

Solución del caso: lesión quística multiloculada abdominal

Viene de la página 109

La paciente se intervino quirúrgicamente con diagnóstico de quiste seroso simple de probable origen hepático. Laparoscopia exploradora: tumor quístico seroso, de paredes finas que contactan con el hígado y el riñón derecho, que nace desde el peritoneo lateral y anterior del hipocondrio derecho. Se realizan medidas de seguridad, con mini-compresas con iodo-povidona alrededor del quiste, se punza y evacua material cristal de roca, se descarta la presencia de excólis y pigmentos biliares, y una vez descartada la hidatidosis se progresa con la exéresis laparoscópica total con bisturí armónico, con tres trocares y se extrae en bolsa porta espécimen. Anatomía patológica por congelación: no se observan células neoplásicas. Anatomía patológica diferida: quiste seroso o mesotelial del peritoneo parietal, no se observan células neoplásicas (Figura 3). La paciente evoluciona favorablemente, otorgándose el alta a las 24 horas sin complicaciones.

El quiste seroso simple de peritoneo es una entidad muy poco frecuente, que fue reportada por primera vez por Moynihan 1897. Los quistes serosos o mesoteliales son lesiones intraabdominales raras que con frecuencia

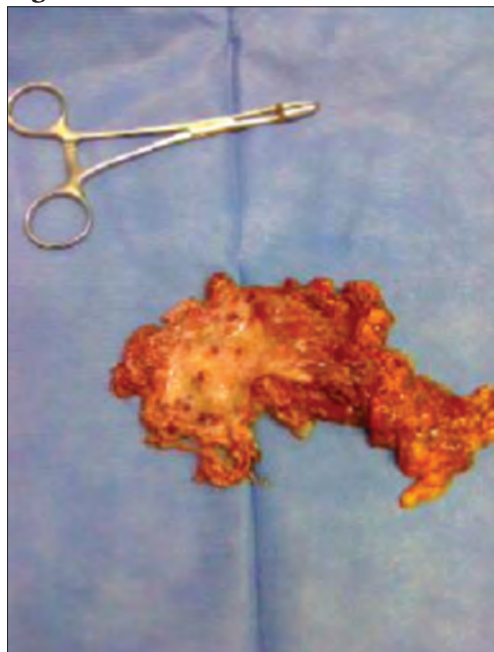
evolucionan como una masa abdominal asintomática, aunque en ocasiones pueden ser causa de abdomen agudo en el niño. Representan la variable menos común de los quistes abdominales de origen abdominal, siendo más frecuentes los quistes adquiridos, (hidatidosis, amebiasis) y los de origen mesentérico y del omento.¹⁻²

Se cree que su origen embriológico es común a los quistes mesentéricos y retroperitoneales.³ Se presentan a menudo como incidentaloma de una masa abdominal, con menos frecuencia pueden complicarse con obstrucción intestinal, hemorragia o peritonitis por rotura del quiste, que provoca un cuadro de abdomen agudo, o más raramente como ascitis o pseudoascitis.⁴ Pueden ser uniloculares o multiloculares, como en el presente reporte, se asemeja a la imagen en rueda de carro o panal de abeja, que debe plantear el diagnóstico diferencial con la hidatidosis (Garbi III) y el cistoadenocarcinoma.

La ecografía abdominal es la prueba de elección por su inocuidad y por su eficacia para lesiones quísticas, observando la pared, espesor, presencia de papilas o no, tipo y características del contenido, relación con órganos y elementos nobles.⁵⁻⁶ Con frecuencia, se realiza previamente una radiografía de abdomen que suele ser inespecífica o incluso normal, o mostrar desplazamientos de órganos intraabdominales. La TC abdominal es necesaria para definir de forma óptima las características de la masa, el contraste permite descartar el angioma o hemangioma. Está justificado realizar estudio de marcadores tumorales y pruebas de medicina nuclear para descartar lesiones malignas. A nuestro paciente se le realizó CEA y Ca 19,⁹ asociado a Elisa y Arco 5 que fueron negativos.

La técnica de elección es la exéresis quirúrgica mediante enucleación. El empleo de la vía laparoscópica dependerá del tamaño de la masa y de las complicaciones. La aspiración aislada no debe realizarse por su baja eficacia y su riesgo de complicación, (alto índice de recidiva). El pronóstico con la exéresis completa es muy favorable, con mínimas complicaciones quirúrgicas, mortalidad nula y riesgo de recidiva escaso. Desde el punto de vista histológico, los quistes abdominales pueden clasificarse en 5 grupos: a) linfangioma quístico, el más frecuente; b) pseudoquiste; c) duplicación mesentérica quística; d) quiste dermoide; y e) quiste mesotelial.

Figura 3.



Tiene interés pronóstico la distinción entre el quiste mesotelial simple y el mesotelioma quístico benigno, puesto que el segundo tiene una tasa de recidiva de hasta el 48% de los casos. Por el sitio que se hallaba es fácil confundirlo con un quiste hepático simple o de polo superior de riñón derecho, incluso con lesión quística de glándula suprarrenal derecha.⁶⁻⁸

El diagnóstico diferencial de la masa abdominal palpable asintomática incluye desde masas de origen no tumoral, tales como una hidronefrosis o una torsión gonadal, hasta estructuras tumorales como el nefroblastoma, el teratoma quístico o el neuroblastoma.

La exéresis o enucleación laparoscópica es el patrón de oro para el tratamiento de las lesiones quísticas abdominales. A pesar de su rareza, el quiste seroso peritoneal gigante debe considerarse ante un paciente que presenta una masa abdominal palpable o incidental. La ecografía y la TC pueden ayudar, pero el abordaje quirúrgico permite el diagnóstico de certeza.

Referencias

1. Lendoire J, Barros Schelotto P, Álvarez Rodríguez J, y col. Dilatación quística de la vía biliar tipo V (Enfermedad de Caroli). Tratamiento quirúrgico y resultados. *Rev Argent Cirug* 2006; 91: 186-191.
2. Lesko L, Kern W, Smith G. Mesothelial cyst of the parietal peritoneum, with related symptoms. *Californi Medicine* 1961; 94: 315-317.
3. Cassone E, Faccas J, Cassone E, y col. Tratamiento laparoscópico de hidatidosis hepática y esplénica. *Rev Argent Cirug* 2007; 93: 235-246.
4. Arraiza M, Metser U, Vajpeyi R, et al. Primary cystic peritoneal masses and mimickers: spectrum of diseases with pathologic correlation. *Abdom Imaging* 2015; 40: 875-906.
5. Watson H, Borovikova M, Shetty A. The curious case of free-floating pelvic cysts. *BMJ Case Rep* 2014; 2014. pii: bcr2014205229. doi: 10.1136/bcr-2014-205229.
6. Gupta A, Rao H, Pande R, Gupta S. A rare case of benign multicystic peritoneal mesothelioma: a clinical dilemma. *Indian J Surg* 2013; 75: 27-29.
7. Stojic Z, Jankovic R, Jovanovic B, et al. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum in a male child. *J Pediatr Surg* 2012; 47: 45-49.
8. Amesse L, Gibbs P, Hardy J, et al. Peritoneal inclusion cysts in adolescent females: a clinicopathological characterization of four cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009; 22: 41-48.
9. Ruiz H, Palermo M, Durán G, y col. Lesión quística hepática. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2008; 38: 4 y 91.