

LINFANGIOMA QUISTICO

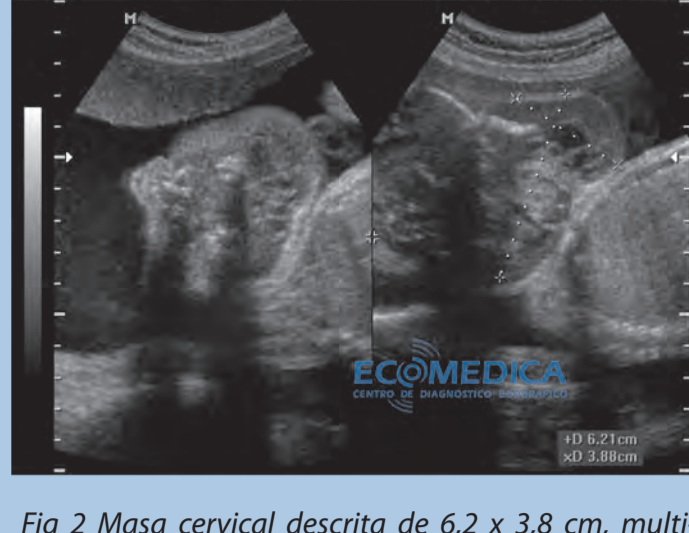


Fig 1 a la izquierda se identifica nariz y boca normales y el cordón umbilical debajo de la quijada y a la derecha se observa una masa mixta laterocervical.

Fig 2 Masa cervical descrita de 6,2 x 3,8 cm, multi-septada que no compromete al hueso mandibular.

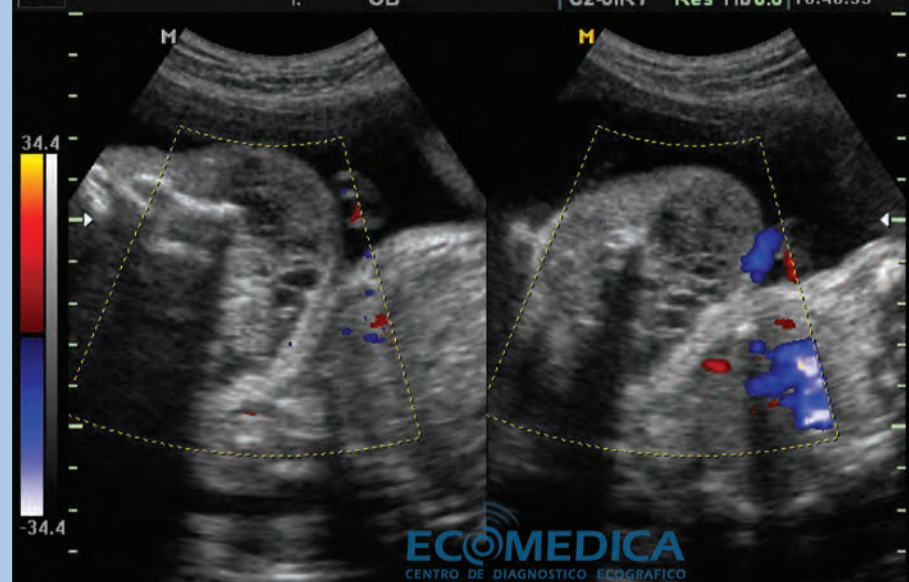


Fig 3 Masa cervical descrita multiseptada, avascular, compatible con linfangioma.

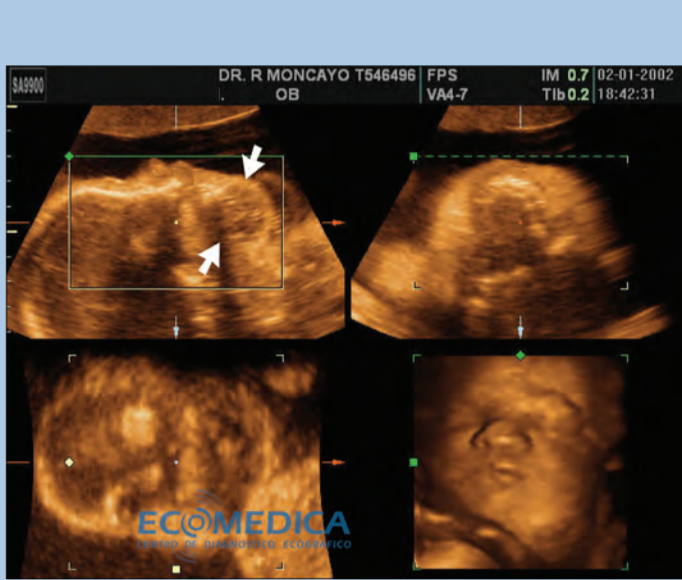


Fig 4 y 5 Reconstrucción 3D de masa cervical descrita ubicada en la región submaxilar izquierda del cuello. Flechas.

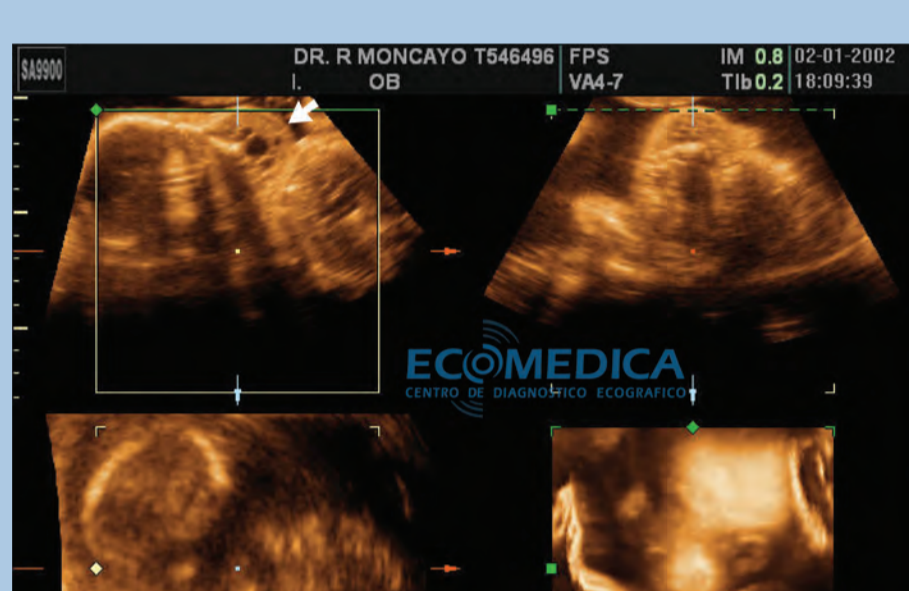


Fig 6. Reconstrucción tridimensional con vista lateral izquierda de la masa (flecha blanca), que no compromete al pabellón auricular (flecha verde).

LINFANGIOMA QUISTICO

INTRODUCCION

Las lesiones quísticas cervicales constituyen un grupo de patologías poco frecuentes que generalmente se manifiestan como masas de lento crecimiento.

Las lesiones congénitas incluyen:

- quistes del conducto tirogloso (masa quística congénita más frecuente)
- quistes branquiales (especialmente derivados del segundo arco branquial)
- linfangiomas o higromas quísticos
- quistes dermoides y epidermoides
- quistes tímicos
- quistes broncogénicos.

DEFINICION

El higroma quístico congénito o linfangioma es un tumor del sistema linfático, de origen embrionario, causado por la obstrucción del drenaje de los sacos linfáticos. Consiste en un conjunto de espacios linfáticos quísticos dilatados.

Su incidencia es relativamente baja, de aproximadamente 1/ 50.000 nacimientos.(2).

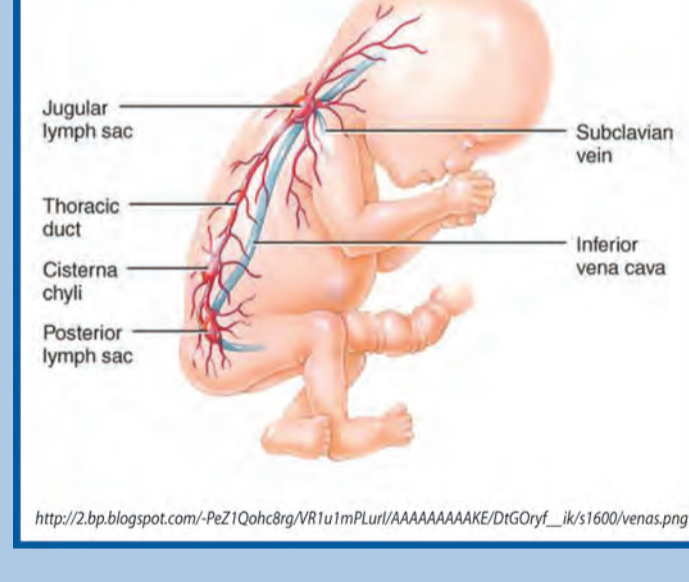
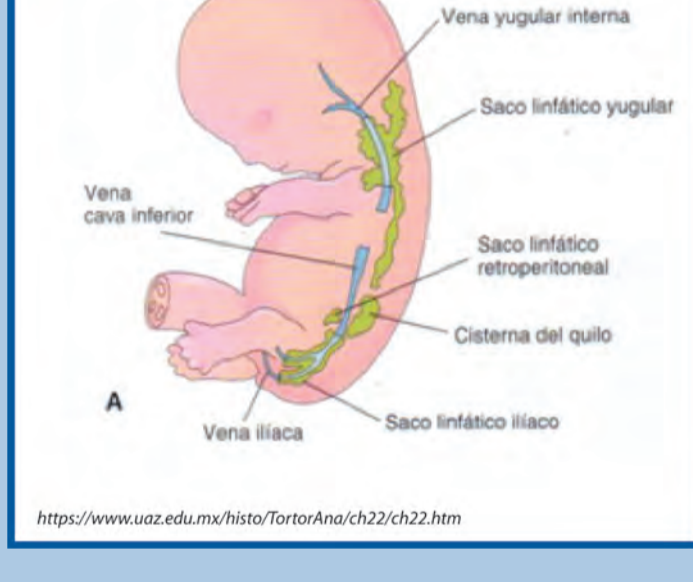
No tiene predilección por sexo.

El 75% se origina en la región cervical y el resto puede localizarse en la axila, en la región inguinal o en el mediastino.(1). Dichas ubicaciones guardan relación con la embriogénesis, ya que al final de la novena semana comienza a desarrollarse el sistema linfático. (3).

Desarrollo embriológico

El sistema linfático empieza a formarse hacia el final de la quinta semana de vida embrionaria. Los vasos linfáticos se desarrollan a partir de sacos linfáticos que surgen de las venas en desarrollo, las cuales derivan del mesodermo.

Los primeros sacos linfáticos que aparecen son el par de sacos linfáticos yugulares, en la unión de las venas yugular interna y subclavia. A partir de dichos sacos, los plexos capilares se diseminan al tórax, a las extremidades superiores, el cuello y la cabeza. El siguiente en aparecer es el saco linfático retroperitoneal, impar, en la raíz del mesenterio intestinal. Se desarrolla a partir de la vena cava primitiva (común) y las venas mesonéfricas (del riñón primitivo). Casi al mismo tiempo se desarrolla otro saco, la cisterna del quilo, sobre la pared abdominal posterior, en plano infradiaphragmático. Es el origen de la porción del quilo del conducto torácico y de la cisterna del quilo, en la base de dicho conducto. El último de los sacos linfáticos es el par de sacos linfáticos ilíacos, que se desarrollan a partir de las venas ilíacas.



Esquema 1 y 2. Desarrollo embriológico del sistema linfático.

El linfangioma quístico puede desarrollarse en fetos sanos o puede estar asociado a trastornos de tipo genético, por lo que se describen dos categorías:

1. Aquellos diagnosticados en embarazos avanzados, los cuales llegan a ser linfangiomas aislados.
2. Aquellos diagnosticados en embarazos tempranos, los cuales están asociados con anomalías cromosómicas como trisomía 21, trisomía 18, monosomía X y síndromes de Noonan Ellis-Van Creveld, Biedl. Se asocia también a síndrome de alcoholismo fetal, aminopterina fetal y trimetadiona fetal. (2,4,6).

Pueden ser simples o septados, éstos últimos parecen tener un pronóstico peor que el de las formas simples, al incrementarse el riesgo de anomalías cromosómicas asociadas. (5,7).

Existe una fuerte asociación con el síndrome de Turner y se puede presentar en 1/2500 nacimientos femeninos. Aproximadamente un 60% de los productos tienen una monosomía X (cariotipo 45, X) y el resto corresponde a un mosaicismo de variedades de productos de cariotipo 45, X) son abortados. (3)

DIAGNOSTICO

La ecografía constituye una herramienta indispensable durante el estudio prenatal, pues tiene el fin de detectar la presencia de anomalías congénitas y establecer así la conducta a seguir como parte de un adecuado control prenatal(1). Puede diagnosticarse con seguridad en el primer trimestre del embarazo (en la ecografía screening de cromosopatías) y con seguridad en el segundo trimestre.

Hallazgos por ecografía

- Masa quística que se origina en la región cervical posterior o lateral, simple o multiloculada, conteniendo septos de grosor variable.
- Avascular.
- Puede diferenciarse de otras patologías como encefalocele posterior o meningocele occipital, mielomeningocele, teratoma quístico benigno, quiste subcoriónico placentario, edema nucal, hemangioma o teratoma.

BIBLIOGRAFIA:

1. Montilla L, Petrosino P, Sotolongo A, Uzcátegui ML, Moreno F, Castillo J. Higroma quístico fetal. Reporte de un caso, Rev Obstet Ginecol Venez, 2003; 63 (3): 153-156.
2. Jiménez HPE, Sánchez MMC, Cajal LR, Garbayo SP, González GL, Fuentes CP. Higroma quístico cervical en el primer trimestre. Resultados, Prog Ginecol, 2009; 52 (5): 261-265.
3. Celentano C, Prefumo F, Lezzi I, Guanciali-Franchi PE, Palka C, Liberati M, Rotmensch S. Cystic hygroma and mid-trimester maternal serum screening, J Med Screen, 2007; 14 (3): 109-112. Correlación de la imagen ecográfica y patológica de higroma quístico Cuauhtémoc Galeana Castillo, Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres.
4. Brunori EA, Caratozzolo G, Martínez M, Dinerstein NA. Higroma quístico. Presentación de un caso, Rev Hosp Mat Inf Ramóy Sardi, 1996; 15 (2): 94-96.
5. Kitazawa S, Mori K, Kondo T, Kitazawa R. Fetal nuchal cystic hygroma associated with aortic coarctation and trisomy 21: a case report, Cases Journal, 2009; 2: 8280- 8283. doi:10.4076/1757-1626-2-8280. Disponible en: <http://www.casesjournal.com/content/2/1/8280>
6. Abi-Nader K, Filippi E, Pandya PP, Peregrine E. Bilateral neck cysts as an isolated anomaly: a case report, Cases Journal, 2009; 2: 8322-8324. doi:10.4076/1757-1626-2-8322. Disponible en: <http://www.casesjournal.com/content/2/1/8322>
7. Malone FD, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, George R, Saade GR et al. First trimester septated cystic hygroma: prevalence, natural history and pediatric outcome, Obstetrics & Gynecology, 2005; 106 (2): 288-294.
8. <https://www.uaz.edu.mx/histo/TortorAna/ch22/ch22.htm>.