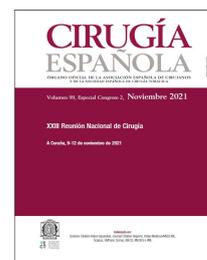




# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-721 - MANEJO QUIRÚRGICO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE TUMORACIÓN RETROPERITONEAL EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

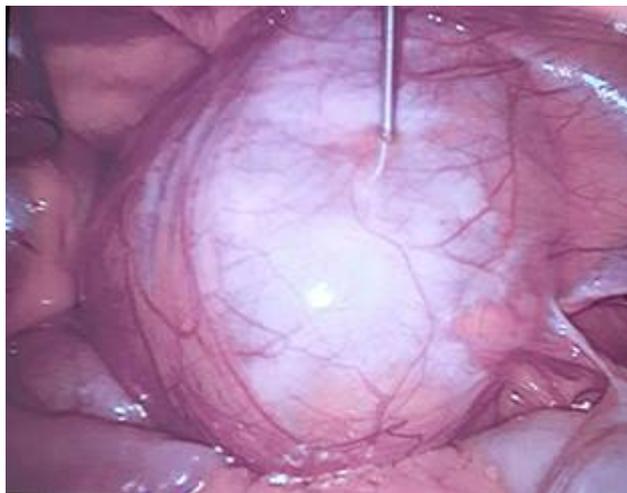
*Landra Dulanto, Jose Piero; Moreno Arciniegas, Alejandra; Dulanto Vargas, Marcia Magaly; El Malaki Hossain, Lotfi Yalal; Sánchez Sánchez, Ana María; Herrera del Castillo, Juan Carlos; Muñoz Espejo, José; Fernández Fernández, José Manuel*

*Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta.*

### Resumen

**Introducción:** Los tumores retroperitoneales de naturaleza quística son infrecuentes, con una incidencia de 1/5.750 a 1/250.000. Presentamos el caso de un paciente varón de 43 años, portador de una tumoración retroperitoneal gigante, clínicamente con molestias abdominales inespecíficas y diagnosticado mediante tomografía abdominal computarizada. El manejo quirúrgico consistió en la extirpación completa de la lesión por abordaje laparoscópico. Las tumoraciones retroperitoneales constituyen un grupo heterogéneo de lesiones, originadas en el espacio retroperitoneal. Pueden ser categorizadas en sólidas y quísticas dependiendo de sus características morfológicas objetivadas en las pruebas de imagen. Las lesiones sólidas puede dividirse en cuatro grupos, por su origen: mesenquimal, neural, germinal y linfoproliferativo. Entre las lesiones quísticas, la más común son el linfangioma y el mesotelioma quístico. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, dependiendo de la localización y relación con estructuras adyacentes. El diagnóstico se realiza mediante tomografía computarizada (CT) y resonancia magnética (MRI).

**Caso clínico:** Varón de 43 años que consultó por dolor abdominal recurrente, de intensidad leve de 8 meses de evolución, localizado en fosa iliaca derecha e hipogastrio y asociado a molestias urinarias (tenesmo vesical, polaquiuria). En la exploración física presentaba una masa a nivel de hipogastrio y fosa iliaca derecha, de 10 cm de diámetro, duro elástica, mal delimitada. La TAC objetivó una lesión quística en hemiabdomen inferior, sin componente sólido de a 10 × 8 cm. Se realizó laparoscopia exploradora, apreciando una tumoración quística retroperitoneal, localizada en fosa ilíaca derecha que englobaba entre su pared y el peritoneo elementos del cordón espermático y que si bien no dependía de órganos adyacentes, mantenía íntimo contacto con ciego, apéndice cecal, íleon terminal y pared lateral de la vejiga. Como maniobra inicial se puncionó el quiste (fig.), obteniendo líquido seroso claro. Posteriormente se disecó su pared, liberándolo de los órganos que estaban en íntimo contacto. La exéresis de la lesión fue completa. Anatomía patológica informó de una lesión quística cuya pared estaba constituida por tejido fibroso densamente colagenizado sin evidencias de revestimiento epitelial, mesotelial, ni atípias. El paciente fue dado de alta a las 12 horas de la intervención, con un control analgésico adecuado y sin complicaciones en el control al año de la intervención.



**Discusión:** Los tumores retroperitoneales suponen un reto diagnóstico, constituyendo en la mayoría de casos tumoraciones malignas, de las cuáles 75% tienen un origen mesenquimal, correspondiendo al 0,2% de todas las neoplasias en adultos. Las lesiones quísticas son infrecuentes en la práctica quirúrgica, con una incidencia de 1/5.750 -1/250.000. Su etiología es incierta, siendo la teoría embriológica la más aceptada. Un tercio de los pacientes con lesiones quísticas son asintomáticos y su diagnóstico supone un hallazgo radiológico incidental. El tratamiento supone un reto relacionado con la topografía de la lesión, dimensión, grado de compromiso de órganos adyacentes y/o estructuras vasculares. La cirugía sigue siendo la mejor opción de tratamiento. El abordaje laparoscópico mínimamente invasivo constituye, cuando es factible, la mejor opción de tratamiento por su tasa de éxito, baja recurrencia y rápida recuperación.