



# HEMANGIOMAS MESENTÉRICOS. PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS

## MESENTERIC HEMANGIOMAS. REPORT OF FOUR CASES

Mauricio Massaro<sup>1</sup>  
Tatiana Suárez<sup>2</sup>  
Claudia Huertas<sup>3</sup>  
Catalina Cuervo<sup>4</sup>

### RESUMEN

Los hemangiomas son tumores vasculares benignos comunes, encontrados principalmente en la piel y el tejido celular subcutáneo. Su localización en el mesenterio es muy poco frecuente. En este artículo se reportan cuatro casos de hemangiomas mesentéricos, y uno de ellos que se presentó con hemoperitoneo significativo.

### SUMMARY

Hemangiomas are common benign vascular tumors, which are mainly found in the skin and in subcutaneous cellular tissue. Mesentery is considered a rare location for hemangiomas. This article reports four cases of mesenteric hemangioma. One of the cases had significant bleeding into the peritoneum.

### PALABRAS CLAVE (DeCS)

Hemangioma  
Mesenterio  
Tomografía computarizada  
por rayos X  
Imagen por resonancia  
magnética

### KEY WORDS (MeSH)

Hemangioma  
Mesentery  
Tomography, X-Ray  
computed  
Magnetic resonance imaging

### Introducción

Los hemangiomas primarios del mesenterio son tumores mesenquimales derivados del tejido vascular y son poco frecuentes. En este artículo se describen cuatro casos de pacientes con diagnóstico confirmado histológicamente de hemangioma mesentérico, en los cuales se manifestó con síntomas abdominales inespecíficos.

### Serie de casos

#### Caso 1

Este caso corresponde a un hombre de 70 años de edad, previamente sano. Consultó por un dolor abdominal de varios meses de evolución con sensación de masa. Luego de ser evaluado por el grupo de cirugía general, se decidió realizarle una laparotomía exploratoria, ante los hallazgos imagenológicos (figura 1). Se confirma mediante el estudio histopatológico el diagnóstico de hemangioma.

#### Caso 2

Una mujer de 40 años de edad consultó por un dolor moderado en el hipocondrio izquierdo. No tenía antecedentes personales de importancia. Dados los hallazgos de los estudios por imágenes, fue llevada a cirugía (figura 2). El estudio del servicio de patología confirmó el diagnóstico de hemangioma.

#### Caso 3

Mujer de 45 años de edad, sin antecedentes relevantes, que consultó por un dolor abdominal. La paciente fue llevada a cirugía electiva, debido a los hallazgos de la tomografía realizada (figuras 3 y 4). El diagnóstico histológico confirmó hemangioma (figura 5).

#### Caso 4

Mujer de 22 años de edad, quien consultó por dos días de dolor abdominal epigástrico, fiebre subjetiva y vómito. No tenía antecedentes personales de importancia. En el ingreso hospitalario estaba hemodinámicamente estable, con dolor a la palpación abdominal, sin signos de irritación peritoneal. Luego de la tomografía de abdomen se reportó una masa en el mesenterio y en el hemoperitoneo, por lo cual fue llevada a cirugía (figura 6). El diagnóstico histológico demostró un hemangioma (figura 7).

### Discusión

Los hemangiomas son tumores hamartomatosos vasculares benignos frecuentes que consisten en la proliferación de células endoteliales y numerosas estructuras vasculares de tamaño variable (1). Pueden ser lesiones congénitas o aparecer después del nacimiento, y crecer simultáneamente con el paciente. Son usualmente benignos, pues hasta en el 80% de los casos son lesiones aisladas (2,3).

<sup>1</sup>Médico radiólogo, Hospital San Vicente de Paúl Fundación. Profesor de Radiología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup>Médica radióloga, Hospital San Vicente de Paúl Fundación. Profesora de Radiología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

<sup>3</sup>Médica radióloga, Instituto Neurológico de Antioquia, Medellín, Colombia.

<sup>4</sup>Médica residente de Radiología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

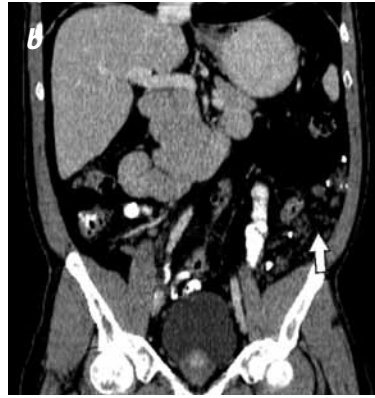


Figura 1. a) TAC abdominal contrastado axial y b) coronal. Muestran una lesión con densidad de tejidos blandos (flecha blanca) ubicada a lo largo de la gotera parietocólica izquierda con extensión hasta la cavidad pélvica, que mide 16,5 cm (CC)  $\times$  9,4 cm (AP)  $\times$  7 cm (T) asociado a calcificaciones (flecha negra, que corresponden a flebolitos), con discreto realce con el medio de contraste en la fase venosa portal.



Figura 2. a) TAC de abdomen contrastado axial y b) coronal. Evidencia una masa con densidad de tejidos blandos, con calcificaciones en su interior, ubicada en el espacio gastroesplénico, de bordes bien definidos. Sin realce significativo con el medio de contraste (flechas)



Figura 3. a) TAC abdominal contrastado axial y b) coronal. Muestra una masa con densidad de tejidos blandos en el mesenterio de la pelvis (flecha), de 12,7 cm (T)  $\times$  8 cm (CC)  $\times$  2,5 cm (AP), con calcificaciones en su interior por flebolitos, en íntimo contacto con asas de íleon, que las desplaza sin signos de invasión.

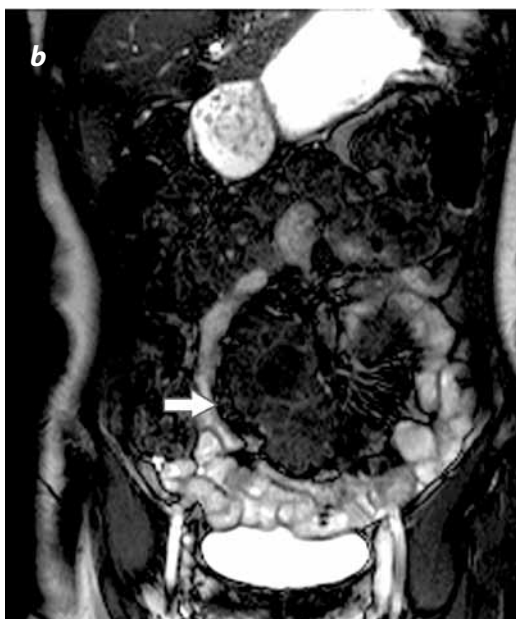


Figura 4. RM de la paciente de la figura 3. a) Secuencia HASTE (SSTSE) coronal y b) secuencia TruFISP coronal. Señala una lesión profundamente hipointensa, de bordes bien delimitados, ubicada en el mesenterio, con tabiques de alta intensidad de señal, sin invasión de estructuras adyacentes. Estos hallazgos demuestran un comportamiento atípico para hemangiomas, muy probablemente explicado por hialinización de este. c) Secuencias con información en T1. Fuera de fase muestran una lesión de intensidad media al tejido muscular (flecha) sin caída de la intensidad de señal, lo que descarta su contenido graso.

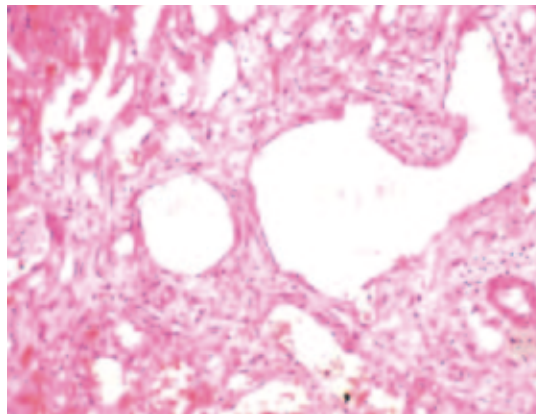


Figura 5. Tejido con formación de canales vasculares dilatados con sangre, de tamaño variable. Sin mitosis ni atipia, sin signos que sugieran malignidad. Estos hallazgos sugieren hemangioma de tipo mixto, capilar y cavernoso.

La mayoría están localizados en la piel y en el tejido celular subcutáneo, aunque también pueden encontrarse en órganos sólidos. En el mesenterio son excepcionalmente raros (4). Cuando se ubican en la cavidad peritoneal, pueden presentarse con hemoperitoneo masivo. Pueden ser únicos o múltiples, especialmente si se asocian con hemangiomas cutáneos (2).

Abrahamson y Shandling usaron un sistema de clasificación que los divide en tres categorías: cavernoso (el tipo más común que afecta el mesenterio), capilar y tipo mixto (5,6). Pueden manifestarse como lesiones circunscritas y pequeñas o con una afectación difusa y expansiva. Usualmente carecen de bordes bien delimitados. Una trombosis dentro de los sinusoides puede llevar a hialinización y a calcificaciones (flebolitos), lo cual es altamente sugestivo del diagnóstico (3,7).

Los hemangiomas en el mesenterio son infrecuentes. No hay predilección por algún sexo y se presentan en un amplio rango de edad (desde los 2 meses hasta los 79 años, según reportes de casos en la literatura). Usualmente se presentan alrededor de la tercera década de la vida (4,8).

Son lesiones que varían desde tumores bien circunscritos hasta infiltrativos y amorfos, teniendo en cuenta que, debido a su naturaleza benigna, no invaden estructuras adyacentes ni se asocian con afectaciones metastásicas, a no ser que se asocie con una transformación maligna, la cual es rara (3).

Pueden surgir de cualquier localización del mesenterio, aun cuando la más frecuente es en el meso del intestino delgado. Se manifiestan como masa palpable hasta en el 60% de los casos; con dolor abdominal, en el 55%, o con sensación de plenitud, en el 28%. Menos frecuentemente pueden desencadenar hemoperitoneo (7), como se presentó en uno de nuestros casos. También puede ser un hallazgo incidental de un estudio imagenológico realizado por cualquier otra causa.

El tratamiento de los hemangiomas primarios del mesenterio es quirúrgico, a través de vía laparoscópica o abierta. La confirmación del tumor puede realizarse solamente por estudios histopatológicos, que se caracterizan por espacios vasculares sinusoidales, irregulares, bien delimitados, rodeados de tejido normal (9). No se han reportado casos de recurrencia posterior a la resección completa de la lesión (8,10).



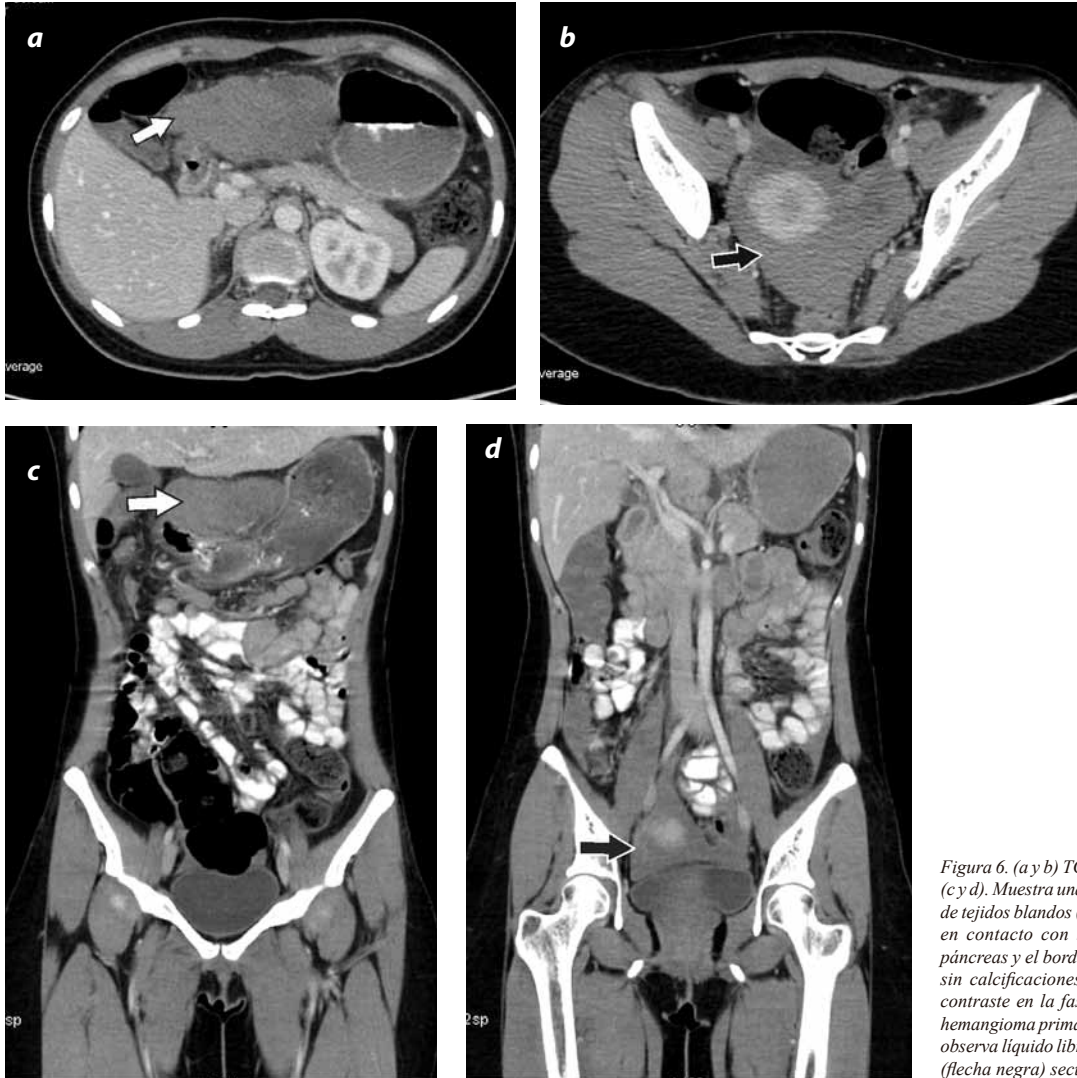


Figura 6. (a y b) TC axial abdominal contrastado y coronal (c y d). Muestra una masa de  $96 \times 47 \times 42$  mm con densidad de tejidos blandos (flecha blanca), de bordes bien definidos, en contacto con la curvatura menor del estómago, el páncreas y el borde inferior del lóbulo hepático izquierdo, sin calcificaciones, con discreto realce con el medio de contraste en la fase venosa portal, correspondiente a un hemangioma primario del mesenterio. En la pelvis (b y d) se observa líquido libre de atenuación alta, por hemoperitoneo (flecha negra) secundario a sangrado del hemangioma.

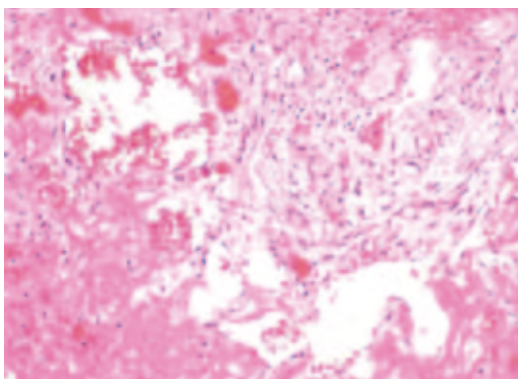


Figura 7. Tejido con cambios por necrosis hemorrágica extensa, con proliferación de células endoteliales que forman canales vasculares dilatados, anchos y otros más estrechos que recuerdan capilares. No hay mitosis o atipia celular. Tampoco criterios histológicos de malignidad. Estos hallazgos sugieren hemangioma mixto con áreas capilares y cavernosas.

## Hallazgos imagenológicos

En la radiografía simple pueden demostrarse flebolitos, lo cual es típico en los hemangiomas. En estudios baritados se puede observar una lesión ocupante de espacio, con efecto de masa sobre las asas, asociado a los flebolitos (9).

El estudio ecográfico muestra una masa sólida lobulada de ecogenicidad variable, homogénea o heterogénea; mientras que en el examen Doppler presenta ondas de alta velocidad sistólica y bajo índice de resistencia. Dubois y cols. (11) sugieren que una masa hipervascular en el estudio Doppler asociada con un pico arterial mayor a 2 kHz es altamente sugestivo de hemangioma (sensibilidad: 84%; especificidad: 98%; valor predictivo positivo: 97%; valor predictivo negativo: 82%). Estos hallazgos ecográficos ayudan a diferenciar los hemangiomas de otras lesiones benignas, y de tumores malignos, los cuales son predominantemente hipervasculares en la periferia.

Estudios angiográficos pueden ser útiles para definir la localización y la irrigación tumoral (7). En la tomografía axial computarizada evidencia una masa con densidad de tejido blando, de contornos mal definidos, y a diferencia de los hemangiomas hepáticos —los cuales presentan realce globular centrípeto que inicia desde fases tempranas, con realce persis-

tente y tardío y bordes bien delimitados—, los hemangiomas primarios mesentéricos son de bordes mal definidos y no muestran algún patrón de realce arterial; típicamente realzan en la fase portal, y en fases tardías no evidencian una significativa retención del contraste. Además, pueden encontrarse focos de calcificaciones en el interior de la masa, sugestivos de flebolitos, lo cual favorece el diagnóstico (6).

En la resonancia magnética, en secuencias con información en T1, se observa como una masa de baja a mediana intensidad al músculo; así como de alta intensidad de señal en secuencias con información en T2. Es posible demostrar heterogeneidad mediante tabiques fibrosos, estructuras vasculares, hemorragia o calcificaciones (1,9). Aunque en el caso 3 no se observa el comportamiento típico de alta intensidad de señal en secuencias con información en T2, esto probablemente se deba a una hialinización de la lesión.

A pesar de las avanzadas técnicas imaginológicas, usualmente, no es posible diferenciar los hemangiomas del mesenterio de otras lesiones fibrosas de los demás tumores mesenquimales o de cualquier otra etiología, por lo cual es difícil su diferenciación preoperatoria.

## Referencias

1. Vilanova JC, Barcelo J, Smirniotopoulos JG, et al. Hemangioma from head to toe: MR Imaging with pathologic correlation. *RadioGraphics*. 2004;24:367-85.
2. Varma JD, Hill MC, Harvey LAC. Hemangioma of the small intestine manifesting as gastrointestinal bleeding. *RadioGraphics*. 1998;18:1029-33.
3. Pickhardt PJ, Bhalla S. Primary neoplasms of peritoneal and sub-peritoneal origin: ct findings. *Radiographics*. 2005;25:983-95.
4. Chateil F, Saragne-Feuga C, Pérel Y, et al. Capillary haemangioma of the greater omentum in a 5-month-old female infant: a case report. *Pediatr Radiol*. 2000;30:837-9.
5. Abrahamson J, Shandling B. Intestinal hemangiomas in childhood and a syndrome for diagnosis: a collective review. *J Pediatr Surg*. 1973;8:487-95.
6. Kazimi M, Ulas M, Ibis C, et al. A rare cause of recurrent gastrointestinal bleeding: mesenteric hemangioma. *World J Emerg Surg*. 2009;4:5.
7. Ruiz AR Jr, Ginsberg AL. Giant mesenteric hemangioma with small intestinal involvement. An unusual cause of recurrent gastrointestinal bleed and review of gastrointestinal hemangiomas. *Dig Dis Sci*. 1999;44:2545-51.
8. Hanatate F, Mizuno Y, Murakami T. Venous hemangioma of the mesoappendix: report of a case and a brief review of the Japanese literature. *Jpn J Surg*. 1995;25:962-4.
9. Ahmadnia H, Khoeei A, Mansourian E. Mesenteric cavernous hemangioma in a cryptorchid man. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2011;22:812-4.
10. Chung J, Kim M, Lee JT, et al. Cavernous hemangioma arising from the lesser omentum: MR findings. *Abdom Imaging*. 2000;25:542-4.
11. Dubois J, Patriquin HB, Garel L, et al. Soft-tissue hemangiomas in infants and children: diagnosis using Doppler sonography. *AJR*. 1998;171:247-52.

## Correspondencia

Catalina Cuervo  
 Departamento de Radiología  
 Universidad de Antioquia  
 Medellín, Colombia  
 catacuervo111@hotmail.com

Recibido para evaluación: 25 de noviembre de 2011

Aprobado para publicación: 13 de marzo de 2012