

QUIST MESOTELIAL SIMPLE EN EL DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DE TUMORACIÓ PÈLVICA

R. Armengol Felip, M.A. Naranjo Orihuela, J. Vilà Guinart, J. Landeyro^[*], W. Wong Sánchez, B. Cobo Outomuro, J. Boj Borbonés
Serveis de Ginecologia-Obstetrícia i Anatomia Patològica^[*]. PIUS Hospital. Valls (Alt Camp)

Introducció

Les lesions quístiques primàries del peritoneu són poc freqüents. El quist mesotelial simple o quist d'inclusió peritoneal té el seu origen en les cèl·lules mesotelials. Malgrat s'han descrit en múltiples localitzacions, són més freqüents en el peritoneu pelvià. La etiopatogènia és desconeguda. Actualment es creu que són secundaris a processos traumàtics o inflamatoris que implicarien un acumulació local de fluids per alteració dels mecanismes de reabsorció peritoneals. El diagnòstic definitiu el proporciona l'estudi anatomopatològic ja que les tècniques d'imatge són inespecífiques i sovint resulta difícil realitzar un diagnòstic diferencial en l'estudi preoperatori. S'han descrit múltiples tractaments sent l'exèresi quirúrgica de la lesió la que presenta menor incidència de recidives.

Cas clínic

Pacient de 40 anys que consulta per dolor abdominal de predomini a hipogastrí i FID, de moderada intensitat, persistent de varis mesos de durada. No presenta al·lèrgies medicamentoses conegudes. Fumadora de mig paquet al dia. Nul·lípara amb cicles regulars. No utilitza mètode contraceptiu. Antecedents d'apendicectomia.

Presenta exploració física dins la normalitat. El tacte vaginal mostra dolor a la palpació de la FID. Es practica ecografia transvaginal que posa en evidència quist annexial dret de 60,5 x 38,6 mm., d'aspecte simple, de parets llises i contingut líquid, sense tabicacions ni proliferacions intraquístiques. No s'observa ascitis (**fig.1**).

Davant la sospita de quist ovàric es programa per exèresi laparoscòpia. En el moment de la intervenció s'observa una cavitat pèlvica amb algunes adherències i cicatriu d'apendicectomia, però amb úter i ovaris d'aspecte normal. Amb la sospita de resolució espontània de quist d'ovari dret, es donada d'alta. En un control postoperatori als dos mesos de la intervenció, es constata la persistència de la simptomatologia inicial. Es practica nova ecografia transvaginal observant-se una imatge econegativa de 96,7 x 50,4 mm., localitzada en cara anterior de l'úter, discretament lateralitzada a la dreta, d'identiques característiques a la descrita anteriorment (**fig.2**). Es sol·liciten marcadors tumorals en els que destaca únicament una discreta elevació del CEA (6,63 µg/L). La RMN informa de lesió quística pelviana unilocular paravesical dreta de 101 x 68 x 54 mm., de probable origen annexial amb contingut hiperproteic o hemàtic i apareença radiològica benigna (**fig.3**).

Davant aquestes troballes es programa nova exploració laparoscòpia en la que s'observa discret abombament paravesical dret sense lesions aparents. Es procedeix a dissecar aquesta zona observant-se una tumoració quística encapsulada retroperitoneal, de contingut líquid d'aspecte serós. Es procedeix a una biòpsia àmplia de la càpsula i al drenatge del contingut intraquístic. L'estudi AP informa de la presència de quist entapissat per mesoteli aplanat sense atípies citològiques amb una paret fibrocol·lagenitzada i teixit adipós madur compatible amb quist peritoneal (**fig.4**).

En la visita postoperatoria als 45 dies de la intervenció, la pacient estava asimptomàtica presentant una ecografia transvaginal dins la normalitat, que s'ha mantingut en els controls posteriors.

Discussió

El quist d'inclusió peritoneal és una patologia rara que s'origina en les cèl·lules mesotelials del peritoneu pelvià, encara que també han estat trobats en altres zones, fins i tot la pleura^[1]. Va ser descrit per primera vegada l'any 1979 per Mennemeyer i Smith que van determinar el seu origen mesotelial per microscopia electrònica, ja que fins aquell moment es confonia amb el linfangioma quístic^[2].

La etiopatogènia és desconeguda. Alguns autors creuen que tenen un origen congènit^[3], mentre d'altres suggereixen són lesions reactives a processos traumàtics o inflamatoris en els que existiria una reabsorció disminuïda dels fluids peritoneals o ovàrics. Aquesta teoria és la més acceptada actualment ja que freqüentment es troben antecedents de cirurgia prèvia, endometriosis o malaltia pelviana inflamatòria, que estarien implicats en una disminució de la reabsorció per part del peritoneu dels fluids ovàrics o peritoneals^[4,5]. El cas que presentem sembla recolzar també aquesta teoria ja que presenta antecedents d'apendicectomia i durant l'exploració laparoscòpica s'hi troben múltiples adherències secundàries.

Es diagnostiquen preferentment en dones en edat perimenopàusica. La clínica és inespecífica, podent-se presentar com un dolor pelvià crònic, una massa abdominal o fins i tot, ser asimptomàtics i posar-se de manifest de forma casual en una exploració pelviana o durant un procediment quirúrgic^[6]. El nostre cas va consultar per dolor abdominal a hipogastrí i FID i malgrat no referia simptomatologia climatèrica, l'edat entra dins del grup de risc. Tenen un creixement lent, podent restar asimptomàtics durant llargs períodes de temps^[7].

L'estudi ecogràfic posa de manifest una lesió quística ovoïdal, ben delimitada, de parets fines i contingut anecoic, tal i com es va mostrar en la pacient estudiada. Ocasionalment, es mostra ecorefingent pel seu contingut hemorràgic o proteic. El TAC i la RMN complementen el diagnòstic ecogràfic, malgrat el diagnòstic definitiu només es possible després de la cirurgia i l'estudi anatomopatològic^[7,8]. El diagnòstic diferencial es té que realitzar principalment amb el mesotelioma quístic benigne, multilobulat i amb múltiples septes fins de teixit connectiu i amb el linfangioma quístic retroperitoneal, amb cèl·lules endotelials, múscle llis i agregats limfoides en l'estudi microscòpic^[6].

El tractament de aquest tipus de lesions no està ben establert donada l'escassa evidència científica disponible, sovint basada en la publicació de casos clínics o sèries limitades i la falta d'estudis prospectius de mostra ampla. El diagnòstic preoperatori de quist mesotelial simple és difícil donada la inespecificitat de les proves d'imatge i el diagnòstic definitiu depèn de l'estudi anatomopatològic postquirúrgic. En el cas que ens ocupa, el diagnòstic inicial va ser de quist simple annexial dret basat en les troballes ecogràfiques. Es va sol·licitar una RMN pèlvica que va confirmar la sospita d'un origen annexial de la lesió. Al tractar-se de patologia benigna, el tractament conservador es una opció a tenir en compte. S'han publicat casos d'evolució favorable amb cistocentesi i la utilització de contraceptius orals combinats o anàlegs de la GnRH durant 6 mesos, que podrien reduir la formació de fluid ovàric que torni a reomplir el quist. També s'ha publicat el drenatge laparoscòpic, percutani o transvaginal ecoguiat amb la injecció de substàncies esclerosants amb resultats diversos^[9,10]. No obstant, l'exèresi quirúrgica és la que està més àmpliament documentada en la literatura i la que presenta millors resultats a llarg termini. Malgrat les recurrències varien entre el 25 i 50% dels casos publicats, l'exèresi quirúrgica és la tècnica que presenta menors tasses de recidiva^[11,12]. En el nostre cas, pensem que l'agressió quirúrgica que va comportar el drenatge laparoscòpic del quist i la biòpsia de la càpsula van ser suficients per esclerosar la cavitat i evitar la recidiva.

Malgrat la baixa incidència d'aquest tipus de lesions, cal tenir-les en compte en el diagnòstic diferencial de quist pelvià per tal d'evitar exploracions i procediments innecessaris així com per planificar el tractament més adequat en cada cas.

Bibliografia

1. Szollosi A, C. Ferenc, et al. Bening cystic mesothelioma, a rare tumor of the peritoneum. *Magy Seb* 2005; **58**(1):35-37.
2. Mennemeyer R, Smith M. Multicystic peritoneal mesothelioma: a report with electron microscopy of a case mimicking intra-abdominal cystic hyroma (lymphangioma). *Cancer* 1979; **44**:692-698.
3. Ros P.R., Olmsted W.W., et al. Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. *Radiology* 1987; **164**:327-332.
4. de Perrot M, Brundler M.A., et al. Mesenteric cysts. Toward less confusion?. *Dig. Dis* 2000; **17**:323-328.
5. Kuntz R.J., Heiman T.M., et al. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann. Surg.* 1986; **203**:109-112.
6. Valliere A.M., Lemer J.P., et al. Peritoneal inclusion cysts: a review. *Obstet.Gynecol.Surv.* 2009; **64**(5):321-334.
7. Veldhuis W.B., Akin O., et al. Peritoneal inclusion cysts: clinical characteristics and imaging features. *Eur.Radiol.* 2012.
8. Kim J.S., Lee H.J., et al. Peritoneal inclusion cysts and their relationship to the ovaries: evaluation with sonography. *Radiology* 1997; **204**(2):481-484.
9. Lim H.K., Cho J.Y., et al. Sclerotherapy of peritoneal inclusion cysts: a long-term evaluation study. *Abdom.Imaging* 2010; **35**(4):431-436.
10. Nozawa S., Iwata T., et al. Gonadotropin-releasing hormone analogue therapy for peritoneal inclusion cysts after gynecological surgery. *J.Obstet.Gynaecol.Res.* 2000; **26**(6):389-393.
11. Lee S., Lee S.J., et al. Comparison of laparoscopic and laparotomic surgery for the treatment of peritoneal inclusion cyst. *Int.J.Med.Sci.* 2012; **9**(1):14-19.
12. Limone A., Maier J., et al. Laparoscopic excision of a Bening peritoneal cystic mesothelioma. *Arch.Gynecol.Obstet.* 2010; **281**(3):577-578.



Fig.1: Quist ben delimitat de contingut líquid i parets fines, sense septes ni imatges de proliferació intraquístiques.



Fig.2: Imatge ecogràfica transvaginal d'identiques característiques a la descrita anteriorment.

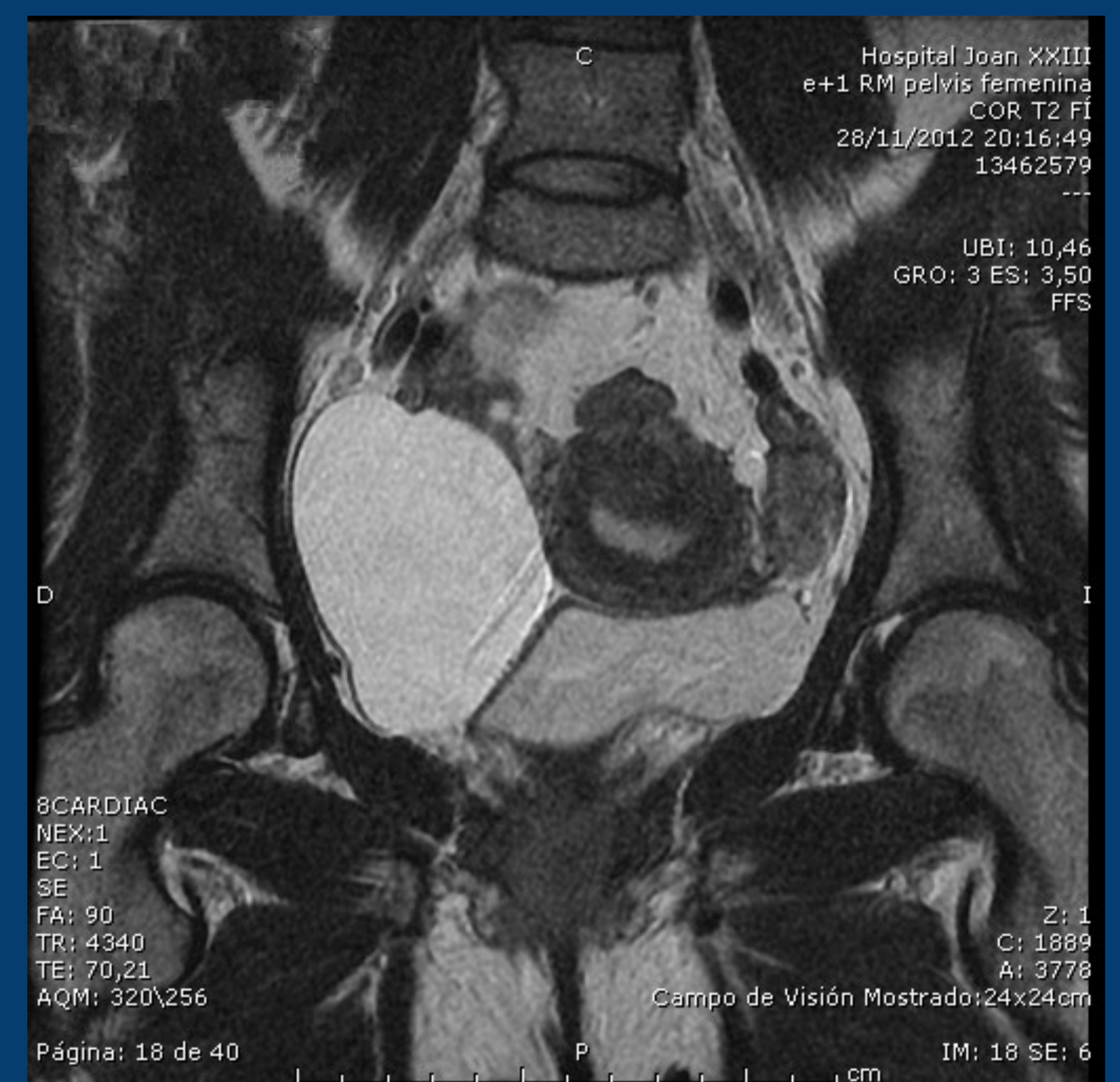


Fig.3: RMN. Lesió unilocular, de parets fines, sense septes, nodulacions o component sòlid, de contingut discretament hiperintens en T1, hiperintens en T2, sense pèrdua de senyal en seqüències T1-FS, reflexant la presència de contingut hiperproteic o hemàtic.

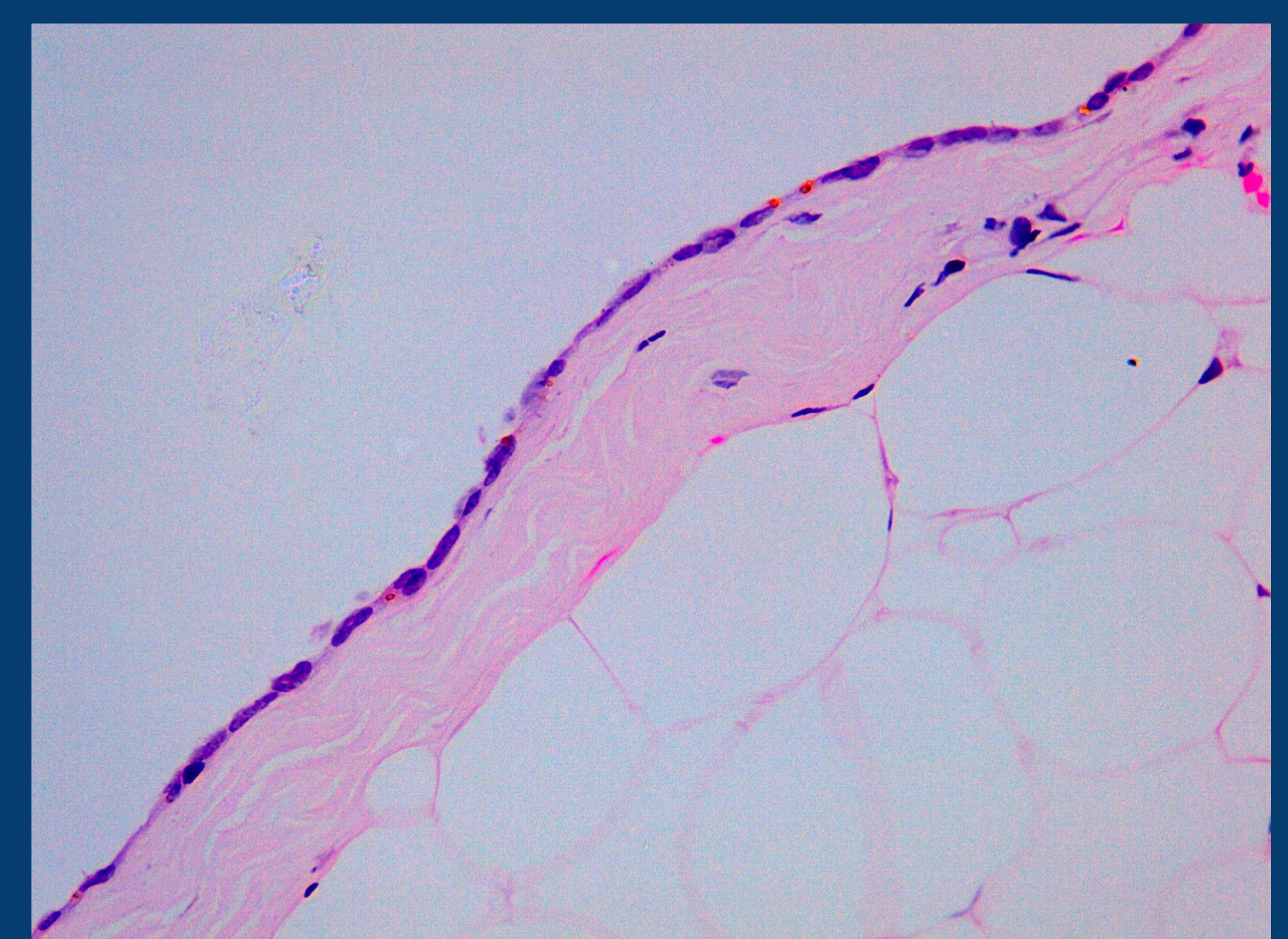


Fig.4: Quist entapissat per mesoteli aplanat sense atípies citològiques amb una paret fibrocol·lagenitzada i amb teixit adipós madur.