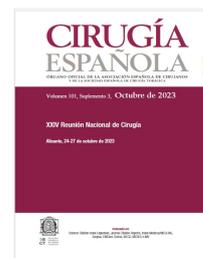




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

VC-134 - MESOTELIOMA QUÍSTICO BENIGNO. ¿CÓMO TENGO QUE ACTUAR?

Pastor Altaba, Daniel; Bernal Tirapo, Julia; Moreno Bargeiras, Alejandro; Sánchez García, Carmen; Gutiérrezz Andreu, Marta; Guadarrama González, Francisco Javier; Yuste García, Pedro; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Las lesiones quísticas mesentéricas son lesiones muy poco frecuentes y habitualmente asintomáticas por lo que han sido muy poco estudiadas y probablemente están infradiagnosticadas. No existe consenso en cuanto al manejo más adecuado.

Caso clínico: Varón de 52 años que consulta porque en una ecografía abdominal realizada por clínica urinaria presenta una lesión quística mesentérica. El paciente está totalmente asintomático desde el punto de vista abdominal. Se realiza un TAC que confirma la presencia de una lesión quística en FID de 5 × 6,8 cm, situada entre la vejiga, el ciego y algunas asas ileales y que rodea el apéndice cecal, sin afectar a su luz ni a su calibre. No presenta clara pared definida. Se plantea el diagnóstico diferencial entre linfangioma quístico (como primera posibilidad por ser lo más frecuente), quiste mesotelial o quiste entérico por las características de la imagen, sin poder descartar otras posibilidades como mesotelioma quístico. Ante estos hallazgos, se decide realizar una laparoscopia exploradora. En la cirugía se objetiva una lesión quística que rodea la punta del apéndice, no adherida a ninguna otra estructura. Se realiza una apendicectomía reglada, extirpando así la lesión, que se extrae a través de una incisión de Pfannenstiel para evitar su rotura. El paciente se fue de alta el 1ºDPO. La anatomía patológica se informó como un mesotelioma quístico benigno. Tras dos años de seguimiento, no presenta recidivas.

Discusión: Las lesiones quísticas mesentéricas pueden tener diferentes orígenes (tabla). Los mesoteliomas benignos son tumores extremadamente raros que se originan en el mesotelio peritoneal. Aparecen casi exclusivamente en mujeres y se cree que el origen es una proliferación reactiva, no neoplasia, de las células mesoteliales. A menudo existe un antecedente de cirugía abdominal o pélvica, algún traumatismo pélvico o, en mujeres, antecedentes de endometriosis o enfermedad inflamatoria pélvica. El diagnóstico diferencial más frecuente es con el linfangioma quístico, aunque no puede descartarse la posibilidad de un mesotelioma quístico maligno en fase inicial, ya que estos tumores, a nivel abdominal, no tiene siempre relación con la exposición a asbesto como sí ocurre cuando aparecen en la pleura. Tradicionalmente, el manejo del linfangioma quístico abdominal ha sido quirúrgico, con exéresis a poder ser completa del mismo. Por ello, ante un diagnóstico de lesión quística abdominal con posibilidad de tratarse de un linfangioma quístico o incluso de un mesotelioma maligno, lo indicado es la cirugía. No obstante, la exéresis incompleta de los mismos se relaciona con altas tasas de recidiva y en ocasiones una exéresis completa implica cirugías muy agresivas cuando las lesiones afectan a varios órganos. Trabajos recientes plantean la

posibilidad de manejar estas lesiones de forma conservadora cuando el paciente es asintomático y las características de imagen son de benignidad, más aún cuando la exéresis completa supondría una cirugía compleja y exista alto riesgo de morbilidad.

Origen endotelial	Linfangioma Quiste de duplicación entérico
Origen epitelial	Quiste entérico Cistoadenoma Cistoadenocarcinoma Quiste mesotelial
Origen mesotelial	Mesotelioma quístico benigno (o quiste de inclusión peritoneal) Mesotelioma quístico maligno
Otros	GIST necrosados, pseudoquistes no pancreáticos, hidatidosis peritoneal, adenopatías necróticas...