

340 **R. Moreno<sup>a</sup>**  
**M.L. Ávila<sup>b</sup>**  
**R.A. Lizarbe<sup>a</sup>**  
**M. Lozano<sup>a</sup>**  
**F. Salvá<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Son Llátzer. Palma de Mallorca. Baleares. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Son Llátzer. Palma de Mallorca. Baleares. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Son Llátzer. Palma de Mallorca. Baleares. España.

**Correspondencia:**  
Dr. R. Moreno Mira.  
Servicio de Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Son Llátzer.  
Ctra. Manacor, km 4.  
07198 Palma de Mallorca. Baleares. España.  
Correo electrónico: rmoreno@hsll.es

Fecha de recepción: 29/12/03  
Aceptado para su publicación: 20/02/04

---

### RESUMEN

El quiste de inclusión peritoneal multilocular, también llamado mesotelioma quístico benigno, es una rara lesión que afecta al peritoneo abdominal. La etiología es desconocida, pero ocurre predominantemente en mujeres premenopáusicas.

Clínicamente, los hallazgos más frecuentes suelen ser dolor abdominal crónico, masa palpable y distensión abdominal, pero también puede ser asintomático o debutar con abdomen agudo. Las pacientes son habitualmente diagnosticadas mediante ultrasonidos, y la cirugía es el tratamiento recomendado primariamente aunque con altas tasas de recurrencias. Presentamos el caso de una mujer de 24 años con dolor abdominal agudo, tratada mediante laparoscopia y exéresis de la lesión.

### PALABRAS CLAVE

Quiste de inclusión peritoneal. Mesotelioma. Laparoscopia.

### Quiste de inclusión peritoneal multilocular: una extraña lesión pélvica

*Multilocular peritoneal inclusion cyst: a rare pelvic lesion*

### ABSTRACT

Multilocular peritoneal inclusion cyst, also known as benign multicystic mesothelioma, is a rare lesion found on the peritoneal surface. The etiology is unknown but the lesion usually occurs in premenopausal women.

Clinically the most frequent findings are chronic pain, a palpable mass and distension of the abdomen, although this cyst can also be asymptomatic or present as an acute abdomen. The diagnosis is usually given by ultrasonography and the currently recommended primary therapy is surgical excision, although high recurrence rates have been reported. We report the case of a 24-year-old woman with acute abdominal pain managed by laparoscopy and removal of the mass.

### KEY WORDS

Peritoneal inclusion cyst. Mesothelioma. Laparoscopy

## INTRODUCCIÓN

El quiste de inclusión peritoneal multilocular, también llamado mesotelioma quístico benigno, es una rara lesión que afecta a la serosa peritoneal con especial predilección pélvica, y del cual se han descrito en la bibliografía<sup>1</sup> poco más de 130 casos. Afecta en general a mujeres en edad reproductiva, con una media de 37 años, y su etiología es desconocida, si bien suelen existir antecedentes de cirugía pélvica, enfermedad inflamatoria pélvica o endometriosis, lo que alimenta la controversia existente sobre su naturaleza reactiva o neoplásica<sup>2</sup>.

La presentación clínica es inespecífica, y predominan el dolor y la distensión abdominal con presencia de masa palpable en la exploración física. El diagnóstico se sugiere con el uso de la ecografía y, de forma complementaria, con la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), aunque el diagnóstico definitivo recae sobre la cirugía y el estudio anatomo-patológico. La resección completa de la lesión no siempre es el tratamiento definitivo, y se describen recurrencias entre el 25 y el 50% de los casos<sup>3,4</sup>.

Presentamos un caso de quiste de inclusión peritoneal multilocular que afectaba a la pelvis, que se evaluó y trató en nuestro hospital.

## CASO CLÍNICO

Paciente nulípara de 24 años, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal, más intenso en fosa iliaca derecha (FID), de 4 días de evolución y sin otra sintomatología asociada. En su historial médico no existían datos relevantes de interés, salvo tratamiento con anticonceptivos orales (ACO) por diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico (SOP). La exploración reveló un abdomen doloroso con rebote positivo, y los genitales internos eran indelimitables por dolor. Las pruebas analíticas y radiográficas abdominales solicitadas fueron normales; sin embargo, los ultrasonidos mostraron una formación quística retrouterina de 12-10-9,4 cm, con múltiples septos finos internos y cuya dependencia no se pudo asegurar, y se orientó como cistoadenoma o quiste complicado (fig. 1).

Ante la persistencia del cuadro abdominal agudo tras la evaluación inicial, la paciente se sometió a

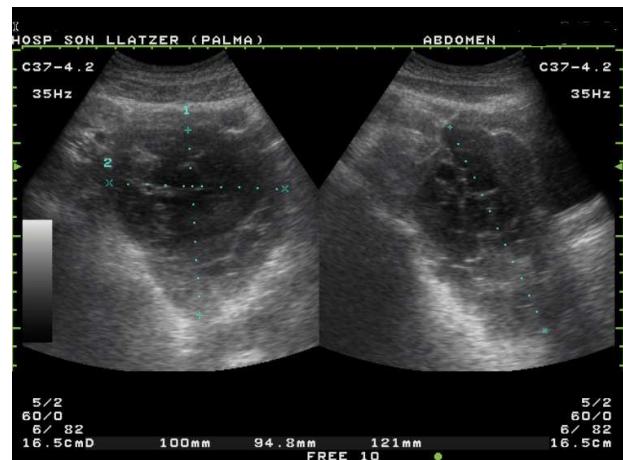


Figura 1. Imagen ecográfica previa a la intervención quirúrgica.

una laparoscopia con carácter urgente, en la que se halló una lesión quística multivesicular y arracimada, de unos 10 cm de diámetro, rellena de un líquido seroso amarillento que formaba masa con el anejo derecho. Algunas de las vesículas aparecían rotas, existía líquido en Douglas y adherencias fibrinosas laxas en el intestino. El resto de los genitales internos, intestino y superficie hepática eran de conformación normal. Se procedió a adhesiolisis y exéresis de la formación quística, incluyendo el anejo derecho.

El estudio anatomo-patológico demostró la presencia de formaciones quísticas de contenido seroso, recubiertas por una única capa de mesotelio sin atipia, con presencia de componente fibroso en las zonas interquísticas, algunas de las cavidades estaban rotas y mostraban un cierto componente inflamatorio, todo ello compatible con quiste de inclusión peritoneal multilocular (fig. 2). El postoperatorio cursó sin incidencias.

El seguimiento ambulatorio inmediato no reveló alteraciones desde el punto de vista clínico; sin embargo, la ecografía practicada a los 4 meses de la intervención demuestra nuevas imágenes compatibles con recidiva de la lesión.

## DISCUSIÓN

Varios aspectos singulares caracterizan esta extraña lesión pélvica, que dificultan su manejo. Su extremada rareza hace que sea difícil pensar en ella a

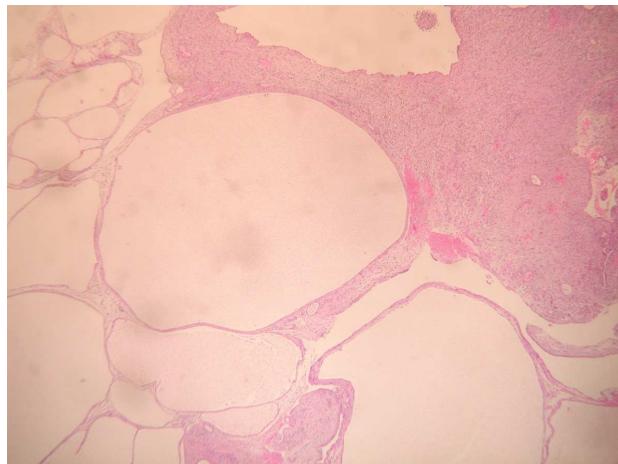


Figura 2. Preparación anatomo-patológica de la pieza (HE, 40).

la hora de realizar el diagnóstico diferencial de lesiones pélvicas abigarradas. Suele ocurrir en mujeres jóvenes o en la edad media de la vida y afecta preferentemente a la pelvis, el abdomen y el retroperitoneo. La etiología es desconocida, y hay autores que se inclinan por atribuirle una naturaleza reactiva, al ser más frecuente en mujeres con antecedentes de endometriosis, cirugía o enfermedad inflamatoria pélvica. Otras fuentes, postulan más bien por un carácter neoplásico, aunque desde luego no se relaciona, como en el caso del mesotelioma maligno, con la exposición al asbesto<sup>2,5</sup>. La aparición predominante en mujeres en edad reproductiva sugiere cierta dependencia hormonal, y de hecho se han descrito respuestas terapéuticas con tamoxifeno y análogos de la Gn-Rh<sup>6,7</sup>.

El aspecto macroscópico de la lesión es peculiar, de forma que aparece como una estructura multivesicular, arracimada, rellena de un líquido entre claro

y verdoso, a veces mucinoso o gelatinoso y adherida al peritoneo, aunque los quistes de un tamaño que oscila entre 1 y 200 mm pueden flotar libremente en la cavidad peritoneal.

La presentación clínica es variable, si bien predomina el dolor abdominal inespecífico unido a la distensión abdominal. También puede ser un hallazgo casual o bien debutar, como en nuestro caso, con una sintomatología sugerente de abdomen agudo. La exploración clínica denota una masa palpable la mayoría de las veces y, en ocasiones, se acompaña de un síndrome febril.

El diagnóstico es primariamente ecográfico, que muestra una estructura irregular anecóica multilocular que obliga a realizar el diagnóstico diferencial con quistes ováricos epiteliales, endometriosis o linfangiomas quísticos<sup>8</sup>. La RM y la TC se pueden usar de forma complementaria.

El tratamiento de elección para combatir los síntomas y prevenir las recurrencias es quirúrgico, a poder ser mediante laparoscopia. Al considerar el hecho de que el quiste de inclusión peritoneal recurre entre un 25-50% de los casos, se han propuesto tratamientos conservadores como la escleroterapia con sustancias como povidona iodada o etanol, con buenos resultados en series limitadas<sup>9</sup>.

La principal preocupación en mujeres jóvenes con deseos gestacionales futuros, es la conservación de la capacidad reproductiva, lo que en una enfermedad en el límite de la malignidad por su comportamiento local recurrente, como ésta, obliga a sospechar detenidamente la oportunidad de soluciones radicales o nuevas intervenciones quirúrgicas en caso de reaparición de la enfermedad.

Son necesarios trabajos que profundicen en el estudio de nuevos tratamientos conservadores para esta patología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kanstrup MH, Joergensen A, Gove A. Benign multicycstic peritoneal mesothelioma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81: 1083-5.
2. Weiss SW, Tavassoli FA. Multicycstic mesothelioma. An analysis of pathologic findings and biologic behaviour in 37 cases. *Am J Surg Pathol* 1988;12:737-46.

3. González Vidores AM, Garzo Pipo ML, Pujadas Morató M, Muñoz Collado S, Moreno Amescua J. Mesotelioma peritoneal quístico benigno. Presentación de un caso. *Cir Esp* 2000;68:515-6.
4. Katsube Y, Mukai K, Silverberg SG. Cystic mesothelioma of the peritoneum: a report of five cases and review of the literature. *Cancer* 1982;50:1615-22.
5. Ross MJ, Welch WR, Scully RE. Multilocular peritoneal inclusion cysts (so-called cystic mesotheliomas). *Cancer* 1989;64: 1336-46.
6. Nozawa S, Iwata T, Yamashita H, Banno K, Kubushiro K, Aoki R, et al. Gonadotropin-releasing hormone analogue therapy for peritoneal inclusion cysts after gynecological surgery. *J Obstet Gynaecol Res* 2000;26:389-93.
7. Letterie GS, Yon JL. The antiestrogen tamoxifen in the treatment of recurrent benign cystic mesothelioma. *Gynecol Oncol* 1998;70:131-3.
8. Kim JS, Lee HJ, Woo SK, Lee TS. Peritoneal inclusion cysts and their relationship to the ovaries: evaluation with sonography. *Radiology* 1997;204:481-4.
9. Jeong JY, Kim SH. Sclerotherapy of peritoneal inclusion cysts: preliminary results in seven patients. *Korean J Radiol* 2001;2:164-70.