

Ecografía abdominal

C. Castaño Yubero, T. Guerra Garijo, D. Oquillas Izquierdo y A. Castaño Yubero
Servicios de Urgencias y de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario de Segovia.



Fig. 1.

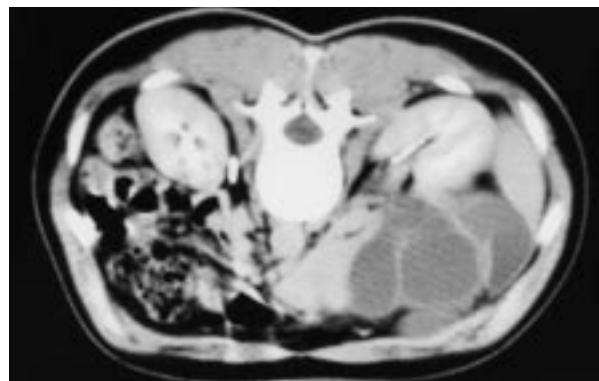


Fig. 2.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 30 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió al servicio de urgencias por presentar dolor epigástrico de inicio brusco, de 24 h de evolución, irradiado a hipocondrio derecho, que se intensificaba con los movimientos, la posición y la tos, y que no cedía con analgésicos habituales, antiinflamatorios no esteroideos ni espasmolíticos. No se acompañaba de náuseas, vómitos, alteración del ritmo intestinal ni fiebre.

En la exploración física sólo se objetivó dolor a la palpación superficial del epigastrio e hipocondrio derecho. Se realizaron hemograma, bioquímica general y coagulación, que fueron normales, una ecografía y una tomografía axial computerizada (TAC) abdominales.

Ecografía abdominal. Imagen quística septada en lóbulo hepático izquierdo con ligera dilatación de la vía biliar intrahepática, sin visualizarse vesícula biliar (fig. 1).

TAC abdominal. Imagen hipodensa tabicada que ocupa el hilio y el lóbulo hepático izquierdo, que comprime vesícula biliar y que estaba en contacto extenso con la vena cava inferior (fig. 2).

Se ingresó a la paciente para intervención quirúrgica urgente. Los hallazgos anatomopatológicos pusieron en evidencia una pared de quiste constituida por tejido fibrovascular, con infiltrado inflamatorio mixto y acumu-

laciones de fibrina y células de revestimiento, lo que era indicativo de morfología mesotelial. El cultivo del líquido fue negativo. Diagnóstico: mesotelioma multiquístico peritoneal benigno (MMPB).

Comentario

Los quistes primarios no parasitarios y las tumoraciones benignas de la cavidad peritoneal son poco frecuentes.

El término MMPB fue utilizado por primera vez por Mennemeyer y Smith en 1979¹, aunque lesiones semejantes ya habían sido descritas anteriormente por Plaut (1928) y Lord (1947).

Los mesoteliomas son neoplasias mesenquimales que tienen su origen en la serosa peritoneal, pericárdica o pleural, que se comporta como un epitelio cuyas células mesoteliales son capaces de formar puentes intercelulares o estructuras glandulares. Se distinguen en la actualidad cuatro tipos de mesoteliomas peritoneales: mesotelioma benigno papilar, mesotelioma fibroso benigno, tumor adenomatoide benigno y mesotelioma multiquístico peritoneal².

El MMPB es una lesión rara (menos de 150 casos descritos en la bibliografía médica)³, multiquística, difusa, de tamaño variable (entre escasos milímetros y varios centímetros de diámetro), que envuelve el peritoneo, el omento y las vísceras pélvicas y abdominales, formado por cavidades grandes, uniformes, con contenido proteico eosinófilo, de aspecto acuoso, y cuya superficie

interna está tapizada por células aplanadas o cúbicas, de apariencia mesotelial, con grandes núcleos, y, ocasionalmente, formando alguna yema intraluminal^{4,5}.

Se presentan con mayor frecuencia en mujeres jóvenes o de edad media, se localizan preferentemente en el área pélvica y tienden a la recurrencia local, incluso años después de su extirpación⁶. No metastatiza.

Según su localización se pueden confundir con otras patologías como miomas uterinos, apendicitis aguda, colecistitis crónica, quiste hidatídico hepático, entre otras.

Puede haber antecedente de cirugía abdominal o pélvica previa, procesos inflamatorios del peritoneo, diálisis peritoneal o derivación ventriculoperitoneal, o bien presentarse de forma congénita o idiopática⁷⁻⁹.

La forma de presentación clínica más frecuente es como dolor abdominal, aunque frecuentemente son asintomáticos y el hallazgo es casual. La sintomatología está en función de la localización, pudiendo producir cuadros de hemorragia uterina disfuncional, saciedad precoz, urgencia miccional, dispareunia, simular una apendicitis o colecistitis aguda, etc.

Se debe hacer el diagnóstico diferencial con todas las masas quísticas anecoicas abdominales (linfangiomas, cistoadenoma y cistoadenocarcinoma ovárico, teratomas, pseudomixoma peritoneal, endometriosis, tumores quísticos musculares, quistes mucinosos pancreáticos, etc.)¹⁰.

En la gran mayoría de los casos el tratamiento de elección es la cirugía con la intencionalidad de reseca la mayor parte de tejido, a pesar de la tendencia a la reci-

diva y la necesidad, en ocasiones, de múltiples intervenciones quirúrgicas. No son ni radio ni quimiosensibles^{11,12}.

Bibliografía

1. Mennemeyer R, Smith M. Multicystic peritoneal mesothelioma: a report with electronic microscopy of a case mimicking intraabdominal cystic hygroma. *Cancer* 1979; 44: 692-698.
2. Baddoura FK, Varma VA. Cytologic findings in multicystic peritoneal mesothelioma. *Acta Cytol* 1990; 34: 524-528.
3. De Alava E, Sola JJ, Panizo A, Pardo-Mindán FJ. Quiste multilocular de inclusión peritoneal (mesotelioma peritoneal multiquístico). *Patología* 1993; 26: 331-335.
4. Drut R, Quijano G. Multilocular mesothelial cysts. *Histopathology* 1999; 34: 472-474.
5. Bhandarkar DS, Smith VJ, Evans DA, Taylor TV. Benign cystic peritoneal mesothelioma. *J Clin Pathol* 1993; 46: 867-868.
6. Weiss S, Tavassoli FA. Multicystic mesothelioma. An analysis of pathologic findings and biologic behavior in 37 cases. *Am J Surg Pathol* 1988; 12: 737-746.
7. Villasci S, Anteliano F, Santensiano G, Balistari P. Cystic mesothelioma of the peritoneum. A report of three cases. *Am J Clin Pathol* 1990; 94: 758-761.
8. Canty MD, Williams J, Volpe RJ, Yunan E. Benign cystic mesothelioma in a male. *Am J Gastroenterol* 1990; 85: 311-315.
9. Moreira FG, Defarges V, González Palacios F, Bermejo F. Mesotelioma multiquístico peritoneal como causa de ascitis. *Rev Clin Esp* 1997; 197: 384-385.
10. O'Neill JD, Ros PR, Storm BL, Buck JL, Wilkinson EJ. Cystic mesothelioma of the peritoneum. *Radiology* 1989; 170: 333-337.
11. Moriwaki Y, Kobayashi S, Harada H, Kunizaki C, Imai S, Kido Y et al. Cystic mesothelioma of the peritoneum. *J Gastroenterol* 1996; 31: 868-874.
12. Pollack CV Jr, Jorden RC. Benign cystic mesothelioma presenting as acute abdominal woman. *J Emerg Med* 1991; 9 (Supl 1): 21-25.