

## MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COM DIAGNÓSTICO DE LINFANGIOMA CAVERNOSO

*Approach to upper digestive hemorrhage with diagnosis of cavernous lymphangioma*

Carlos Rafael Lima **MONÇÃO**

Trabalho realizado na Santa Casa de Montes Claros, Minas Geral, MG, Brasil.

### Correspondência:

Carlos Rafael Lima Monção, e-mail: crmoncao@yahoo.com.br

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 13/10/2011

Aceito para publicação: 22/08/2012

## INTRODUÇÃO

O linfangioma é constituído por estruturas semelhantes a vasos linfáticos. São considerados tumores benignos desses vasos. Apresenta três tipos histológicos: cístico, cavernoso e simples e podem ocorrer em diversas regiões do corpo como cabeça e pescoço, mesentério e trato gastrointestinal<sup>1,5,6</sup>. Essa publicação tem a finalidade de expor um raro caso de linfangioma cavernoso, diagnosticado após extensa propedêutica para hemorragia digestiva alta.

## RELATO DE CASO

Homem de 68 anos portador hipertenso e com história progressiva de AVE isquêmico há dois anos. Procurou assistência médica com anemia microcítica e hipocrômica severa e vários episódios de melena a esclarecer. Submetido a endoscopia digestiva alta foi evidenciada na segunda porção duodenal processo inflamatório com granulosidade, friabilidade e presença de resíduos hemáticos além de esofagite leve distal e palidez de mucosa. Biópsia revelou diagnóstico de duodenite crônica inespecífica. Ele submetido há mais duas endoscopias com biópsias que evidenciaram as mesmas alterações endoscópicas e histológicas, sem nenhum outro dado a acrescentar.

Proseguiu-se com colonoscopia e em todo trajeto colônico a mucosa apresentava-se com cor, brilho e transparência habituais, mas com presença de secreção enegrecida no ceco. Aos exames de imagens foi constatado na ultrassonografia de abdome total, inferiormente ao pâncreas em região mesogástrica, duas imagens nodulares anteriormente à aorta medindo cerca de 3,7 x 1,9 e 2,0 x 1,5 cm (Figura 1).

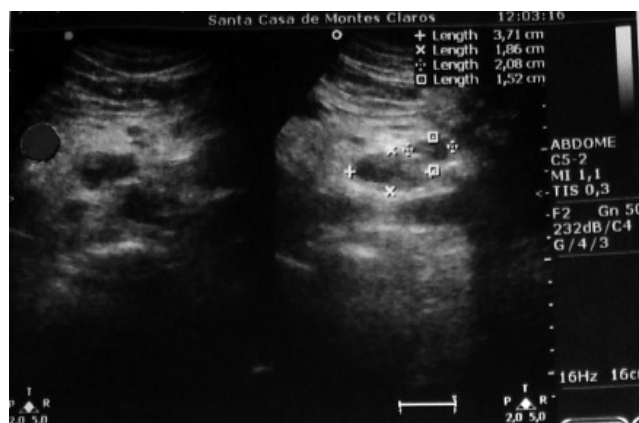


FIGURA 1 - Ultrassonografia mostrando imagem demarcada onde estavam as nodulações pré-aórticas

Na tomografia de abdome total contrastada, notou-se espessamento da terceira porção do duodeno e jejuno proximal com massa linfonodal retroperitoneal, além de diversos linfonodos mesentéricos difusamente distribuídos (Figura 2).

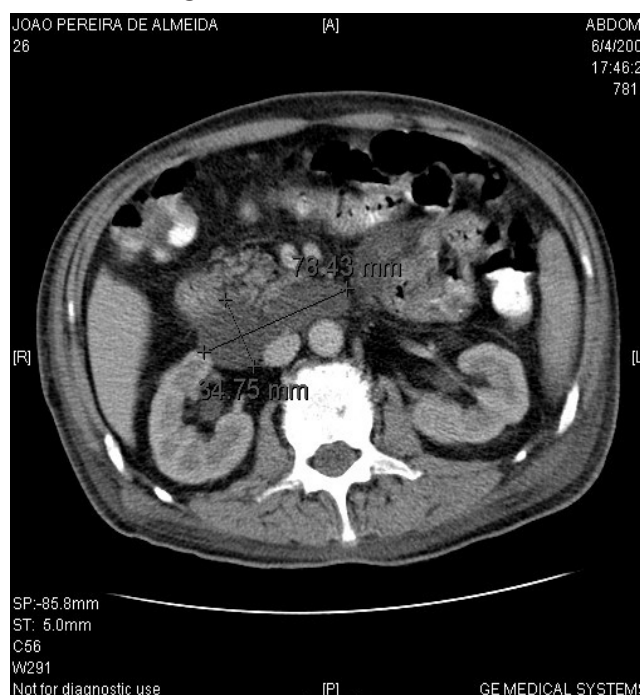


FIGURA 2 - Duodeno e jejuno proximal com massa linfonodal retroperitoneal na imagem tomográfica

O trânsito intestinal radiográfico mostrou irregularidades da mucosa e espessamento parietal acentuado da terceira porção do duodeno e jejuno proximal de etiologia a esclarecer. Foi realizada ainda aortografia abdominal e arteriografia seletiva de artérias mesentérica superior e inferior, não sendo evidenciado pela angiografia sinais de sangramento ativo.

Como tratamento, foi realizada laparotomia exploradora com inventário de cavidade abdominal, onde se constatou lesão vegetante infiltrando mesentério e jejuno proximal. Os achados histológicos visualizaram porções tissulares com espaços vasculares linfáticos e sanguíneos revestido por endotélio com estroma fibroadiposo às vezes formando cistos co diagnóstico final de linfangioma cavernoso

## DISCUSSÃO

Linfangiomas são lesões benignas que habitualmente constituem malformações congênitas, sobretudo em regiões da cabeça e pescoço, mas podem acometer diversas topografias e órgãos<sup>4</sup>. Por isso, os sintomas e complicações dependem do local e dimensões. Os três subtipos histológicos apresentam-se isoladamente na maioria das vezes, contudo pode haver diferentes classes em um mesmo tumor.

O diagnóstico pode ser suspeitado através de

ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética do segmento acometido e, por não apresentar nenhuma característica própria nesses exames de imagem<sup>7</sup>, a confirmação é feita por estudo anatomopatológico ou imunoistoquímico<sup>2</sup>.

A exérese cirúrgica completa da lesão e tecidos adjacentes consiste no tratamento de escolha<sup>5</sup>. A ressecção parcial está associada à alta recorrência, chegando a 50% em dois anos<sup>3</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Christison-Lagay ER, Fishman SJ. Vascular Anomalies. Surg Clin N Am 2006; 86: 393-425.
2. Glasgow SC, Birnbaum EH, Lowney JK, et al. Retrorectal Tumors: A diagnostic and Therapeutic Challenge. Dis Colon Rectum 2005; 48: 1581-87.
3. Hebra A, Brown M, McGeehin K, Ross A - Mesenteric, omental, and retroperitoneal cysts in children: the clinical study of 22 marries. South Med J, 1993; 86: 173-6.
4. Legienh GM, Heran MKS. Classification, Diagnosis and Interventional Radiologic Management of Vascular Malformations. Orthop Clin N Am 2006; 37: 435 -74.
5. Perrot M, Rostan O, Morel P, et al - Abdominal lymphangioma in adults and children. Br J Surg, 1998; 2:385-95.
6. Schefter RP, Olsen KD, Gaffey TA. Cervical lymphangioma in the adult. Otolaryngol Head Neck Surg 1985;93:65-9.
7. Vara-Thorbeck C, Méndez RT, Hidalgo RH, et al- Laparoscopy resection of a giant mesenteric cystic lymphangioma. Eur J Surg 1997; 163: 395-6.