



REVISTA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

www.elsevier.es/hgmex



CASO CLÍNICO

Quiste gigante retroperitoneal. Informe de 3 casos



J.M. López López^{a,*}, M.A. Durán Padilla^b, A. Bustos Ramírez^a, S. González Díaz^a,
B.M. Vargas Pedraza^a, V. González R^a y A. Vivanco Rosas^a

^a Servicio de Cirugía General, Unidad 303, Hospital General de México, México D.F., México

^b Servicio de Patología, Hospital General de México, México D.F., México

Recibido el 20 de abril de 2014; aceptado el 10 de julio de 2014

Disponible en Internet el 4 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Quiste;
Retroperitoneal;
Mesotelial

Resumen El quiste retroperitoneal gigante es una entidad poco frecuente que suele confundirse con el quiste mesentérico; sin embargo, su origen mesotelial y retroperitoneal lo hace diferente, ya que no emerge del mesenterio. Los quistes mesoteliales se reportan de pequeño tamaño y generalmente asociados a patología anexial. En este escrito se describen 3 casos de pacientes femeninas que coincidentemente presentaron sintomatología muy semejante por el crecimiento desmesurado de los quistes, aproximadamente 30 cm de diámetro. Para descartar patología maligna se monitorizaron los marcadores tumorales. Se realizó cirugía abierta hacia el espacio retroperitoneal, extrayéndolos íntegros. La evolución fue buena, sin recurrencia hasta 3 años de seguimiento. En quistes gigantes retroperitoneales se recomienda la cirugía abierta para la extracción íntegra del quiste y evitar la recurrencia, como se describe en la literatura revisada.

© 2014 Sociedad Médica del Hospital General de México. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cyst;
Retroperitoneal;
Mesothelial

Retroperitoneal giant cyst. Report of 3 cases

Abstract Giant retroperitoneal cyst is a rare entity, often confused with mesenteric cyst, however the mesothelial origin and retroperitoneal makes it different, since no emerges from the mesentery. Mesothelial cysts are reported small and usually associated with anexal disease. This paper describes three cases of female patients who coincidentally presented very similar symptomatology by excessive growth who presented cysts, approximately 30 cm in diameter. To rule out pathology malignant tumor markers were monitored. Open surgery was performed at the retroperitoneal space, removing them intact. The evolution was good without recurrence

* Autor para correspondencia: Calle Temascaltepec M-18 L-14, Col. Jardines de San Gabriel, Ecatepec, Estado de México. C.P. 55220, Tel.: +044 55 2337 7904.

Correo electrónico: lopdos@yahoo.com.mx (J.M. López López).

until 3 years of follow-up. Open surgery is recommendable in giant retroperitoneal cysts for the full removal of the cyst and prevent recurrence, as described in the literature reviewed.

© 2014 Sociedad Médica del Hospital General de México. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

El retroperitoneo es un espacio anatómico que es afectado por lesiones derivadas de los órganos y estructuras que lo ocupan, tales como riñones, páncreas, duodeno, vasos sanguíneos, nervios, vasos linfáticos, músculo, etc. Es un espacio limitado en la parte anterior por el peritoneo posterior, hacia atrás por la columna vertebral y los músculos psoas y cuadrado lumbar, en la superior por las decimosegundas costillas y las inserciones del diafragma, y en la parte inferior por el estrecho superior de la pelvis. Los bordes laterales del espacio corresponden a los bordes laterales de los músculos cuadrado lumbares. Estos límites definen un espacio real y uno virtual: El primero contiene órganos sólidos y vasos sanguíneos grandes. El segundo incluye tejidos blandos, elementos nerviosos y vasos sanguíneos pequeños. Embriológicamente predomina tejido mesodérmico, y el mesoderma intermedio origina órganos del sistema urinario y genital. Puesto que no hay barreras anatómicas en esta región, los procesos patológicos se diseminan con facilidad y pueden ser bilaterales.

Las formaciones quísticas retroperitoneales se han descrito desde hace muchos años; pueden alcanzar grandes proporciones y confundirse con tumores malignos. En 1507 Benivieni, anatomista florentino, describió un quiste mesentérico en la autopsia de un niño de 8 años¹; en 1842 Rokitsky registró la descripción de un quiste mesentérico quiloso², y en 1852 Gairdner reportó el primer quiste de epiplón³. En 1880 Tillaux⁴ realizó la primera resección exitosa de un quiste mesentérico. Pean describió en 1833 la primera marsupialización de un quiste mesentérico. La primera descripción de un tumor retroperitoneal ha sido atribuida a Morgagni en 1761: se trató de un lipoma retroperitoneal en una mujer de 60 años, y el término de tumor retroperitoneal fue utilizado por primera vez en 1834 por Lobstein. El objetivo de esta revisión es informar de una entidad poco frecuente del espacio retroperitoneal que puede confundirse con un tumor maligno.

Informe de los casos

Se informan 3 casos que correspondieron a mujeres de 30, 34 y 52 años de edad. Todas presentaron una sintomatología muy similar, caracterizada por dolor abdominal difuso y aumento de volumen progresivo del abdomen de 2 años de evolución, principalmente en el flanco y la fosa lumbar del lado derecho. Se les realizó tomografía abdominal, y en las 3 se observa una imagen ovoidea, con diámetro de 30 cm en promedio, de textura homogénea, localizada

en el retroperitoneo de hemiabdomen derecho, con bordes libres y bien definidos, con desplazamiento hacia la izquierda del colon, el hígado y el riñón derecho hacia arriba y atrás (fig. 1), los marcadores tumorales: antígeno carcinoembrionario, CA125, CA19-9 se encontraron normales; las 3 pacientes se intervinieron a través de incisión paramediana derecha, el retroperitoneo se abordó seccionando la fascia de Toldt hasta cerca del ángulo hepático del colon, se encontró en cada una de ellas un tumor quístico gigante de 30 cm (fig. 2), se liberó de adherencias laxas —los quistes se encontraron en el espacio retroperitoneal, sin depender de órgano alguno o del mesenterio—, se extrajeron íntegros, y las pacientes egresaron 48 h después de la cirugía. El seguimiento fue a 3 años en el caso de la primera paciente y a 2 años las otras dos, sin presencia de recurrencia.

Macroscópicamente los quistes midieron en promedio 30 cm de eje mayor, eran ovoides, de superficie lisa de color blanco grisáceo, contenían en su interior líquido de color amarillo claro y eran de pared delgada. Histológicamente están constituidos por una pared delgada de colágeno y revestidos en su interior por una capa de células cubicas y planas de aspecto epitelial (fig. 3).

Discusión

Los tumores del retroperitoneo en su mayoría son sólidos y malignos (80%), Dentro de los benignos (20%) está el quiste mesotelial, con una incidencia de 1 por cada 250,000 ingresos hospitalarios; generalmente es de 1 a 5 cm, se presenta en mujeres jóvenes o de la edad media, son asintomáticos y de localización en la pelvis^{5,6}, generalmente son menores de 10 cm y se encuentran como hallazgo durante cirugías ginecológicas, a excepción de cuando tienen un gran crecimiento y localización retroperitoneal, causan dolor difuso y deformación del abdomen, como en los casos aquí presentados. El mejor estudio para confirmar esta entidad es la tomografía abdominal contrastada. Las complicaciones que pueden originar son compresión a otros órganos, rotura del quiste, infección y recidiva. La resección quirúrgica es el tratamiento ideal. Se han descrito quistes mesoteliales unidos al ligamento redondo semejando metástasis⁷, también en hígado^{8,9}, y un caso en el tórax¹⁰.

La etiología del quiste mesotelial simple es desconocida. Aunque algunos autores apoyan la teoría congénita, otros sugieren que estas lesiones son reactivas y debidas a procesos traumáticos o inflamatorios. Generalmente los quistes se presentan en mujeres jóvenes o en la edad media, su localización es usualmente en el mesenterio y en su mayoría son asintomáticos¹¹.



Figura 1 El quiste y su relación con los órganos intraabdominales.



Figura 2 Uno de los quistes recién extraídos.

La patogénesis de los quistes mesentéricos no está muy clara. Muchos autores sugieren que derivan de tejido semejante al ovárico, e incluso los catalogan dentro de esa clasificación cuando hay indicios de neoplasia, para el manejo terapéutico¹².

El término «tumor retroperitoneal primario» se reserva a las neoplasias que se originan independientemente y sin conexión anatómica primaria a cualquiera de los órganos retroperitoneales. El origen de estas lesiones se encuentra en el tejido linfático, nervioso, vascular, muscular de sostén y conectivo. Se incluyen también los tumores derivados de restos embrionarios de la cresta urogenital y la notocorda primitiva, pudiendo ser de naturaleza sólida o quística y con las características benignas en el 15% y maligna en el 85%.

Los quistes del mesenterio, del retroperitoneo y del epiploon comparten una incidencia similar en ambos géneros, con una variación entre 1:260,000 y 1:27,000 casos en adultos y 1:20,000 en niños. La sintomatología es inespecífica, hay dolor abdominal difuso, crecimiento abdominal progresivo y masa palpable, y pueden presentarse datos de obstrucción gastrointestinal o urinaria. Los quistes retroperitoneales deben considerarse como una entidad diferente de los quistes del mesenterio, incluso aunque la presentación clínica sea muy similar¹³. No hay signos ni síntomas patognomónicos para los quistes retroperitoneales o mesentéricos.

Los quistes retroperitoneales se han clasificado de distintas formas: atendiendo a criterios de malignidad o benignidad, morfológicos (quísticos o sólidos), tejido de origen (mesodérmicos, de tejido neural y de restos embrionarios), etc.

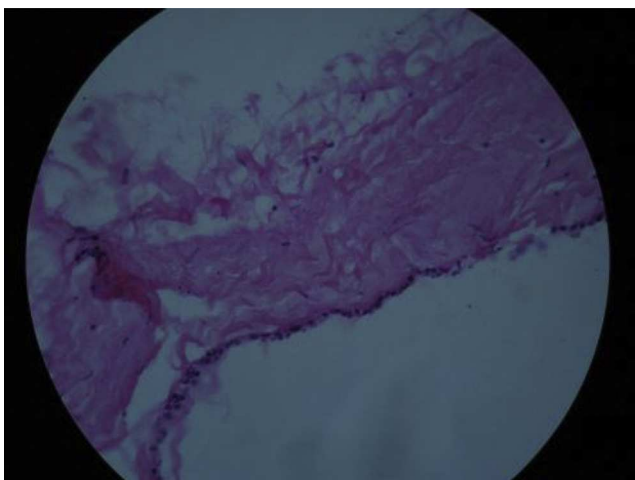


Figura 3 Corte histológico de la pared de un quiste con células cúbicas y cilíndricas.

1. *Quistes de origen urogenital.* Pueden desarrollarse de restos mesonéfricos, pronéfricos, metanéfricos o de restos mullerianos. Son más frecuentes en mujeres. Su contenido puede ser un líquido claro y achocolatado por hemorragia intraquística¹⁴.
2. *Quistes mesocólicos.* Se originan por defecto de fusión de las hojas peritoneales. Su localización por delante de los vasos espermáticos u ováricos los diferencia de los quistes urogenitales que yacen por detrás¹⁵.
3. *Quistes linfáticos.* Se forman por compresión u obstrucción de los linfáticos retroperitoneales, dando lugar al linfangioma quístico. Su contenido puede ser blanco cremoso y microscópicamente es característica la presencia de material graso.
4. *Quistes traumáticos.* Formados por hemorragia traumática y en ocasiones espontánea; el resultado es un hematoma organizado que carece de cápsula verdadera.

5. *Quistes dermoides y teratomas*. Los quistes dermoides corresponden a teratomas maduros muy bien diferenciados y que contienen estructuras derivadas de las 3 líneas germinales. Su diagnóstico puede ser hecho por una radiografía simple de abdomen, al sospechar en la imagen la presencia de cartilago, hueso, dientes, etc. En el 75% de los casos afecta a personas de corta edad y en las primeras décadas de la vida¹⁶.

Con base en la literatura revisada se evidencia que no hay una clasificación unificada de los quistes retroperitoneales y mesentéricos.

Los casos aquí presentados son ejemplos característicos de lesiones mesoteliales que clínicamente pueden semejar tumores malignos. El gran tamaño de estas lesiones es una forma poco usual de presentación de estas lesiones quísticas, así como la coincidencia de 3 casos con presentación de sintomatología y lesiones idénticas. Ante estos casos se hizo una revisión en los archivos del Servicio de Patología, en los últimos 10 años (2002 a 2012), encontrando 28 casos, 25 de ellos menores de 10 cm y como hallazgos en cirugía ginecológica; los otros 3 corresponden a los de esta serie.

El quiste mesotelial simple es una patología aparentemente poco frecuente que puede encontrarse en cualquier parte de la cavidad abdominal y el espacio retroperitoneal e incluso en el tórax. Esta patología pudiera ser más frecuente de lo que parece, ya que no se reporta debido a que pueden ser hallazgos de una cirugía por otro motivo, son pequeños y no dan una sintomatología evidente. Generalmente se presenta en menores de 15 años y en mujeres jóvenes, aunque también se refiere que no hay diferencia en cuanto a sexo. El quiste gigante puede ser causa de confusión con un tumor maligno, por lo que el mejor estudio para confirmar esta patología es la tomografía abdominal contrastada. Las complicaciones que pueden originar son: compresión a otros órganos, rotura del quiste, infección y recidiva. La resección quirúrgica es el tratamiento ideal. El pronóstico de estos quistes, siempre que la resección haya sido completa, es bueno, y el número de recidivas muy reducido, por lo que se puede considerar un tratamiento curativo. En quistes menores de 10 cm de diámetro el abordaje laparoscópico es la mejor opción¹⁷; en los quistes gigantes, como en los casos aquí reportados, la planeación de la cirugía y el abordaje abierto aseguran la resección completa, con lo que se evita la rotura y el derrame del contenido, previniendo la recidiva.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Braquehage J. Des kystes du mesentery. Arch Gen. 1892;170:291.
2. Von Rokitsansky CF. Handbuch der Pathologischen anatomie. bd 2. Handbuch der Speciellen Pathologischen Anatomie. Wein: Braumuller and Seidel; 1842.
3. Gairdner WT. A remarkable cyst in the omentum. Transactions of the Pathological Society of London. 1851;3:1851.
4. Tillaux PJ. Cyste du mesentere un homme: Ablation par la gastromie: Qursion. Revue de Therapeutiques Medico-Chirurgicale Paris. 1880;47:479.
5. Bannura CG, Peñaloza PJ, Contreras MP. Quiste mesotelial simple gigante abdomino-pélvico. Rev Chilena de Cirugía. 2008;60:67-70.
6. Rivera Montes AM, Barrera YA. Quiste mesentérico. Informe de un caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008;46:423-6.
7. Kim BM, Lee JY, Han YH. Mesothelial cyst of the round ligament mimicking a metastasis: A case report. Korean J Radiol. 2010;11:364-7.
8. Komori K, Hoshino K, Shirai J. Mesothelial cyst of the liver in a neonate. Pediatr Surg Int. 2008;24:463-5.
9. Silva AR, Fragoso AC, Oliveira M. Laparoscopic excision of a hepatic mesothelial cyst. Cir Pediatr. 2009;22:229-32.
10. Naik-Mathuria BJ, Cotton RT, Fitch ME. Thoracoscopic excision of an intrathoracic mesothelial cyst in a child. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2008;18:317-20.
11. Ousadden A, Elboughaddouti H, Ibmajdoub KH. A giant peritoneal simple mesothelial cyst: A case report. J Med Case Reports. 2011;5:361-3.
12. Metaxas G, Tangalos A, Pappa P. Mucinous cystic neoplasms of the mesentery: A case report and review of the literature. World J Surg Oncol. 2009;7:47-50.
13. Kurtz R, Heimann T, Beck R, et al. Mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann Surg. 1986;203:109-12.
14. Hinman F, Gibson TE, Kutzman A. Cysts of Wolfian body. Ann Surg. 1924;79:762-5.
15. Moynihan BGA. Mesenteric cysts. Ann Surg. 1897;26:1-6.
16. Zuluaga Gómez A, Jiménez Verdejo A. Patología retroperitoneal. Actas Urol Esp. 2002;26:445-62.
17. Morales Conde S, Sánchez F. Exéresis de quiste retroperitoneal por vía laparoscópica. Cir Esp. 2001;69:507-9.