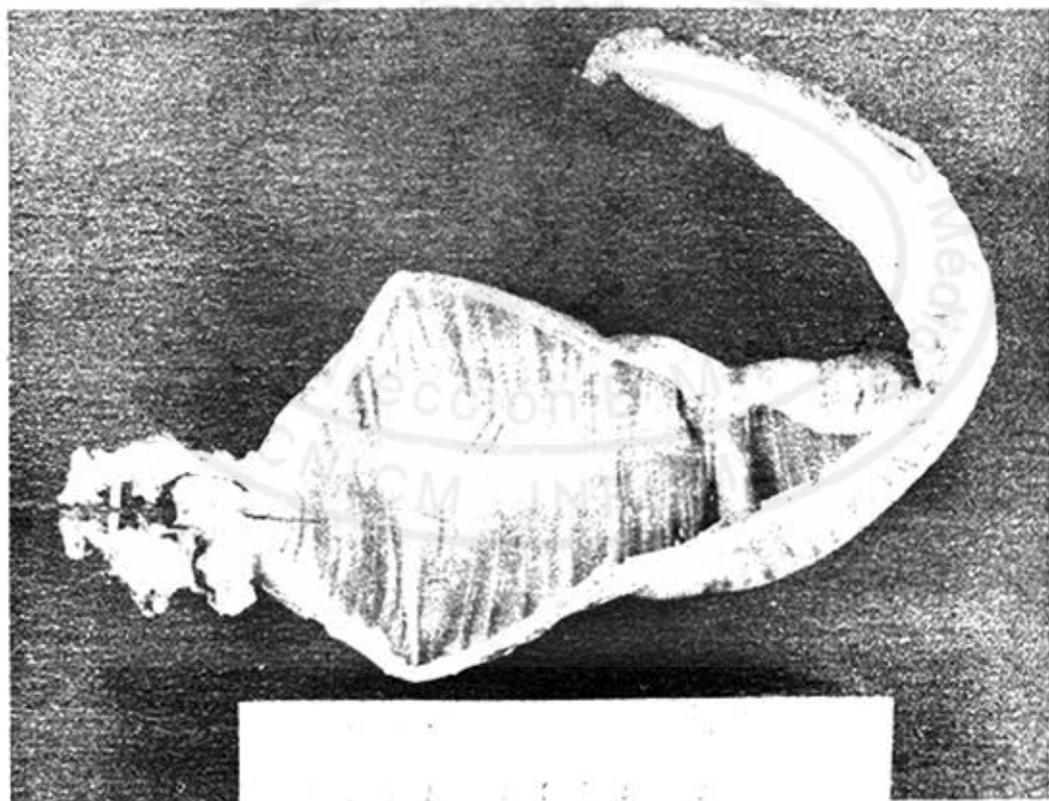


FIGURA 2. Se aprecia el segmento resecado de íleon y en su interior la lesión tumoral fibromatosa que oblitera la luz intestinal.



FIGURA 3. Se muestra la misma pieza de la figura anterior en mayor aumento.

Se realiza hemicolectomía derecha y anastomosis ileo-cólica término-terminal en 2 planos.

Evolución: favorable, sin complicaciones.

## DISCUSION Y COMENTARIOS

Hemos presentado 2 casos de oclusión intestinal en la primera infancia, originados por lesiones tumorales benignas, que raramente producen estos cuadros.

Los linfangiomas aparecen con mayor frecuencia en las regiones cervical, axilar y al nivel de la cisterna de Pequet; otras localizaciones son más raras. Nuestro caso se localizó en el meso del ileon, que envolvía a dicha asa y producía obliteración de su luz por compresión extrínseca. Este linfangioma se consideró de gran tamaño y peso (4.1 kg), sobre todo si lo relacionamos con la edad y peso del niño (11 kg).

Es importante insistir en que la intervención quirúrgica y el posoperatorio del niño, transcurrió sin dificultades. Se extremaron las medidas del aporte hídrico-calórico y proteico suficientes en este niño, que perdió un gran porcentaje de superficie corporal y parte de ésta constituida por la

linfa. No presentó complicaciones posoperatorias y recuperó su peso normal para la edad.

El niño con fibromatosis congénita mostró esta lesión al nivel del íleon terminal: localización infrecuente.

La fibromatosis congénita ha sido también denominada como fibrosarcoma metastizante, término poco feliz. Más bien son procesos fibroblásticos benignos de origen multicéntricos y de diversas variedades. Algunas veces con carácter invasor y tendencia a la recidiva. En otros existe tendencia a la autolimitación.

Kaufman y Stout,<sup>3</sup> en una revisión de su experiencia en tumores de esta naturaleza en la infancia, basados en la distribución anatómica, emplean el término de fibromatosis congénita "múltiple", para las lesiones que comprenden tejido celular subcutáneo, músculos y huesos y la denominación "degeneralizadas", para aquellos casos con participación visceral. Por esta época se reconocen también las formas congénitas "localizadas".

Un enfoque de los problemas de la clasificación y las variedades de fibromatosis descritas hasta 1975, se encuentra en el capítulo dedicado al tejido fibroso del texto de Vals, Marinello y Paramio sobre tumores y lesiones pseudotumorales de partes blandas.<sup>5,10</sup>

Finalmente, nuestro reporte se ajusta con exactitud a los elementos anatomopatológicos descritos por otros autores, y se destaca que en nuestro país no encontramos otro reporte previo con la localización de nuestro caso, y que en la literatura médica revisada, sólo se halló un reporte similar por Walts, Asch y Rag, en 1982.<sup>11</sup>

Por otra parte, la generalidad de los autores no reportan beneficios ni aplicación significativa de radiaciones y quimioterapia en estos casos, y es suficiente en muchos de ellos la exéresis quirúrgica, dado el pronóstico favorable de la inmensa mayoría. Cabe esperar que en nuestro paciente, con más de 6 meses de evolución asintomática se encuentre entre los favorecidos.

## SUMMARY

Two cases of intestinal occlusion in early infancy, determined by benign tumors, are reported. One of the patients showed a large lymphangioma of the small intestine (ileum). The other child showed a "localized" congenital intestinal fibromatosis at the level of the terminal ileum. The rarity of both causes of intestinal occlusion and the absence of reports in our medical literature on these two entities leading to intestinal occlusion is emphasized.

## RESUME

On rapporte deux cas d'occlusion intestinale dans la première enfance, déterminée par des tumeurs bénignes. Un des patients a présenté un lymphangiome de l'intestin grêle (iléon) de taille significative. L'autre enfant a montré une fibromatose congénitale intestinale "localisée" au niveau de l'iléon terminal. On met en évidence l'inféquence de deux causes d'occlusion intestinale et l'absence de rapports dans notre littérature médicale des deux entités qui produisent des occlusions intestinales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. RIVERS, L.: Benign neoplasms of small intestine. *Internat Abstr Surg* 102: 1, 1956.
2. BENSON, C. D.: Cirugía Infantil, T. 2. Neoplasias. 1967, Pp. 1289-1296.
3. STOUT, A. P.: Atlas de Cirugía prostática. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1966.
4. TOULOUKIAN, R.: Miscellaneous causes of small bowel obstruction. In: Ravitch, Mark M. et al. *Pediatric Surgery* 3 ed. T. 2. Chicago, Ed. Year Book Medical Publishers, 1979, P. 960.
5. VALLS, O.; Z. MARINELLO; A. PARAMIO: Tumores y lesiones pseudotumorales de partes blandas. La Habana, Instituto Cubano del Libro, 1985.
6. BENSON, C. D.; S. ADELMAN: Mesenteric and omental cysts. In: Ravitch, Mark M. et al. *Pediatric Surgery* 3 ed. T. 2. Chicago, Ed. Year Book Medical Publishers, 1979, P. 965.
7. DOWD, F. N.: Higroma cysticum colli. Ist. structure and etiology. *Am Surg* 58: 112, 1913.
8. KOESTER, K. V.: Higroma cisticum colli congenitum verhand. *Phis-Med Gesellbeh Wurzb* 3: 44, 1872.
9. MECLUVE, C. F. W.; C. F. SILVERST: A comparative study of the lymphatic-venous communications in adist manual. *Anat Rec* 3: 534, 1939.
10. SAMSONOV, V. A. ET AL.: Fibroma of the small intestine with heterotopia of the pyloric glands in the mucous membrane covering the tumor. *Arkh Patol* 47 (5): 71-4, 1985.
11. WALTERS, ASCH Y RAG: Fibromatosis intestinal. 1982.

Recibido: 13 de octubre de 1988. Aprobado: 28 de noviembre de 1988.  
Dr. Avelino Mendibur Morodo. Hospital Pediátrico Docente "San Miguel del Padrón", Calzada de San Miguel, La Habana 11000, Cuba.