

CASO CLÍNICO

MESOTELIOMA PERITONEAL QUÍSTICO BENIGNO. REPORTE DE CASO

Drs. Duly Torres-Cepeda¹, Joel Santos-Bolívar¹, Eduardo Reyna-Villasmil¹

¹ Especialista en Ginecología y Obstetricia, Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Belloso", Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Financiamiento: Los autores certifican que no han recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio,

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Artículo recibido el 20 de enero de 2016 y aceptado para publicación el 15 de febrero de 2016.

Correspondencia:
Dr. Eduardo Reyna-Villasmil
Hospital Central "Dr. Urquinaona"
Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela
Teléfono: 584162605233

✉ sippenbauch@gmail.com

RESUMEN

El mesotelioma peritoneal quístico benigno es un raro tumor abdominal que ocurre en mujeres en edad reproductiva. La aparición aguda es más rara y las opciones de manejo aún no están establecidas. Se presenta un caso de paciente de 25 años con múltiples episodios de dolor hipogástrico y dismenorrea. El ultrasonido transvaginal mostró tumoración quística desde el flanco izquierdo hasta la pelvis. Durante la laparoscopia, el útero y anexos estaban congestivos. Ambos ovarios, fondo de saco de Douglas y epiplón tenían quistes de paredes finas en forma de racimo de uva. La paciente fue tratada con omentectomía total y resección quirúrgica de los quistes. El análisis histológico de la lesión confirmó el diagnóstico de mesotelioma peritoneal quístico benigno.

Palabras clave: Mesotelioma Peritoneal Quístico Benigno; Laparoscopia.

BENIGN CYSTIC PERITONEAL MESOTHELIOMA. CASE REPORT

ABSTRACT

Benign peritoneal cystic mesothelioma is a rare benign tumor occurring in women of reproductive age. Acute presentation is even very rare and options of management are not established. A case of a 25-year-old woman with multiple episodes of hypogastric pain and dysmenorrhea is presented. Transvaginal US showed a cystic mass involving left flank to pelvis. The uterus and adnexae were congestive at laparoscopy. Both ovaries, Douglas sac and omentum had grape-like thin-walled cystic clusters. The patient was treated with total omentectomy and complete surgical resection of cysts. Histological analysis of the mass confirmed the diagnosis of benign peritoneal cystic mesothelioma.

Keywords: Mesothelioma, Benign Peritoneal Cystic; Laparoscopy.



INTRODUCCIÓN

Los mesoteliomas peritoneales se clasifican en tres subtipos: mesotelioma peritoneal maligno, mesotelioma quístico y mesotelioma papilar bien diferenciado⁽¹⁾. El mesotelioma peritoneal quístico benigno (MPQB) o quistes de inclusión peritoneal consiste en una tumoración benigna rara de origen desconocido que se origina en las células endoteliales de las cavidades corporales. La incidencia aproximada es de 1 por 1.000.000 y representa una tercera a quinta parte de todos los mesoteliomas⁽²⁾. Se calcula que representa 3 a 5% de los casos y solo se han reportado menos de 150 casos⁽³⁾. Se describe un caso de mesotelioma peritoneal quístico benigno.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Una mujer de 25 años, gesta 1 para 1, consultó por presentar varios episodios de dolor en hipogastrio de moderada intensidad e inespecífico, de dos años de evolución y acompañado de dismenorrea de 6 meses. Refería inicio de las relaciones sexuales a los 18 años con una sola pareja. Negaba antecedentes personales y familiares de importancia.

Al examen físico se palpó útero desplazado a la derecha, de tamaño normal, y anexo izquierdo con una masa de aproximadamente 10 centímetros, móvil. Las pruebas de hematología, funcionalismo renal, hepático y marcadores tumorales estaban dentro de límites normales. La ecografía transvaginal mostró útero normal con ambos ovarios de tamaño normal, multifoliculares, y presencia de líquido en fondo de saco de Douglas con una masa en hipocondrio izquierdo de predominio quístico pero con componentes sólidos y vascularizada, de 7 x 5 x 3 centímetros, que se ubicaba anterior al útero, desde la fosa iliaca izquierda hasta la pelvis (figura 1). La tomografía computada informó masa ovárica heterogénea con varias lesiones periféricas hipodensas, que se extiende desde la fosa iliaca izquierda hasta la pelvis, de 6 x 5 centímetros, con estructura tubular alargada, que conecta con cuerno uterino, y pequeña cantidad de líquido en cavidad pélvica, sugestivas de implantes mucinosos. Se decidió realizar laparoscopia por sospecha de tumor ovárico benigno.

Durante la laparoscopia diagnóstica se observó útero y ovarios congestivos con lesiones vesicu-

FIGURA 1. ULTRASONIDO TRANSVAGINAL EN LA QUE SE IDENTIFICA LA TUMORACIÓN DE ECOGENICIDAD MIXTA.



lares de pequeño tamaño que simulaban racimos de uvas en útero y fondo de saco de Douglas. Los ovarios presentaban varios folículos con algunas vesículas en la superficie. En epiplón se observaron múltiples quistes de diferentes tamaños, con contenido mucinoso (figura 2). No se encontró evidencia de patología intestinal inflamatoria, líquido hemático peritoneal o rotura de quiste. Se realizó liberación de adherencias, omentectomía total, extirpación de todas las vesículas visibles, sin dejar tumor macroscópico residual, y lavado peritoneal.

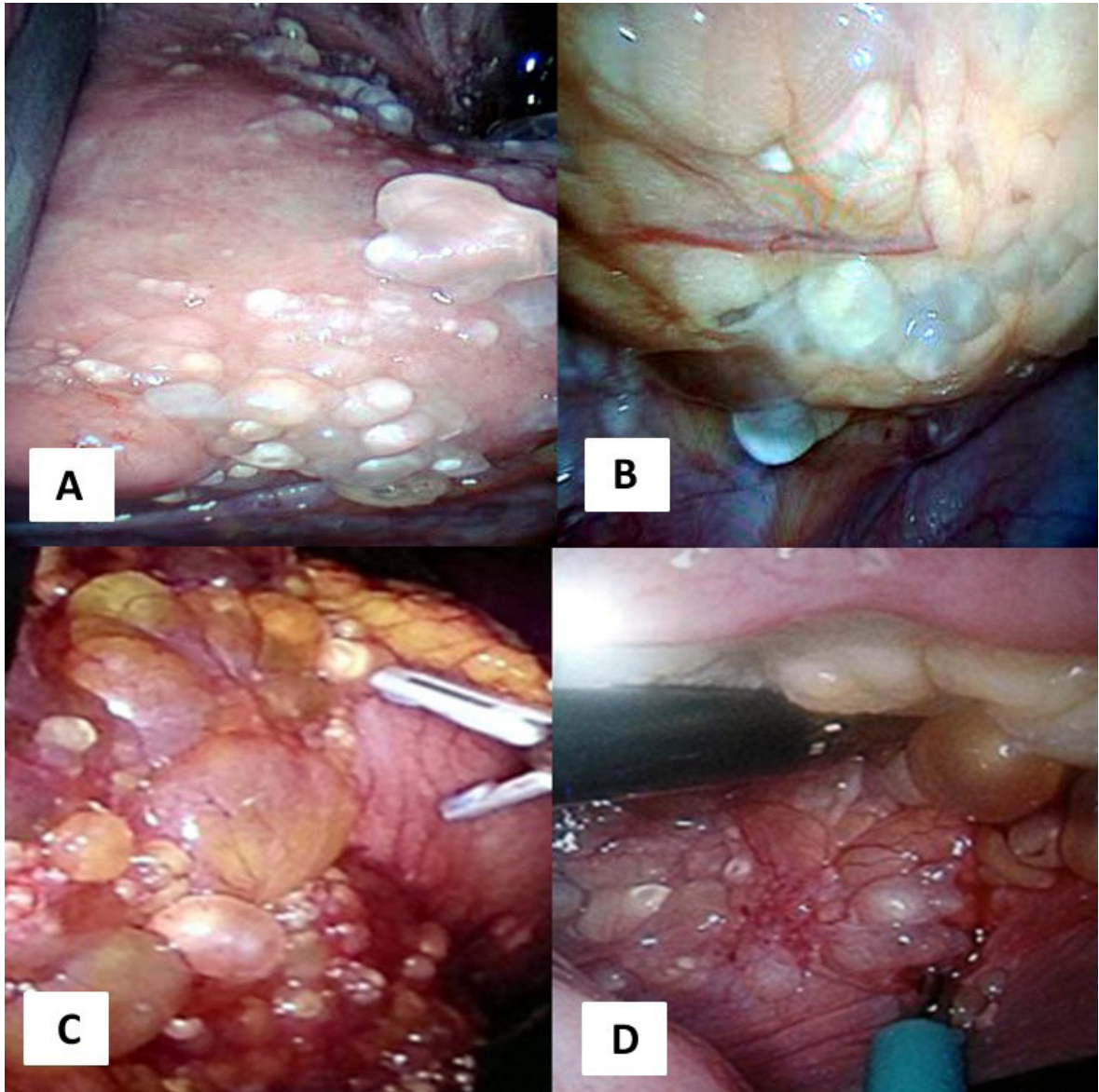
El estudio histológico describió quistes con células mesoteliales planas alternadas con células cuboidales llenas de material proteináceo eosinofílico, septos con fibrosis e infiltrado linfoplasmocítico denso con eosinófilos y neutrófilos, tejido conectivo laxo y escasa células inflamatorias crónicas. La inmunohistoquímica demostró que la lesión era positiva para citoqueratina y calretinina y negativa para CD34, p53 y D2-40, lo cual confirmó el diagnóstico de MPQB (figura 3). El postoperatorio de la paciente no presentó complicaciones y la misma fue dada de alta al segundo día. La paciente se mantiene asintomática 6 meses después de la cirugía.

DISCUSIÓN

Se considera que la etiología del MPQB es secundaria a una reacción inflamatoria que ocurre en el tejido peritoneal de la cavidad abdomino-pélvica. Los factores predisponentes más comunes



FIGURA 2. HALLAZGO DE MÚLTIPLES IMÁGENES QUÍSTICAS DURANTE LA LAPAROSCOPIA EN: A) SUPERFICIE PERITONEAL; B) CARA UTERINA POSTERIOR; C) EPIPLÓN; Y, D) FONDO DE SACO DE DOUGLAS.



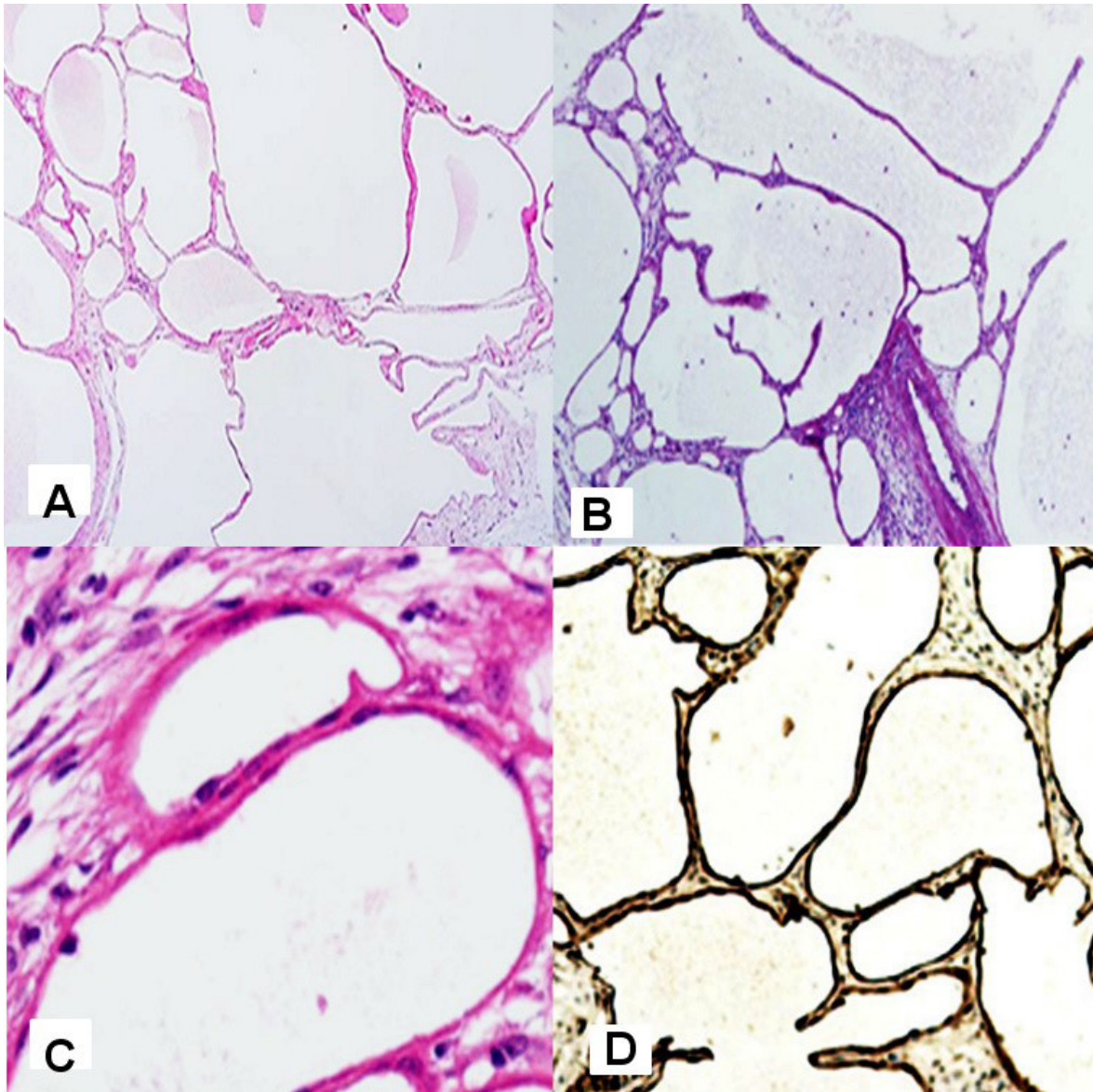
son antecedentes de cirugía previa, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, que se considera alteran la reabsorción peritoneal⁽⁴⁾. Esta condición tiende a presentarse en mujeres en edad reproductiva y los sitios de aparición más comunes son superficies serosas del útero y ovarios. Sin embargo, se han descrito casos fuera del abdomen, incluyendo la cavidad pleural⁽²⁾. Su aparición no está asociada con la exposición a asbesto, como en la variedad maligna⁽⁵⁾.

El MPQB consiste en tumoraciones en racimos de uvas de quistes mesoteliales, aunque también puede ser unilocular⁽⁶⁾. Los hallazgos patonómicos de estas lesiones es una estructura

quística de apariencia gelatinosa y paredes finas de células cuboidales simples o epiteliales aplanadas, positivas para la coloración de calretinina dentro de la tumoración. Estas lesiones tienen tamaños variables (entre 1 a 200 milímetros) y se localizan principalmente en peritoneo, epiplón y pelvis o flotando libres en la cavidad abdominal⁽¹⁾.

El papel de los estrógenos sobre la evolución del el MPQB no es bien comprendido. La reducción del volumen y crecimiento de los quistes después del uso de agonistas de gonadotropinas o anti-estrógenos apoyan la hipótesis de que la tumoración es dependiente de estrógenos⁽⁷⁾. La

FIGURA 3. MESOTELIOMA QUISTICO PERITONEAL BENIGNO. SE OBSERVAN MÚLTIPLES ESTRUCTURAS EN FORMA DE QUISTE CON ESTROMA EDEMATOSO Y PAREDES FINAS E IRREGULARES. A) HEMATOXILINA-EOSINA, 10X. B) HEMATOXILINA-EOSINA, 40X. C) HEMATOXILINA-EOSINA, 400X. D) CALRETININA, 400X.



respuesta biológica a este aspecto continúa sin respuesta, ya que la detección de receptores de estrógenos o progesterona es poco común⁽⁸⁾.

El cuadro clínico habitual es de dolor abdominal o pélvico, un tumor diagnosticado durante el examen físico o por imágenes y/o hallazgo quirúrgico accidental. Estas lesiones benignas presentan escasos síntomas al momento de la cirugía donde pueden ser confundidas con metástasis peritoneales. En algunas ocasiones puede producir dolor abdominal por compresión de los nervios, u obstrucción intestinal y distensión debido a formación de adherencias⁽⁹⁾.

Los estudios por imágenes (ultrasonido y tomografía) no diferencian estas lesiones de otras lesiones quísticas y la citología por aspiración generalmente no es concluyente para el diagnóstico preoperatorio. Además, no existen protocolos para el diagnóstico por imágenes⁽¹⁰⁾. El diagnóstico diferencial incluye quistes ováricos, tumores ováricos (benignos o malignos), linfangioma quístico, tuberculosis peritoneal, endometriosis y leiomiomatosis peritoneal diseminada⁽¹¹⁾.

El manejo actual incluye resección quirúrgica radical, aunque no existen protocolos para el manejo y la evidencia de recurrencias está bien



documentada⁽¹¹⁾. Como en el presente caso, la laparoscopia puede ser utilizada para el diagnóstico y tratamiento de la tumoración o del dolor en estas pacientes. Sin embargo, algunos autores sugieren que la laparotomía es más segura cuando se sospecha algún proceso maligno o antes de la posibilidad de la rotura de los quistes con siembra peritoneal⁽⁸⁾. Se han propuesto tratamientos conservadores con vaporización láser, drenaje percutáneo de los quistes, escleroterapia, con resultados variables e inciertos. El uso de radio-quimioterapia adyuvante no está indicado debido a que estos tumores tienen un carácter benigno⁽¹²⁾.

El seguimiento después de la cirugía incluye revisión clínica y estudios de imágenes, pero aún no existen guías de seguimiento en este aspecto⁽¹¹⁾. Los pacientes tienen un riesgo de recurrencia entre 30% y 60%, en 3 a 27 meses después de la cirugía⁽¹⁰⁾. Por lo tanto, es necesario el seguimiento después de la cirugía.

En conclusión, el MPQB es un tumor benigno raro que debe incluirse en el diagnóstico diferencial en presencia de dolor o tumor abdominal en mujeres en edad reproductiva. Su tratamiento es quirúrgico y se debe tener en cuenta la posibilidad de recurrencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dellaportas D, Kairi-Vassilatou E, Lykoudis P, Mavrigiannaki P, Mellou S, Kleantithis CK, et al. Peritoneal mesotheliomas mimicking adnexal tumors. Clinicopathological characteristics of four cases and a short literature review. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2012;33(1):101-4.
- Jouvin I, Dohan A, Gergi P, Pocard M. Intra-abdominal benign multicystic peritoneal mesothelioma. *J Visc Surg.* 2014;151(2):155-7. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2013.12.014.
- Ianieri MM, Buca DI, Falò E, Di Lorito A, Liberati M. Incidental benign cystic mesothelioma of the peritoneum: A case report. *J Obstet Gynaecol.* 2015;14:1-2. doi: 10.3109/01443615.2015.1033387.
- Yeom S, Son T, Hong YO. Complicated benign cystic mesothelioma of mesoappendix misdiagnosed as an appendiceal abscess in a postpartum period woman. *Ann Surg Treat Res.* 2015;88(3):170-3. doi: 10.4174/astr.2015.88.3.170.
- Malpica A, Sant'Ambrogio S, Deavers MT, Silva EG. Well-differentiated papillary mesothelioma of the female peritoneum: a clinicopathologic study of 26 cases. *Am J Surg Pathol.* 2012;36(1):117-27. doi: 10.1097/PAS.0b013e3182354a79.
- Lubner MG, Hinshaw JL, Pickhardt PJ. Primary malignant tumors of peritoneal and retroperitoneal origin: clinical and imaging features. *Surg Oncol Clin N Am.* 2014;23(4):821-45. doi: 10.1016/j.soc.2014.06.003.
- Letterie GS, Yon JL. The antiestrogen tamoxifen in the treatment of recurrent benign cystic mesothelioma. *Gynecol Oncol.* 1998;70(1):131-3.
- Sawh RN, Malpica A, Deavers MT, Liu J, Silva EG. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum: a clinicopathologic study of 17 cases and immunohistochemical analysis of estrogen and progesterone receptor status. *Hum Pathol.* 2003;34(4):369-74.
- Shakya VC, Agrawal CS, Karki S, Sah PL, Poudel P, Adhikary S. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum in a child-case report and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2011;46(4):e23-6. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.01.004.
- Testa AC, Zannoni GF, Ferrari S, Lecca A, Marana E, Marana R. Benign cystic peritoneal mesothelioma incorrectly diagnosed as an ovarian borderline mucinous tumor of intestinal type at transvaginal preoperative ultrasound evaluation. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37(2):248-50. doi: 10.1002/uog.8865.
- Mourali M, Kedous Z, El Fekih C, Ben Haj Hassine A, Ayadi A, Zineb NB. Unexpected diagnosis of a cystic pelvic mass: benign mesothelioma of the uterus: case report. *Tunis Med.* 2010;88(8):605-9.
- Witek TD, Marchese JW, Farrell TJ. A recurrence of benign multicystic peritoneal mesothelioma treated through laparoscopic excision: a case report and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2014;24(2):e70-3. doi: 10.1097/SLE.0b013e31828f7269.