

INFORME DE CASO

Higroma quístico. Presentación de un caso en Guyana

Cystic lymphangioma. Case report in Guyana

Higroma cístico. Apresentação de um caso na Guiana

Regla Cruz Segundo¹, Claudia Arredondo Cruz², Cecilia Dominga Yanes Morales³

¹ Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Consultante. Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez". La Habana. Cuba. Email: rcruzs@infomed.sld.cu

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de II año en Genética Clínica. Centro Nacional de Genética Médica. La Habana. Cuba. Email: clauray2014@gmail.com

³ Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor. Hospital Pediátrico "San Miguel del Padrón". La Habana. Cuba. Email: ceciliaym@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se presentó el caso de un neonato en el Hospital Regional Suddie, de Guyana, con tumoración de cuello, diagnosticado como higroma quístico, malformación no frecuente y cuyo diagnóstico se realiza al principio del embarazo por ecografía prenatal con evaluación de la región de la nuca del feto. La ampliación excesiva o aumento de la translucencia nuchal puede estar relacionado con un higroma quístico. Las malformaciones congénitas son defectos estructurales presentes al nacimiento ocasionadas por un trastorno prenatal durante la morfogénesis. La ecografía prenatal realizada en el primer y segundo trimestre del embarazo por personal capacitado es un medio diagnóstico económico y no invasivo que permite el diagnóstico precoz y tomar conducta temprano en países de pocos recursos.

Palabras clave: higroma quístico; linfagioma quístico; neonato

ABSTRACT

The case of a neonate in Regional Hospital Suddie of Guyana with neck tumor, was presented and diagnosed as cystic lymphangioma, rare malformation and whose diagnosis is made early in pregnancy by prenatal ultrasound evaluation of the region of the neck of the fetus. Excessive expansion or increased translucency in the hindhead may be related to a cystic lymphangioma. Congenital malformations are structural defects present at birth caused by a prenatal disorder during morphogenesis. Prenatal ultrasound performed in the first and second trimester of pregnancy by trained personnel is an average economic diagnosis and non-invasive allowing early diagnosis and taking behavior early in resource-poor countries.

Keywords: lymphangioma; cystic lymphangioma; neonate

RESUMO

O caso de um neonato em Hospital Regional Suddie na Guiana foi apresentado com um tumor no pescoço, diagnosticado como higroma cístico, malformação freqüente e cujo diagnóstico é feito no início da gestação por ultrassonografia pré-natal com avaliação da região da nuca do feto. O aumento excessivo ou aumento da translucência nugal pode estar relacionado a um higroma cístico. Malformações congênicas são defeitos estruturais presentes no nascimento causados por um distúrbio pré-natal durante a morfogênese. A ultrassonografia pré-natal realizada no primeiro e segundo trimestres da gravidez por pessoal treinado é um meio de diagnóstico barato e não invasivo que permite o diagnóstico precoce e a conduta precoce em países com poucos recursos.

Palavras chave: higroma cístico; linfoma cístico; recém nascido

INTRODUCCIÓN

En el año 1828 el Dr. Alemán Redenbacker describe esta malformación y la denomina *macrocystic lymphatic malformation*; quince años después en 1843 el Dr. Werenher hace una descripción más completa de la entidad como *cystic hygroma*, quiste linfático que puede afectar cualquier parte del cuerpo.

El 75 % de los casos se localiza en cabeza y cuello, más frecuente del lado izquierdo, existiendo un triángulo posterior del cuello que es el

más afectado; el 20 % de los higromas aparecen en las axilas y, en menor frecuencia, en el mediastino y retroperitoneo.¹

Es una malformación congénita del sistema linfático en que la obstrucción entre el sistema linfático y las vías venosas en el cuello fetal conduce a la acumulación de linfa en los sacos linfáticos yugulares.¹⁻² Se asocia a menudo con las trisomías 21, 18, 13, en el primer trimestre y con monosomias X en el segundo semestre.

Las anomalías cromosómicas son las más frecuentes.¹⁻⁴ Este quiste puede ser unilobular, bilobular y, en el mayor número de los casos, la lesión es grande multilobulada y translúcido con paredes finas que a la palpación suave da la impresión de bolsas de gusanos, no son dolorosas espontáneamente ni a la palpación y pueden cambiar de tamaño durante el llanto; la piel que lo cubre puede estar adelgazada, en ocasiones, ligeramente azul, pero no presenta eritema ni cambios de coloración. El contenido es de color pajizo poco viscoso, claro o ligeramente amarillento y a veces con huellas de hemorragias.^{1,4-5}

En el 10 % de los casos el tumor puede ocupar toda la región submaxilar, llegar a comprimir las vías aéreas y ocasionar estridor laríngeo y dificultad respiratoria grave, los síntomas se relacionan casi siempre con el tamaño y localización del quiste, así como las complicaciones, obstrucción de vías aéreas, hemorragias, infecciones, deformidad de los huesos y dientes si no se corrige.^{1,4}

La prevalencia a nivel mundial es de 1x6000 a 16 000 bebés nacidos vivos.¹ La mortalidad en muchos casos no depende del higroma que es un tumor benigno, sino de su ubicación y complicaciones sobretodo infecciones y neumonías. El higroma quístico dentro de los tumores del cuello es uno de los más frecuentes, la forma más común es la de linfagioma, y constituye el 5 % de los tumores benignos de la infancia.^{1,3}

No hay diferencias de razas, aunque hay una cierta disminución en la incidencia en los afroamericanos¹, no varía según el sexo, aunque en la actualidad hay estudios que plantean un mayor porcentaje en el sexo masculino.⁶⁻⁷

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente C.N. de 18 años de edad primigrávida, ama de casa, escolaridad secundaria terminada, procedencia urbana, raza india, sin antecedentes de enfermedades crónicas ni ingestión de drogas ni alcohol, esposo chofer.

Historia obstétrica: G1 P0, con 7 controles prenatales, ultrasonido abdominal a las 25 semanas que informó malformación congénita de cuello; exámenes de serología (VDRL) y VIH, no reactivas; tratamiento con ácido fólico e hierro, parto por cesárea a las 37 semanas, con recién nacido masculino con Apgar 9. 9,10, peso 3 kg, talla 55 cm, CC 32 cm, CT 32 cm.

Examen físico: presentó tumoración en región anterolateral izquierda del cuello, bilobulada de unos 18 cm de largo y 12 de ancho ocupando la región supra e infrahioidea, de consistencia suave no dolorosa a la palpación, de tono ligeramente azulado que no interfiere con la mecánica respiratoria, no se observaron otras alteraciones que hiciera pensar en una cromosomopatía o gonosomopatía, así como buen estado general por lo que se decidió su remisión al hospital público de la capital de Guyana con el diagnóstico de higroma quístico del cuello (Figura 1).



Figura 1. Paciente recién nacido que presenta tumoración en región anterolateral izquierda del cuello, bilobulada de unos 18 cm de largo y 12 de ancho ocupando la región supra e infrahioidea.

En el hospital el quiste fue puncionado y evacuado el contenido; el recién nacido fue dado de alta pasado sus primeras 48 horas de estadía.

Dos días después es ingresado en el servicio de cuidados intensivos por obstrucción respiratoria importante, por lo que fue necesario su intubación y evacuación del contenido del quiste, nuevamente, el cual se infectó, lo que prolongó su estadía. Fue dado de alta con seguimiento por consulta de Cirugía (Figura 2).



Figura 2. Paciente en el momento de alta del hospital.

DISCUSIÓN DEL CASO

El diagnóstico prenatal de higroma quístico se realiza en el primer trimestre del embarazo mediante la ecografía nuchal que implica evaluación de la región de la nuca del feto. Aunque un pequeño espacio hipoeoica en el cuello fetal posterior es un hallazgo normal en todos los fetos en el primer trimestre, la ampliación excesiva o aumento de la translucencia nuchal puede estar relacionada con higroma quístico. Otros estudios que ayudan al diagnóstico son: ecografía transvaginal, resonancia magnética, amniocentesis, alfafetoproteínas, las cuales no se realizaban en ese país.¹⁻³

El diagnóstico después del nacimiento se basa fundamentalmente en la clínica por la presencia de un tumor lleno de líquido ubicado en el cuello o nuca, no doloroso a la palpación, la piel que lo cubre con coloración normal o tono azul, puede cambiar de tamaño durante el llanto, la transluminación orienta hacia el contenido líquido del tumor.¹

El diagnóstico diferencial durante el periodo neonatal se realiza con teratoma quístico, hemangiomas, anomalías del arco braquial, y del conducto tirogloso, bocio, meningocele cervical, encefalocele posterior.^{2,4}

El diagnóstico de este neonato se realizó al nacimiento por las características de la tumoración, la situación de la tumoración observada en la región cervical y del lado izquierdo que es la más frecuente descrita en la literatura en un 75 % de los casos.⁶

El tratamiento puede ser médico: escleroterapia, con agentes esclerosantes, el más usado y con mejores resultados es OK-432, otros como bleomycin, alcohol absoluto interferón alfa 2 a y doxyciclina.^{1,8} El tratamiento quirúrgico consiste en la excéresis de la tumoración.

La mayoría de los cirujanos no realiza la intervención quirúrgica hasta que él bebe haya alcanzado los 6 meses de edad, solo si la tasa de aumento de la tumoración es más rápida que la tasa de crecimiento corporal del bebé se puede realizar la operación antes de esta edad. El riesgo de recurrencia es de 5 -10 % de las operaciones exitosas.^{1,8-10}

CONSIDERACIONES FINALES

La ecografía prenatal realizada en el primer y segundo trimestre del embarazo por personal capacitado es un método diagnóstico económico y no invasivo, que permite el diagnóstico precoz de higroma quístico y tomar conducta temprana con el bebé en países con pocos recursos, donde no se pueden realizar otros estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al Rifai Al Masri M, Lendoiro Otero C, Tedín García S, Blanco Labrador M. Caso clínico. Higroma quístico del adulto. Acta Otorrinolaringol Gallega [en línea]. 2017 [citado 10 Abr 2018]; 10(1):51-56. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6121204>
2. Programa de vigilancia y seguimiento de Anomalías congénitas de Bogotá; 2014.
3. Moreira Duerto WA, Cabrera Marante O, Da Silva De Abreu AJ. Higroma Quístico. Rev Cient Cienc Méd [en línea]. 2011 [citado 10 Abr 2018]; 14(1):46 Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v14n1/a14.pdf>
4. Rodríguez Padrón D, Rodríguez Padrón J, Cabrera Pupo M, Amat Sousa DA. Diagnóstico prenatal ultrasonográfico de Higroma quístico. CCM [en línea]. 2014 [citado 10 Abr 2018]; 18(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v18n1/ccm22114.pdf>
5. Querejazu Torrico S, Díaz Babbista G, Aillón López H, Portugal Claros JC. Higroma quístico (a propósito de un caso). En: Rodríguez Padrón D, Rodríguez Padrón J, Cabrera Pupo M, Amat Sousa DA. Diagnóstico prenatal ultrasonográfico de higroma quístico. CCM [en línea]. 2014 [citado 10 Abr 2018]; 18(1):154-

158. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v18n1/ccm22114.pdf>
6. López Gutiérrez P, García Hernández JÁ. Higroma quístico cervical fetal: evolución y resultados perinatales. Prog Obst Ginecol [en línea]. 2007 [citado 10 Abr 2018]; 50(3):131-7. Disponible en: [DOI: 10.1016/S0304-5013\(07\)73164-3](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(07)73164-3)
 7. García Fernández Y, Fernández Ragi RM, Russinyol Nieto JL. Higroma quístico del cuello. Rev Cubana Ped [en línea]. 2006 [citado 9 Abr 2018]; 78(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v78n2/ped12206.pdf>
 8. Rautio R, Keski-Nisula L, Laranne J, Laasonen E. Treatment of lymphangioma with OK-432 (Picebanil). Cardiovasc Intervent Radial. 2003; 26:31-6.
 9. Bustos V, Juan Carlos et al. E X I T (ex-utero intrapartum therapy) en linfangioma cervical fetal. Rev Chil Obst Ginecol [en línea]. 2013; 78(1):55-9.
 10. Lobo-Bailón F, Berenguer-Fröhner B, González-Meli B, Marín-Molina C, de Tomás Palacios E, Alonso-Bañuelos C. Bleomycin sclerotherapy for low-flow vascular malformations: our experience and literature review. Cir Plast Iberolatinoam. 2012; 38:341-347.

Recibido: 2 de abril de 2018

Aprobado: 21 de septiembre de 2018