



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile  
Chile

BANNURA C., GUILLERMO; CONTRERAS P., JAIME; PEÑALOZA M., PAULINA

Quiste mesotelial simple gigante abdomino-pélvico

Revista Chilena de Cirugía, vol. 60, núm. 1, febrero, 2008, pp. 67-70

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531928015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## CASOS CLÍNICOS

### Quiste mesotelial simple gigante abdomino-pélvico\* Giant pelvic and abdominal omental cyst. Report of one case

Drs. GUILLERMO BANNURA C.<sup>1</sup>, JAIME CONTRERAS P.<sup>1</sup>, PAULINA PEÑALOZA M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio y Departamento de Cirugía. <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile.

#### RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 41 años que consulta por dolor abdominal y pelviano de carácter sordo de 6 semanas de evolución sin compromiso del estado general. Refiere el antecedente de una histerectomía por mioma realizada hace 3 años. La ecotomografía y la TAC de abdomen y pelvis revelan una lesión quística gigante de 15 x 8 x 12 cm que ocupa parte del abdomen y la pelvis. Luego de una resección parcial y marsupialización es referida a cirugía por recidiva precoz del tumor quístico. Es reintervenida, lográndose una extirpación completa más anexectomía bilateral con buena evolución posterior. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico inicial de quiste mesotelial simple. La ubicación pelviana de la lesión, el comportamiento clínico (recidiva precoz con crecimiento rápido) y las dimensiones son más característicos de un mesotelioma quístico benigno. Sin embargo, el carácter unilocular permite catalogarlo como un quiste mesotelial de crecimiento excepcional. La distinción entre ambas entidades no es menor, toda vez que el mesotelioma quístico benigno tiene una recidiva alta y puede malignizarse.

PALABRAS CLAVE: **Quiste mesentérico, quiste mesotelial, mesotelioma quístico benigno.**

#### SUMMARY

We report a 41 years old women presenting with abdominal and pelvic pain lasting six weeks. She had a history of hysterectomy three years ago. Abdominal ultrasound and CAT scan showed a giant cystic lesion of 15 x 8 x 12 cm that occupied a great portion of the abdomen and pelvis. After a partial resection and marsupialization, she was referred to surgery due to an early relapse of the cyst. She was operated again, performing a complete cyst excision and bilateral anexectomy, with a good postoperative evolution. Pathology confirmed the diagnosis of a simple omental cyst. The unilocular feature of the lesion is characteristic of omental cysts. However, due to the pelvic location and dimensions, the differential diagnosis must be made with benign cystic mesothelioma, that had a high rate of relapse and may become malignant.

KEY WORDS: **Omental cyst, mesothelioma, abdominal cyst.**

#### INTRODUCCIÓN

Los quistes mesentéricos son lesiones intra-abdominales poco frecuentes con una incidencia

de 1 x 100.000 ingresos en adultos<sup>1</sup>. En el pasado hubo gran confusión respecto de la etiología y la clasificación de los quistes mesentéricos<sup>2</sup>. En 1979 Mennemeyer y Smith<sup>3</sup> definen las diferencias entre

\*Recibido el 3 de julio de 2007 y aceptado para publicación el 7 de agosto de 2007.

Correspondencia: Dr. Guillermo Bannura

Las Limas 1622, Las Condes, Santiago, Chile

e-mail: gbannura@vtr.net

el mesotelioma multiquístico y el linfangioma abdominal al microscopio electrónico. Basados en nuevos estudios especialmente con inmunohistoquímica de Perrot y cols<sup>4</sup>, en el año 2000 proponen una nueva clasificación de los quistes mesentéricos que actualmente es la más aceptada (Tabla 1).

Se acepta que en algunos casos no es posible establecer la diferencia entre un quiste mesotelial simple y un mesotelioma quístico benigno<sup>4-6</sup>. El objetivo de esta presentación es dar a conocer un caso inusual de quiste mesotelial simple y discutir el diagnóstico diferencial, especialmente con el mesotelioma quístico benigno.

### CASO CLÍNICO

Mujer 41 años, 4 hijos, hysterectomizada por miomatosis hace 3 años que consulta en Ginecología por dolor en FFI irradiado a zona lumbar izquierda y a la pelvis de 6 semanas de evolución, que requiere manejo con analgésicos y antiinflamatorios. La ecotomografía revela quiste peritoneal de 14 x 11 x 12 cm. La tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis muestra una "imagen quística gigante pelviana de 15 x 8 x 12 cm cuyo epicentro parece localizado en anexo izquierdo y que crece hacia la pelvis y hacia la cavidad abdominal, lateralizado a izquierda, anterior y medial al psoas". Es intervenida mediante incisión de Pfannestiel en otra Institución, donde se identifica la cúpula de una gran lesión quística retroperitoneal e intermesentérica que se extirpa parcialmente. Durante la intervención se aspira 1,5 lt de un líquido citrino claro. El informe citológico del centrifugado de la muestra señala que contiene "células meso-

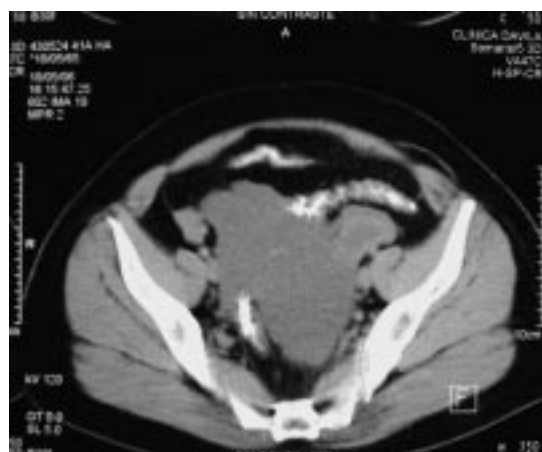
teliales normotípicas". El informe histopatológico revela una "pared de formación quística revestida de monocapa de epitelio plano simple de tipo mesotelial normotípico que se apoya sobre fina capa de tejido fibroconectivo. Conclusión: quiste de tipo mesotelial benigno".

Seis semanas después consulta en Cirugía por persistencia de los síntomas compresivos. No refiere baja de peso ni compromiso del estado general. IMC= 27. El examen abdominal revela un empastamiento en hipogastrio y FII, sin que se pueda precisar una masa con claridad. El tacto rectal y el examen ginecológico son normales. El TAC de abdomen y pelvis de control revela un quiste gigante, de localización y dimensiones similares al TAC previo. *Diagnóstico:* Quiste mesotelial gigante recidivado (Figura 1). Estudio preoperatorio normal (Hto= 46%; Albúmina= 4,6 gr/dl; CA 125= 12,5 U/ml).

Se explora a los 5 meses de realizada la primera intervención mediante una laparotomía media amplia. Se describe como hallazgo un "quiste gigante unilocular de ubicación retroperitoneal infrarrenal adherido al mesocolon sigmoideo y que crece hacia caudal ocupando gran parte de la cavidad pelviana". Una laboriosa disección permite realizar una resección completa de la pared quística que es delgada y transparente (como tela de cebolla), incluyendo gran parte del peritoneo visceral del colon y recto adyacentes. Se completa el procedimiento con la identificación de ambos uréteres y la extirpación de los anexos y del apéndice cecal que participan de un intenso proceso inflamatorio. Evolución postoperatoria sin incidentes. El estudio histopatológico destaca la presencia de un "tejido

**Tabla 1**  
**CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES**  
**MESENTÉRICOS<sup>4</sup>**

1. Quistes de origen linfático
  - a. Quiste linfático simple
  - b. Linfangioma
2. Quistes de origen mesotelial
  - a. Quiste mesotelial simple
  - b. Mesotelioma quístico benigno
  - c. Mesotelioma quístico maligno
3. Quistes de origen entérico
  - a. Quiste de duplicación intestinal
  - b. Quiste entérico
4. Quistes de origen urogenital
5. Teratoma quístico maduro (quiste dermoide)
6. Pseudoquistes no pancreáticos
  - a. De origen traumático
  - b. De origen infeccioso



**Figura 1.** TAC de abdomen y pelvis: quiste gigante recidivado (14 x 11 x 12 cm).

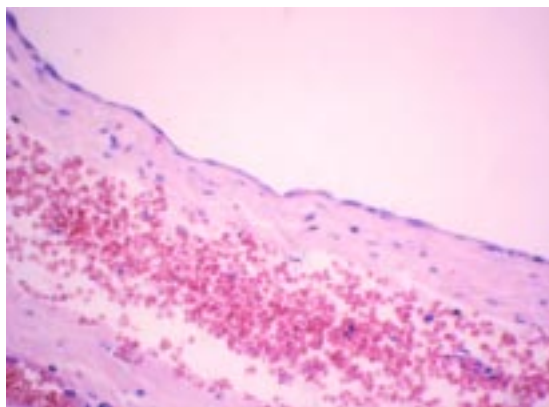


Figura 2. HE x40. Hematoxilina eosina. Pared de quiste con revestimiento mesotelial y hemorragia de lámina propia.

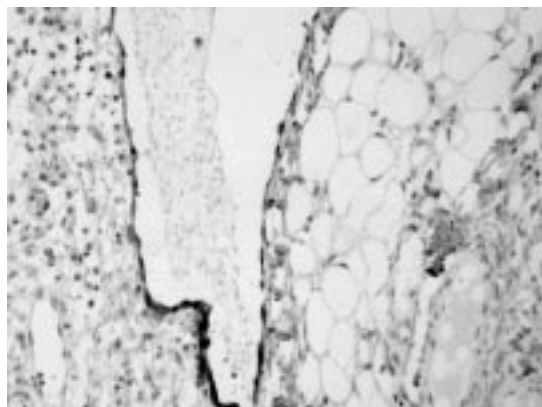


Figura 3. IHQ. Calretinina 20x. Inmunotinción positiva en células mesoteliales.

fibroadiposo laminar vascularizado con inflamación crónica y reacción siderofágica, parcialmente revestido por mesotelio, dispuesto en monocapa, sin atipias, concordante con quiste mesotelial" (Figura 2). Se realizó estudio inmunohistoquímico (IHQ) que dio positivo para EMA y Calretinina (origen mesotelial) y negativo para Factor VII y CD34 (origen vascular) (Figuras 3 y 4). A la fecha completa 10 meses asintomática.

### DISCUSIÓN

La distinción entre un quiste mesotelial simple y un mesotelioma quístico benigno no es un asunto académico, dado que ambas entidades tienen un comportamiento clínico muy diferente.

El primero habitualmente es asintomático y permanece estable en el tiempo, mientras que el mesotelioma quístico presenta ciertas propiedades de agresividad e incluso puede ser invasivo<sup>4,7</sup>. Desde el punto de vista histológico, los quistes de origen mesotelial poseen un recubrimiento de células epiteliales planas, cuboidales o columnares, la pared es fibrosa y carece de fibras musculares o de tejido linfoideo, lo que permite su diferenciación con los quistes linfáticos simples. La distinción entre un quiste mesotelial simple y un mesotelioma quístico se basa en la apariencia macroscópica<sup>4</sup>. Habitualmente los quistes son pequeños (entre 1 a 5 cm) y uniloculares, mientras que el mesotelioma quístico benigno es generalmente de mayor tamaño y contiene múltiples quistes de tamaño variable en su interior.

El caso que se presenta es unilocular y contiene un epitelio mesotelial característico de un quiste mesotelial simple, aunque su gran dimensión es

poco común. Aparte del mesotelioma quístico benigno, el diagnóstico diferencial más relevante es con los quistes linfáticos, los que habitualmente son uniloculados, grandes y pueden contener músculo liso y tejido linfoide en el espesor de la pared (Tabla 1).

La etiología del quiste mesotelial simple es desconocida. Aunque algunos autores apoyan la teoría congénita<sup>8</sup>, otros sugieren que estas lesiones son reactivas y debidas a procesos traumáticos o inflamatorios. El mesotelioma quístico benigno se ha asociado con una historia de cirugía pélvica, con la endometriosis y con el antecedente de un proceso inflamatorio pelviano<sup>4,7</sup>. Nuestra paciente tenía el antecedente de una histerectomía, con conservación de anexos, tres años antes del hallazgo de

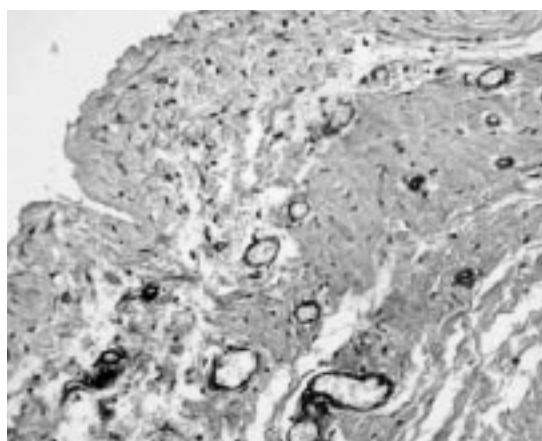


Figura 4. IHQ. Factor VIII 20x. Inmunotinción positiva en pared de vasos sanguíneos de lámina propia y negativa en revestimiento mesotelial.

un quiste abdomino-pélvico gigante, curiosamente de tipo unilocular.

La mayoría de los quistes mesoteliales se presentan en mujeres jóvenes o de la edad media, su localización es usualmente dentro del mesenterio y generalmente son asintomáticos. Los mesoteliomas quísticos benignos, en cambio, se observan frecuentemente en la pelvis y dan un dolor sordo a nivel de la pelvis o del hipogástrico<sup>9</sup>, en forma similar al caso que se presenta. El ultrasonido y la TAC nos permiten conocer en el preoperatorio las dimensiones del quiste y su relación con los órganos vecinos<sup>10</sup>. Sin embargo, sólo la resección quirúrgica descarta la transformación maligna y previene las complicaciones (ruptura, hemorragia, torsión e infección). La extirpación quirúrgica tiene el riesgo potencial de una resección multivisceral, que puede no estar justificada en una patología de naturaleza benigna. Por otro lado luego de una resección incompleta, el mesotelioma quístico benigno presenta una tasa de recidiva que alcanza el 48% de los casos<sup>7</sup>, lo que también ocurrió en el caso que se presenta.

En conclusión, se presenta una mujer de 41 años con antecedentes de histerectomía portadora de un tumor quístico gigante de abdomen y pelvis, que recidiva luego de una resección parcial y marsupialización. Aunque esta lesión presenta algunas características de mesotelioma quístico benigno en cuanto al tamaño, la localización y el comportamiento clínico creemos que corresponden a un quiste mesotelial simple, de crecimiento excepcional por su carácter unilocular<sup>10,11</sup>.

## REFERENCIAS

1. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric, and omental cysts. Arch Surg 1984;119: 838-842.
2. Caropreso PR. Mesenteric cysts: a review. Arch Surg 1974;108: 2424-2246.
3. Mennemeyer R, Smith M. Multicystic, peritoneal mesothelioma, a report with electron microscopy of a case mimicking intra-abdominal cystic hygroma (lymphangioma). Cancer 1979; 44: 692-698.
4. de Perrot M, Brundler M-A, Totsch M, Mentha G. Mesenteric cysts. Toward less confusion? Dig Dis 2000; 17: 323-328.
5. Urbanczyk K Skotniczny K, Kucinski J, Friediger J. Mesothelial inclusion cysts (so-called benign cystic mesothelioma) - a clinicopathological analysis of six cases. Pol J Pathol 2005; 56: 81-87.
6. Kurtz RJ, Heiman TM, Beck AR, Holt J. Mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann Surg 1986; 203: 109-112.
7. Ross MJ, Welch WR, Scully RE. Multilocular peritoneal inclusion cysts (so-called cystic mesotheliomas). Cancer 1989; 64: 1336-1346.
8. Ros PR, Olmsted WW, Moser RP, Dachman AH, Hjermstad BH, Sobin LH. Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. Radiology 1987; 164: 327-332.
9. Weiss SW, Tavassoli FA. Multicystic mesothelioma: an analysis of pathological findings and behavior in 37 cases. Am J Surg Pathol 1988; 12: 737-746.
10. Wong WL, Johns TA, Herlihy WG, Martin HL. Multicystic mesothelioma. RadioGraphics 2004; 24: 247-250.
11. Stoupis C, Ros PR, Abbitt PL, Burton SS, Gauger J. Bubbles in the belly: imaging of cystic mesenteric or omental masses. RadioGraphics 1994; 14: 729-737.