



P-334 - QUISTE GIGANTE DE ORIGEN MULLERIANO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE 2 VÍAS DE ABORDAJE DIFERENTE

Gomis Martín, Alvaro; Ortiz, Sergio; Carrión, Ana; Llopis, Clara; Coronado, Olga; Duque, Xiomara; Ruiz, Joaquín; Ramírez, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: El quiste de origen mulleriano proviene de la cresta urogenital y sus derivados. Es una patología infrecuente, siendo más prevalente en mujeres peri o posmenopáusicas. Suelen ser asintomáticos; la clínica es debida al gran tamaño alcanzado, presentándose como masa abdominal palpable, dolor abdominal o síntomas derivados de la obstrucción o irritación del aparato urinario inferior y del recto. El diagnóstico suele ser casual, teniendo que realizar un diagnóstico diferencial con quistes de origen ovárico, quistes mesentéricos, linfangioma quístico, quistes entéricos o teratomas quísticos. El tamaño de los quistes es variable, pudiendo alcanzar grandes tamaños, y en localizaciones diversas: retroperitoneo, mesenterio, utrículo, apéndice testicular, cara lateral de vagina, cérvix. El tratamiento de elección es la exéresis vía abierta o laparoscópica, indicada en casos de compresión de órganos adyacentes, cuando producen dolor, o si existen dudas de malignidad en el diagnóstico. Se han descrito casos de bajo potencial maligno y algunos de malignización hacia tumor mixto maligno mulleriano o hacia adenocarcinoma. Por ello, en todos los pacientes hay que buscar siempre datos de malignidad. Presentamos dos casos clínicos de pacientes intervenidas de quistes de gran tamaño de localización retroperitoneal e intraperitoneal y cuyo diagnóstico histológico definitivo fue de un quiste de origen mulleriano sin evidencia de malignidad.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 34 años que acudió por dolor y distensión abdominal de varias semanas de evolución. A la exploración presentaba molestias a la palpación en hemiabdomen derecho donde se palpaba una masa mal definida. Se realizó TAC abdomino-pélvico, que informó de quiste simple de características benignas de $25 \times 14,5 \times 6,6$ cm. Los marcadores tumorales eran normales. Se intervino por vía laparoscópica, objetivándose un gran quiste retroperitoneal, realizándose punción y evacuación del líquido seroso de su interior y una exéresis completa de las paredes del quiste. La paciente fue dada de alta al tercer día posoperatorio sin incidencias. Caso 2: mujer de 69 años que presentaba dolor lumbar de 3 meses de evolución, sin traumatismo previo. A la exploración, se evidenció un abdomen globuloso, distendido y no doloroso con sensación de masa a la palpación. La analítica solicitada no mostró alteraciones significativas. Se realizó TAC abdominal, que se informó como gran lesión quística intraabdominal de $32 \times 23 \times 31$ cm con características de benignidad. Se realizó intervención quirúrgica por laparotomía media encontrando un gran quiste intraperitoneal de 13,3 kg, que se resecó en su totalidad. La paciente fue alta al tercer día posoperatorio sin incidencias.

Discusión: La mayoría de la bibliografía consultada coincide con nuestros casos. Se presentan como masa abdominal palpable y dolorosa, diagnosticadas mediante TAC. En ambos casos, los marcadores tumorales eran normales y se decidió el tratamiento quirúrgico por el tamaño de las lesiones y sus síntomas. La vía de

abordaje (laparoscopia o laparotomía) normalmente depende de la experiencia del equipo quirúrgico y de la sospecha o no de malignidad. En nuestros casos se optó en cada una de las pacientes por un abordaje diferente, aunque en el caso de la laparoscopia se obtienen unos mejores resultados estéticos, menor dolor y riesgo de eventración.