



VC-149 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE TUMOR RETROPERITONEAL

Hernández i Santiago, Assumpta¹; Campo Betancourth, Carlos Felipe¹; Carrión-Retuerto, Leonid Omar¹; Hernández Roca, Belén¹; Seguí Orejuela, Jordi¹; Hernández Ferriz, Ana Belén¹; Segura Giménez, María Jesús¹; Ramia Ángel, José Manuel²

¹Hospital General de Elda, Elda; ²Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: Los quistes retroperitoneales pueden causar clínica abdominal inespecífica o ser un hallazgo incidental en una prueba de imagen. El objetivo del vídeo es presentar el abordaje laparoscópico de la resección de un quiste mesotelial.

Caso clínico: Mujer, 48 años, sin antecedentes de interés, con clínica de pérdida de peso (10-15 kg) desde hace 6 meses, asociada a molestias en hipocondrio izquierdo y mesogastrio. Durante el estudio del cuadro, se realiza TC abdominal identificando masa quística de 8 × 9 × 10 cm, en relación con la cola del páncreas y el riñón izquierdo, sin dependencia de estos. Tiene una pared fina calcificada y su contenido es homogéneo, sin presencia de septos en su interior, todo sugestivo de quiste mesentérico, probable quiste mesotelial simple. Se presenta en Comité de Tumores y se decide exérésis por abordaje laparoscópico por la clínica que presentaba la paciente. Se interviene a la paciente, para la localización de la lesión se accede a la transcavidad de los epiplones, preservando la irrigación de la arteria gastroepiploica derecha y se identifica la lesión englobada entre el borde inferior del páncreas y la vena esplénica, a nivel caudal con el mesocolon transverso y vena mesentérica inferior, a nivel medial con la vena renal izquierda y a nivel lateral con el riñón izquierdo. Se realiza la disección cuidadosa de la lesión sin lesionar las estructuras mencionadas y se extrae con bolsa. El posoperatorio transcurre sin incidencias (Clavien 0). El resultado anatomo-patológico de la pieza es de quiste simple retroperitoneal asociado a tejido heterotópico adrenal.

Discusión: Los tumores retroperitoneales benignos tienen una incidencia muy baja en torno a 1 cada 100.000 personas. La presentación clínica puede ser de tres tipos: hallazgo incidental, clínica inespecífica o cuadro de abdomen agudo por ejemplo por rotura. La prueba de elección para el diagnóstico y caracterización es la TC y se puede completar con la biopsia percutánea de la lesión tanto para el estudio anatomo-patológico, aunque es controvertido por la posible diseminación tumoral. El tratamiento definitivo es la exérésis quirúrgica para evitar la recidiva. En el caso que presentamos la indicación quirúrgica fue por la clínica que presentaba la paciente. El abordaje laparoscópico permitió una correcta resección de la lesión y una más precoz recuperación de la paciente.