

# Cartas al director



## Quiste retroperitoneal gigante

Sr. Director:

Hemos leído con detenimiento el artículo de Verge et al publicado en su revista en la sección "La imagen del mes" el pasado mes de octubre 2004 al respecto de una tumoración retroperitoneal quística gigante. Aunque resulta muy interesante la discusión anatomopatológica en este caso de posible origen suprarrenal, y pese al postoperatorio simple, el hecho de que la incisión subcostal bilateral no evitara la punción del quiste invita a una reflexión sobre el abordaje abierto o laparoscópico de estas lesiones.

Presentamos un caso similar en una joven de 20 años con una tumoración quística gigante en hemiabdomen superior de años de evolución. Asintomática, excepto por una tendencia ocasional al estreñimiento y una protrusión evidente del tumor en la pared abdominal. La ecografía y la tomografía computarizada confirmaron la naturaleza quística, sin características invasivas de la lesión de 19 x 26 cm (fig. 1). La resonancia magnética descartó el origen pancreático u ovárico evocando el origen mesentérico o peritoneal. Se realizó una intervención se practicó una evacuación parcial por punción a cielo abierto (incisión de 1 cm) con aguja de Veress en la región supraumbilical-vacio izquierdo. Aprovechando la incisión inicial se procedió a creación de neumoperitoneo con trocar de Hasson, completando la exéresis quirúrgica del quiste (ya vaciado) con la ayuda de otros 3 trocres. La paciente fue dada de alta a los 4 días de la cirugía y 2 años después no presenta signo alguno, ni clínico ni ecográfico de recidiva. La anatomía patológica demostró una pared quística sin revestimiento epitelial con fibrosis, músculo liso focal, inflamación crónica, hemorragia reciente y antigua y reacción a cuerpo extraño (cristales de colesterol).

El abordaje laparoscópico de quistes gigantes intraabdominales o retroperitoneales aparece descrito con éxito desde hace algunos años en la bibliografía quirúrgica<sup>1-6</sup>. En su mayoría se reseñan sólo casos clínicos (básicamente por la baja incidencia de estas lesiones), pero aparece como una técnica posible, segura y eficaz con probablemente menor dolor postoperatorio y un período de convalecencia más corto que por cirugía abierta. Como ante cualquier quiste, la prevención de la recidiva pasa por la resección completa, con independencia de la vía de abordaje.

**Guillermo Marín-Hargreaves<sup>a</sup>, Antonio Moral<sup>a</sup>,  
Juan Carlos Pernas<sup>b</sup>, Pere Rebas<sup>a</sup>, Manuel Rodríguez<sup>a</sup>,  
Vicente Artigas<sup>a</sup>, Manuel Trias-Folch<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva.

<sup>b</sup>Radiodiagnóstico. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.  
Barcelona. España.



Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal que muestra una tumoración quística, retroperitoneal que ocupa el hemiabdomen derecho, desbordando la línea media, desplazando el paquete intestinal a la derecha y comprimiendo hacia atrás la cuarta porción duodenal, las venas cava y renal derecha y el riñón derecho.

## Bibliografía

1. Mackenzie DJ, Shapiro SJ, Gordon LA, Ress R. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. *J Laparoendosc Surg.* 1993;3:295-9.
2. Targarona EM, Moral A, Sabater L, Martinez J, Luque P, Trias M. Laparoscopic resection of a retroperitoneal cystic lymphangioma. *Surg Endosc.* 1994;8:1425-6.
3. Rosado R, Flores B, Medina P, Ramirez D, Silic J. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst: presentation of a new case. *J Laparoendosc Surg.* 1996;6:353-5.
4. Saw EC, Ramachandra S. Laparoscopic resection of a giant mesenteric cyst. *Surg Laparosc Endosc.* 1994;4:59-61.
5. Chen JS, Lee WJ, Chang YJ, Wu MZ, Chiu KM. Laparoscopic resection of a primary retroperitoneal mucinous cystadenoma: report of a case. *Surg Today.* 1998;28:343-5.
6. Cadeddu MO, Mamazza J, Schlachta CM, Seshadri PA, Poulin EC. Laparoscopic excision of retroperitoneal tumors: technique and review of the laparoscopic experience. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2001;11:144-7.