



## P-065 - TUMORACIÓN QUÍSTICA GIGANTE INCIDENTAL DIAGNOSTICADA A LAS 15 SEMANAS DE GESTACIÓN

del Pozo Elso, Pilar; Justo Alonso, Iago; Lechuga Alonso, Isabel; González Búrdalo, Verónica; González González, Lucía; Marcacuzco Quinto, Alberto; Jiménez Romero, Luis Carlos; Loinaz Seguro, Carmelo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Definir la posibilidad de llevar una gestación a término con el diagnóstico en el 1<sup>er</sup> T de un tumor mesenquimal intraabdominal. Evaluar si es posible concluir un parto vaginal. Concluir si es posible realizar la exéresis por vía laparoscópica.

**Métodos:** Paciente de 28 años sin antecedentes de interés diagnosticada de manera incidental de un tumor mesenquimal gigante en la semana 15 de gestación. G2P2A0. Es derivada a la consulta de Ginecología de Alto Riesgo (CAR) por quiste abdominal de unos 22 × 15 cm sin datos ecográficos de malignidad cuya dependencia no es posible confirmar. RMN: lesión intraperitoneal de 26,5 × 11 × 19 cm que ocupa gran parte de la cavidad abdominal derecha. Contenido homogéneo quístico. Se adapta a las estructuras de la zona y se extiende en vecindad de múltiples órganos, sin clara dependencia; impresiona de mesentérica. Ecografía 2<sup>o</sup> T: IP medio en arterias uterinas normal (p < 95). No se visualizan anomalías morfológicas aparentes. Lesión de 27 × 11 × 20 mm sin cambios. Ecografía 3<sup>er</sup> T: gestación 34 semanas con desarrollo fetal correcto y adecuada situación hemodinámica. Tumoración quística materna estable. Se realiza RMN trimestral para control de evolución. Al comprobar estabilidad de la tumoración durante los primeros 3 meses (6<sup>o</sup> mes de embarazo), se plantea que en caso de no haber compromiso de espacio con el feto, demorar el tratamiento quirúrgico a unos 3 meses postparto hasta restaurar fisiología de la madre. De ameritar en algún momento, cesárea urgente; se decide en conjunto con Ginecología abordaje tipo Pfannenstiel de cara a no comprometer la cavidad abdominal para la cirugía posterior. En la semana 39 la paciente tiene un parto vía vaginal sin incidencias. Neonato sin ningún tipo de complicación, se le da de alta a los 4 días del nacimiento. A los 4 meses, se realiza enucleación completa laparoscópica de la tumoración. El postoperatorio transcurre sin incidencias. Finalmente, la anatomía patológica informa de un mesotelioma quístico y dada la benignidad de la lesión, no precisa de mayor tratamiento adicional.

**Resultados:** Los QM son tumores intraabdominales raros, con una incidencia entre 1 de 27.000 a 1 de 250.000 habitantes. Son de clínica, etiología y características radiológicas y patológicas bastante diversas. Los mesoteliomas quísticos generalmente asientan sobre pleura, peritoneo o el pericardio y son más frecuentes en mujeres en edad fértil. Son *a priori* benignos aunque el comportamiento clínico no está claramente definido. Suelen presentarse como dolor abdominal y masa palpable aunque no es infrecuente que sean incidentales. El diagnóstico se basa en una

ecografía, TAC y/o RMN y la exploración laparoscópica, que revela estructuras multiquísticas en "racimo de uvas" . El tratamiento es quirúrgico basado en la enucleación de la lesión. En caso de recidiva hay quien recomienda la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC). Se han descrito casos de recidiva de la enfermedad, de progresión invasiva o maligna.

**Conclusiones:** Los MQ son poco frecuentes y pueden aparecer de manera indolente. El hallazgo durante la gestación invita a la prudencia con seguimiento radiológico estrecho. Es posible demorar el tratamiento quirúrgico a finalizar la gestación y se puede desarrollar un parto vaginal sin incidencias.