real 30.419

Exéresis de quiste retroperitoneal por vía laparoscópica

S. Morales Conde, F. Sánchez, P. Fernández, J. Bellido, A. González y M. Martín
Unidad de Cirugía Laparoscópica. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo I. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Los tumores quísticos abdominales son poco frecuentes e incluyen los quistes del mesenterio, del omento y del retroperitoneo. La punción-aspiración es raramente el tratamiento definitivo de los quistes retroperitoneales, siendo la cirugía el único tratamiento válido para este tipo de casos. El abordaje endoscópico ofrece una alternativa muy útil a la cirugía laparotómica tradicional para el abordaje de estos quistes del retroperitoneo y presenta una serie de ventajas que incluye un menor dolor postoperatorio y una mayor recuperación del paciente disminuyendo la morbilidad asociada a la laparotomía necesaria para la extirpación de masas del espacio retroperitoneal. Presentamos el caso de una paciente con un quiste retroperitoneal, que fue sometido a dos punciones-aspiraciones y, debido a la recidiva del mismo, fue extirpado por vía laparoscópica transabdominal, que correspondió a un cistadenoma seroso con focos endometriósicos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, manteniendo las ventajas de este tipo de abordaje.

Palabras clave: *Quiste reproperitoneal. Laparoscopia. Retroperitoneo. Cistadenoma.*

LAPAROSCOPIC EXCISION OF RETROPERITONEAL CYST

Cystic tumors of the abdomen, which include mesenteric, omental and retroperitoneal cysts, are uncommon. The treatment of choice of retroperitoneal cysts is surgical excision, as aspiration of these cysts is rarely satisfactory. An endoscopic approach is an attractive alternative to laparotomy to excise these retroperitoneal cysts. The endoscopic approach offers several noteworthy advantages such as less postoperative pain and faster recovery, and has thus a lower rate of morbidity than laparotomy. We present a case of retroperitoneal cyst, which had been aspirated twice without resolution. After a third relapse the cyst was excised by transabdominal laparoscopy. The excised cyst was a serous cystadenoma containing foci of endometriosis. Postoperative recovery was good, clearly showing the advantages of laparoscopy over laparotomy.

Key words: *Retroperitoneal cyst. Laparoscopy. Retroperitoneum. Cystadenoma.*

(*Cir Esp* 2001; 69: 507-509)

Introducción

El auge de la cirugía laparoscópica como consecuencia de los éxitos obtenidos ha hecho que se planteen nuevos procedimientos para ser resueltos por esta vía de abordaje, extendiéndose sus indicaciones al espacio retroperitoneal donde ha sido descrita la extirpación de diferentes órganos y masas. Se consideran los tumores retroperitoneales aquellos que se encuentran en el espacio rertroperitoneal, estando excluidos aquellos dependientes de los diferentes órganos de esta zona, como el riñón o el páncreas. Estos tumores retroperitoneales son poco frecuentes (el 0,2-0,3% de todos los tumores), a menudo malignos (un 80% de ellos) y difíciles de diagnosticar. Describimos los buenos resultados derivados del abordaje laparoscópico del espacio retroperitoneal para la extirpación de un gran quiste asentado en esta zona.

Caso clínico

Mujer de 31 años de edad con antecedentes personales de apendicectomía, varices esenciales en miembros inferiores, dismenorrea esporádica, dos embarazos y partos normales y alergia a la sulpirida, que desde hacía un año, aproximadamente, presentaba dolor abdominal localizado en el hipogastrio y la fosa ilíaca izquierda, de carácter sordo y discontinuo, e irradiado en ocasiones a la fosa ilíaca izquierda, sin presentar otra sintomatología acompañante.

Al comienzo de la clínica fue revisada por su ginecólogo de zona que apreció en la exploración física un dolor selectivo en

Correspondencia: Dr. S. Morales Conde.
Génova, 1, 2.º dcha. 41010 Sevilla.
Correo electrónico: smoralesc@mixmail.com

Aceptado para su publicación en julio del 2000.

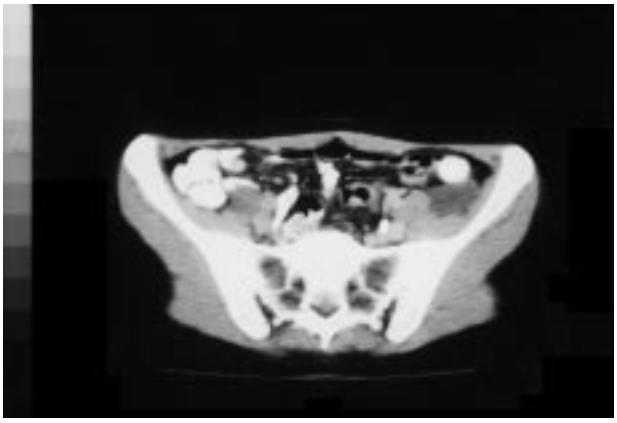

Fig. 1. TAC abdominal donde se observa quiste retroperitoneal, localizado en pelvis y fosa ilíaca izquierda, adyacente al músculo iliopsoas, de 4 × 3 × 5 cm, de pared fina, sin nódulo mural y sin evidencias de signos de malignidad.

punto ovárico izquierdo. Se realizaron ecografías abdominal y vaginal, que pusieron de manifiesto una imagen quística de 12 cm de diámetro en localización superior y externa al ovario izquierdo. La paciente fue remitida a continuación al hospital comarcal de su área de salud. Tras la realización de nuevas pruebas de imagen, ecografía y TAC de abdomen, se llegó al diagnóstico de posible quiste de mesenterio. Inicialmente, se planteó como tratamiento la punción percutánea dirigida por TAC del quiste, extrayéndose 680 ml de un líquido cristalino, cuyo estudio citológico fue informado como material acelular. Inicialmente, la paciente mejoró de su sintomatología, la cual reapareció a las pocas semanas, por lo que fue remitida al servicio de aparato digestivo de nuestro hospital. Se repitieron nuevos estudios complementarios (ecografía de abdomen, tránsito intestinal, enema opaco, TAC de abdomen con gastrografín y TAC de abdomen con perfusión de contraste), llegándose al diagnóstico de quiste retroperitoneal, localizado en la pelvis y la fosa ilíaca izquierda, adyacente al músculo iliopsoas, de 4 × 3 × 5 cm, similar al tamaño que presentaba antes de la punción, de pared fina, sin nódulo mural y sin evidencias de signos de malignidad (fig. 1). Se decidió practicar una nueva punción percutánea; el nuevo control radiológico, practicado a las pocas semanas, evidenció que las medidas del quiste volvían a ser similares al tamaño inicial, por lo que fue remitida a la unidad de cirugía laparoscópica; se decidió como tratamiento la exéresis del quiste por vía anterior laparoscópica transperitoneal, bajo anestesia general. El neumoperitoneo se hizo utilizando una aguja de Veress subumbilical. Al introducir la óptica en la cavidad se observaba una masa en la fosa ilíaca izquierda que desplazaba el colon izquierdo hacia la línea media. Se introdujeron tres trocares: de 10 mm subumbilical, para la óptica, de 10 mm en la fosa ilíaca derecha y de 5 mm en el hipocondrio izquierdo. Los pasos de la intervención quirúrgica fueron los siguientes: exploración de la cavidad, sección de adherencias de la intervención anterior (apendicectomía), apertura del peritoneo coloparietal izquierdo hallándose un quiste de pared gruesa, con contenido que no lo repleciona en su totalidad, de aproximadamente 9 cm de diámetro mayor, exéresis completa del quiste, exteriorización íntegra en bolsa a través del trocar subumbilical, revisión de hemostasia y cierre de los orificios de los trocares. El tiempo quirúrgico fue de 21 min. La paciente no presentó ninguna complicación en el postoperatorio, siendo dada de alta dentro de las primeras 24 h posteriores a la intervención. El informe anatomopatológico fue de cistadenoma seroso con focos endometriósicos.

Posteriormente la enferma fue remitida de nuevo a consultas de ginecología, donde le fue instaurado tratamiento con agonistas GnRh (leuprorelina). Actualmente, la paciente está asintomática y no hay evidencia de recidiva del quiste en las pruebas radiológicas realizadas.

Discusión

Los tumores quísticos abdominales son poco frecuentes e incluyen los quistes del mesenterio, del omento y del retroperitoneo. Aunque estos quistes de características benignas son habitualmente asintomáticos, pueden ser la causa de dolor abdominal difuso y náuseas, e incluso llegar a provocar cuadros de obstrucción abdominal por compresión externa[1] o infección del contenido del mismo[2]. En algunas ocasiones, los quistes se presentan como otros procesos abdominales agudos, como rotura, hemorragia, que puede ser intraquística[3] o intraabdominal[4], obstrucción intestinal o necrosis e infarto del quiste; todas estas situaciones conllevan la presencia de un abdomen agudo que requiere una intervención quirúrgica de urgencias por vía laparotómica[4]. Sin embargo, los quistes retroperitoneales son habitualmente descubiertos más tarde que los otros dos debido a su localización[5,6].

El diagnóstico de estos tumores se realiza habitualmente por medio de la ecografía y la TAC, siendo pruebas complementarias entre sí y no excluyentes: en la ecografía se observan mejor los septos intraquísticos[3], pero en caso de hemorragia o infección intraquística los quistes pueden simular ecográficamente un tumor sólido o una metástasis necrosada[7,8]; por su parte, la TAC abdominal ofrece, en virtud de los coeficientes de atenuación del fluido del interior del quiste, una mejor información acerca de las características del líquido intraquístico[9]; las características del componente sólido de estas masas son mejor determinadas por la TAC y la RM[10].

La punción-aspiración es raramente el tratamiento definitivo de los quistes retroperitoneales[11,12], como ocurrió en el caso que describimos, siendo la cirugía el único tratamiento válido para este tipo de casos. Debe tenerse en cuenta que, a pesar de ser benignos, tienden a reproducirse y, en ciertos casos, invadir los tejidos que lo rodean[13], e incluso crear situaciones de urgencias como las descritas anteriormente. Tradicionalmente, el tratamiento de elección de estos casos consiste en la extirpación del quiste a través de una laparotomía, que se encuentra asociado a una significativa morbilidad[14]. El abordaje laparoscópico está sustituyendo o complementando el abordaje laparotómico, siendo muy pocos los casos de quistes retroperitoneales extirpados por vía laparoscópica descritos en la bibliografía[15].

El abordaje laparoscópico del espacio retroperitoneal y de los órganos que allí se encuentran es llevado a cabo por vía transperitoneal, principalmente por las facilidades de acceso tras la creación del neumoperitoneo[12]. Sin embargo, las dificultades descritas para acceder al espacio retroperitoneal debido a las estructuras vecinas, como las asas intestinales, el hígado o el bazo, así como las posibles adherencias existentes por intervenciones previas, han hecho que la vía laparoscópica transperitoneal no sea considerada en algunas ocasiones el abordaje ideal, habiendo sido descrito el abordaje endoscópico retroperi-

toneal para la extirpación de quistes de órganos de este espacio, tales como los quistes renales[16-18]. Los autores que defienden el abordaje endoscópico retroperitoneal basan su propuesta en que acorta el tiempo de la intervención en comparación con el abordaje transabdominal, disminuyendo el riesgo de posibles complicaciones intraabdominales[19]. Nosotros preferimos el abordaje transperitoneal a la retroperitoneoscopia para llevar a cabo la extirpación de este tipo de masas.

Las dificultades que pueden surgir a la hora de llevar a cabo el abordaje del retroperitoneo para la extirpación de quistes como el descrito incluyen: la localización del mismo, el derrame del contenido líquido del mismo y las derivadas de la disección de la pared del quiste del tejido que lo rodea. Uno de los inconvenientes más importantes asociados a la cirugía laparoscópica es la pérdida de la posibilidad de palpar órganos y tejidos, siendo considerada la ecografía la única alternativa válida real a la palpación manual. La ecografía intraoperatoria nos ofrece la posibilidad de identificar las diferentes estructuras en el espacio retroperitoneal[20,21], siendo también muy útil para confirmar la presencia del quiste cuando hay dificultades para identificar la localización del mismo[22]. Por otro lado, la prevención del derrame del contenido líquido del quiste durante la manipulación del mismo es otro punto importante, especialmente si la etiología del quiste no está bien definida y existe duda sobre la benignidad del mismo; por esa razón, el quiste debe ser disecado con delicadeza y, una vez extirpado, debería extraerse de la cavidad abdominal dentro de una bolsa.

El abordaje endoscópico ofrece una alternativa muy útil a la cirugía laparotómica tradicional para el abordaje de estos quistes del retroperitoneo y presenta una serie de ventajas que incluyen un menor dolor postoperatorio y una mayor recuperación del paciente[23], disminuyendo la morbilidad asociada a la laparotomía necesaria para la extirpación de masas del espacio retroperitoneal. La excelente evolución del caso descrito y de los escasos casos similares descritos en la bibliografía[24,25] sugieren que el abordaje laparoscópico debe ser considerado como una alternativa muy válida al abordaje tradicional en casos de tumores retroperitoneales seleccionados, y especialmente en tumoraciones quísticas como las descritas.

Bibliografía

1. Velitchkov N, Filipov A, Losanoff J, Kjossev K, Katrov E. Mesenteric cystic lymphangioma as a cause of acute intestinal obstruction: report of a case and brief review of its status. Int J Sur Sci 1998; 5: 51-54
2. Alwan MH, Eid AS, Alsharif IM. Retroperitoneal and mesenteric cysts. Singapore Med J 1999; 40: 160-164.
3. Stopinski J, Stephan S, Staib I. Intra-abdominelle zystische limphangiome und mesenterialzysten als ursache abdomineller beschwerden. Langerbecks Arch Chir 1994; 379: 182-187.
4. Blumhagen JD, Wood BJ, Rosenbaum DM. Sonographic evaluation of abdominal lymphangiomas in children. J Ultrasound Med 1987; 6: 487-490.
5. Sardi A, Parikh KJ, Singer JA, Minken SL. Mesenteric cysts. Am Surg 1987; 53: 58-60.
6. Noundou PM, Michel G, Santiago M. Lymphangiome kystique mesenterique associe a une necrose de la valvule de Bauhin chez lénfant. J Chir 1993; 130: 87-89.
7. Ko SF, NG SH, Shieh CS, Lin JW, Huang CC, Lee TY. Mesenteric Cystic lymphangioma with mixpid degeneration: unusual CT and MR manifestations. Pediatr Radiol 1995; 25: 525-527.
8. Davidson AJ, Hartman DS. Lymphangioma of the retroperitoneum: CT and sonographic characteristics. Radiology 1990; 175: 507-510.
9. Kurtz R, Heriman T, Beck A. Mesenteric and retroperitoneal cysts. Am Surg 1968; 203: 109-112.
10. Cutillo DP, Swayne LC, Cucco J, Doughan H. CT and MR imaging in cystic abdominal lyphangiomatosis. J Comput Assit Tomogr 1989; 11: 116-119.
11. Hoening DM, Leveillee RJ, Amaral JF, Stein BS. Laparoscopic unroofing of symptomatic renal cysts: three distinct surgical approaches. J Endourol 1995; 1: 55-58.
12. Rubenstein SC, Hulbert JC, Pharand D, Schuessler WW, Vancaillie TG, Kavoussi LR. Laparoscopic ablation of symptomatic renal cysts. J Urol 1993; 150: 1110-1111.
13. Hancock BJ, St Vil D, Lucks FJ, Lorenzo M, Blanchard M. Complications of lymphangiomas in children. J Pediatr Surg 1992; 27: 220-226.
14. Sharpe LA, Van Oppen DJ. Laparoscopic removal of a benign pelvic retroperitoneal dermoid cyst. J Am Assoc Gynecol Laarosc. 1995; 2: 223-226.
15. 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: 343-345.
16. Munch LC, Gill IS, McRoberts JW. Laparoscopic retroperitoneal renal cystectomy. J Urol 1994; 151: 135-138.
17. Gaur DD. Retroperitoneoscopy: the balloon technique. Ann R Coll Surg Engl 1994; 76: 259-263.
18. Rassweiler JJ, Seemann O, Frede T, Henkel TO, Alken P. Retroperitoneoscopy: experience with 200 cases. J Urol 1998; 160: 1265-1269.
19. Radovic N, Popovic D, Rifai M, Mavric I, Sefc J, Hrmic I. Retroperitoneoskopska marsupijalizacija bubrezne ciste. Lijec Vjesn. 1997; 119: 16-19.
20. Montanari E, Trinchieri A, Deiana G, Zanetti G, Guarneri A, Tzoumas S et al. Retroperitoneo eco-assistito nella chirurgia laparoscopica renale. Arch Ital Urol Androl 1994; 66: 203-206.
21. Trombetta C, Deriu M, Salisci E, Deidda G, Paoni A, Sanna M et al. Aplicacion urologiche dell'ecografia intralaparoscopica. Arch Ital Urol Androl 1994; 66: 139-144.
22. Kanizsai B, Turi Z, Orley J, Szigetvari I, Doszpod J. Sonographic diagnosis of a retroperitoneal dermoid cyst in a young girl. Ultrasound Obstet Gynecol 1998; 12: 367-368.
23. Bosco L, Clerico G, Galetto PV, Jon G. Escissione per via laparoscopica di cisti mesenterica. Minerva Chir 1997; 52: 1355-1358.
24. Saw EC, Ramachandra S. Laparoscopic resection of a giant mesenteric cyst. Surg Laparosc Endosc 1994; 4: 59-61.
25. Targarona EM, Moral A, Sabater L, Martínez J, Luque P, Trias M. Laparoscopic resection of a retroperitoneal cystic lymphangioma. Surg Endosc 1994; 8: 1425-1426.