



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-627 - DIVERTICULITIS PARECE, APENDICITIS NO ES: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL QUISTE DE INCLUSIÓN

Villalta Pons, Noèlia; Bibiloni Vidal, Pere; Landa, Tessa; Campos Serra, Andrea; González Costa, Anna; Muñoz Campaña, Anna; Vitiello, Giulia; Mora López, Laura

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 48 años con antecedentes de diverticulosis y miomectomía. Acude por dolor en hemiabdomen derecho de 5 días de evolución con distermia nocturna. A la exploración destaca dolor en FID sin defensa. Analíticamente presenta una leve elevación de PCR sin otras alteraciones. Dada la persistencia del dolor se solicita una ecografía abdominal que objetiva una colección de 5×3 cm en FID entra asas de intestino delgado por lo que se decide completar el estudio con una TC abdominal. En dicho estudio se detecta una imagen lobulada, hipodensa de $5,3 \times 4$ cm en planos axiales posterior a la pared abdominal, en contacto con el ciego asociada a cambios inflamatorios en la grasa regional y sospecha de perforación de víscera hueca contenida. Dada la sospecha de divertículo de Meckel complicado vs. proceso inflamatorio se decide cirugía urgente. Intraoperatoriamente se objetiva una lesión indurada, quística que depende del ciego y la válvula ileocecal, sospechosa de neoplasia, por lo que se realiza una hemicolectomía derecha y una anastomosis intracorpórea latero-lateral isoperistáltica mecánica. Posteriormente la paciente se mantiene ingresada por presentar febrícula, con TC que descarta fallo de sutura ni otras complicaciones, siendo alta el 10.º día posoperatorio. Los resultados de anatomía patológica finalmente concluyen que se trata de un quiste de inclusión con cambios inflamatorios asociados sin signos de malignidad.

Discusión: Los mesoteliomas habitualmente aparecen en primer lugar en la pleura y en segundo lugar en el peritoneo. Existen 5 tipos histopatológicos: quístico, papilar, papilar maligno, sarcomatoso y epitelioides. El quiste de inclusión peritoneal multilocular, también llamado mesotelioma quístico benigno, es una lesión poco frecuente descrita por primera vez en 1979 por Mennemeyer y Smith que afecta al peritoneo abdominal y en contraste con otras entidades de mesotelioma, no suele estar relacionado con la exposición a asbesto, teniendo una etiología, por el momento, desconocida. Se diagnostica predominantemente en mujeres premenopáusicas, se ha relacionado con agenesia renal ipsilateral y en algunos artículos se asocia a procesos inflamatorios previos como cirugías, endometriosis (relación causal) y enfermedad inflamatoria pélvica. Clínicamente, los hallazgos más frecuentes suelen ser dolor abdominal crónico, masa palpable y distensión abdominal, pero también puede ser asintomático o debutar como un abdomen agudo. El diagnóstico suele realizarse mediante ultrasonidos, resonancia magnética o incluso tomografía a pesar de que los hallazgos suelen ser inespecíficos, siendo la cirugía radical y agresiva el método tanto diagnóstico; porque nos permite realizar la inmunohistoquímica, como de tratamiento, a pesar de las altas tasas de recurrencia. En caso de detectarse recidivas múltiples, estaría indicada la escleroterapia con tetraciclinas y la terapia hormonal. La infusión de agentes quimioterápicos intraperitoneales y la peritonectomía estarían indicadas en los casos de multirrecidiva más graves. Se recomienda realizar un seguimiento de por vida porque la enfermedad puede

reaparecer, precisar otras terapias o incluso tener una transformación a una estirpe maligna.