

Mesotelioma multiquístico peritoneal benigno

Rosa Ana García-Díaz^a, Roberto Fernández-Santiago^a, Juan Carlos Rodríguez^a, María Victoria Ros^a, Manuel Gómez^a e Irene G. Rodilla^b

^aServicio de Cirugía General II. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

^bDepartamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

Resumen

El mesotelioma quístico peritoneal es una lesión caracterizada por la formación de múltiples quistes de tamaño variable que adoptan la forma de masas abdominales preferentemente pelvianas. Presentamos el caso de una mujer de 30 años con dolor abdominal y masa palpable cuya clínica sugería un cuadro de endometriosis. En la intervención quirúrgica se encontró una masa multiquística dependiente del epiplón mayor, por lo que se procedió a su extirpación. El diagnóstico anatomopatológico de la pieza fue de mesotelioma multiquístico peritoneal benigno, una enfermedad poco frecuente, en la que el problema más importante que se plantea es la alta tasa de recidiva locorregional.

Palabras clave: *Mesotelioma quístico benigno. Quistes de inclusión peritoneal. Mesotelioma multiquístico peritoneal.*

BENIGN MULTICYSTIC PERITONEAL MESOTHELIOMA

Benign multicystic peritoneal mesothelioma is characterized by the formation of multiple cysts of variable size presenting as an abdominal or pelvic mass. We report the case of a 30-year-old woman with pain and a palpable abdominal mass, whose symptoms suggested endometriosis. At surgery, a multicystic mass arising from the greater omentum was found and excised. The pathological diagnosis was multicystic peritoneal mesothelioma, an uncommon disease with a high rate of loco-regional recurrence.

Key words: *Benign cystic mesothelioma. Multiple peritoneal inclusion cyst. Multicystic peritoneal mesothelioma.*

Introducción

El mesotelioma quístico peritoneal es una lesión caracterizada por la formación de múltiples quistes de tamaño variable que adoptan la forma de masas abdominales preferentemente pelvianas. Aparecen con más frecuencia en mujeres en edad reproductiva, lo que provoca dolor abdominal y masa palpable. El tratamiento más eficaz es quirúrgico, aunque presentan gran tendencia a la recidiva local. Su etiopatogenia es discutida: neoplásica, hormonal o secundaria a cirugía abdominal.

Correspondencia: Dra. R.A. García Díaz.
Rosa, 16, chalet n.º 1. 39010 Santander. Cantabria. España.
Correo electrónico: agarcia@humv.es

Manuscrito recibido el 8-3-2004 y aceptado el 25-3-2004.

Caso clínico

Mujer de 30 años, fumadora y con antecedentes de herniorrafia bilateral. Consultó por dolor abdominal de un año y medio de evolución localizado en la fosa ilíaca izquierda, más intenso en los días previos a la menstruación y un síndrome constitucional con pérdida de 9 kg de peso. En la exploración se palpaba una masa blanda en la fosa ilíaca izquierda, no adherida al plano superficial. Las pruebas de laboratorio fueron normales incluidos los marcadores tumorales. La ecografía abdominal identificó una masa hipoecogénica en la fosa ilíaca izquierda, y la ecografía ginecológica fue normal. La tomografía axial computarizada (TAC) abdominopelvíana demostró la presencia de una masa bien definida, de 15 × 6 cm, quística y multitabacada, en el estrecho superior de la pelvis, sin relación con el útero ni los anejos, que no comprimía ni infiltraba órganos vecinos (fig. 1).

En la intervención quirúrgica se encontró una masa pelviana, dependiente del epiplón mayor, localizada en la fosa ilíaca izquierda, de 440 g de peso y que medía 15 × 13 × 4 cm, formada por múltiples formaciones quísticas de pared fina, cuyo tamaño oscilaba entre los 0,3 y los 2 cm. Existían, además, algunas formaciones quísticas microscópicas en el peritoneo parietal posterior, el fondo de saco de Douglas y el epiplón menor. Se practicó omentectomía, con extirpación de la masa y de los pequeños quistes visibles. El postoperatorio cursó sin complicaciones.



Fig. 1. Tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, en la que se aprecia la tumoración multiquística en la pelvis.

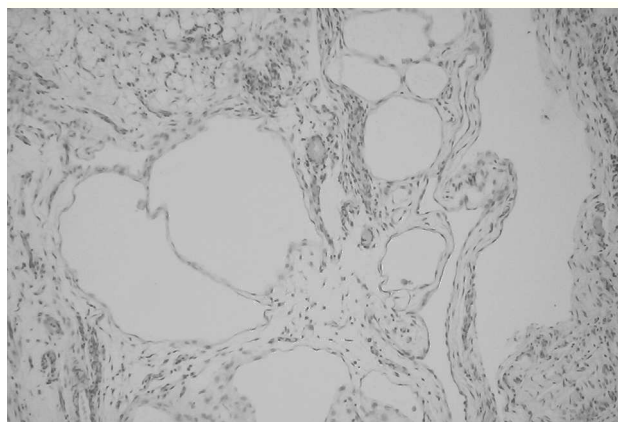


Fig. 2. Múltiples formaciones quísticas de pared laxa, con revestimiento mesotelial.

El resultado anatomopatológico de la pieza resecada fue de mesotelioma quístico benigno. Los quistes mostraban una pared laxa de tejido conjuntivo con revestimiento de células mesoteliales, que expresaban positividad para la calretinina. Estos quistes desplazaban el tejido adiposo del epiplón (fig. 2).

En la actualidad, la paciente permanece asintomática 9 meses después de la intervención.

Discusión

El mesotelioma quístico peritoneal, también conocido como mesotelioma multiquístico peritoneal, mesotelioma quístico del peritoneo o quiste peritoneal multilocular de inclusión, es una lesión de etiología no bien establecida. Algunos autores defienden que se trata de una neoplasia mesotelial benigna, mientras que otros la interpretan como una lesión peritoneal reactiva a inflamaciones abdominales: cirugía abdominal previa, endometriosis y enfermedad pélvica inflamatoria¹. Se presenta fundamentalmente en mujeres en edad fértil, lo que sugiere que las hormonas sexuales femeninas podrían tener un papel

importante en su patogenia². En el caso que presentamos, el dolor abdominal se intensificaba en los días previos a la menstruación, lo que parece reforzar esta hipótesis.

La clínica es inespecífica: dolor abdominal, masa palpable¹⁻⁴ y síntomas debidos a la compresión de los órganos abdominales (síndrome miccional, estreñimiento y hernia inguinal). A veces existen hemorragias vaginales, dispareunia y dismenorrea. En muchos casos es asintomático y es un hallazgo en el curso de una intervención quirúrgica^{2,3}.

El diagnóstico de presunción se realiza con la ecografía y el escáner abdominopélvico, en el que se aprecian tumoraciones quísticas multitabicadas, no dependientes de los órganos abdominales.

El diagnóstico diferencial del mesotelioma quístico peritoneal se establece con una serie de lesiones benignas (linfangiomas quísticos, endosalpingiosis, endometriosis, quistes müllerianos retroperitoneales y tumores adenomatoideos quísticos)^{1-3,5} y malignas (mesoteliomas malignos y carcinomas ováricos de células claras).

Macroscópicamente, el aspecto de la lesión es típico: múltiples quistes, a veces confluentes, de diversos tamaños, con contenido seroso o serosanguinolento dispersos por la superficie peritoneal. Microscópicamente (fig. 2), los quistes se caracterizan por estar revestidos de células mesoteliales con estroma vascular laxa, con infiltrado inflamatorio agudo y crónico, y áreas de metaplasia escamosa³. Mediante técnicas de inmunohistoquímica, las células mesoteliales expresan positividad para la calretinina y, en ocasiones, presentan receptores para estrógenos y progesterona². Se ha comunicado un caso de malignización de un mesotelioma quístico peritoneal recidivante⁶ lo que apoya su origen neoplásico.

El único tratamiento eficaz es el tratamiento quirúrgico, mediante la extirpación de las lesiones, pero se han comunicado índices de recidiva de hasta el 50%^{1,3,4}. Por este motivo se han ensayado nuevos tratamientos adyuvantes, como la esclerosis del peritoneo pélvico, con una solución de tetraciclinas al 1%^{2,4,7}, la perfusión peritoneal hipertérmica con cisplatino⁸ e incluso la peritonectomía asociada a quimioterapia intraperitoneal⁹. La detección de receptores hormonales para estrógenos y progesterona en algunos de estos tumores² ha llevado a algunos autores a utilizar terapia hormonal con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (leuprolido) y agentes antiestrogénicos, como el tamoxifeno¹⁰, en el tratamiento y la prevención de las recidivas de la enfermedad. Tras revisar la bibliografía, podemos considerar que el tratamiento de elección es quirúrgico; se debe extirpar todas las lesiones visibles y, sólo en caso de detectarse recidivas estaría indicada la esclerosis con tetraciclinas y la terapia hormonal. La infusión de agentes quimioterápicos intraperitoneales y la peritonectomía estarían indicadas en los casos multirrecidivantes más graves.

En cuanto al pronóstico, ni el tamaño de los quistes ni la extensión de la lesión parecen influir en éste^{1,3}. El problema fundamental es, como ya hemos dicho, la recidiva, que según la bibliografía revisada puede llegar hasta el 50%^{1,3}. Hasta la actualidad sólo se ha comunicado una transformación maligna⁶ en un caso con múltiples recidivas.

Bibliografía

1. Ross M, Welch W, Scully R. Multilocular peritoneal inclusion cysts (so-called cystic mesotheliomas). *Cancer* 1989;64:1336-46.
2. Sawh RN, Malpica A, Deavers MT, Liu J, Silva EG. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum: a clinicopathologic study of 17 cases and immunohistochemical analysis of estrogen and progesterone receptor status. *Hum Pathol* 2003;34:369-74.
3. Weiss S, Tavassoli F. Multicystic mesothelioma: an analysis of pathologic findings and biologic behaviour in 37 cases. *Am J Surg Pathol* 1988;12:737-46.
4. González Carro PS, Mones Xiol J, Vidal Álvarez P, Salvador R, Prat J. Multilocular peritoneal inclusion cysts in puerperium. *Rev Esp Enferm Dig* 1991;80:127-9.
5. Bell DA, Scully RE. Benign and borderline serous lesions of the peritoneum in women. *Pathol Annu* 1989;24:1-22.
6. González- Moreno S, Yan H, Alcorn KW, et al. Malignant transformation of "benign" cystic mesothelioma of the peritoneum. *J Surg Oncol* 2002;79:243-51.
7. Benson RC Jr, Williams TH. Peritoneal cystic mesothelioma: successful treatment of a difficult disease. *J Urol* 1990;143:347-8.
8. Park BJ, Alexander HR, Libutti SK, et al. Treatment of primary peritoneal mesothelioma by continuous hyperthermic peritoneal perfusion (CHPP). *Ann Surg Oncol* 1999;6:582-90.
9. Sugarbaker PH, Caprino P, Sebbag G, et al. Successful treatment of peritoneal cystic mesothelioma using peritonectomy procedures and intraperitoneal chemotherapy. *Surg Rounds* 2000;23: 61-5.
10. Letterie GS, Yon JL. The antiestrogen tamoxifen in the treatment of recurrent benign cystic mesothelioma. *Ginecol Oncol* 1998;70: 131-3.